

O PMAQ E AS CONTRIBUIÇÕES AO PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

VOLUME II



ORGANIZAÇÃO

PAULO SÁVIO ANGEIRAS DE GOES

NILCEMA FIGUEIREDO

EDSON HILAN GOMES DE LUCENA

COORDENAÇÃO

FERNANDA CAMPOS DE ALMEIDA CARRER

GABRIELA DA SILVEIRA GASPAR

PETRÔNIO JOSÉ DE LIMA MARTELLI

Coordenação Geral

Prof. Dr. Paulo Sávio de Angeiras Goes – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE): <http://lattes.cnpq.br/0012675796289882>

Prof. Dr. Edson Hilan Gomes de Lucena – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE): <http://lattes.cnpq.br/7047172432384185>

Profa. Dra. Nilcema Figueiredo – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE): <http://lattes.cnpq.br/6330860061557574>

Coordenações Macrorregionais

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE): <http://lattes.cnpq.br/6257987995944855>

Profa. Dra. Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz – Universidade Federal do Maranhão (UFMA): <http://lattes.cnpq.br/3644251156905353>

Prof. Dr. Fernando Neves Hugo – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS): <http://lattes.cnpq.br/3406787545997811>

Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG): <http://lattes.cnpq.br/0708159661009572>

Profa. Dra. Maria Ercília de Araújo – Universidade de São Paulo/Faculdade de Odontologia (FO-USP): <http://lattes.cnpq.br/3928757028805381>

Prof. Dr. Wilton Wilney Nascimento Padilha – Universidade Federal da Paraíba (UFPB): <http://lattes.cnpq.br/8754306262756144>

Coordenações Estaduais

Profa. Dra. Andréa Neiva da Silva – Universidade Federal Fluminense (UFF): <http://lattes.cnpq.br/1612255892300844>

Profa. Dra. Andreia Medeiros Rodrigues Cardoso – Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ): <http://lattes.cnpq.br/5476359847346203>

Profa. Dra. Cláudia Flemming Colussi – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC): <http://lattes.cnpq.br/2969799668909234>

Profa. Dra. Danielle Tupinambá Emmi – Universidade Federal do Pará (UFPA): <http://lattes.cnpq.br/5390105837248580>

Profa. Dra. Elizabeth Cristina Fagundes de Souza – Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN): <http://lattes.cnpq.br/5933901040621573>

Prof. Dr. Erivan Clementino Gualberto Júnior – Universidade Federal do Amazonas (UFAM): <http://lattes.cnpq.br/1017901372606425>

Profa. Dra. Izabel Maia Novaes – Universidade Federal de Alagoas (UFAL): <http://lattes.cnpq.br/9167508019063742>

Profa. Dra. Mara Vasconcelos – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG): <http://lattes.cnpq.br/2606998736840361>

Profa. Dra. Maria de Fátima Nunes – Universidade Federal de Goiás (UFG): <http://lattes.cnpq.br/1073613293336515>

Profa. Dra. Maria Eneide Leitão Almeida – Universidade Federal do Ceará (UFC): <http://lattes.cnpq.br/9421873316721844>

Profa. Dra. Mariana Gabriel – Universidade de Mogi das Cruzes (UMC): <http://lattes.cnpq.br/8397502823607811>

Prof. Ms. Otacílio Batista de Sousa Netto – Universidade Federal do Piauí (UFPI): <http://lattes.cnpq.br/2594328120215615>

Profa. Dra. Rejane Christine de Sousa Queiroz – Universidade Federal do Maranhão (UFMA): <http://lattes.cnpq.br/0222566094063579>

Prof. Dr. Roger Keller Celeste – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS): <http://lattes.cnpq.br/9756112883929356>

Prof. Ms. Ronald Pereira Cavalcanti – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE): <http://lattes.cnpq.br/8438635944779689>

Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés – Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR): <http://lattes.cnpq.br/0729563959610211>

Profa. Dra. Thaís Regis Aranha Rossi – Universidade Federal da Bahia (UFBA): <http://lattes.cnpq.br/8318012024369348>

Profa. Dra. Valéria Rodrigues de Lacerda – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS): <http://lattes.cnpq.br/8078508464619112>

Suporte técnico, operacional e financeiro:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício SEDE
7º Andar

CEP: 70058-900 - Brasília - DF
Tel. (61) 3315.9145 I (61) 3315.9055

Ministro da Saúde

Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes

Secretário de Atenção Primária à Saúde

Raphael Câmara Medeiros Parente

Dir. do Departamento de Saúde da Família

Renata Maria de Oliveira Costa

Coordenadora-Geral de Saúde Bucal

Caroline Martins José dos Santos

Organização

Paulo Sávio Angeiras de Goes
Nilcema Figueiredo
Edson Hilan Gomes de Lucena

Coordenação

Fernanda Campos de Almeida Carrer
Gabriela da Silveira Gaspar
Petrônio José de Lima Martelli

Revisão

Dorival Pedroso da Silva
Mariana Lopes Galante

Projeto Gráfico e Diagramação

Mariana Lopes Galante
Amanda Iida Giraldes
Nicole Pischel

É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo da Publicação

G598p Goes, Paulo Sávio Angeiras de
O PMAQ e as contribuições ao planejamento e avaliação dos Centros de
Especialidades Odontológicas / Organização Paulo Sávio Angeiras de Goes,
Nilcema Figueiredo, Edson Hilan Gomes de Lucena ; coordenação Fernanda Campos de
Almeida Carrer, Gabriela da Silveira Gaspar, Petrônio José de Lima Martelli. -- São Paulo :
FOUSP, 2021.
2 v. E-book.

ISBN: 978-65-5787-028-0 (Vol. I)
ISBN: 978-65-5787-029-7 (Vol. II)

1. Saúde bucal. 2. Avaliação dos serviços de saúde. 3. Serviços de saúde bucal. 4. Indicadores de
qualidade em assistência à saúde. I. Goes, Paulo Sávio Angeiras de. II. Figueiredo, Nilcema. III. Lucena,
Edson Hilan Gomes de. IV. Carrer, Fernanda Campos de Almeida. V. Gaspar, Gabriela da Silveira. VI. Mar-
telli, Petrônio José de Lima. VII. Título.

CDD 617.601

Ficha catalográfica elaborada por Fábio Jastwebski – CRB8/5280

Sumário

PREFÁCIO	8
Curso de Especialização em Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde Bucal: produto técnico e científico do eixo formação da Avaliação Externa do PMAQ/CEO.....	9
<i>Nilcema Figueiredo, Gabriela da Silveira Gaspar</i>	
 CAPITULOS NACIONAIS	
Ortodontia no SUS: Caracterização dos Centros de Especialidades Odontológicas, a partir do primeiro ciclo do PMAQCEO.....	23
<i>Alana Raabe Carvalho Rocha; Thais Regis Aranha Ross</i>	
Gestão dos Centros de Especialidades Odontológicas: Uma análise do perfil de seus gestores	34
<i>Daniela Pereira Lima; Mariângela Monteiro de Melo Baltazar; Samuel Jorge Moysés</i>	
A educação permanente: distribuição, características das ações implementadas e o telessaúde na atenção especializada à saúde bucal	44
<i>Fábio Carneiro Martins; Mariana Gabriel; Maryana Carmello da Costa; Maria Ercília de Araújo; Fernanda Campos de Almeida Carrer</i>	
Oferta de Próteses Dentárias nos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil.	57
<i>Felipe Miranda; Cláudia Flemming Colussi</i>	
Associação entre Oferta de Atenção Especializada ao Câncer Bucal nos CEOs e Características Sociodemográficas e de Cobertura de Atenção Básica nas Capitais Brasileiras	68
<i>Izabel Cristina Vieira de Oliveira; Vandilson Pinheiro Rodrigues; Maria Carmen Fontoura Nogueira da Cruz; Érika Barbara Abreu Fonseca Thomaz ; Rejane Christine de Sousa Queiroz</i>	
Os Gestores Na Organização E No Acesso Do Usuário Dos Centros De Especialidades Odontológicas: Uma Análise A Partir Do Primeiro Ciclo Do PMAQ-CEO	84
<i>Juliana Bastos Santos Figueira; Thais Regis Aranha Rossi; Maria Cristina Teixeira Cangussu; Sônia Cristina Chaves</i>	
Caracterização dos Serviços De Prótese Dentária dos Centros De Especialidades Odontológicas: Uma Análise dos Dados do PMAQ-CEO.	97
<i>Lília Paula de Souza Santos; Thais Regis Aranha Rossi; Sonia Cristina Lima Chaves</i>	
Panorama do Mecanismo de Ingresso, Vínculo e Agente Contratante De Recursos Humanos em Odontologia no SUS	112
<i>Maristela Honório Cayetano; Maria Ercília de Araujo; Fernanda Campos Almeida Carrer; Mariana Gabriel; Thais Torralbo Lopez Capp</i>	
Avanços e Desafios para o atendimento ao Paciente com Necessidades Especiais no CEO – Centro de Especialidades Odontológicas.....	131
<i>Rachel Cesar de Almeida Santos; Mariana Gabriel; Mariana Lopes Galante; Nilcema Figueiredo ; Fernanda Campos de Almeida Carrer</i>	
A Odontopediatria na Atenção Secundária no SUS: Uma Perspectiva a partir do Primeiro Ciclo Do PMAQ/CEO	145
<i>Talita Moreira Urpia; Thais Regis Aranha Rossi</i>	
Oferta dos Serviços às Pessoas com Deficiência nos Centros de Especialidade Odontológica das Capitais Brasileiras	161
<i>Tássia Silvana Borges; Rejane Christine de Sousa Queiroz; Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz; Aline Sampieri Tonello; Ana Margarida Melo Nunes</i>	
A adesão à Educação Permanente e Usos do Telessaúde pelos Centros De Especialidades Odontológicas: Uma análise da Importância dessas Ferramentas no Processo de Trabalho	176
<i>Timilly Mayra Martins-Cruz; Mara Vasconcelos; Marcos Azeredo Furquim Werneck</i>	
Fluxo de Tratamento Odontológico dos Pacientes com Necessidades Especiais entre os Níveis Primário e Secundário do SUS	191
<i>Zinalton Gomes de Andrade; Janete Maria Rebelo Vieira; Érika Barbara Abreu Fonseca Thomaz; Erivan Clementino Gualberto Júnior</i>	

CAPÍTULOS REGIÕES : NORTE , NORDESTE E CENTRO OESTE

Um Olhar Sobre o Atendimento a Pessoas com Deficiência em Centros De Especialidades Odontológicas em uma Região de Saúde do Nordeste Brasileiro202
Arthur César Gomes Aladim; Elizabethe Cristina Fagundes de Souza

Percepção dos Profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas de Alagoas sobre um Programa Avaliativo218
Cléverton da Silva Santos; Petrônio José de Lima Martelli; Mônica Maria Motta dos Reis Marques; Gabriella Moraes Duarte Miranda; Izabel Maia Novaes

Cumprimento de Metas por Periodontistas e Não Especialistas nos Centros de Especialidades Odontológicas237
Cleysiane Gonçalves Farias; Gabriela da Silveira Gaspar

Perfil e experiência dos usuários dos Centros de Especialidades de Sergipe, no primeiro ciclo do PMAQ-CEO.248
Danielle Francesca Dantas Rocha; Thaís Regis Aranha Rossi

Apoio Matricial em Serviços de Atenção Secundária de Saúde Bucal no Estado da Paraíba.259
Danilson Ferreira Cruz; Andreia Medeiros Rodrigues Cardoso; Maizza Micaelle Carlos Euclides Fernandes

Análise das Características Estruturais e do Processo de Trabalho dos Centros de Especialidades Odontológicas do Maranhão274
Guilherme de Jesus Souza Sirino; Izabel Cristina Vieira de Oliveira; Judith Rafaelle de Oliveira Pinho; Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz; Rejane Christine de Sousa Queiroz

Elaboração De Guia De Orientação Sobre O Preenchimento Da Matriz De Intervenção Para Gestores Dos Centros De Especialidades Odontológicas288
Isabella Oliveira Santos; Danielle Tupinambá Emmi

Satisfação Dos Usuários Assistidos Nos Centros De Especialidades Odontológicas Da Região Norte Do Brasil300
Izabelly Esteves Bittencourt Martins; Janete Maria Rebelo Vieira; Érika Barbara Abreu Fonseca Thomaz; Erivan Clementino Gualberto Júnior

Alta Rotatividade Do Cargo De Gerência Do Ceo No Estado De Rondônia312
Lorena Ferreira Rego; Yan Nogueira Leite de Freitas ; Erivan Clementino Gualberto Júnior; Érika Barbara Abreu Fonseca Thomaz

Canais De Comunicação Dos Usuários Atendidos Nos Centros De Especialidades Odontológicas Do Nordeste Na Perspectiva Dos Gestores: Avaliação Do PMAQ-CEO 1º Ciclo.....323
Luisiane de Avila Silva; Andreia Medeiros Rodrigues Cardoso

Utilização De Protocolos Odontológicos Para Encaminhamento De Pacientes No Estado Do Pará336
Mayara Sabrina Luz Miranda; Danielle Tupinambá Emmi

Formação Dos Cirurgiões-Dentistas Em Centro De Especialidades Odontológicas Por Região De Saúde Na Bahia ...349
Wagner Couto Assis; Sônia Cristina Lima Chaves ; Cezar Augusto Casotti

Contrarreferência Em Saúde Bucal: Um Estudo A Partir Do Primeiro Ciclo Do Pmaq-Ceo371
Wynnne Marie Lima de Carvalho;Thais Regis Aranha Rossi

CAPÍTULOS REGIÕES SUDESTE E SUL

Principais Resultados Da Avaliação Da Qualidade Dos Centros De Especialidades Odontológicas Do Espírito Santo: Avaliação Externa-Pmaq/Ceo 1.º Ciclo, 2014.....386
Albina de Fátima Fanni Santos; Andrea Neiva; Nilcema Figueiredo

O Ceo Na Rede De Atenção No Estado Do Rio De Janeiro: Análise A Partir Dos Dados Da Avaliação Externa Do PMAQ/CEO 1º Ciclo.....406
Daniela Alves Silva; Andrea Neiva Silva, Nilcema Figueiredo

Atenção Especializada Em Saúde Bucal No Triângulo Mineiro: Uma Análise A Partir Da Avaliação Externa Do Pmaq-Ceo.....420
Juliana Pereira Silva Faquim; Mara Vasconcelos

Avaliação Dos Fatores Condicionantes A Insatisfação No Trabalho De Cirurgiões Dentistas Nos Centros De Especialidades Odontológicas.....	439
<i>Ludmilla Custodia Cardoso Resende; Mara Vasconcelos; Marcos Weneck; Paulo Góes</i>	
Diário de Campo dos avaliadores do pmaq-ceo: uma contribuição qualitativa.....	451
<i>Marcia Yonamine Yanagita; Mariana Gabriel; Fernanda Campos de Almeida Carrer; Maria Ercília de Araujo</i>	
Perfil e fatores relacionados ao desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) vinculados a Instituições de Ensino Superior no estado do Paraná.....	463
<i>Pablo Guilherme Caldarelli; Fernando Neves Hugo; Juliana Schaia Rocha Orsi; Samuel Jorge Moysés</i>	
Percepção do avaliador externo do PMAQ/CEO do Estado de Minas Gerais durante o processo avaliativo no ciclo-2. Uma abordagem qualitativa.....	478
<i>Rafael Almeida Rocha, Mara Vasconcelos</i>	
Análise do perfil e desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) na Macrorregional Leste no estado do Paraná.....	492
<i>Rafael Gomes Ditterich; Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves; Juliana Schaia Rocha; Fernando Neves Hugo; Samuel Jorge Moysés</i>	
(Entre)Linhas De Uma Avaliação De Serviço: A Importância Do Diário De Campo	506
<i>Rafaela Reis da Silva; Mara Vasconcelos</i>	
Perfil Dos Centros De Especialidades Odontológicas Da 2ª Regional De Saúde Do Paraná.....	523
<i>Ruann Oswaldo Carvalho da Silva; Rafael Gomes Ditterich; Juliana Schaia Rocha; Fernando Neves Hugo; Samuel Jorge Moysés</i>	

Prefácio

Uma das mais importantes políticas construídas no contexto do Sistema Único de Saúde, foi a Política nacional de Saúde Bucal-PNSB denominada de “Brasil Sorridente” a qual foi fruto de uma articulação de vários setores ligados a odontologia, o movimento de reforma sanitária, as universidades e a sociedade representada pelos movimentos sociais representadas nas conferências nacionais de saúde bucal, entre as quais a 3ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal ocorrida em 2003.

Entre os muitos avanços produzidos pelo Brasil Sorridente pode se destacar o aumento exponencial do número de equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família com mais de vinte e cinco mil equipes implantadas; e a implantação dos Centros Especialidades Odontológicas-CEO; os quais atingiram mais de mil serviços espalhados por todo país. Nesta perspectiva e com o compromisso de manter as melhorias contínuas produzidas por essas iniciativas foram estabelecidos os PMAQ-Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso, tendo uma versão voltada para atenção básica (PMAQ-AB) e outra exclusiva para o CEO (PMAQ-CEO).

O PMAQ-CEO foi realizado em dois ciclos o 1º em 2014 e o 2º em 2018, sendo que no 2º ciclo, passou a ser organizado em três fases e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade dos CEO, estabelecidos em: 1ª fase-Adesão e Contratualização; 2ª fase-Avaliação Externa e 3ª fase-Recontratualização.

A Avaliação Externa (2ª fase da PMAQ-CEO) foi realizada sob a coordenação geral do Centro Colaborador em Vigilância a Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CECOL/MS/UFPE e Coordenação-Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, além de instituições de ensino superior entre as quais: Universidade Federal do Maranhão (UFMA), a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a Universidade de São Paulo (USP), que coordenaram macro regionalmente o trabalho de 18 instituições de ensino superior e cerca de cem avaliadores em todo país. A parceria estabelecida entre todas essas instituições permitiu que fosse verificada “in loco” as condições de acesso e de qualidade da totalidade dos CEO habilitados pelo Ministério da Saúde.

Os dois volumes que compõem a presente coletânea trazem no volume 1 uma contribuição a discussão acerca do papel do PMQ e suas contribuições ao planejamento e avaliação dos Centros de especialidades Odontológicas; e o volume 2 o olhar crítico produzido pelos concluintes do 1º curso de especialização em planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal intitulado “Perspectiva de pesquisa em planejamento e avaliação do projeto PMAQ-CEO”.

As presentes publicações oriundas desse fecundo trabalho cumprem o compromisso da avaliação como ato político, no sentido de demandar dos avaliadores um posicionamento coerente na defesa do direito de saúde da população. Isso deve, portanto, ser construído no dia a dia dos processos e relações de trabalho dos profissionais nas unidades de saúde. Com as necessidades da população assistida sendo direta e indiretamente os responsáveis e guias de orientação da avaliação dos programas de saúde.

Curso de Especialização em Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde Bucal: produto técnico e científico do eixo formação da Avaliação Externa do PMAQ/CEO

**Nilcema Figueiredo
Gabriela da Silveira Gaspar**

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) foi instituído no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, através da Portaria nº 1.599/GM/MS, de 30 de setembro de 2015, para operacionalização do 2º Ciclo, no qual o Centro Colaborador do Ministério da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CECOL/MS/UFPE) tem a responsabilidade da coordenação geral pela condução de um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade dos CEO que fizeram adesão ao Programa em parcerias com outras instituições de ensino e/ou pesquisa parceiras (IEP).

Como produto técnico e científico, do eixo formação, da Avaliação externa do PMAQ-CEO (AE-PMAQ/CEO), foi idealizado o I Curso de Especialização em Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde Bucal. O mesmo foi regulamentado pela Resolução nº 01/2007-CNE/MEC, bem como, por legislações vigentes que estabelecem normas para a organização e funcionamento de cursos de especialização (pós-graduação lato sensu) na Universidade Federal de Pernambuco e na Resolução nº 05/2005 do Conselho Universitário da UFPE, que regulamenta a prestação de serviços externos por parte de docentes e servidores técnico-administrativos da instituição. O curso foi vinculado a área do conhecimento correspondente a das Ciências da Saúde, conforme a tabela das grandes áreas do CNPq.

Em relação a sua estrutura administrativa, a coordenação geral do curso foi executada pela Professora Doutora Nilcema Figueiredo, tendo como órgão proponente do curso a Área Acadêmica de Medicina Social do Centros de Ciências Médica; e, como vice coordenadora a Professora Doutora Gabriela da Silveira Gaspar, vinculada ao Núcleo de Saúde Coletiva do Centro Acadêmico de Vitória, ambas as professoras vinculadas à UFPE.

O curso se foi desenvolvido na modalidade de Ensino à Distância (EaD), contendo uma carga horária total de 450 horas, com número total de 30 créditos. Foi de abrangência nacional, com concepção inovadora na perspectiva que incorporou teoria e prática ao seu desenvolvimento, pois esteve integrado a uma pesquisa avaliativa de estabelecimentos de saúde bucal, instituídos nacionalmente como estratégia de oferta de atenção especializada em odontologia.

Os objetivos do curso foram: (1) Formar academicamente a equipe de avaliadores da avaliação externa do PMAQ CEO, contribuindo em última análise para a qualificação de profissionais para o Sistema Único de Saúde; (2) Aprofundar os conhecimentos acadêmicos nas áreas de política, planejamento, gestão e avaliação em saúde, visto que estes são imprescindíveis para a boa gestão dos serviços de saúde; (3) Trabalhar avaliação in loco e aprender sobre análise de

dados coletados, por considerar a avaliação uma importante ferramenta de tomada de decisão; (4) Construir planos de intervenção às realidades pesquisadas, como forma de contribuir para a realidade local dos serviços pesquisados, e por fim, (5) Elaborar produtos técnicos e científicos: monografias, artigos, relatórios, livro, contribuindo para consolidação e disseminação do conhecimento científico produzido.

O ambiente virtual de aprendizagem (AVA) do Núcleo de Ensino a Distância (NEAD) da Universidade Federal de Pernambuco foi o escolhido para oferta o curso. Todas as disciplinas foram planejadas por professores doutores e possuíam conteúdo teórico, com aulas didáticas autoinstrucionais, contendo as principais referências teóricas do assunto abordado, aprofundamento das questões essenciais à formação acadêmica e perguntas norteadoras a serem respondidas e debatidas nos fóruns de discussão, espaço que foi amplamente utilizado pelos estudantes e tutores. Além desse material, cada disciplina também disponibilizou textos de apoio, vídeos, entre outros materiais para melhor entendimento do tema proposto e aprofundamento do conhecimento. Ademais, os alunos tinham acesso direto, por mensagem de texto ou e-mail, aos tutores, professores e às coordenadoras do curso, para que eventuais dúvidas pudessem ser esclarecidas.

A estrutura curricular detalhada do curso, pode ser observada no quadro 1, que descrever a carga horária de cada disciplina, o número de créditos correspondentes e os professores responsáveis.

Quadro 1 – Estrutura curricular do Curso de Curso de Especialização em Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde Bucal

Disciplina	Ementa resumida	Carga horária	Créditos	Professor responsável e instituição
Instrumentalização em EaD	A disciplina visa instrumentalizar para Educação a Distância. Visa apresentar o curso, seus objetivos, organização e o papel dos professores, tutores e preceptores. Conteúdos: Estrutura do Curso, Ambiente Virtual de Aprendizagem e funções dos professores, tutores e preceptores.	15h	1	Gabriela da Silveira Gaspar, UFPE
Abordagem de temas gerais do Sistema Único de Saúde	A disciplina visa instrumentalizar o aluno quanto aos principais conceitos utilizados no âmbito do SUS, relacionado a rede de serviços, modelos de atenção em saúde, política Nacional de Saúde Bucal, CEO.	15h	1	Petrônio José de Lima Martelli, UFPE
Avaliação externa do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas - aspectos teóricos	A disciplina visa instrumentalizar o aluno quanto ao PMAQ-CEO: cenário nacional, ciclos, diretrizes, fases e atores envolvidos. Aspectos conceituais e operacionais da avaliação externa do PMAQ-CEO. Avaliação de qualidade em saúde.	30	2	Paulo Sávio Angeiras de Goes, UFPE

AE - PMAQ/CEO - organização do trabalho de campo	A disciplina visa instrumentalizar o aluno quanto à avaliação externa do PMAQ-CEO: planejamento da coleta de dados com detalhamento da logística de deslocamento, à composição das equipes, à rotina de trabalho e ao uso de instrumentos para monitoramento da coleta.	30	2	Edson Hilan Gomes de Lucena, UFPE
AE - PMAQ/CEO -coleta de dados	A disciplina visa operacionalizar atividades práticas de avaliação externa nos CEO. Instrumentos, documentos, sistematização de coleta de dados. Ética em pesquisa com seres humanos.	120	8	Edson Hilan Gomes de Lucena(60h) UFPE Nilcema Figueiredo (30h),UFPE Petrônio José de Lima Martelli(30h), UFPE
AE - PMAQ/CEO -sistematização dos dados	A disciplina visa operacionalizar as atividades práticas da avaliação externa dos CEO quanto a monitoramento e supervisão das atividades do campo: sistema gerencial de pesquisa	45	3	Edson Hilan Gomes de Lucena (15h), UFPE Nilcema Figueiredo, (15h), UFPE Petrônio José de Lima Martelli(15h), UFPE
Política em saúde bucal	A disciplina visa instrumentalizar os alunos a compreensão dos aspectos conceituais e teóricos de política em saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Avanços e desafios.	15	1	Wilton Wilney Nascimento Padilha, UFPB
Planejamento em saúde bucal	A disciplina visa trabalhar conceitos introdutórios do planejamento em saúde, com ênfase no enfoque estratégico. Serão abordados os fundamentos, atributos e como aplicar o planejamento em saúde bucal no nível local. Também tem como objetivo relacionar o planejamento como forma de gestão em saúde.	30	2	Marcos Azeredo Furquim Werneck, UFMG
Gestão em Saúde bucal	A disciplina visa discutir a gestão de recursos estratégicos em saúde. Gestão de pessoas, gestão de materiais, gestão de tecnologia, gestão financeira.	30	2	Nilcema Figueiredo, UFPE

Avaliação em Saúde bucal	A disciplina visa desenvolver o estudo da avaliação no contexto das práticas sociais, resultantes da ação social planejada, materializada em políticas, programas e serviços de saúde. Aspectos conceituais e vertentes metodológicas da Avaliação.	30	2	Fernando Neves Hugo, UFRGS
Metodologia Científica – abordagem qualitativa	A disciplina visa discutir as diferentes formas de conhecimento, aprofundar no que é conhecimento científico e seus métodos. Também aborda o processo de pesquisa, métodos e técnicas de pesquisa e tipos de estudo com enfoque qualitativo.	30	2	Maria Ercília de Araújo, FO/USP
Metodologia Científica – abordagem quantitativa	A disciplina visa discutir as diferentes formas de conhecimento, aprofundar no que é conhecimento científico e seus métodos. Também aborda o processo de pesquisa, métodos e técnicas de pesquisa e tipos de estudo com enfoque quantitativo.	30	2	Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz, UFPA
Seminários integrados	A disciplina visa ampliar a capacidade dos alunos em discutir os temas abordados durante o curso e outros afins. Também servirá como treinamento para apresentação de trabalhos em congressos.	30	2	Gabriela da Silveira Gaspar, UFPE

Na organização pedagógica do curso, partiu-se do pressuposto do uso de metodologias ativas, onde o objeto de estudo foram os Centros de Especialidades Odontológicas, no qual, seus componentes de qualidade (estrutura/processo/resultados), contextos, diferenças regionais, desempenhos, dentre outros temas foram a base da elaboração das problematizações e à discussão da práxis destes serviços.

No decorrer das disciplinas, os participantes foram estimulados a desenvolverem qualificação teórica e conceitual em avaliação de serviços e programas de saúde bucal, a qualificação da prática avaliativa, através da coleta de dados da pesquisa, e, a análise das práxis em avaliação pela realização de monografia, onde poderão desenvolver estudos mais detalhados sobre a avaliação realizada.

O público-alvo foi constituído pelos avaliadores da pesquisa de Avaliação Externa do Programa de Melhoria e Acesso de Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas, obedecendo aos critérios legitimados de inscrição, seleção e matrícula, além da documentação exigida. Sendo assim, cada participante deveria possuir graduação em odontologia e inscrição em dia no CRO do estado onde exerce sua atividade profissional e apresentar Curriculum Vitae atualizado, além de bom conhecimento de informática, internet e familiaridade com dispositivos móveis. Foi vedado ao candidato ter vínculo empregatício com o serviço público de saúde bucal, ele também não poderia receber bolsa de qualquer natureza no momento da inscrição e durante o curso, e, por fim, deveria informar na ficha eletrônica de inscrição sua dedicação durante todo o período operacional da coleta de dados e disponibilidade para viajar, caso o candidato seja selecionado como Avaliador de Qualidade do PMAQ-CEO.

Durante o processo seletivo, a coordenação do programa recebeu 385 inscrições. Salienta-se que a seleção era conjunta, ou seja, quem se inscrevesse para participar da AE-PMAQ/CEO também estava concorrendo a vaga para o I Curso de Especialização em Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde Bucal. Baseado em análise documental e curricular foram selecionados 85 estudantes.

Os estudantes adentraram na área de conhecimento da saúde coletiva, através do campo da política, planejamento, gestão e avaliação em saúde, o qual se constituiu como arcabouço técnico e científico que contribuiu qualificação profissional e ao desenvolvimento de pessoal qualificado. Durante todo o curso, os alunos foram estimulados a refletir sobre diversos temas e relacionarem com a prática vivenciada por eles em campo, possibilitando uma formação interdisciplinar.

A equipe técnica e pedagógica do curso contou com equipe docente de dez professores, uma coordenadora, uma vice coordenadora, uma secretária e dezoito tutores. Cada estado teve um tutor responsável e os alunos tiveram acesso aos mesmos através das salas de aula virtual. No quadro 2 está descrito a listagem dos tutores segundo Polos, e Estados dos Avaliadores.

Quadro2: Distribuição dos estudantes/avaliadores segundo Tutores, Polos e Unidade Federativa (UF).

TUTORES	POLOS	UF	ESTUDANTES/AVALIADORES
Erivan Clementino Gualberto Júnior	UFAM	AM (RR)	Izabelly Esteves Bittencourt Martins
			Zinalton Gomes de Andrade
		RO (AC)	Lorena Ferreira Rego
Danielle Tupinambá Emmi	UFPA	PA (AP)	Mayara Sabrina Luz Miranda
			Isabella Oliveira dos Santos
			Helder Henrique Costa Pinheiro
Rejane Christine de Sousa Queiroz	UFMA	TO	Tássia Silvana Borges
		MA	Guilherme de Jesus Souza Sirino Izabel Cristina Vieira de Oliveira
Otacílio Batista de Sousa Netto	UFPI	PI	Geyson Igor Soares Medeiros
			Thais Torres Barros Dutra
Maria Eneide Leitao Almeida	UFC	CE	Melinna dos Santos Moreno
			Cinthia Nara Gadelha Teixeira
			Igor Iuço Castro Da Silva
			Roberto Haniery Ponte Alves
			Jacques Antônio Cavalcante Maciel
			Sílvia Morgana Araújo de Oliveira
Mariana Ramalho de Farias			
Elizabeth Cristina Fagundes de Souza	UFRN	RN	Jefferson Lopes de Souza
			Arthur César Gomes Aladim

Andreia Medeiros Rodrigues Cardoso	UFPB	PB	Priscila Florentino Silva
			Danílson Ferreira da Cruz
			Naiana Braga da Silva
			Rodolfo de Abreu Carolino
			Suilane Gomes Martiniano
			Luisiane de Avila Silva
Ronald Pereira Cavalcanti	UFPE	PE	Renata Araújo Gomes de Sá
			Linneker Gomes Da Silva
			Hiuryellen Da Silva Xavier
			Cleysiane Gonçalves Farias
Izabel Maia Novaes	UFAL	AL	Rafaela Torres Dias
			Maria Clara Cavalcanti Campêlo
Thaís Regis Aranha Rossi	UFBA	SE	Danielle Francesca Dantas Rocha
			BA
		Lília Paula De Souza Santos	
		Wynn timer Marie Lima De Carvalho	
		Alana Raabe Carvalho Rocha	
		Juliana Bastos Santos Figueira	
Wagner Couto Assis			
Maria de Fátima Nunes	UFG	DF	Danuze Batista Lamas Gravina
			GO
		Cristiane Barbosa Dos Santos	
		Marcella Silva De Paula	
Valéria Rodrigues de Lacerda	UFMS	MS	Inara Pereira Da Cunha
		MT	Igor Torres De Barros
Mara Vasconcelos	UFMG	MG	Thalita Thyrza De Almeida Santa-Rosa
			Rafael Almeida Rocha
			Juliana Pereira Da Silva Faquim
			Rafaela Reis Da Silva
			Timilly Mayra Martins Da Cruz
			Luciano Henrique De Jesus
Ludmilla Custódia Cardoso De Resende			
Andrea Neiva da Silva	UFF	ES	Albina De Fatima Fanni Santos
			RJ
		Graciele Guerra De Andrade	
		Daniela Alvine Silva	
		Caroline Montez Lima dos Santos	
		Caroline Brum Gonzalez	
Oswaldo Luiz Cecilio Barbosa			

Mariana Gabriel	USP	SP	Camila de Lima Sarmento
			Amanda Ramos da Cunha
			Sonia Regina Cardim de Cerqueira Pestana
			Marcia Yonamine Yanagita
			Maristela Honório Cayetano
			Josevan de Souza Silva
			Rai Matheus Carvalho Santos
			Rachel Cesar de Almeida Santos
			Marcelo Moreira de Jesus
			Renata Maria Mamprin Stopiglia de Campos
			Mariana Lopes Galante
			Suellen Vieira do Nascimento
			Gabriela Battaglia
			Alcir José de Oliveira Júnior
Fábio Carneiro Martins			
Samuel Jorge Moysés	PUC/PR	PR	Rafael Gomes Ditterich
			Pablo Guilherme Caldarelli
			Ruann Oswaldo Carvalho Da Silva
			Daniela Pereira Lima
Cláudia Flemming Colussi	UFSC	SC	Diego Anselmi Pires
			Luiza Rahmeier Fietz Rios
			Karina Marcon
			Felipe Miranda
Roger Keller Celeste	UFRGS	RS	Lívia Litsue Gushi Corrêa
			Wiolnei Luiz Amado Centenaro
			Leonardo Vilar Filgueiras

Como critérios de avaliação de aproveitamento das disciplinas adotados, foram considerados a participação dos fóruns virtuais e a realização de atividades avaliativas elaboradas pelos professores. A frequência mínima para as atividades acadêmica foi de 75% e a nota final em cada disciplina não poderia ser inferior a 7,0.

Os trabalhos de conclusão do curso foram desenvolvidos individualmente, conforme Resolução 01/2007 do CNE/MEC, e apresentados no formato de artigo científico. As bancas examinadoras foram constituídas por um professor interno do curso, um professor externo ao curso e pelo professor orientador.

Como resultado do curso, dos 85 estudantes matriculados, 03 não obtiveram os critérios mínimos para aprovação e 08 desistiram, por motivos diversos. Com isso, 74 alunos cumpriram todos os requisitos e se tornaram especialistas. Os estudantes concluintes, bem como seus orientadores, coorientadores e título do trabalho de conclusão podem ser apreciados no Quadro 3.

Quadro 3. Alunos concluintes do curso de especialização, orientadores, coorientadores e trabalho de conclusão.

DISCENTE (AVALIADOR)	UF	TÍTULO DO TCC	ORIENTADOR (A)	CO-ORIENTADOR (A)
ADRIANA PAULA PAIATO	SP	UM OLHAR A PARTIR DA REGIÃO 2 DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO	MARIANA GABRIEL	-
ALANA RAABE CARVALHO ROCHA	BA	ORTODONTIA NOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DO SUS: CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS A PARTIR DO PRIMEIRO CICLO DO PMAQ-CEO	THAIS REGIS ARANHA ROSSI	-
ALBINA DE FATIMA FANNI SANTOS	ES	PRINCIPAIS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) DO ESPÍRITO SANTO: AVALIAÇÃO EXTERNA PMAQ/CEO 1º CICLO, 2014	NILCEMA FIGUEIREDO	ANDREA NEIVA DA SILVA
ALCIR JOSE DE OLIVEIRA JUNIOR	SP	A ASSOCIAÇÃO ENTRE LETRAMENTO EM SAÚDE BUCAL E AS VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS EM CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	MARIANA GABRIEL	-
ARTHUR CÉSAR GOMES ALADIM	RN	A INTERFACE CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) E REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD) EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO NORTE	ELIZABETHE CRISTINA FAGUNDES DE SOUZA	-
CAROLINE BRUM GONZALEZ	RJ	PERFIL DOS GERENTES E PRÁTICAS DE PLANEJAMENTO NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	ANDRÉA NEIVA DA SILVA	-
CAROLINE MONTEZ LIMA DOS SANTOS	RJ	ACESSIBILIDADE SOCIOECONÔMICA E GEOGRÁFICA DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO SEGUNDO A ÓTICA DOS USUÁRIOS	ANDRÉA NEIVA DA SILVA	-
CINTHIA NARA GADELHA TEIXEIRA	CE	PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS: UMA ANÁLISE A PARTIR DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO	MARIA ENEIDE LEITAO ALMEIDA	-
CLÉVERTON DA SILVA SANTOS	AL	PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE ALAGOAS SOBRE UM PROGRAMA AVALIATIVO	PETRÔNIO JOSÉ DE LIMA MARTELLI	-
CLEYSIANE GONÇALVES FARIAS	PE	CUMPRIMENTO DE METAS POR PERIODONTISTAS E NÃO ESPECIALISTAS NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	GABRIELA DA SILVEIRA GASPAR	-
CRISTIANE BARBOSA SANTOS	GO	A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL NA ESPECIALIDADE DE ENDODONTIA E SUA RELAÇÃO COM O TEMPO DE ESPERA DO USUÁRIO PARA TRATAMENTO ENDODÔNTICO NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO ESTADO DE GOIÁS	MARIA DE FÁTIMA NUNES	MARCOS AZEREDO FURQUIM WERNECK
DANIELA ALVINE SILVA	RJ	O CEO NA REDE DE ATENÇÃO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: ANÁLISE A PARTIR DOS DADOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ/CEO 1º CICLO	NILCEMA FIGUEIREDO	ANDRÉA NEIVA DA SILVA
DANIELA PEREIRA LIMA	PR	GESTÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS: UMA ANÁLISE DO PERFIL DE SEUS GESTORES	FERNANDO NEVES HUGO	-
DANIELLE FRANCESCA DANTAS ROCHA	SE	PERFIL E EXPERIÊNCIA DOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE SERGIPE, NO PRIMEIRO CICLO DO PMAQ-CEO	THAIS REGIS ARANHA ROSSI	-

DANILSON FERREIRA CRUZ	PB	APOIO MATRICIAL EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA DE SAÚDE BUCAL NO ESTADO DA PARAIBA	ANDREIA MEDEIROS RODRIGUES CARDOSO	-
DIEGO ANSEMI PIRES	SC	AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS ESTRUTURAIS DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO BRASIL	CLAUDIA FLEMMING COLUSSI	-
DONIZETE DE CASTRO SILVA	GO	ASSOCIAÇÃO ENTRE FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E A OFERTA DE TRATAMENTO NAS ESPECIALIDADES MÍNIMAS DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO BRASIL	MARIA DE FÁTIMA NUNES	MARCOS AZEREDO FURQUIM WERNECK
FÁBIO CARNEIRO MARTINS	SP	A EDUCAÇÃO PERMANENTE: DISTRIBUIÇÃO, CARACTERÍSTICAS DAS AÇÕES IMPLEMENTADAS E O TELESSAÚDE NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE BUCAL	FERNANDA CAMPOS DE ALMEIDA CARRER	MARIANA GABRIEL
FELIPE MIRANDA	SC	OFERTA DE PRÓTESES DENTÁRIAS NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO BRASIL	CLAUDIA FLEMMING COLUSSI	-
FERNANDA BORTOLOTTI	SP	PRINCIPAIS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO 1º CICLO DO PMAQ CEO DA 3ª REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO	MARIANA GABRIEL	-
GABRIELA BATTAGLIA	SP	ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEOS) COM SERVIÇO DE ORTODONTIA NO BRASIL E COMPARAÇÃO COM O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL (IDHM) RENDA DE CADA REGIÃO BRASILEIRA	MARIANA GABRIEL	-
GEYSON IGO SOARES MEDEIROS	PI	AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO PRESTADO PELOS CIRURGIÕES-DENTISTAS NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	OTACÍLIO BATISTA DE SOUSA NÉTTO	-
GRACIELE GUERRA DE ANDRADE	RJ	ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM PERIODONTIA NOS CEO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: ANÁLISE A PARTIR DOS DADOS DO PMAQ-CEO (1º CICLO)	NILCEMA FIGUEIREDO	ANDREA NEIVA DA SILVA
GUILHERME DE JESUS SOUZA SIRINO	MA	ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E DO PROCESSO DE TRABALHO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO ESTADO DO MARANHÃO	REJANE CHRISTINE DE SOUSA QUEIROZ	-
HELDER HENRIQUE COSTA PINHEIRO	PA	PROCESSO DE TRABALHO EM CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS: COMPARAÇÃO ENTRE O ESTADO DO PARÁ, A REGIÃO NORTE E O BRASIL	DANIELLE TUPINAMBÁ EMMI	-
HIURYELLEN DA SILVA XAVIER	PE	PERFIL DOS PROFISSIONAIS E SERVIÇOS OFERTADOS ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS E O DESEMPENHO NO PMAQ-CEO	RONALD PEREIRA CAVALCANTI	GABRIELA DA SILVEIRA GASPAR
IÊDA LENZI DURÃO	RJ	ASPECTOS DA GESTÃO DO TRABALHO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS QUE ATUAM NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PMAQ-CEO	ANDRÉA NEIVA DA SILVA	-
IGOR IUCCO CASTRO DA SILVA	CE	SERVIÇO DE ESTOMATOLOGIA EM CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO CEARÁ PELO PMAQ-CEO 1º. CICLO	MARIA ENEIDE LEITAO ALMEIDA	-
IGOR TORRES BARROS	MT	USUÁRIOS INDÍGENAS QUE ACESSAM O CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO BRASIL: UMA ANÁLISE DO ACESSO E DO ABANDONO DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA	-

INARA PEREIRA DA CUNHA	MS	FATORES ASSOCIADOS AO NÃO COMPARECIMENTO DOS USUÁRIOS AO TRATAMENTO PÚBLICO ODONTOLÓGICO	VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA	-
ISABELLA OLIVEIRA DOS SANTOS	PA	ELABORAÇÃO DE GUIA DE ORIENTAÇÃO SOBRE O PREENCHIMENTO DA MATRIZ DE INTERVENÇÃO PARA GESTORES DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	DANIELLE TUPINAMBÁ EMMI	-
IZABEL CRISTINA VIEIRA DE OLIVEIRA	MA	ASSOCIAÇÃO ENTRE OFERTA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA AO CÂNCER BUCAL NOS CEO E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE COBERTURA DE ATENÇÃO BÁSICA NAS CAPITAIS BRASILEIRAS	REJANE CHRISTINE DE SOUSA QUEIROZ	-
IZABELLY ESTEVES BITTENCOURT MARTINS	AM	SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS ASSISTIDOS NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DA REGIÃO NORTE DO BRASIL.	ERIVAN CLEMENTINO GUALBERTO JÚNIOR	-
JACQUES ANTONIO CAVALCANTE MACIEL	CE	ANÁLISE DE FATORES ASSOCIADOS À GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE EM CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO CEARÁ COM DIFERENTES MODALIDADES DE GERENCIAMENTO	MARIA ENEIDE LEITAO ALMEIDAO	-
JOANA DANIELLE BRANDÃO CARNEIRO	SP	PRINCIPAIS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO 1º CICLO: UM OLHAR A PARTIR DOS DEPARTAMENTOS REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO	MARIA ERCÍLIA DE ARAÚJO	-
JOSEVAN DE SOUZA SILVA	SP	ANÁLISE CRÍTICA DOS DADOS DO 1º CICLO DO PMAQ-CEO NA GRANDE SÃO PAULO E NA BAIXADA SANTISTA	MARIANA GABRIEL	-
JULIANA BASTOS SANTOS FIGUEIRA	BA	OS GESTORES NA ORGANIZAÇÃO E NO ACESSO DO USUÁRIO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PRIMEIRO CICLO DO PMAQ-CEO	THAIS REGIS ARANHA ROSSI	SONIA CHAVES
JULIANA DA SILVA PEREIRA FAQUIM	MG	ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE BUCAL NO TRIÂNGULO MINEIRO: UMA ANÁLISE A PARTIR DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO	MARA VASCONCELOS	-
KARINA MARCON	SC	ACESSO E ACESSIBILIDADE DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO BRASIL	CLAUDIA FLEMMING COLUSSI	-
LEONARDO VILAR FILGUEIRAS	RS	INFLUÊNCIA DA AUTOAVALIAÇÃO PARA MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE (AMAQ) NOS PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO)	ROGER KELLER CELESTE	-
LÍLIA PAULA DE SOUZA SANTOS	BA	CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE PRÓTESE DENTÁRIA DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS: UMA ANÁLISE A PARTIR DOS DADOS DO PMAQ-CEO	THAIS REGIS ARANHA ROSSI	SONIA CHAVES
LIVIA LITSUE GUSHI CORREA	RS	FATORES ASSOCIADOS À PRESENÇA DE GERÊNCIA NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	FERNANDO NEVES HUGO	-
LORENA FERREIRA REGO	RO	ALTA ROTATIVIDADE DO CARGO DE GERÊNCIA DO CEO NO ESTADO DE RONDÔNIA	ERIVAN CLEMENTINO GUALBERTO JÚNIOR	-
LUCIANO HENRIQUE DE JESUS	MG	A INFLUÊNCIA DO GERENTE DO CEO NOS SERVIÇOS OFERTADOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA – REVISÃO DE LITERATURA	MARA VASCONCELOS	-

LUDMILLA CUSTÓDIA CARDOSO DE RESENDE	MG	AVALIAÇÃO DOS FATORES CONDICIONANTES DA INSATISFAÇÃO DO TRABALHO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	MARA VASCONCELOS	-
LUISIANE DE AVILA SILVA	PB	CANALIS DE COMUNICAÇÃO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO NORDESTE: AVALIAÇÃO DO PMAQ-CEO 10 CICLO	ANDREIA MEDEIROS RODRIGUES CARDOSO	-
LUIZA RAHMEIER FIETZ RIOS	SC	AVALIAÇÃO EXTERNA DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NA PERCEPÇÃO DE COORDENADORES EM SANTA CATARINA, 2018	CLAUDIA FLEMMING COLUSSI	-
MARCELLA SILVA DE PAULA	GO	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS NO PRIMEIRO CICLO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS REALIZADO NOS ANOS DE 2013 E 2014	MARIA DE FÁTIMA NUNES	-
MARCELO MOREIRA DE JESUS	SP	A PRÁTICA DE APOIO MATRICIAL NA MÉDIA COMPLEXIDADE: UMA ANÁLISE DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (PMAQCEO)	FERNANDA CAMPOS DE ALMEIDA CARRER	-
MARCIA YONAMINE YANAGITA	SP	DIÁRIO DE CAMPO DOS AVALIADORES DO PMAQ-CEO: UMA CONTRIBUIÇÃO QUALITATIVA	MARIANA GABRIEL	-
MARIA CLARA CAVALCANTI CAMPÊLO	AL	A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO ESTADO DE ALAGOAS: REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA	IZABEL MAIA NOVAES	-
MARIANA LOPES GALANTE	SP	ESTRATÉGIAS DE CUIDADO DO CÂNCER DE BOCA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	MARIA ERCÍLIA DE ARAÚJO	FERNANDA CAMPOS DE ALMEIDA CARRER
MARIANA RAMALHO FARIAS	CE	OPINIÃO DOS GESTORES DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO CEARÁ SOBRE A AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO	MARIA ENEIDE LEITÃO DE ALMEIDA	-
MARISTELA HONÓRIO CAYETANO	SP	PANORAMA DO MECANISMO DE INGRESSO, VÍNCULO E AGENTE CONTRATANTE DE RECURSOS HUMANOS EM ODONTOLOGIA NO SUS	MARIA ERCÍLIA DE ARAÚJO	-
MAYARA SABRINA LUZ MIRANDA	PA	UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS ODONTOLÓGICOS PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES NO ESTADO DO PARÁ	DANIELLE TUPINAMBÁ EMMI	-
NAIANA BRAGA DA SILVA	PB	PERFIL DO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DA PARAÍBA – ANÁLISE DE DADOS DO PMAQ-CEO	ANDREIA MEDEIROS RODRIGUES CARDOSO	-
PABLO GUILHERME CALDARELLI	PR	PERFIL E FATORES RELACIONADOS AO DESEMPENHO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS VINCULADOS A INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR NO ESTADO DO PARANÁ	SAMUEL JORGE MOYSÉS	-
RACHEL CESAR DE ALMEIDA SANTOS	SP	AVANÇOS E DESAFIOS PARA O ATENDIMENTO AO PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS NO CEO - CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	FERNANDA CAMPOS DE ALMEIDA CARRER	MARIANA GABRIEL

RAFAEL ALMEIDA ROCHA	MG	PERCEPÇÃO DO AVALIADOR EXTERNO DO PMAQ/CEO DO ESTADO DE MINAS GERAIS SOBRE SUA POSTURA E PAPEL AVALIATIVO DURANTE O CICLO 2: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA	MARA VASCONCELOS	-
RAFAEL GOMES DITTERICH	PR	DESEMPENHO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) DA MACROLESTE DO PARANÁ	SAMUEL JORGE MOYSÉS	-
RAFAELA REIS DA SILVA	MG	(ENTRE) LINHAS DE UMA AVALIAÇÃO DE SERVIÇO: A IMPORTÂNCIA DO DIÁRIO DE CAMPO	MARA VASCONCELOS	-
RAI MATHEUS CARVALHO SANTOS	SP	PRINCIPAIS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO 1º CICLO: UM OLHAR A PARTIR DOS DEPARTAMENTOS REGIONAIS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO	MARIANA GABRIEL	-
RENATA ARAÚJO GOMES DE SÁ	PE	O PERFIL DA GERÊNCIA DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO BRASIL E O DESEMPENHO VERIFICADO PELO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE	RONALD PEREIRA CAVALCANTI	-
RODOLFO DE ABREU CAROLINO	PB	AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DA PARAÍBA	ANDREIA MEDEIROS RODRIGUES CARDOSO	-
RUANN OSWALDO CARVALHO DA SILVA	PR	PERFIL DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ	SAMUEL JORGE MOYSÉS	-
SILVIA MORGANA ARAÚJO DE OLIVEIRA	CE	PERFIL DOS GESTORES EM DISTINTAS MODALIDADES DE GESTÃO DO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO ESTADO DO CEARÁ	MARIA ENEIDE LEITÃO DE ALMEIDA	-
SONIA REGINA CARDIM DE CERQUEIRA PESTANA	SP	A MOTIVAÇÃO, O PAPEL E A PERCEPÇÃO DO AVALIADOR EXTERNO DO PMAQ-CEO	MARIANA GABRIEL	-
SUILANE GOMES MARTINIANO	PB	ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS NOS CEOS DO BRASIL: ASPECTOS GERAIS	ANDREIA MEDEIROS RODRIGUES CARDOSO	-
TALITA MOREIRA URPIA	BA	A ODONTOPEDIATRIA NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA NO SUS: UMA PERSPECTIVA A PARTIR DO PRIMEIRO CICLO DO PMAQ/CEO	THAIS REGIS ARANHA ROSSI	-
TÁSSIA SILVANA BORGES	TO	OFERTA DOS SERVIÇOS ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NOS CENTROS DE ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICA DAS CAPITAIS BRASILEIRAS	REJANE CHRISTINE DE SOUSA QUEIROZ	-
THAÍS TORRES BARROS DUTRA	PI	ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS ESPECIALIZADOS AO PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS NO SUS: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PRIMEIRO CICLO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO	OTACÍLIO BATISTA DE SOUSA NÉTTO	-
TIMILLY MAYARA MARTINS CRUZ	MG	A ADEÇÃO À EDUCAÇÃO PERMANENTE E USOS DO TELESSAÚDE PELOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS: UMA ANÁLISE DA IMPORTÂNCIA DESSAS FERRAMENTAS NO PROCESSO DE TRABALHO	MARA VASCONCELOS	-
WAGNER COUTO ASSIS	BA	FORMAÇÃO DOS CIRURGIÕES DENTISTAS EM CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS POR REGIÃO DE SAÚDE NA BAHIA	SÔNIA CRISTINA LIMA CHAVES	CEZAR AUGUSTO CASOTTI

WYNNIE MARIE LIMA DE CARVALHO	BA	CONTRAREFERÊNCIA EM SAÚDE BUCAL: UM ESTUDO A PARTIR DO PRIMEIRO CICLO DO PMAQ-CEO	THAIS REGIS ARANHA ROSSI	-
ZINALTON GOMES DE ANDRADE	AM	O FLUXO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DOS PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS ENTRE OS NÍVEIS PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO DO SUS	ERIVAN CLEMENTINO GUALBERTO JÚNIOR	-

Considerações Finais

O curso de Especialização em Planejamento, Gestão Avaliação em Saúde, foi ofertado em caráter nacional, na modalidade de Ensino à distância, caráter EaD, destinado aos avaliadores de qualidade selecionados à pesquisa da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade para os Centros de Especialidades Odontológicas (AE-PMAQ/CEO)- II Ciclo, os quais receberam auxílio de bolsa estudantil para participação no curso.

Seu desenvolvimento garantiu a qualificação teórica e conceitual em planejamento, gestão e avaliação de serviços e programas de saúde bucal aos participantes como também a qualificação da prática avaliativa, através da realização da coleta de dados da pesquisa, a análise das práxis em avaliação e, a construção de planos de intervenção às realidades pesquisadas, através de estudos mais detalhados sobre a avaliação realizada, bem como uso de banco de dados da pesquisa anterior (I Ciclo AE-PMAQ/CEO).

Acreditamos que esse modelo de ensino-aprendizagem, o qual integra o conhecimento teórico e prático tem como objetivo final a melhoria do Sistema Único de Saúde, na medida que capacita potenciais profissionais para atuação neste sistema.

Espera-se que outras iniciativas formativas sejam incentivadas, e que estas possam ser indutoras de mudanças, tanto na gestão, quanto no cuidado em saúde bucal.



CAPÍTULOS NACIONAIS

Ortodontia no SUS: Caracterização dos Centros de Especialidades Odontológicas, a partir do primeiro ciclo do PMAQ-CEO.

Alana RaabeCarvalho Rocha

Cirurgiã-dentista (CD), avaliadora do segundo ciclo do PMAQ-CEO.

Carla Maria Lima Santos

Professora Adjunto na Universidade do Estado da Bahia

Thais Regis Aranha Rossi

Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunto da Universidade do Estado da Bahia.
CD e pesquisadora da Universidade Federal da Bahia.

1 INTRODUÇÃO

A Ortodontia é a especialidade que tem como objetivo a “prevenção, a supervisão e a orientação do desenvolvimento do aparelho mastigatório e a correção das estruturas dento-faciais, incluindo as condições que requeiram movimentação dentária, bem como harmonização da face no complexo maxilomandibular” (CFO, 2005, p. 12).

Os problemas de oclusão dentária, denominadas más oclusões, consistem em anomalias do crescimento e do desenvolvimento, envolvendo os músculos, os ossos maxilares, e a disposição dos dentes nos ossos alveolares. As más oclusões dentárias e problemas de crescimento dos maxilares afetam as pessoas no âmbito social, psicológico e biológico e já existem evidências que a Ortodontia contribui para a melhoria da qualidade de vida (BARBOSA & GALLO, 2018)

O trabalho de Almeida e colaboradores (2011) apontou que os problemas de posicionamento dentário e mau relacionamento dos ossos maxilares, as más oclusões dentárias encontram-se em terceiro lugar na escala de prioridades entre os problemas odontológicos constituindo-se um problema de saúde pública segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil, apesar de SB-Brasil 2010 ter apresentado uma redução na prevalência de malocclusão quando comparado ao SB-Brasil 2002/2003, sua ocorrência merece atenção pois ainda é considerada elevada (BAUMAN ET AL., 2018).

Países como Inglaterra, Nova Zelândia, Suécia e Finlândia oferecem em seu sistema público de saúde tratamento ortodôntico para os casos mais graves ou deformantes. O paciente é submetido a um índice classificatório, que determina se há ou não necessidade de realizar o tratamento. Se há, este é oferecido pelo Estado como benefício (JANVINEN, 2001). O critério de seleção é baseado em índices oclusais, que se referem às condições bucais do indivíduo e podem também conter fatores psicossociais relativos às más-occlusões nesses processos de triagem (JENNY, 1975).

Dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) do ano de 2003 revelaram que apenas 3,5% do total de procedimentos odontológicos realizados naquele ano foram de especialidades (BRASIL, 2003) evidenciando a grande desproporção na oferta entre procedimentos odontológicos básicos e especializados, a quase totalidade era de procedimentos mais simples

como restaurações, cirurgias e aplicação de flúor (CFO 2008).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançada em 2004, conhecida como “Brasil Sorridente”, propôs uma significativa reorganização da resposta do Estado brasileiro aos problemas de saúde bucal da população. Cita-se a implantação dos Centros de Especialidades (CEO), como estratégia da PNSB para assegurar a atenção secundária em saúde bucal.

Os CEO são unidades públicas de saúde destinadas ao atendimento odontológico especializado no âmbito do SUS, servindo como referência para a atenção primária. Estes centros devem contemplar no mínimo as áreas de diagnóstico bucal, com ênfase em 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 (BRASIL, 2011; FREITAS et al., 2016). 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) e devem funcionar 40 horas por semana, sendo o número de profissionais variável em função do tipo de CEO (CORTELLAZZI et al., 2014).

Devido a crescente prevalência das más-oclusões, e a transformação epidemiológica por que passa a saúde bucal no Brasil, com o forte declínio do índice de cáries, e baseando-se na referência dos princípios constitucionais de integralidade e equidade, torna-se necessário viabilizar a incorporação de procedimentos ortodônticos pelo setor público de saúde. Com a implementação dos CEO ampliou-se a inserção da Ortodontia nas ações do sistema público. A partir da portaria Ministerial nº 718/SAS de 2010, foi facultado aos CEO a inclusão de atendimentos em aparelho ortodôntico-ortopédico. O tratamento ortodôntico que já vinha sendo oferecido em poucas localidades como iniciativas isoladas ganhou força com a criação dos CEO (ALVES, 2009).

Em março de 2008, o número de CEO somava 590 unidades. Quatro anos após o início das implantações, os CEO já eram em número de 675 presentes em mais de 280 municípios brasileiros. Segundo MACIEL (2008), dentre essa totalidade, apenas 37 (mais três clínicas privadas credenciadas a municípios e mais duas unidades de saúde) ofereciam serviços ortodônticos financiados pelo SUS, estendendo o alcance das ações dessas unidades a procedimentos que não se encontram dentre os que compõem as especialidades mínimas contempladas na PNSB.

Embora o tratamento ortodôntico oferecido pelo SUS tenha se tornado mais acessível com a criação dos CEO, permitindo que muitos municípios incluíssem em seu rol de ações a atenção ortodôntica, há na literatura poucos estudos que caracterizem os CEO que oferecem o serviço de ortodontia, muito ainda se desconhece sobre o atendimento ortodôntico nos estabelecimentos públicos especializados.

Esse trabalho visa contribuir para a compreensão das características dos municípios que ofertam os serviços ortodônticos, caracterizando a localização dos mesmos e examinar seu modo de atuação e as características desse serviço. Permitindo que se possa ampliar as discussões e refletir sobre a relevância da ortodontia no serviço público especializado e o funcionamento mais efetivo e universal.

O objetivo do presente trabalho foi caracterizar os serviços odontológicos especializados que realizam procedimentos ortodônticos nos Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, a partir do primeiro ciclo do PMAQ-CEO, 2014.

2 METODOLOGIA

Este estudo é de natureza quantitativa, descritiva, a partir de dados secundários, onde foram analisados os dados pertencentes ao banco do componente da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), cuja coleta foi realizada no primeiro semestre de 2014. O estudo apresenta como componente de análise os dados secundários pertencentes ao Módulo I, Módulo II e Módulo III. Foram coletados dados de 930 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) foi instituído no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente e teve dentre outros objetivos de : I – Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); II – Construir parâmetros de qualidade dos CEO que sejam passíveis de comparação nacional, regional e local, considerando as diferentes realidades de saúde; III – Fortalecer o processo de referência e contra referência de saúde bucal; IV – Estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelos CEO; V – Transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade, através do portal do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a).

A Avaliação Externa consistiu na terceira fase do PMAQ-CEO. Nessa etapa, um grupo de avaliadores da qualidade, todos cirurgiões-dentistas, selecionados e capacitados pelas IEP, aplicam in loco o Instrumento de Avaliação Externa para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelos profissionais e pela gestão (BRASIL, 2013b).

O banco de dados estava organizado em três módulos: Módulo I – Observação no CEO: objetiva avaliar as condições de estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos do estabelecimento; Módulo II – Entrevista com o Gerente do CEO e um Cirurgião Dentista, de qualquer especialidade: objetiva obter informações sobre processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado para os usuários; Módulo III – Entrevista com usuários no CEO: visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços especializados de saúde bucal no que se refere ao seu acesso e utilização.

Para compreender a forma de organização, às características do serviço e dos profissionais que atuam nos CEOS, que oferecem ou não o serviço de ortodontia, bem como a percepção dos usuários foram selecionadas as seguintes variáveis:

- Características de organização dos Serviços: localização do CEO, tipo do CEO, tipo de imóvel, Condições dos consultórios, atividade de planejamento, monitoramento e análise das metas, CEO sabe do percentual de absenteísmo, turnos de atendimento, dias de funcionamento, cotas de encaminhamento dos pacientes de ortodontia para o CEO, usuário é referenciado da Unidade Básica de Saúde , tempo de espera para ser atendido.

- Características dos municípios onde estão implantados os Centros de Especialidades odontológicas que oferecem ortodontia: porte populacional, índice de desenvolvimento humano

(IDH).

•Características dos Profissionais, de sua atuação e vínculo: atuação profissional em ortodontia, tempo de atuação no serviço, formação profissional, ações permanentes promovidas pelo município, se essas ações contemplam as necessidades do CEO, nos últimos 12 meses deixou de atender por falta de material ou equipamento funcionando adequadamente.

•Características do perfil e experiência dos usuários: especialidade do tratamento, tempo de espera para ser atendido, atendimento recebido no CEO, renda familiar, recebimento do bolsa família, casa coberta pela Estratégia de Saúde da Família, forma de marcação de consulta, Consegue fazer alguma reclamação ou sugestão, acolhimento ao procurar o serviço. Os dados foram submetidos a análise estatística descritiva através do software MINITAB versão 14.

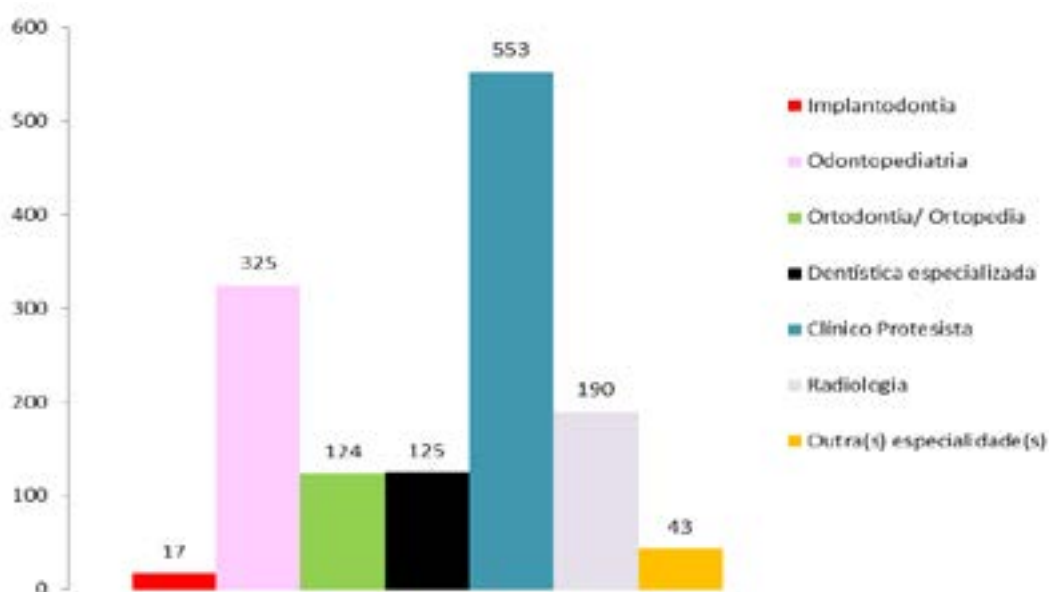
Este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, tendo em vista que utilizou dados secundários. O projeto de produção dos primários primário do primeiro ciclo do PMAQ-CEO foi aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o registro nº 740.974 e CAAE 23458213.0.0000.5208.

3 RESULTADOS

Foram avaliados 930 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), sendo que destes 124 (13,3%) ofereciam o serviço de ortodontia.

O gráfico 1 mostra o número de Centros de Especialidades Odontológicas que realizam atendimento de ortodontia (124), em quantidade bem menor em comparação a outras especialidades como clínico protesista (553), odontopediatria (325), radiologia (190), e dentística especializada (125), ou seja, nos CEO estudados a ortodontia encontra em 5º posição em relação ao rol de especialidades que não são enquadradas como mínimas.

Gráfico 1 - Distribuição dos CEO segundo especialidades ofertadas, PMAQ-CEO,2014.

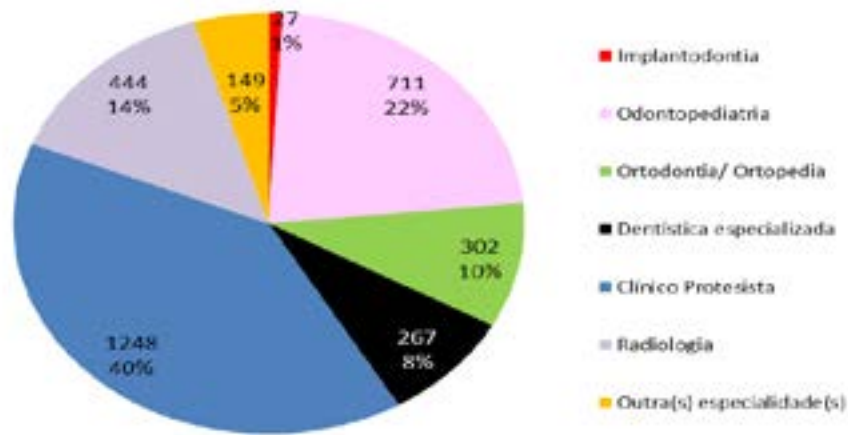


Fonte: elaboração própria

O número de profissionais da área de ortodontia (n=302) representa 10% do total de profissionais, ficando a frente somente de especialidade de dentística especializada (n=267) e

implantodontia (n=149) (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição dos profissionais de nível superior segundo especialidades ofertadas, PMAQ-CEO,2014.



Fonte: elaboração própria

O serviço de ortodontia está sendo ofertado em estabelecimentos situados em cidades de médio e grande porte (90%), restringindo a cerca de 8% em cidades com porte populacional pequeno. Comparação foi feita em relação ao IDH e dentre as cidades em discussão, 87 (70,16%) apresentam um IDH superior ao nacional, maior que 7 (Tabela 1).

No que tange a formação profissional em ortodontia, a maioria (79,47%) possuía especialização, mestrado e/ou doutorado. Esses CEO relataram fornecer atendimento de segunda a sexta-feira, em turnos matutino e vespertino. Sendo que 26,6% relataram funcionar no período noturno.

Apesar de 62,5% CEO utilizarem um protocolo de atendimento ortodôntico de encaminhamento, não era do conhecimento de 70% gerentes entrevistados a existência de cotas pré-definidas para o encaminhamento dos pacientes de ortodontia para o CEO. A maioria dos usuários era referenciada da Unidade de Saúde (72,5%) e esperavam até 90 dias para serem atendidos (71,2%) (Tabela 1).

Tabela 01- Características dos Centros de Especialidades odontológicas que oferecem ortodontia. Brasil, 2014.

Caracterização dos Serviços que tem ortodontia	n	%
CEOs que oferecem ortodontia	124	13,3%
Porte Populacional		
Pequeno	10	8,06
Médio	31	25,00
Grande	83	66,94
Índice de Desenvolvimento Municipal (IDH)		
Menor que 7	37	29,84

Maior que 7	87	70,16
Formação Profissional em ortodontia		
Graduação de odontologia	21	6,95
Atualização / Aperfeiçoamento	27	8,94
Especialização/Mestrado/Doutorado	240	79,47
Turnos de atendimento		
Manhã	124	100,00
Tarde	124	100,00
Noite	33	26,60
Funcionamento dias da semana (não excludentes)		
Segunda à quarta-feira	124	100,00
Quinta-feira	123	99,19
Sexta-feira	124	100,00
Sábado	12	9,68
Domingo	3	2,42
Cotas pré-definidas para encaminhamento dos pacientes de ortodontia para o CEO		
Sim	35	29,90
Não	82	70,10
Usuário é referenciado da Unidade Básica		
Sim	87	72,50
Não	33	27,50
Protocolos clínicos que orientem o encaminhamento para o CEO		
Sim	90	62,50
Não	49	34,03
Qual o tempo estimado de espera pra ser atendido (dias)		
Até 90 dias	77	71,25
Mais de 90 dias	31	28,69

Fonte: elaboração própria

Tabela 02 – Distribuição de estabelecimento, segundo organização dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que oferecem ou não tratamento ortodôntico no Brasil, 2014.

Caracterização do Serviço	Ter ou não Ortodontia no serviço				Valor de p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Por Região					
Centro-oeste	6	4,84	47	5,80	0,445
Norte	8	6,45	53	6,54	
Nordeste	43	34,68	305	37,60	
Sul	12	9,68	101	12,50	
Sudeste	55	44,35	281	34,70	
Tipo de CEO					
Tipo I	18	14,52	332	41,00	0,000
Tipo II	62	50,00	413	50,98	
Tipo III	44	35,48	65	8,02	

Tipo de imóvel					
Próprio	96	77,42	588	72,60	
Alugado	19	15,32	183	22,60	0,006
Outro	9	7,26	39	4,80	
Consultórios em boas condições de uso e limpeza					
Sim	116	93,55	701	86,55	0,004
Não	8	6,45	109	13,45	
Nos últimos 12 meses foi realizado alguma atividade de planejamento no CEO					
Sim					
Não	108	87,10	603	76,60	0,006
E realizado o monitoramento e análise das metas					
Sim	101	81,45	569	72,30	0,027
Não	23	18,60	218	27,70	
O CEO sabe do percentual de absenteísmo					
Sim	93	75,00	446	56,68	0,000
Não	31	25,00	341	43,32	

Fonte: elaboração própria.

Na região sudeste está concentrado o maior número de estabelecimentos com serviços ortodônticos (44.35%) e o segundo maior contingente de CEO da federação (34.7%), seguido da região nordeste o segundo em ortodontia (34.68%) e o primeiro maior contingente em CEOs (37.6%), em sequência a região Sul (9.68%) (12.5%), Norte (6.45%) (6.54%) e Centro-Oeste (4.84%) (5.8%) respectivamente (Tabela 2).

O CEO tipo II caracteriza-se como a grande totalidade dos serviços que tem ou não ortodontia, representando (50%) dos CEO com ortodontia, em seguida o tipo III (35.48%) e tipo I (14.52%). Em relação aos serviços que não tem ortodontia, (50.98%) do tipo II, o tipo I aparece em segundo (41.0%) e posteriormente tipo III (8.02%).

No que tange ao tipo de imóvel predominante, aqueles CEO que ofertam Ortodontia são mais implantados em imóveis próprios do que aqueles que não ofertam ($p=0.006$). Os CEO com oferta do serviço de ortodontia relataram melhores condições de uso e limpeza do que os demais ($p=0.04$) (Tabela 2).

Os CEO que ofertam Ortodontia mostraram maior organização dos serviços. Em relação a atividades de planejamento, monitoramento e análise das metas, os estabelecimentos com o serviço de ortodontia realizam em maior número ($p=0,006$). Quando questionado se o CEO tinha conhecimento sobre a quantidade de faltantes (percentual de absenteísmo), observou-se semelhante ao dado anterior ($p=0,000$).

4 DISCUSSÃO

Este estudo analisou os Centros de Especialidades Odontológicas que foram avaliados pelo Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ-CEO) no primeiro semestre do ano de 2014. Após a análise dos resultados da pesquisa, observou-se que a presença de Ortodontia nos CEO no país não apresenta homogeneidade no que se refere à distribuição territorial. Estes

estão localizados, em sua maioria, em cidades de grande e médio porte. Uma vez que a Ortodontia não é ainda uma especialidade obrigatória nos CEO, cidades de menor porte podem apresentar dificuldades até mesmo para oferta e custeio das especialidades mínimas.

A maioria dos municípios em que estão presentes o serviço ortodôntico, apresentaram um IDH-M igual ou superior ao nacional. Além disso, fazendo uma estratificação por Unidades Federativas (UF) a região Sudeste, contou com a maior concentração populacional do Brasil apresenta o maior número de CEO com o serviço de ortodontia. Segundo o CFO (2008), neste território se encontram quase 80% dos cursos de especialização em Ortodontia e em Ortopedia existentes no país e grande parte dos especialistas em Ortodontia (CROSP, 2019). Então, muitos desses cursos vinculados às Universidades públicas, conveniadas com o SUS, acabam por contribuir com a aproximação da Ortodontia com o serviço público, corroborando com pesquisas anteriores. (MACIEL, 2008)

Os CEO com ortodontia recebiam mais usuários com referência da atenção básica. Isso reforça a importância de um sistema bem estruturado de referência e triagem que pode conferir ao dentista generalista um embasamento para aconselhar e direcionar o usuário quanto à necessidade ou não de este sofrer a intervenção ortodôntica (MACIEL, 2008).

Ainda que os recursos destinados aos programas odontológicos sejam insuficientes para atender à demanda reprimida, há de se assegurar a importância de protocolos clínicos que orientem os encaminhamentos dos usuários para o CEO (HEBLING et al. 2007). Neste estudo 62,50% dos gestores relataram utilizar protocolos clínicos de encaminhamento.

Segundo FRAZÃO et al. (2007) o tratamento ortodôntico não é uma ação tipicamente coberta pelo sistema público de saúde brasileiro. E, com isso, justifica-se a escassez de informações nesta direção. Torna-se importante, então, apontar a lacuna ou desafio relacionado à correção das más oclusões no serviço público de saúde brasileiro.

Os serviços com ortodontia são melhor estruturados, com altos índices de planejamento e monitoramento das metas (86,67%), mais de 90% dos usuários referem ser bem acolhidos e atendidos ao procurar o serviço. As consultas são realizadas mediante agendamentos em 70% dos relatos. Isso pode estar relacionado aos municípios apresentarem melhor estruturação dos serviços, serem melhor geridos e com maior IDH.

5 CONCLUSÃO

A política PNSB e a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas conferiu grande impulso à consolidação da Ortodontia no SUS. Não há dúvidas que a ortodontia no SUS que merece atenção. Seja pela importância biológica das más-oclusões dentárias ou ainda ao grande impacto psicossocial e econômico na vida das pessoas. A Ortodontia, antes elitista e excludente, se aproxima na atualidade dos princípios constitucionais de equidade e universalidade, referentes à saúde e sua missão de devolver ao cidadão um de seus direitos mais elementares: a qualidade de vida.

Os CEO que ofertam serviços de ortodontia desempenhavam mais ações de planejamento, monitoramento e satisfação dos usuários. Estavam localizados em municípios mais desenvolvidos e com melhor IDH. Muito ainda há muito por fazer pela saúde bucal da população brasileira, principalmente num período de transição epidemiológica, novas necessidades precisam ser observadas numa perspectiva da saúde pública.

Este trabalho mesmo que de forma modesta, visou contribuir para a ampliação de discussões

a cerca do serviço de ortodontia nos CEO. Ainda há muitas lacunas e poucos estudos na literatura sobre o atendimento ortodôntico nos serviços especializados. É preciso que se ampliem as discussões, debates, buscando uma verdadeira aproximação da Ortodontia com o SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA M. R.; PEREIRA A. L. P.; ALMEIDA R. R.; ALMEIDA P. R. R.; SILVA FILHO O. G. Prevalência de má oclusão em crianças de 07 a 12 anos de idade. **Dental Press J. Orthod**, [online], Maringá, v. 16, n. 4, p. 123-31, jul./ago. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2176-94512011000400019>.

ALVES, J. A. O.; FORTE, F. D. S.; SAMPAIO, F. C. Condição socioeconômica e prevalência de más oclusões em crianças de 5 e 12 anos na USF Castelo Branco III - João Pessoa/Paraíba. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**. [online], Maringá, v. 14, n. 3, p. 52-59, mai./jun. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-54192009000300008>.

BARBOSA, V. L. T.; GALLO, Z. A prática da Ortodontia na rede pública de saúde – Uma revisão de literatura. **Revista Brasileira Multidisciplinar- ReBram**. Araraquara, v. 21, n.1, p.104-120, Jan. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2018.v21i1.581>.

BAUMAN J. M. *et al.* Aspectos sociodemográficos relacionados à gravidade da maloclusão em crianças brasileiras de 12 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, [online], v. 23, n. 3, p. 723-732, Mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.07702016>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Condições de saúde bucal da população brasileira. Brasília, DF, 2004**. Projeto SB Brasil, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_sb2004.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação geral de saúde bucal. **Nota técnica: Portaria 718/SAS**. Brasília: MS; 2010. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_portaria718_sas4.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília: **Diário Oficial União**; 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html.

BRASIL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_ceo.pdf.

BRIZON, V. S. C. *et al.* Fatores individuais e contextuais associados à má oclusão em crianças brasileiras. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, p: 1-11, Dec. 2013. Supl. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004426>.

CFO. Conselho Federal de Odontologia. **Resolução CFO 63/2005**. Brasília-DF. 2005.

CORTELLAZZI, K. L. *et al.* Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** v. 17, n. 4, p. 978-988, out-dez. 2014. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400040015>.

CUNHA, A.C.P.P. **Avaliação da capacidade dos índices DAÍ e IOTN em estabelecer a necessidade de tratamento ortodôntico**. 2002. 96 p. Dissertação - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde de Natal, Natal (RN), 2002.

Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. (orgs.) **A política nacional de saúde bucal no Brasil**: registro de uma conquista histórica. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde 11, Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS, 2006. 67 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P.C. Orthodontic treatment need may be associated with unfavorable socioeconomic conditions. **J Evid Based Dent Pract**, n. 7, n. 3, p. 141-3, Sep. 2007. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1532338207000838>.

FREITAS, C. H. S. M.; LEMOS, G. A.; PESSOA, T. R. R. F.; ARAUJO, M. F.; FORTE, F. D. S. Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 131-143, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080011>.

GOES, P.S.A. *et al.* Theoretical and Methodological Aspects of the External Evaluation of the Improvement, Access and Quality of Centers for Dental Specialties Program. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 18, n. 1, p. 1-11, e3433, 2018. <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3433/pdf>.

HEBLING, S. R. F.; PEREIRA, A. C.; HEBLING, E.; MENEGUIM, M. C. Considerações para elaboração de um protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, [online], Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1067-1078, july/aug. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/25.pdf>.

JÄRVINEN, S. Indexes for orthodontics treatment need. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 120, n. 3, p. 237-9, Sept. 2001. Disponível em: <https://www.ajodo.org/action/showPdf?pii=S0889-5406%2801%2967872-7>.

JENNY, J. A social perspective on need and demand for orthodontic treatment. **Int Dent J**, v. 25, n. 4, p. 248-56, Dec. 1975. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1102458/>.

JORDÃO, L. M. *et al.* Individual and contextual determinants of malocclusion in 12-year-old schoolchildren in a Brazilian city. **Braz. oral res.** [online], São Paulo, v. 29, n. 1, p. 1-8, Aug. 2015. <https://www.scielo.br/pdf/bor/v29n1/1807-3107-bor-29-1-1807-3107BOR-2015vol290095.pdf>.

_____, Página Eletrônica do CFO, 2008a. Estatísticas da odontologia. Disponível em: http://website.cfo.org.br/busca_dados/totais/tot_esp_cro.asp. Acesso em 11 de novembro de 2019.

_____, Página Eletrônica do CROSP, 2019, | Disponível em <http://www.crosp.org.br/intranet/estatisticas/estEspecialistas.php>. Acesso em 11 de novembro de 2019.

MACIEL, S. M. **A presença da ortodontia no SUS: a experiência de CEOs e de outros serviços públicos de saúde bucal**. 2008. 203 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2008. http://www.btdt.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=5164.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A.G.; ANTUNES, J. L. F. Cárie dentária no Brasil,

declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 19, n. 6, p. 385-93, June 2006. <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2006.v19n6/385-393/pt>.

Gestão dos Centros de Especialidades Odontológicas: Uma análise do perfil de seus gestores

Daniela Pereira Lima
Avaliador Externo do PMAQ-CEO

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE).

Mariângela Monteiro de Melo Baltazar
Membro externo do PMAQ-CEO.

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE).

Samuel Jorge Moysés
Coordenador Estadual (PR) do PMAQ-CEO.
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)
Universidade Federal do Paraná (UFPR).

1 INTRODUÇÃO

A descentralização do Sistema de Saúde, proposta pela Constituição Federal de 1988, tornou a gestão do sistema uma responsabilidade compartilhada pela União, Estados e Municípios, respeitando a autonomia de cada ente federado e com decisões baseadas em consenso. Sendo um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), a descentralização remete a avanços significativos na construção do SUS, pois rompe com o modelo centralizado na assistência e redistribui recursos e responsabilidades entre os entes federados, objetivando uma prestação de serviços com mais eficiência e qualidade e também a fiscalização e o controle por parte da sociedade (SANTOS, 2013).

No que se refere à saúde bucal, durante décadas, a atenção em saúde bucal caracterizou-se pela prestação de assistência aos escolares por meio de programas voltados para cárie e doença periodontal, enquanto os outros grupos populacionais acessavam os serviços para o atendimento a situações de urgência odontológica. Assim, o restante da população ficava excluído e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores. Isso resultava numa baixa cobertura de atendimento e numa assistência de baixa resolutividade, alvo de críticas por parte dos atores envolvidos (OLIVEIRA; SALIBA, 2005).

Nesse sentido, em janeiro de 2004, o MS elaborou e aprovou as “Diretrizes para uma Política Nacional de Saúde Bucal” (PNSB) que apontaram para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente, do desenvolvimento de ações intersetoriais e integralidade da atenção. Destacou-se no projeto as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde diante da característica do perfil epidemiológico da população estudada, por meio do exercício de práticas democráticas e participativas sob a forma de trabalho em equipe.

Como parte das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, foram criados os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. Os CEOs são estabelecimentos de saúde, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade, sendo uma das frentes de atuação do Brasil Sorridente. O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal e cada Centro de Especialidade Odontológica credenciado recebe recursos do Ministério da Saúde.

Deste modo, o sistema de saúde brasileiro exige modelos de gestão descentralizados e participativos, buscando a responsabilização de seus gestores e profissionais por resultados (LIMA; RIVERA, 2006).

O gestor de saúde destaca-se pela responsabilidade de executar a política pública de saúde, e por este motivo assume um papel decisivo no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste cenário, o gestor em saúde tem um cargo social importante, dependente tanto de técnica, como de política, sendo a autoridade sanitária de fato e indicado pelo chefe do executivo. Exerce suas funções em certo período de gestão política, sendo guiado tanto pela reforma sanitária e os planejamentos já vigentes, como pelos novos interesses públicos representados pelos partidos eleitos (BRASIL, 2007).

Atualmente, as instituições de saúde, governamentais ou não, encontram-se sob pressões comerciais, políticas, sociais e humanitárias para que melhorem continuamente seus padrões de produção e segurança (NETO, 2011; SCHIESARI, 2014). Dessa forma, ao gestor de saúde incumbe a tarefa acompanhar as mudanças globais, adaptando as instituições para fazer face às transformações em curso.

Diante disso, gestores e profissionais de saúde com a formação voltada para os conhecimentos do Sistema Único de Saúde, tendem a conhecê-lo melhor, assim como as políticas de saúde que o regulam. Tais conhecimentos permitem uma postura de atuação compromissada com as necessidades, estando aptos a prestar atenção integral, humanizada, a trabalhar em equipe e compreender melhor a realidade da população assistida e desta forma promover a organização das demandas de modo resolutivo (SANTOS & HUGO, 2018; NOGUEIRA, 2002).

Assim, considerando a escassez de informações sobre os profissionais que atuam na gestão dos CEOs, este estudo buscou conhecer o perfil dos gestores que atuam em todos os Centro de Especialidades Odontológicas brasileiros, no que se refere a sua formação, formação complementar e tempo de serviço, por meio da avaliação realizada pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades odontológicas (PMAQ-CEO), durante seu primeiro ciclo.

2 MÉTODOS

Este estudo possui abrangência nacional e foi executado de forma multicêntrica e integrada, por diversas Instituições de Ensino e Pesquisa e com o acompanhamento direto do Ministério da Saúde e abrangeu 5.070 municípios brasileiros (91%).

Realizou-se estudo avaliativo, com abordagem quantitativa, a partir da análise de dados secundários obtidos da Avaliação Externa (AE) do 1º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), realizado durante o ano de 2013. Utilizaram-se apenas as informações do Módulo VIII referentes a entrevista no CEO com o gerente, sobre sua formação, formação complementar e tempo de serviço (Quadro 1).

Quadro 1 - Informações sobre o entrevistado.

Variável	Descrição	Categorização
Profissão	Questão VIII.1.3.1 Qual a sua profissão?	<ul style="list-style-type: none">• Cirurgião Dentista• Técnico em Saúde Bucal• Auxiliar em Saúde Bucal• Outra
Atividade de Gerência	Questão VIII.1.4 O CEO possui gerente?	<ul style="list-style-type: none">• Sim, profissional acumula a atividade clínica e de gerente do CEO• Sim, profissional atua exclusivamente como gerente do CEO• Não há gerente
Atividade exercida pelo entrevistado	Questão VIII.1.5 O(a) sr(a) é gerente do CEO? Se “Não há gerente” na questão VIII.1.4, esta questão recebe 998 (Não se aplica).	<ul style="list-style-type: none">• Sim• Não• Não se aplica
Tempo de atuação	Questão VIII.1.6 Quanto tempo o sr(a) atua como gerente neste CEO? Se “Não há gerente” na questão VIII.1.4, esta questão recebe 998 (Não se aplica).	<ul style="list-style-type: none">• Menos de um ano• 1 a 2 anos• 3 a 4 anos• 5 a 9 anos• 10 anos ou mais• Não se aplica

Formação complementar	<p>Questão VIII.3.1</p> <p>O gerente do CEO possui ou está em formação complementar?</p> <p>Se “Não há gerente” na questão VIII.1.4, esta questão recebe 998 (Não se aplica).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sim, em saúde coletiva • Sim, em gestão pública • Sim, outros • Não • Não se aplica
-----------------------	---	---

*As perguntas foram direcionadas ao Gerente do CEO.

A avaliação externa é uma das fases operacionais do PMAQ/CEO, que considera as ações em saúde no campo das práticas sociais. Têm suas bases conceituais, teóricas e metodológicas na abordagem do modelo sistêmico donabediano estrutura-processo-resultados e da qualidade em saúde (DONABEDIAN, 1980a; DONABEDIAN, 1980b). Operacionalmente, consistiu na coleta de informações para analisar a condições de acesso e qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) que participam do Programa (GOES et al., 2018). Possui a finalidade de reconhecer e valorizar os esforços e resultados dos CEO e do Conselho Estadual, Municipal e gestores do Distrito Federal na qualificação da Atenção Especializada em Saúde Bucal e assim formular juízos de valor das Unidades de Saúde pesquisadas e subsidiando decisões a serem tomadas (GOES et al., 2018).

2.1 LOCAL DE ESTUDO, POPULAÇÃO ALVO, FATORES DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DEFINIDOS

A população do estudo foi de 930 gestores que responderam a todas as perguntas do questionário. Os critérios de inclusão adotados neste estudo foram os mesmos do Instrutivo do PMAQ-CEO: profissional atuante como gestor do CEO no momento da avaliação. Os critérios de exclusão foram os CEO que até a data estabelecida para a avaliação estavam em reformas e CEO onde não se permitiu o acesso de avaliadores de qualidade após três tentativas de marcação da visita. O estudo do PMAQ-CEO contemplou todos os gestores do CEO, no período de outubro de 2013 a maio de 2014.

O estudo foi realizado com dados dos CEOs de todo Brasil, totalizando 930 estabelecimentos de saúde. Ressalta-se que a amostra inicial prevista era de 984 estabelecimentos na pesquisa original, porém 52 (5,5%) foram excluídos por se encontrarem fechados, em reforma, desabilitados pelo Ministério da Saúde ou que se recusaram a participar.

2.2 COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DADOS

Realizou-se coleta dos micro dados do 1º ciclo do PMAQ/CEO, mediante o acesso ao site do Departamento de Atenção Básica (DAB/SUS). As informações sobre o perfil do gerente do CEO foram extraídas do Módulo VIII - Entrevista no CEO com o gerente, a respeito da formação, formação complementar e tempo de serviço. (Quadro 1).

Após a coleta das informações, os dados foram exportados para planilha eletrônica criada no programa Microsoft Office Excel 2007 (Microsoft Corp., Redmond, USA).

2.3 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi descritiva, com auxílio do programa estatístico Statistical Package for Social Sciences – SPSS versão 25.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). A análise descritiva foi apresentada em distribuição de frequências, proporções e medidas de tendência central.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

Como nessa pesquisa foram utilizados dados secundários de domínio público disponibilizados pelo Ministério da Saúde, não sendo possível identificar os participantes, não houve a necessidade de registro e avaliação pelo Sistema CEP (Comitês de Ética em Pesquisa) / CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa).

Porém, a Pesquisa original foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o registro nº 740.974 e CAAE 23458213.0.0000.5208.

3 RESULTADOS

Questionados sobre sua profissão, 84,8% dos 930 gestores dos CEOs eram cirurgiões-dentistas, 3,0% técnicos em saúde bucal, 2,2 % auxiliares em saúde bucal e 10% não pertenciam a área odontológica (Tabela 1).

Sobre a gerencia dos CEOs, 50% dos entrevistados afirmaram que a unidade em que trabalham possui um profissional exclusivo para esta função, 37,0% disseram que o profissional que exerce essa função acumula o cargo com a atividade clínica e 12,3% dos entrevistados afirmaram que o CEO em que trabalham não possui nenhum profissional na função de gerente. (Tabela 1).

A grande maioria dos entrevistados (82,8%) disseram ser os ocupantes do cargo de gerente do CEO (Tabela 1). No que se refere ao tempo de atuação como gerente do CEO, o período mais citado foi de 1 a 2 anos com 33,9% e o menos de 1 ano, com 26,7% das respostas (Tabela 1).

Pode-se observar também que apenas 19,3% dos entrevistados possuía formação complementar em saúde coletiva, 15,0% afirmaram possuir formação complementar em gestão pública e grande parte em outras áreas (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil dos gestores dos CEOs segundo suas frequências absolutas (FA) e relativas (FR %).

Questão	Categorias	FA	FR (%)
Qual a sua profissão?	Cirurgião Dentista	789	84,8
	Técnico em Saúde Bucal	28	3,0
	Auxiliar em Saúde Bucal	20	2,2
	Outra	93	10,0
O CEO possui gerente?	Sim, profissional acumula a atividade clínica e de gerente do CEO	351	37,7
	Sim, profissional atua exclusivamente como gerente do CEO	465	50,0
	Não há gerente	114	12,3
O(a) sr(a) é gerente do CEO?	Sim	770	82,8
	Não	46	4,9
	Não se aplica	114	12,3
	Não se aplica	114	12,3
Quanto tempo o sr(a) atua como gerente neste CEO?	Menos de um ano	249	26,7
	1 a 2 anos	315	33,9
	3 a 4 anos	87	9,4
	5 a 9 anos	111	11,9
	10 anos ou mais	08	0,8
	Não se aplica	160	17,3
O gerente do CEO possui ou está em formação complementar?	Sim, em saúde coletiva	180	19,3
	Sim, em gestão pública	140	15,0
	Sim, outros	301	32,4
	Não	216	23,3
	Não se aplica	93	10,0

4 DISCUSSÃO

Entre os principais fatores que dificultam o trabalho do gestor no serviço de saúde estão, falta de conhecimento teórico, prático, o acúmulo de atividades e resistência às mudanças organizacionais (FIGUEIREDO; D'INNOCENZO, 2011).

Em nosso estudo pode-se observar que a gestão dos CEOs é predominantemente realizada por cirurgiões-dentistas (84,8%), fato que pode ser considerado positivo, pois segundo Roquete (2012), para se atuar na gestão em saúde é necessário de ter aptidões que impactem na melhoria

da qualidade dos serviços ofertados aos usuários, atendendo três dimensões: a dimensão política que se relaciona com a finalidade do trabalho; a dimensão organizacional que induz a organização do processo gerencial e a dimensão técnica que relaciona a prática com o monitoramento e avaliação de indicadores e metas pactuadas.

Apenas 50% dos gestores dos CEOs participantes da pesquisa atuam exclusivamente na função de gestão, o que pode ocasionar uma indefinição da função. Diversos autores discutem a problemática em torno da falta de definição do papel do gestor, o que gera transtornos para o profissional no gerenciamento dos serviços de saúde, quanto à definição de suas responsabilidades e sobrecarga profissional com atividades além de sua capacidade (SILVA & ROQUETE, 2013; CECILIO, 2010). Para Lorenzetti et al. 2014 a ausência de institucionalização do cargo corrobora para a indefinição do mesmo.

Pode-se observar que a maioria dos gestores está na atividade por até 2 anos (60,6%), o que pode sugerir elevado nível de rotatividade na gestão do serviço.

Para Medeiros 2010, a rotatividade dos profissionais de saúde no serviço público é consequência de fenômenos internos e externos de organização. Dentre os fenômenos externos estão a situação de oferta e procura de recursos humanos no mercado, a conjuntura econômica e as oportunidades de emprego no mercado de trabalho. Já dentre os internos destacamos a política salarial, a política de benefícios, o tipo de supervisão, as oportunidades de crescimento profissional, o relacionamento humano dentro da organização, as condições físicas ambientais, a cultura organizacional, dentre outros.

Segundo Pereira & Almeida 2017, tal rotatividade pode comprometer a produtividade e a qualidade da organização do serviço, podendo ter consequência na satisfação de usuários e na saúde do trabalhador.

A rotatividade no serviço de gestão também pode estar relacionada com a formação do cirurgião-dentista. Atualmente o ensino de gestão é pouco difundido nos cursos de graduação em Odontologia do Brasil, estando presente em apenas 27,8% destes (LIMEIRA, 2018). Saberes como liderar grupos, favorecer a motivação e contribuir para a eficácia e efetividade das organizações e melhoria da qualidade de vida das pessoas no trabalho, ainda passam despercebidos tanto na graduação como na pós-graduação (AMARAL, 2011).

Tal panorama aponta para a necessária inclusão nas matrizes curriculares, de conteúdos relacionados a gestão de serviços, e assim preparar o cirurgião-dentista para atuar nesta área como possibilidade para o mundo do trabalho (LIMEIRA, 2018).

No Brasil, a cultura de que qualquer profissional pode e sabe gerir, e que administração se aprende na prática é muito frequente. Gestores que passam por programas formativos que contemplam a apreensão de conhecimentos e habilidades próprias da gestão, são raros na área da saúde (AMARAL, 2011).

Estas dificuldades formativas levaram 34,3% dos gestores deste estudo a buscarem conhecimentos complementares a respeito da gestão pública. Os cursos escolhidos por estes

gestores, na maioria, foram na área de saúde coletiva e gestão pública, o que sugere o desejo e a necessidade de busca de conhecimento relacionado e o compromisso no desenvolvimento de novas estratégias de gestão.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente a grande maioria dos gestores atuantes nos Centros de Especialidades Odontológicas brasileiros são cirurgiões-dentistas, todavia apenas 50% atuam exclusivamente na função de gestão. O que pode ocasionar uma indefinição da função gerando transtornos para o profissional no gerenciamento dos serviços.

O estudo sinaliza elevado nível de rotatividade na gestão do serviço, tal fato é preocupante pois pode comprometer a produtividade e a qualidade da organização do serviço, podendo ter consequências na satisfação de usuários e na saúde do trabalhador.

Outro fato que também deve ser ressaltado, são as dificuldades formativas que podem ter levado os gestores deste estudo a buscarem conhecimentos complementares a respeito da gestão pública. Os cursos escolhidos por estes gestores, na maioria, foram na área de saúde coletiva e gestão pública, o que sugere o desejo e a necessidade de busca de conhecimento relacionado e o compromisso no desenvolvimento de novas estratégias de gestão.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, A. E. E. H. B. Gestão de Pessoas. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (orgs.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo (SP): Hucitec Editora, p.553-85, 2011. 824 p.
- 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. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde. Brasília: CONASS, 2007.
- CECILIO, L.C.O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cad. Saúde Pública**, [online], Rio de Janeiro, v. 26, n.3, p.557-566, Mar. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000300013>.
- DONABEDIAN, A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. I) 1980a.
- DONABEDIAN, A. The Criteria and Standards of Quality. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. II), 1980b.
- FIGUEIREDO M. L.; D'INNOCENZO M. Dificuldades encontradas pelos gestores de instituição de saúde na utilização da metodologia gestão por processos. **Rev. adm. saúde**, v.13, n.50, p. 45-52, jan./mar. 2011. Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=176.
- GOES, P. S. A. *et al.* Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 18, n. 1, p. 1-11, e3433, 2018. <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3433/pdf>.
- LIMA, J.C.; RIVERA, F. J. U. Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2179-2189, Oct. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/17.pdf>.
- LIMEIRA, F.I.R. *et al.* O ensino de gestão nos cursos de graduação em Odontologia no Brasil. **Rev ABENO**, v.18, n.1, p.161-169, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v18i1.467>.
- LORENZETTI, J. *et al.* Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados **Texto contexto enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-25, apr./june 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00417.pdf.
- MEDEIROS, C. R. G. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, [online], Rio de Janeiro, v. 15, p. 1521-1531, June 2010. Supl.1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700064>.
- QUINTO NETO A. Riscos assistenciais hospitalares: questão humana e econômica. **RAS**, v.13, n. 50, p. 31-38, jan./mar. 2011. <https://qualidadenasaude.files.wordpress.com/2012/07/riscos-assistenciais-questao-humana-2011.pdf>.
- NOGUEIRA, R. P. Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde. Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília, 2002. http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESP-UnB/Avaliacao_tendencias.pdf.

OLIVEIRA, J. L. C.; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciênc. saúde coletiva**, [online], Rio de Janeiro, v. 10, p. 297-302, set./dez. 2005. Supl. 0. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000500030>.

PEREIRA, E.D.G.; ALMEIDA, C.A.S. Rotatividade de Pessoal No Serviço Público Federal Brasileiro: breve revisão da literatura. In: **IV Encontro Brasileiro de Administração Pública**. João Pessoa, / PB. 2017. Disponível em: <https://www.ufpb.br/ebap/contents/documentos/1187-1201-rotatividade-de-pessoal-no-servico.pdf>.

ROQUETE, F. F. **Identidade e competências profissionais**: um estudo com diretores executivos de uma cooperativa de trabalho médico de Minas Gerais. Tese (Doutorado em Saúde e Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 230p, 2012. <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/GCPA-95ZKGQ>.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciênc. saúde coletiva**, [online], Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 273-280, Jan. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100028>.

SANTOS, N. M. L.; HUGO, F. N. Training in Family Health and its association with work processes of Primary Care Dentistry Teams. **Ciênc. saúde coletiva**, [online], Rio de Janeiro v. 23, n.12, p. 4319-4329, 2018. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n12/1413-8123-csc-23-12-4319.pdf>.

SCHIESARI, L. M. C. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? **Ciênc. saúde coletiva**, [online], Rio de Janeiro v.19, n.10, p.4229-4234, Out. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141910.21642013>.

SILVA, Y. C.; ROQUETE, F.F. Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. **RAS**, v.15, n.58, p.2-12, jan./mar. 2013. Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=597.

A educação permanente: distribuição, características das ações implementadas e o telessaúde na atenção especializada à saúde bucal

Fábio Carneiro Martins

Doutorando em Saúde Coletiva, FOU SP

Mariana Gabriel

Professora UMC e FOU SP, Coordenadora Estadual (SP) do PMAQ

Maryana Carmello da Costa

Graduanda de Odontologia, FOU SP

Maria Ercília de Araújo

Professora do Departamento de Odontologia Social, FOU SP

Fernanda Campos de Almeida Carrer

Professora do Departamento de Odontologia Social, FOU SP

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi caracterizar e analisar o processo de Educação Permanente em Saúde na atenção especializada à saúde bucal no Brasil, após os primeiros 15 anos de Políticas Nacionais de Educação Permanente e de Saúde Bucal, a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e de Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Neste estudo, padrões de qualidade do segundo módulo do instrumento utilizado na avaliação externa do PMAQ-CEO foram selecionadas a partir de uma busca no banco de dados. Foram identificadas três principais categorias a serem descritas: distribuição geográfica, caracterização das ações implementadas e utilização do Telessaúde na qualificação das ações. Quanto à distribuição, a educação permanente está presente em 460 CEO, ou seja, 49,5% do total de avaliados. As regiões sudeste e nordeste concentram juntas quase 80% desses CEO, enquanto as regiões norte e centro-oeste não concentram juntas nem 10% desses CEO. Os dados encontrados reforçam a má distribuição dos recursos humanos em saúde no Brasil. Em relação às características das ações promovidas, as atividades descritas pelo item “Seminários, Mostras, Oficinas e Grupos de Discussão” são as mais realizadas. As regiões Sul e Sudeste são as que mais promovem cursos presenciais em relação ao total de CEO no estado. A região Norte é a que conta com os CEO que menos realizam ações de educação permanente no país, não sendo relatadas atividades que envolvam Telessaúde nem Tutoria/Preceptoria. O Telessaúde aparece com as menores porcentagens dentre as ações utilizadas em quatro das cinco macrorregiões brasileiras. Ainda que precise ser ampliado, o uso das mídias na educação permanente tem mostrado grande potencial para o enfrentamento de alguns dos principais problemas do Brasil Sorridente, especialmente em relação ao processo de trabalho, com grande resolutividade de problemas diários vivenciados pelos profissionais dos serviços e enfrentamento da má distribuição geográfica dos recursos humanos e financeiros.

Palavras-chave: Educação Continuada. Saúde Bucal. Política Pública. Mdiatização.

ABSTRACT

The objective of this work was to characterize the process of continuing education in health in Dental Specialty Centers after the first 15 years of National Policies of Continuing Education and Oral Health, based on the National Program for Access and Quality Improvement of Dental Specialty Centers (PMAQ-CEO). In this study, the quality standards of the second module were selected from a search in the PMAQ-CEO external evaluation database. Three main categories to be included were identified: geographic distribution, characterization of the implemented actions,

and use of Telehealth in the qualification of actions. As for distribution, permanent education is present in 460 CEOs, that is, 49.5% of the total evaluated. The southeast and northeast regions together concentrate almost 80% of these CEOs, while the north and central-west regions do not concentrate together nor 10% of these CEOs. The data found reinforce the poor distribution of human resources in health in Brazil. Regarding the characteristics of the actions promoted, such as activities described by the item "Seminars, Shows, Workshops and Discussion Groups", are the most performed. The South and Southeast regions are the ones that most promote classroom courses in relation to the total of CEOs in the state. The North region is the one with the CEOs that least perform permanent education actions in the country, with no activities involving Telehealth or Tutoring / Preceptorship being reported.. Telehealth appears with the lowest percentages among the actions used in four of the five Brazilian macroregions. Although it needs to be expanded, the use of media in continuing education has shown great potential to address some of the main problems of Smiling Brazil, especially in relation to the work process, with great resolution of daily problems experienced by service professionals and coping with the poor geographical distribution of human and financial resources.

Keywords: Education Continuing. Oral Health. Public Policy. Mediatization.

1 INTRODUÇÃO

A educação permanente em saúde se assemelha com muitas vertentes brasileiras da educação popular em saúde e compartilha muitos de seus conceitos. Ela precisa ser entendida, como uma prática de ensino-aprendizagem (produção de conhecimentos nas instituições de saúde a partir da realidade vivida pelos profissionais e os problemas, desafios enfrentados e experiência desses atores como base para mudança no processo de trabalho e concomitantemente, como uma política de educação na saúde, voltada para o trabalho (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2009). O Ministério da Saúde (MS) propõe a educação permanente como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Vale ressaltar, que a implementação do Sistema único de Saúde (SUS) possibilitou, pela primeira vez na história do Brasil, que ações que englobam a formação e a regulação de recursos humanos para o sistema de saúde brasileiro estivessem previstas pela constituição. A saúde passou a assumir uma dimensão política, estando vinculada à democracia (HADDAD, 2011; CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2014).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, implantadas em 2002, relatam, entre outros objetivos, a educação permanente, de modo que os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática, tendo responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento das futuras gerações de profissionais (BRASIL, 2002).

Denominada Brasil Sorridente (BS), a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) só foi implementada em 2004, (BRASIL, 2004). O programa foi resultado de anos de construção social, que teve nos momentos históricos que discutiram o modelo de saúde do Brasil, à saber: Reforma sanitária, 7ª e 8ª Conferências nacionais de saúde e 1ª, 2ª e 3ª Conferências nacionais de saúde bucal, importantes marcos históricos (RIZZO, 2017). O governo federal assumiu um importante papel de indução do crescimento da oferta de serviços de saúde bucal nos municípios e estados, criando

linhas de financiamento específicas para criação de novas equipes de saúde bucal, construção e implantação de centros de atenção secundária (Centros de Especialidades Odontológicas – CEO) e terciária dentre outras ações, que fizeram do BS uma rede de atenção à saúde e uma das maiores políticas públicas de saúde bucal do mundo (DE ALMEIDA CARRER et al., 2018; CAYETANO MH, CAMPOS FCA, GABRIEL M, MARTINS FC, 2019). Em 12 anos, o BS contribuiu para mudar o mercado de trabalho em saúde bucal, à medida que quadruplicou suas equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF), aumentando expressivamente o número de dentistas que prestam serviço ao SUS (HADDAD, 2011).

Em 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), com o objetivo de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil. A partir da criação da SGTES, várias ações foram desencadeadas no sentido de implementar as propostas aprovadas desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a 1ª Conferência de Recursos Humanos em Saúde (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2014) entre elas a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída no ano de 2004.

Nos últimos anos, por meio de seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), a SGTES lançou uma série de iniciativas, com a finalidade de se manter vivo o tema da PNEPS, em uma complexa conjuntura em que essa abordagem se vê ameaçada (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2018).

Ademais, qualificar a rede de serviços e garantir o acesso aos usuários é um desafio diário para os gestores do SUS, que desde 2011 realizam essas ações através do maior programa de avaliação institucional de sua história, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ). A atenção básica já havia passado por um ciclo de avaliação em 2012, e a partir de 2013, os CEO foram incluídos, com a instituição do PMAQ-CEO. De acordo com os dados de avaliação do PMAQ-CEO, 930 CEO foram avaliados em 26 estados mais Distrito Federal, tendo sido visitados presencialmente por avaliadores externos. Os dados obtidos por meio da avaliação do PMAQ-CEO têm informações consistentes à respeito dos serviços de Odontologia prestados no SUS e os resultados encontrados em relação à educação permanente na rotina dos profissionais nos levaram a realizar este estudo (MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA; DE GOES et al., 2018).

A partir do contexto apresentado, tendo em vista o potencial da educação permanente como estratégia de garantir a capacitação de profissionais através das diversas estratégias que a englobam, para que se busque reduzir as iniquidades na oferta de serviços e enfrentar os desafios impostos pela má distribuição dos recursos humanos e cursos de saúde no país, o objetivo do trabalho foi caracterizar e analisar o processo de Educação Permanente em Saúde nos Centros de Especialidades Odontológicas após os primeiros 10 anos de implantação das Políticas Nacionais de Educação Permanente e Saúde Bucal, a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e de Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO).

2 MÉTODOS

Este é um estudo transversal que utilizou dados secundários, oriundos da avaliação externa do 1º ciclo do CEO do PMAQ – CEO (AE-PMAQ-CEO), que foi realizado em 2014. A AE-PMAQ-CEO, que consiste em um processo de avaliação da rede de unidades locais de saúde, com verificação in loco dos padrões de qualidade associados ao PMAQ – CEO, teve abordagem nacional e censitária. Portanto, era esperado que todos os CEO participassem da avaliação externa do PMAQ – CEO (DE GOES et al., 2018). Assim sendo, para este estudo, questões do segundo módulo foram selecionadas a partir de uma busca no banco de microdados da avaliação externa do PMAQ - CEO, em que foram realizadas entrevistas nos 930 serviços avaliados (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2016).

Neste estudo, dentre as perguntas do segundo módulo, foram selecionadas as que se referiam diretamente à utilização da educação permanente como prática dos CEO no processo de qualificação de suas ações (existência de atividades de educação permanente promovidas pelo município, tipos de ações implementadas, ações implementadas relacionadas com o telessaúde), tendo sido identificadas três principais categorias a serem descritas, de acordo com as perguntas de pesquisa que emergiram após a busca ativa no banco de dados, conforme descrito pelo Quadro 1.

Quadro 1- Plano de análise.

Categoria	Pergunta de pesquisa	Pergunta realizada durante o processo de avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-CEO
Distribuição geográfica	1. Quais são os municípios que promovem ações de educação permanente que incluam os profissionais do CEO?	II.18.1 - O município promove ações de educação permanente que incluam os profissionais do CEO?
Características das ações implementadas	2. Quais as características das ações implementadas?	II.18.4 - Quais dessas ações a Equipe do CEO participa ou participou no último ano (Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão Cursos Presenciais, Cursos à distância, Telessaúde, Troca de Experiência, Tutoria/Preceptoria) II.18.4 - Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da Equipe do CEO?
Utilização do Telessaúde no processo de qualificação das ações	3. Dentre os CEO que utilizam o telessaúde, quais são as ações relacionadas ao uso das mídias digitais e Tecnologias de Informação e Comunicação contempladas?	II.18.3 - A Equipe do CEO utiliza o Telessaúde para: Segunda opinião formativa, Telediagnóstico, Teleconsultoria, Tele-educação

Fonte: o autor

Os dados foram organizados em planilhas do programa Microsoft Excel e analisados através de estatística descritiva. Para responder à pergunta de pesquisa 1, através da abordagem quantitativa, foram mapeados por estado e macrorregião os CEO localizados em municípios que ofereciam ações de educação permanente para os profissionais. Os dados foram apresentados em dados absolutos e relativos (de acordo com as macrorregiões brasileiras), através de variáveis quantitativas discretas (número de CEO com educação permanente na rotina dos profissionais). No que diz respeito aos padrões de qualidade, foram apresentados através de variáveis qualitativas nominais (questões com respostas sim/não referentes ao tipo de ações de educação permanente estavam presentes na rotina dos CEO), para responder às demais perguntas.

2.1 ASPECTOS ÉTICOS

Muito embora os dados utilizados tenham tido caráter secundário, o projeto original teve a utilização dos dados coletados a partir da avaliação externa do PMAQ-CEO foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (Protocolo nº 740.874). Usuários e profissionais foram convidados a participar voluntariamente na pesquisa e após todos os esclarecimentos feitos pelos avaliadores, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 RESULTADOS

3.1 DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA

Conforme descrito pela Tabela 1, a educação permanente está presente na rotina do serviço de quase metade dos CEO no Brasil. São 460 CEO com atividades de educação permanente no processo de qualificações das ações, ou seja, 49,5% do total de avaliados no Brasil. Quanto aos dados relativos, a macrorregião que menos realiza atividades de educação permanente em relação ao total de CEO avaliados por região é a Norte, que conta com 33,9% (20 de um total de 59 CEO). A região que mais realiza essas atividades é a sudeste, com 54,9% (185 de seus 337 CEO). As regiões sul e sudeste são as únicas onde a educação permanente está presente em mais da metade dos CEO avaliados em cada macrorregião.

Tabela 1 – Distribuição de frequência sobre a realização de atividades de educação permanente em relação a cada macrorregião – Brasil, 2014.

Região	O município promove ações de educação permanente que incluam os profissionais do CEO?		Total/região
	Sim (% em relação ao n total de avaliados/região)	Não (% em relação ao n total de avaliados/região)	
Norte	20 (33,9%)	39 (66,1%)	59 (100%)
Nordeste	167 (47%)	188 (52,9%)	355 (100%)
Centro-Oeste	27 (43,5%)	35 (56,4%)	62 (100%)
Sudeste	185(54,9%)	152 (45,1%)	337 (100%)

Sul	61 (52,1%)	56 (47,9%)	117 (100%)
Brasil	460 (49,5%)	470 (50,5%)	930 (100%)

Em relação à distribuição dos 460 (49,5%), conforme descrito pela tabela 2, destaca-se a concentração de quase 80% desses CEO nas regiões sudeste e nordeste. Em contrapartida, as regiões norte e centro-oeste são as que menos utilizam atividades de educação permanente, juntas, não chegam à 10% desses CEO. Vale destacar, que apesar de a região nordeste ser a segunda que mais utiliza educação permanente em dados absolutos, é a região sul que ocupa essa posição em relação aos dados relativos, utilizando essa estratégia em 52,1% (61 de seus 117 CEO).

Tabela 2 - Distribuição geográfica dos 460 CEO com educação permanente no Brasil

Região Norte		Região Nordeste		Região Sudeste		Região Sul		Região Centro-Oeste	
Estado	N (%)	Estado	N (%)	Estado	N (%)	Estado	N (%)	Estado	N (%)
AC	1	MA	12	MG	42	PR	25	MS	8
AM	3	PI	20	ES	4	SC	27	MT	1
PA	11	CE	37	RJ	38	RS	9	GO	15
AP	1	RN	13	SP	101			DF	3
TO	4	PB	19						
		PE	23						
		AL	2						
		SE	6						
		BA	35						
20 (4,3)		167 (36,3)		185 (40,2)		61 (13,2)		27 (5,7)	

A Figura 1 mostra a presença de vazios em relação às atividades de educação permanente em algumas localidades, mais especificamente no interior do país, em regiões que também estão afastadas dos grandes centros urbanos e apresentam menor concentração de Instituições de Ensino e Pesquisa no país.

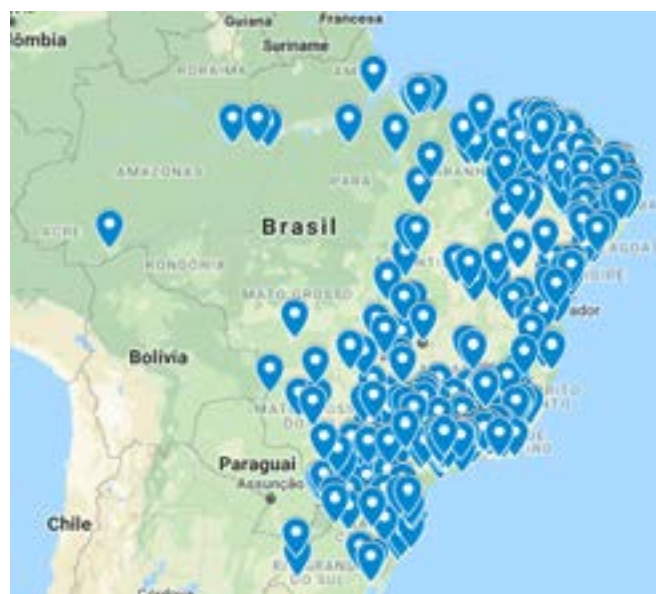


Figura 1 - Distribuição geográfica dos CEO que realizam atividades de educação permanente

3.2 CARACTERÍSTICAS DAS AÇÕES IMPLEMENTADAS

Em relação às ações promovidas pelo CEO, conforme descrito pela Tabela 3, as atividades descritas pelo item “Seminários, Mostras, Oficinas e Grupos de Discussão” são as mais realizadas. Elas são maioria em quase todas as regiões, a não ser pela região Sudeste, que promove mais cursos presenciais em comparação às demais macrorregiões. Além disso, a região Sul é a que mais promove cursos presenciais em relação ao total de CEO no estado.

No que diz respeito às regiões que menos realizam atividades de educação permanente no processo de qualificação de suas ações, destaca-se a região norte, onde não são relatadas atividades que envolvam Telessaúde nem Tutoria/Preceptoría.

Tabela 3 - Ações de educação permanente promovidas no último ano

Quais dessas ações a Equipe do CEO participa ou participou no último ano						
Região	Seminários, Mostras, Oficinas ou Grupos de discussão N (%)	Cursos presenciais N (%)	Cursos à Distância N (%)	Telessaúde N (%)	Troca de experiência N (%)	Tutoria/preceptoría N (%)
Norte	15 (75)	10 (50)	3 (15)	0 (0)	2 (10)	0 (0)
Nordeste	127 (76)	96 (57,5)	65 (38,9)	7 (4,2)	104 (62,3)	23 (13,8)
Centro-Oeste	21 (77,8)	19 (70,4)	11 (40,7)	5 (18,5)	18 (66,7)	6 (22,2)
Sudeste	131 (70,8)	133(71,9)	78 (42,2)	27 (14,6)	116 (62,7)	24 (13)
Sul	47 (77)	46 (75,4)	21 (34,4)	5 (8,2)	41 (67,2%)	13 (21,3)
Total:	341 (94,7)	304(66,1)	178(38,7)	44 (9,6)	281 (61,1)	66 (14,3)

Ainda em relação à tabela 3, nota-se que os CEO relatam fazer pouco uso do telessaúde, que aparece com as menores porcentagens dentre as atividades utilizadas em quatro das cinco macrorregiões brasileiras e não chegando à 20% em nenhuma delas. No que diz respeito às características das atividades realizadas, que se enquadram na categoria Telessaúde, a tele-educação é a mais utilizada, enquanto ações relacionadas às teleconsultorias e telediagnóstico foram relatadas como ausentes em mais da metade dos CEO que utilizam Telessaúde (n=44), conforme descrito pela tabela 4.

Tabela 4 – Quantidade de CEO que realiza atividades específicas da categoria telessaúde em relação ao total de serviços que realiza essas atividades em cada região.

Região	A Equipe do CEO utiliza o Telessaúde para:			
	Segunda opinião formativa	Telediagnóstico	Teleconsultoria	Tele-educação
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Norte	-	-	-	-
Nordeste	5 (71,4)	6 (85,7)	3 (42,9)	4 (57,1)
Centro-Oeste	4 (80)	4 (80%)	2 (40%)	4 (80%)
Sudeste	12 (44,4%)	6 (22,2%)	9 (33,3%)	16 (59,3%)
Sul	3 (60%)	2 (4%)	5 (100%)	4 (80%)
Total:	24 (54,5%)	18 (40,9%)	19 (43,2%)	28 (63,6%)

Quanto à opinião dos profissionais, em média, no Brasil, 27,5% afirma que as atividades contemplam totalmente as demandas e necessidades das equipes dos CEO. A maioria, 63% dos respondentes, afirma que essas atividades contemplam parcialmente, enquanto 9,7% afirmam que elas não contemplam essas demandas e necessidades, de acordo com a pergunta II.18.4 do quadro 1.

4 DISCUSSÃO

No Brasil, segundo a primeira avaliação do PMAQ/AB, as práticas relacionadas à educação permanente ainda não ocorrem de forma equitativa (PINTO et al, 2014). A má distribuição também acontece em relação aos dados obtidos pelo PMAQ-CEO, todavia, em relação à saúde bucal, no contexto da Atenção Secundária, além de não ocorrerem de forma equitativa, as práticas relacionadas à educação permanente são menos utilizadas quando comparadas à Atenção Básica. Esses dados evidenciam as iniquidades nos serviços como retrato das iniquidades no país, pois as regiões que concentram os maiores vazios assistenciais, menos recursos humanos, encontram-se distantes geograficamente das Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP) e dos polos econômicos do país, também são as que tem menos acesso e fazem menos uso da prática estudada.

Vale ressaltar, que após 10 anos de BS, os principais desafios estiveram relacionados à: integralidade; ampliação e qualificação da assistência; trabalho integrado em equipe; condições de trabalho; planejamento, monitoramento e avaliação das ações; estímulo à participação popular e ao controle social; e ações intersetoriais (PUCCA et al., 2015; SCHERER; SCHERER, 2015). Além disso, a literatura reconhece que durante as atividades na rotina dos serviços de saúde, profissionais da área da saúde podem ter diversas dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde, ou questões relativas ao processo de trabalho, chegando a uma média de cinco dúvidas por período de trabalho. Caso não esclarecidas, podem causar prejuízos para a qualidade dos serviços prestados e gerar encaminhamentos desnecessários, ocasionando desperdício de recursos

humanos e financeiros para o SUS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE BRASIL.).

A má distribuição geográfica de profissionais e recursos prejudicam a oferta de serviços de saúde e as estratégias relacionadas à educação permanente podem ser resolutivas no enfrentamento desses problemas. Por exemplo, os seminários, mostras, oficinas ou discussões de casos clínicos, podem estimular a troca de experiências e conhecimento pelos profissionais dos diversos níveis de atenção à saúde e a consolidação das redes de atenção, os cursos presenciais e à distância, podem contribuir para a constante atualização e tradução do conhecimento por meio das evidências científicas produzidas nas IEP, e o Telessaúde pode ser uma importante ferramenta no sentido de romper as barreiras geográficas através das novas tecnologias de informação e comunicação. Ou seja, todas essas estratégias podem contribuir para a resolução de problemas específicos de cada território, promovendo a ampliação do acesso, qualificação da assistência e estímulo para o trabalho em equipe. Elas têm potencial promissor para enfrentamento dos principais desafios da PNSB, colocando o protagonismo no profissional a partir da realidade vivida por ele e seus problemas, o que fortalece a educação permanente como prática de ensino-aprendizagem e política de educação na saúde voltada para o trabalho.

Ademais, nas últimas décadas, vivemos uma midiaticização intensiva da cultura e da sociedade que não se limita à formação da opinião pública, mas atravessa quase todas as instituições sociais e culturais e, cada vez mais, outras instituições necessitam de recursos da mídia e habilidade de representar a informação, construir relações sociais e ganhar atenção com ações comunicativas (HJARVARD, 2014). A OMS, em 1997, tendo em vista a crescente importância da internet e seu potencial para a saúde, reconhecendo o Telessaúde como a oferta de serviços de saúde, quando a geografia é um fator crítico, reforçando a importância do uso Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) nos serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). Seguindo a tendência mundial e reconhecendo as dificuldades do território brasileiro para a oferta de serviços de saúde, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes pela portaria nº 35 de janeiro de 2007, redefinido e ampliado por meio da Portaria MS nº 2.546, publicada no dia 27 de outubro 2011. Seu objetivo é qualificar equipes de saúde e fornecer a assistência através das TICs (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). Em especial, com o uso das TICs e a chegada de novas gerações de profissionais, já familiarizados com a vida no ciberespaço pode-se perceber que os recursos computacionais e comunicacionais invadiram não apenas as ‘tecnologias duras’ no SUS (CARDOSO; ROCHA, 2018).

A teleconsultoria, por exemplo, no contexto da primeira avaliação do PMAQ-AB, foi a funcionalidade mais utilizada, com 2.111 (51,8%) equipes com resposta positiva, variando de 35% na região Nordeste para 60,7% na região Sul. Em contrapartida, no âmbito da atenção secundária, segundo o PMAQ-CEO, a estratégia ainda é a menos utilizada, com uma média de 43,2% nos cerca de 20% dos CEO que utilizam Telessaúde no Brasil. Uma informação importante é que a maior parte dos profissionais de saúde, assim como os da educação, pertencem a uma geração anterior, denominada “imigrantes digitais”, ao contrário dos novos profissionais e alunos de graduação, que pertencem à geração dos “nativos digitais” (PINHEIRO et al., 2015). Portanto, estamos vivendo um momento de transição e incorporar essas estratégias no aparelho formador é também um desafio.

A maneira como se articula o processo ensino-aprendizagem reflete no aprendizado do aluno, ou seja, a inserção dessas tecnologias também nesse processo e a colocação do protagonismo do aprendizado nos alunos de graduação, pode refletir em uma maior utilização das atividades de educação permanente quando eles forem inseridos nos serviços de saúde (LOBO, 2015).

Um exemplo é uma experiência que tem ocorrido no estado São Paulo, onde o Núcleo de Telessaúde é gerido pela UNIFESP e possui 130 pontos de conexão, prioritariamente nos municípios de difícil acesso, áreas remotas e de maior vulnerabilidade (TELESSAÚDE UNIFESP REDES - SÃO PAULO,). Apesar da estrutura, o estado é o que menos faz uso dessa tecnologia no contexto da atenção secundária em saúde bucal. Diante deste cenário, através de uma parceria entre a FOUSP e a UNIFESP, os alunos de graduação e pós-graduação têm sua primeira experiência como teleconsultores, por meio de um programa de estágio. As teleconsultorias, que partem da dúvida de um profissional de saúde, servem como base para a elaboração de Segunda Opinião Formativa, uma resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, evidências científicas e clínicas, selecionadas a partir de critérios de relevância (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE BRASIL; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Simultaneamente às atividades de teleconsultoria, os núcleos de telessaúde desenvolvem atividades de tele-educação, como cursos de extensão, web aulas, web conferências, podcasts, entre outras, afim de capacitar a rede de saúde do SUS, reconhecendo que a Universidade pode colaborar oferecendo o saber gerado em suas pesquisas e seu expertise em ensino à distância com a qualificação da rede e elaboração de conteúdos aos Núcleos.

Portanto, torna-se cada vez mais necessário às instituições como política, educação e saúde compreendam como se organizam as lógicas das mídias (Hjarvard, 2012), e o uso delas na educação permanente, ainda que precise ser ampliado, tem mostrado grande potencial para o enfrentamento de alguns dos principais problemas da PNSB no Brasil, especialmente em relação ao processo de trabalho, com grande resolutividade de problemas diários vivenciados pelos profissionais dos serviços e enfrentamento da má distribuição geográfica dos recursos humanos e financeiros.

5 CONCLUSÕES / CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação permanente está presente na rotina do serviço de quase metade dos CEO no Brasil e má distribuição geográfica de oferta de serviços de saúde no Brasil também ocorre em relação à essa categoria. Apesar de estar crescendo, ela ainda é uma estratégia que deve ser mais utilizada, pois possibilita o enfrentamento de diversos problemas da PNSB, tais como: integralidade; ampliação e qualificação da assistência; trabalho integrado em equipe; condições de trabalho; planejamento, monitoramento e avaliação das ações.

A categoria “Seminários, Mostras, Oficinas e Grupos de Discussão” é a mais utilizada, sendo maioria em quase todas as regiões, a não ser pela região Sudeste, que promove mais cursos presenciais em comparação às demais macrorregiões. Vale ressaltar que a região Sul é a que mais

promove cursos presenciais em relação ao total de CEO no estado. Essas duas regiões são as que contam com o maior número de Instituições de Ensino e Pesquisa em seus territórios, o que certamente facilita a incorporação dessas ações na rotina dos serviços.

As ações envolvidas no telessaúde (Tele-educação, segunda opinião formativa, teleconsultoria e telediagnóstico) ainda são pouco utilizadas nos CEO, aparecendo com as menores porcentagens dentre as ações utilizadas em quatro das cinco macrorregiões brasileiras e não chegando a 20% em nenhuma delas. Além disso, a região Norte, que conta com a menor disponibilidade de recursos humanos e oferta de serviços é a única que não realiza essas atividades, o que reforça ainda mais as inequidades em saúde no Brasil.

Apesar de ainda subutilizadas, com o uso das TICs e a chegada de novas gerações de profissionais, pode-se perceber que os recursos computacionais e comunicacionais invadiram não apenas as 'tecnologias duras' no SUS. Portanto, estamos vivendo um momento de transição e incorporar essas estratégias no aparelho formador é também um desafio que precisa ser enfrentado. A inserção dessas tecnologias também no processo ensino-aprendizagem pode refletir em uma maior utilização da educação permanente quando eles forem inseridos no mercado de trabalho.

O uso das mídias na educação permanente, ainda que precise ser ampliado, tem mostrado grande potencial para o enfrentamento de alguns dos principais problemas da PNSB no Brasil, especialmente em relação ao processo de trabalho, com grande resolutividade de problemas diários vivenciados pelos profissionais dos serviços e enfrentamento da má distribuição geográfica dos recursos humanos e financeiros, portanto, é necessário que às instituições como política, educação e saúde compreendam como se organizam suas lógicas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546/11 de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Brasília, DF, 2011 c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde Microdados da avaliação Externa do PMAQ CEO. 2016. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo1ceo/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. 65 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 3/02 CNE/CES, de 19 de fevereiro de 2002, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, v. 1, p. 1–5, 2002.

BRASIL. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. p. 1–12, 2004.

CARDOSO, J. M.; ROCHA, R. L. Interfaces e desafios comunicacionais do Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1871–1880, June 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1871.pdf>.

CARRER, F. C. A. et al. Situation of endodontics in the public health service in brazil through the access and quality improvement program (PMAQ-CEO). Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v. 18, n. 1, p. 1–12, 2018. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3198>.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. Saúde debate, [online], Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372–387, jul./set. 2013. <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a02v37n98.pdf>.

CAYETANO, M. H.; CARRER, F.C. A.; GABRIEL, M.; MARTINS, F.C.; PUCCA JUNIOR, G. A. Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): Um resgate da história , aprendizados e futuro. Uni Odontol, v. 38, n. 80, ene./jun. 2019. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.pnsb>.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <http://www.epsiv.fiocruz.br/publicacao/livro/dicionario-da-educacao-profissional-em-saude-segunda-edicao-revista-e-ampliada>.

GOES, P. S. A. et al. Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, v. 18, n. 1, p. 1-11, e3433, 2018. <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3433/pdf>.

HADDAD, A. E. A Odontologia na Política de Formação dos Profissionais de Saúde, o papel da Teleodontologia como ferramenta do processo de ensino-aprendizagem e a criação do Núcleo de Teleodontologia da FOU SP. 2011. 202f. Tese (Livre-Docência em Odontopediatria) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, 2011. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/23/tde-13052013-143506/publico//AnaEstelaHaddad.pdf>.

HJARVARD, S. Da Mediação à Miatização. A institucionalização das novas mídias. Parágrafo, v.

2, n. 3, p. 51–62, jul./dez. 2015. Disponível em: <http://revistaseletronicas.fiamfaam.br/index.php/recicofi/article/view/331>.

HJARVARD, S. Midiatização: Teorizando a mídia como agente de mudança social e cultural. *MATRIZES*, v. 5, n. 2, p. 53-92, jan./june 2012. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/matrizes/article/view/38327/41182>.

LOBO, L. C. Medical Education in Modern Times. *Rev. bras. educ. med.* Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 328-332, apr./june 2015. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000200328.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004. p. 68. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. In: FIGUEIREDO, N; GOES, P. S. A; MARTELLI, P. J. L. (org.) Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais. Recife: Editora UFPE, 2016b. 100 p. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/RELAT%C3%93RIO_1%C2%BA+Ciclo+-+PMAQ_CEO.pdf/fede7926-f16e-4c6e-81ab-320ad01b30b5.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. eHealth at WHO. Disponível em: <https://www.who.int/ehealth/about/en/>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE BRASIL. Capacidades Humanas para a Saúde. Disponível em: <https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_c>.

RIZZO, H. G. M. Características da força de trabalho em saúde bucal no Brasil. São Paulo 2017. 125 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas – Odontologia Social – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, 2017. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23148/tde-04042018-103200/pt-br.php>.

PINHEIRO, C. C. B. V.; CARVALHO, J. M.; CARVALHO, F. L. Q. Tecnologias em educação e saúde : Papel na promoção de saúde bucal. II STAES, Seminário de Tecnologias Aplicadas a Educação e Saúde, p. 22–31, Out. 2015. <https://www.revistas.uneb.br/index.php/staes/article/view/1616>.

PINTO, H. A. et al. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Divulg. saúde debate*, Rio de Janeiro, n. 51, p. 145–160, Out. 2014. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-771505>.

PUCCA JÚNIOR, G. A.; GABRIEL, M.; ARAUJO, M. E.; ALMEIDA, F. C. S. Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. *J Dent Res*, v. 94, n. 10, p. 1333-1337, Oct. 2015. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022034515599979>.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 49, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005961.pdf.

TELESSAÚDE UNIFESP REDES - SÃO PAULO. Programa Telessaúde Brasil Redes - Telessaúde São Paulo. Disponível em: <https://www.telessaude.unifesp.br/index.php/institucional/apresentacaotele>.

Oferta de Próteses Dentárias nos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil.

Felipe Miranda
Avaliador Externo

Cláudia Flemming Colussi
Coordenadora Estadual de Santa Catarina,
Universidade Federal de Santa Catarina

RESUMO

Apesar da estruturação dos serviços de atenção secundária em saúde bucal no Brasil a partir da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal em 2004, a elevada prevalência de perdas dentárias e a conseqüente necessidade de reabilitação protética ainda são problemas a serem enfrentados no país, juntamente com as desigualdades no acesso a esses serviços. O objetivo deste estudo é analisar a oferta de prótese dentária nos CEO do Brasil, identificando os locais onde é ofertada, a estrutura existente, e o acesso da população ao tratamento reabilitador. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem quantitativa, realizado a partir do banco de dados da avaliação externa do 1º Ciclo do PMAQ-CEO. Foram identificadas as variáveis relativas à prótese dentária, e foi estruturada no Microsoft Excel uma planilha com dados de todos os estados brasileiros, totalizando 934 CEOs. Os resultados demonstraram que 62,3% dos CEOs do Brasil realizam a entrega de próteses dentárias aos usuários, sendo a prótese total a mais ofertada. A maioria dos CEOs (73,4%) possui protocolo clínico pactuado que orienta o encaminhamento de pacientes da Atenção Básica aos CEO para a confecção das próteses. Apesar da oferta de prótese no CEO, 61,8% dos usuários entrevistados que usavam prótese informaram que esta foi confeccionada em clínicas ou consultórios privados. Observou-se também que há uma deficiência de laboratórios e de profissionais técnicos em prótese dentária atuantes no serviço público. Apesar dos avanços, sabe-se que há um acúmulo histórico de demanda por reabilitação protética em saúde bucal, portanto, considera-se a necessidade de ampliação da oferta de próteses em todos os estados, de modo que o prejuízo causado pelas perdas dentárias seja minimizado, e que seja restabelecida a qualidade de vida dos usuários, com garantia da integralidade e equidade preconizadas no SUS.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Atenção Secundária à Saúde. Prótese Dentária. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Although the structuring of secondary oral health care services in Brazil since the implementation of the National Oral Health Policy in 2004, the high prevalence of tooth loss and the consequent need for prosthetic rehabilitation are still problems to be faced in the country, along with inequalities in access to these services. The aim of this study is to analyze the supply of dental prosthesis in the

CEOs of Brazil, identifying the places where it is offered, the existing structure, and the population's access to rehabilitative treatment. This is a descriptive exploratory study of quantitative approach, conducted from the PMAQ-CEO 1st Cycle external evaluation database. The variables related to dental prosthesis were identified, and a spreadsheet with data from all Brazilian states was structured in Microsoft Excel, totaling 934 CEOs. The results showed that 62.3% of CEOs in Brazil deliver dental prostheses to users, with the total prosthesis being the most offered. Most CEOs (73.4%) have an agreed clinical protocol that directs the referral of patients from Primary Care to CEOs to make prostheses. Despite the offer of prosthesis by the CEO, 61.8% of users interviewed who used prosthesis reported that it was made in clinics or private practices. It was also observed that there is a deficiency of laboratories and dental professionals working in the public service. Despite the advances, it is known that there is a historical accumulation of demand for prosthetic rehabilitation in oral health, therefore, it is considered the need to expand the supply of dentures in all states, so that the damage caused by tooth loss is minimized, and to restore the quality of life of users, ensuring the completeness and equity recommended by the SUS.

Keywords: Oral Health. Secondary Care. Dental Prosthesis. Family Health Strategy.

1 INTRODUÇÃO

As perdas dentárias podem ser consideradas um agravo de saúde pública no Brasil devido à sua magnitude principalmente na população adulta e idosa. Grande parte desses indivíduos sofre com a perda parcial ou total dos dentes, principalmente em áreas com piores condições socioeconômicas, onde há maior desigualdade social e o acesso aos serviços de saúde é menor. Essas perdas dentárias afetam a qualidade da vida dos indivíduos, com prejuízos na mastigação, nutrição, fonética, estéticos e na autoestima, ocasionando situações de vergonha, estresse, sintomas depressivos, entre outros (PERES et al., 2013; ARAÚJO et al., 2017).

Embora sejam evitáveis em sua maioria, as perdas dentárias refletem condições relacionadas ao acúmulo da carga de doenças bucais ao longo da vida, aspectos culturais, e a decisão de extrair o dente como opção de tratamento odontológico (PERES et al., 2013). Nem sempre há possibilidade de decidir pela não extração do dente, pois muitas vezes o agravamento da condição dentária impede sua recuperação por qualquer meio, ou quando isto é possível, o tratamento torna-se caro e inacessível à maioria da população.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Programa Brasil Sorridente trouxe avanços para a rede de serviços em saúde bucal, com a reorganização da atenção básica através das equipes da Estratégia Saúde da Família, com a estruturação da atenção especializada, e ampliação da fluoretação das águas de abastecimento público, sendo uma das grandes lutas do governo federal entre os anos de 2003 e 2010 (BRASIL, 2004; SILVA, 2011).

Comparando-se os índices epidemiológicos dos dois últimos levantamentos nacionais realizados no Brasil em 2003 e 2010, é possível identificar os impactos dessa política em diversos aspectos como, por exemplo, na redução dos índices de cárie, no aumento do percentual de dentes restaurados em relação aos cariados, e na redução das perdas dentárias em jovens e adultos

(BRASIL, 2005; BRASIL, 2011). Apesar dos avanços, em 2010 apenas 23% da população entre 65 e 74 anos não necessitavam de próteses dentárias (BRASIL, 2011. ROSSI; CHAVES, 2017).

A implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária – LRPD em todos os estados ampliou o acesso da população às ações de reabilitação protética, que se configura numa grande demanda da população. A reabilitação protética foi uma das prioridades para PNSB, a qual inclui as ações de tratamento na atenção básica, garantindo os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Segundo as diretrizes da PNSB, a oferta mínima de prótese deveria ser de prótese total e prótese parcial removível, e em outros casos poderiam ser ofertadas próteses coronárias e intrarradiculares (BRASIL, 2012; HOISEL, 2016).

Assim, o objetivo deste estudo é analisar a oferta de prótese dentária nos CEO do Brasil, identificando os locais onde é ofertada, a estrutura existente, e o acesso da população ao tratamento reabilitador.

2 DESENVOLVIMENTO

Trata-se de estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa. Os bancos de dados utilizados na pesquisa foram coletados na página eletrônica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (<http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo1ceo/>) e são referentes aos resultados do 1º Ciclo do PMAQ-CEO realizado em 2014.

Foram utilizados os 3 bancos de dados do PMAQ CEO, relativos aos 3 módulos aplicados: Módulo VII (Observação no CEO) com variáveis relativas à condições de estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos do estabelecimento; Módulo VIII (Entrevista com o gerente do CEO e um cirurgião dentista) com variáveis relativas ao processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado para os usuários; Módulo IX (Entrevista com usuários no CEO) com variáveis sobre a percepção dos usuários quanto aos serviços especializados de saúde bucal no que se refere ao seu acesso e utilização. No 1º Ciclo do PMAQ-CEO foi realizado um censo, portanto mesmo os CEO que não haviam aderido ao programa foram avaliados, e, portanto, os dados disponíveis nesses bancos de dados são relativos a todos os CEO implantados no Brasil no ano de 2014, totalizando 934 CEOs.

Foram identificadas todas as variáveis relativas à realização de próteses (Quadro 1), as quais foram organizadas em uma planilha no Microsoft Excel versão 2010, onde foram submetidas a uma análise estatística descritiva, com distribuição de frequência absoluta e relativa.

Quadro 1 - Variáveis selecionadas para o estudo dos módulos VII, VIII e IX do primeiro ciclo do PMAQ-CEO.

Fonte	Variáveis
Módulo VII	VI 3.1; VI 3.5; VI 3.6.5; VI 3.6.12; VI 3.7.3; VI 3.7.6; VI 9.1.9; VI 12.27; VI 12.27/1; VI 13.14; VI 13.14/1; VI 14.30; VI 14.39.
Módulo VIII	VII 1.3.1; VII 1.5; VII 3.2.9/1; VII 3.2.9/2; VII 3.2.9/3; VII 7.1; VII 7.2.3; VII 10.3.9; VII 10.4.9; VII 10.4.9/1; VII 10.5.9; VII 10.5.9/1; VII 11.9; VII 15.1; VII 15.1/1; VII 15.2; VII 15.2/1; VII 15.3.1; VII 15.3.1/1; VII 15.3.2; VII 15.3.2/1; VII 15.3.3; VII 15.3.3/1; VII 15.4; VII 15.5.1; VII 15.5.2; VII 15.5.3; VII 15.6; VII 15.7.
Módulo IX	IX 1.1; IX 1.4; IX 1.8; IX 1.12; IX 3.2; IX 7.1; IX 7.2; IX 7.3; IX 7.4; IX 7.5; IX 7.6.

As entrevistas com os usuários foram realizadas nos CEOs no momento da avaliação externa do PMAQ CEO, sendo entrevistados 10 usuários em cada CEO. Foram analisadas as 8.897 entrevistas com usuários que constam no banco de dados do módulo IX. Na variável IX 7.6, a resposta “não sabe/não lembra” foi considerada como “não”.

Os resultados foram estruturados em três blocos: o primeiro, com o perfil dos CEO, da gestão e dos profissionais. O segundo está relacionado à estrutura e procedimentos realizados. O terceiro bloco refere-se aos usuários e ao acesso aos procedimentos de prótese.

Esta pesquisa não necessita aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de pesquisa com dados secundários de acesso público, disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

Participaram do 1º ciclo do PMAQ CEO 934 Centros de Especialidades Odontológicas de todo o Brasil. Destes, 350 (37,47%) representam o CEO tipo I, 475 (50,86%) o tipo II e 109 (11,67%) o tipo III. Além das cinco especialidades mínimas, 728 (77,94%) dos CEO contam com alguma outra especialidade, como implantodontia, odontopediatria, ortodontia, dentística especializada e radiologia. (GOES et al. 2018)

Em relação ao perfil do gerente responsável pelo CEO, foram identificados 770 (82,80%) profissionais responsáveis e destes, apenas 56 eram cirurgiões-dentistas. Os demais profissionais responsáveis identificados atuavam em diversas áreas, como medicina, enfermagem, administração, fisioterapia entre outras.

Havia 1.248 profissionais que atuavam como clínico protesista, dos quais 238 (19,1%) possuíam apenas graduação, 193 (15,5%) atualização em prótese, 599 (48%) especialização, mestrado e /ou doutorado, para os outros 218 profissionais clínicos protesistas não se obteve resposta quanto à formação. Com relação aos profissionais atuantes como Técnicos em Prótese Dentária, foram identificados 374 profissionais.

Em relação aos tipos de prótese ofertada, a mais realizada é a Prótese Total (99,8%), seguida da Prótese Parcial Removível (72,7%) e Prótese Fixa (12,3%).

Na tabela 1 estão apresentadas as variáveis relativas ao planejamento e manejo dos atendimentos em prótese dentária e na tabela 2 os dados referentes à oferta de próteses no CEO. Em relação à infra-estrutura, insumos e equipamentos, os resultados então apresentados na tabela 03.

Tabela 1 - Planejamento e manejo dos atendimentos em prótese dentária nos CEOs do Brasil, 2014.

Variável	Sim		Não	
	n	%	n	%
Necessidade de apoio de outros profissionais	47	11,7	353	88,3
Existência de cotas pré definidas para encaminhamento de usuários	194	34,1	375	65,9
O CEO recebe o usuário referenciado com a descrição do caso	455	79,7	116	20,3
Existência de protocolos pactuados para prótese dentária	414	73,4	150	26,6
O CEO tem conhecimento da fila de espera	442	76,3	137	23,7

Dos 8.897 usuários entrevistados, a busca maior por atendimento era de mulheres 6.213 (69,8%), e de todos os usuários apenas 1.202 (13,5%) estavam referenciados para a prótese dentária. Desses, 1.540 (17,3%) já utilizavam algum tipo de prótese, sendo que a maioria 887 (57,6%) utiliza a mesma prótese há mais de 10 anos. Verificou-se que 16,2% dos homens já utilizavam prótese dentária e que 390 (14,5%) estavam referenciados para o atendimento de prótese. Em relação às mulheres, 1.105 (19,4%) usam prótese e 812 (13,1%) estavam referenciadas.

Em relação ao perfil dos usuários do 1º Ciclo do PMAQ-CEO, foram 8.897 usuários entrevistados, sendo 69,8% do sexo feminino, 48,7% com escolaridade até o ensino fundamental completo, 30,5% beneficiários da bolsa família e 93,1% residentes no município de origem do CEO. Dos entrevistados, 1202 usuários (13,5%) estavam no CEO para realizar tratamento protético. Os dados relativos ao uso e acesso à prótese dentária pelos usuários estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 2 – Oferta e produção de prótese dentária nos CEOS do Brasil, 2014.

Variável	n	%
O CEO realiza moldagem		
Sim	582	62,58
Não	348	37,42
O CEO realiza a entrega da prótese		
Sim	579	62,26
Não	351	37,74
O CEO oferta Prótese Total		
Sim	578	62,15
Não/Não se aplica	352	37,85
Quantas sessões são necessárias para confecção de Prótese Total		
Menos de 3	7	1,21
3 a 5	541	93,92
Mais de 5	28	4,87
O CEO oferta Prótese Parcial Removível (PPR)		
Sim	421	72,71
Não	158	27,29
Quantas sessões são necessárias para confecção de PPR		
Menos de 3	14	3,32

3 a 5	382	90,73
Mais de 5	25	5,95
O CEO oferta Prótese Fixa		
Sim	71	12,26
Não	508	87,73
Quantas sessões são necessárias para confecção de PF		
Menos de 3	13	18,30
3 a 5	51	71,83
Mais de 5	7	9,87
Quantos municípios são atendidos pela oferta da prótese dentária?		
1 a 10 municípios	548	94,64
11 a 20 municípios	18	3,10
Mais de 20 municípios	13	2,26
Em média, quantas próteses são entregues por mês?		
Menos de 20	37	6,39
Entre 20 e 50	280	48,35
Entre 51 e 80	152	26,25

Tabela 03 – Infraestrutura e insumos em prótese dentária disponíveis nos CEOs do Brasil, 2014.

Variável	n	Sim		Não	
		n	%	n	%
Laboratório de prótese	326	34,9	608	65,1	
Microondas para confecção de prótese	201	21,5	733	78,5	
Brocas para prótese (em uso)	135	65,5	71	34,5	
Resina acrílica (em uso)	136	64,2	76	35,8	
Fresa para desgaste de acrílico	151	71,2	61	28,8	
Materiais para polimento de acrílico	144	61,5	90	38,5	

Tabela 04 – Perfil dos usuários e tratamentos realizados nos CEOs do Brasil, 2014.

Variável	n	%
Especialidade na qual estava em tratamento		
Endodontia	2670	30,01
Cirurgia	2039	22,92
Periodontia	1569	17,64
Prótese Dentária	1202	13,51
Pacientes com Necessidades Especiais	420	4,72
Estomatologia	101	1,14
Outras especialidades	896	10,07
Usa prótese dentária		
Sim	1540	17,31
Não	7357	82,69
Há quanto tempo usa prótese dentária		
Até 1 ano	204	13,25
1 a 3 anos	106	6,88

3 a 5 anos	119	7,73
5 a 10 anos	206	13,38
+ de 10 anos	887	57,60
Onde realizou a prótese dentária		
Neste CEO	355	23,05
UBS	23	1,49
Clínica Particular	952	61,82
Outro	210	13,64
Tempo para iniciar o tratamento		
Até 15 dias	108	28,57
16 a 30 dias	79	20,90
31 a 45 dias	39	10,32
+ de 45 dias	119	31,48
Não Sabe	33	8,73
Tempo para receber a prótese dentária		
Até 15 dias	41	10,85
16 a 30 dias	117	30,95
31 a 45 dias	103	27,25
+ de 45 dias	93	24,60
Não sabe	24	6,35
Recebeu orientações sobre o uso e cuidado com a prótese dentária?		
Sim	306	80,95
Não	72	19,05

A criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária – LRPD estruturou a atenção secundária em saúde bucal nos estados brasileiros reduzindo em parte a grande demanda da população por tratamento odontológico especializado.

Dentro das especialidades mínimas para o atendimento do CEO encontra-se a periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor.

Embora a prótese não esteja como especialidade mínima, o perfil epidemiológico apontado nos dois últimos levantamentos nacionais (SB2003 e SB2010) justificam e reforçam sua necessidade e a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) já sugeria a viabilização da inclusão da reabilitação protética na Atenção Básica, em virtude dessa grande demanda e da dificuldade de acesso a esses procedimentos na atenção especializada.

Mensalmente, o Ministério da Saúde financia os LRPD, de acordo com a faixa de produção proposta pela portaria nº 1.825/GM/MS, de 24 de agosto de 2012, com valores entre R\$ 7.500,00 mil reais (20 a 50 próteses/ mês), R\$ 12.000,00 (51 a 80 próteses/mês), R\$ 18.000,00 (81 a 120 próteses/mês) e R\$ 22.500,00 mil reais (acima de 120 próteses/mês). (BRASIL, 2012)

De acordo com Aguiar e Celeste (2015), as regiões brasileiras com indicadores epidemiológicos de necessidade de prótese mais elevados não são aquelas com maior provisão de LRPD. No mesmo estudo, os autores identificaram que 96,9% das próteses dentárias produzidas na macrorregião Norte são realizadas em LRPD públicos, enquanto que na Sul, 67,3% dos seus LRPD e 52,5% dos seus Técnicos em Prótese Dentária provêm de estabelecimentos não públicos (filantrópicos,

sindicatos e/ou privados) contratados pelo SUS. Silva, Oliveira e Leles (2015) também constata diferenças geográficas e disparidade no número de CEOs e LRPDs, evidenciando desigualdades na oferta de serviços especializados, sobretudo em municípios com menor porte municipal de IDH.

Em relação à produção mensal, observou-se que apenas 6,4% dos CEOs realizaram menos de 20 próteses por mês, o que poderia provocar descredenciamento dos LRPD, caso atendessem apenas a demanda do CEO no município em questão. Guimarães et al. (2017) encontrou em seu estudo que o cumprimento da faixa mínima de 20 a 50 próteses/mês parece ser de difícil consecução para os municípios de menor porte populacional, e que nesses casos, a implantação de laboratórios regionalizados poderia ser uma alternativa para garantir a produção contínua das próteses, melhorando o aproveitamento da capacidade instalada, e eliminando ociosidades e desperdícios.

Em relação ao matriciamento, observou-se que mais da metade da equipe do CEO não busca a intervenção multidisciplinar para a resolução de casos que julguem ser mais complexos.

Esses índices de maior oferta de prótese total estão correlacionados às necessidades demonstradas no SB Brasil 2003 e 2010 em que 32% da população entre 35 a 44 anos necessitavam de prótese, com valores superiores na Região Sudeste (69,8%) e inferiores na Região Norte (57,1%). Ainda segundo o estudo, as maiores necessidades de uso estão relacionadas à prótese total superior em todas as faixas etárias pesquisadas, de maior prevalência em comparação com a arcada inferior, devidos as questões estéticas e a dificuldade de adaptação da prótese inferior. O uso em adultos para a prótese em um maxilar foi de 41,3%. Entre à faixa etária de 65 a 74 anos, 20,1% necessitavam de prótese parcial nas duas arcadas, 17,9% em uma arcada e 15,4% nas duas arcadas. (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011).

Os dados encontrados nesse estudo demonstram algumas possíveis falhas na gestão dos encaminhamentos de prótese aos CEOs, uma vez que mais de 20% destes não tem conhecimento da fila de espera para prótese dentária e não tem protocolos pactuados para o encaminhamento dos usuários que necessitam de prótese. Esses dados indicam a inexistência de um sistema de regulação que verifique os casos mais urgentes e permita o acesso equânime à reabilitação protética dos usuários que dela necessitam.

Observou-se que 13,5% dos entrevistados no PMAQ estavam em tratamento na especialidade de prótese dentária no momento das entrevistas, percentual este bem maior do que o de especialidades mínimas como Estomatologia e Pacientes com Necessidades Especiais. Dentre os usuários entrevistados que utilizavam prótese dentária, 61,8% realizaram em clínicas particulares. O acesso universal à oferta de prótese ainda é limitado, pois ainda que 62,9% dos CEO realizem a oferta de prótese, apenas 35% possuem laboratórios próprios. Nos estudos de Guimarães et al. (2017), foi descrito que apenas 1.477 municípios possuem Laboratórios de prótese credenciados, equivalente a 27% dos municípios.

Além da quantidade de laboratórios disponíveis, outro ponto que dificulta a produção é a falta de técnicos em prótese em todos os CEOs, visto que havia apenas 374 profissionais atuantes, e a outra parcela da produção fica de responsabilidade do clínico geral. A ampliação da contratação

de novos profissionais faz-se necessária para que a produção mínima seja cumprida e a demanda pela reabilitação possa ser suprida.

Destaca-se que 57% dos usuários que utilizavam prótese informaram que faziam uso da prótese há mais de 10 anos. Não há consenso em relação ao tempo máximo de uso recomendado, uma vez que ocorrem variações individuais que influenciam muito na conservação e qualidade das próteses (Cabrini et al., 2008). Ainda não há muitas evidências em relação ao tempo mínimo para a substituição das próteses, entretanto Silva et al. (2010) reforçam a recomendação de que as próteses removíveis sejam trocadas no mínimo, a cada cinco anos, em função do desgaste do material utilizado (acrílico) e dos malefícios que podem decorrer desse desgaste. Porém, devido às restrições de acesso à atenção odontológica para a reabilitação, este achado de que o tempo de uso das próteses é bem superior ao recomendado se repete nos estudos brasileiros, tornando-se uma realidade a ausência de manutenção e substituição das próteses com certa periodicidade. Cabrini et al. (2008) também chamam a atenção para o fato de que os usuários de prótese costumam considerá-las melhores do que elas realmente se apresentam quando analisadas clinicamente, e acabam não procurando o serviço para avaliação e manutenção das mesmas.

Em relação ao tempo de espera para que se inicie o atendimento em próteses, os dados mais relevantes apresentam um tempo estimado acima de 45 dias (51,29%) após a entrada na fila regulamentada.

Em relação aos usuários que realizaram a prótese dentária no CEO, 19% afirmam que não receberam orientações referentes aos cuidados com a higiene e manejo da prótese. Essas informações são importantes para que o usuário mantenha uma boa qualidade na sua saúde bucal, evitando infecções fúngicas e traumas de mucosa. Outros estudos têm mostrado os problemas decorrentes da falta de orientação dos pacientes, sendo a ausência ou falha nessa comunicação um problema frequentemente detectado (Miranzi et al., 2015).

Como limitações deste estudo destacam-se a utilização de dados secundários tendo os serviços de saúde como fontes das informações, sendo estas provenientes de uma avaliação dos serviços com repasse de recursos financeiros conforme o desempenho apresentado.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo sugerem que há uma deficiência na oferta de prótese dentária na Rede de Atenção à Saúde Bucal, visto que há uma grande prevalência de necessidade de reabilitação protética e desigualdade regionais na distribuição de laboratórios.

Sugere-se que haja uma ampliação da prótese na atenção básica conforme a Política Nacional de Saúde Bucal e que essa oferta possa se redistribuída entre os estados para que todos os usuários possam ser beneficiados.

Além disso, há uma necessidade de incentivos pelos entes federativos para uma ampliação da criação e financiamento de mais laboratórios e de formação de novos profissionais técnicos em prótese dentária.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, V. R.; CELESTE, R. K. Necessidade e alocação de laboratórios regionais de prótese dentária no Brasil: um estudo exploratório. *Ciênc. saúde coletiva*, [online], Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3121-3128, Oct. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.18212014>.
- ARAÚJO, M. M. C. et al. Oferta de próteses dentárias na Atenção Primária à Saúde de 2010 a 2016 em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Arq. odontol*, Belo Horizonte, v. 53, e06, p.1-7, jan./dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquiosemodontologia/article/view/3726>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal - resultados principais. Brasília, 2011. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Nota técnica: credenciamento e repasse de recursos para os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD. Brasília, 2012. http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_tecnica_LRPD.pdf.
- 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. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2005. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf.
- CABRINI, J. et al. Tempo de uso e a qualidade das próteses totais – uma análise crítica. *Braz Dental Sci*, v. 11, n. 2, p. 78-85, abr./jun. 2008. <https://doi.org/10.14295/bds.2008.v11i2.471>.
- GOES, P. S. A. et al. Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, v. 18, n. 1, p. 1-11, e3433, 2018. <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3433/pdf>.
- GUIMARÃES, M. R. C. et al. Desafios para a oferta de prótese dentária na rede de saúde pública. *Rev. odontol. UNESP, Araraquara*, v. 46, n. 1, p. 39-44, jan./feb. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.08716>.
- HOISEL, R. S. D. Uso e necessidade de prótese dentária em uma população coberta pela estratégia de saúde da família. Dissertação (Mestrado em Odontologia e Saúde) - Faculdade de Odontologia de Salvador, Universidade Federal da Bahia, 2016. <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/20741>.
- MIRANZI, M. A. S. et al. Uso da prótese dentária entre idosos: um problema social. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 3, n. 1, p. 4-11, 2015. <https://doi.org/10.18554/refacs.v3i1.1029>.
- PERES, MA. et al. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. *Rev Saúde Pública*, v. 47, p. 78-89, 2013. Supl. 3. DOI:10.1590/S0034-8910.2013047004226. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47s3/0034-8910-rsp-47-supl3-00078.pdf>.
- ROSSI, T. R. A; CHAVES, S. C. L. Processo de trabalho em saúde na implementação da atenção especializada em saúde bucal no nível local. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 188-201, Set. 2017. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s314>.

SILVA, E. T.; OLIVEIRA, R. T.; LELES, C. R. O edentulismo no Brasil: epidemiologia, rede assistencial e produção de próteses pelo Sistema Único de Saúde. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, v. 9, n. 3, p. 121-134, Set. 2015. <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v9i3.1790>.

SILVA, M. E. S. et al. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 841-850, Mai. 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000300027> .

SILVA, S. M. L. M. Análise econômica do serviço público de próteses dentárias totais no município de Curitiba. Tese (Doutorado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Porto Alegre, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2011. <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/1127>.

Associação entre Oferta de Atenção Especializada ao Câncer Bucal nos CEOs e Características Sociodemográficas e de Cobertura de Atenção Básica nas Capitais Brasileiras

Izabel Cristina Vieira de Oliveira
Vandilson Pinheiro Rodrigues
Maria Carmen Fontoura Nogueira da Cruz
Érika Barbara Abreu Fonseca Thomaz
Rejane Christine de Sousa Queiroz

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi descrever a oferta de atenção especializada ao câncer bucal nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e relacionar com as características sociodemográficas e de cobertura de atenção básica (AB) das 27 capitais de unidades federativas brasileiras. Foi realizado um estudo ecológico analítico utilizando como unidade de análise os 121 CEO localizados nas capitais. Os dados secundários referentes a estrutura e o processo de trabalho dos CEO foram obtidos da avaliação externa do 1º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) (2014). Os dados sociodemográficos foram obtidos dos bancos de dados do PNUD e do IBGE (2010). Os dados sobre cobertura de atenção básica foram obtidos nos relatórios públicos dos Sistemas da Atenção Básica (2014). A medida razão de prevalência (RP) e respectivo intervalo de confiança a 95% (IC 95%) e o teste Qui-quadrado (Pearson) foram utilizados na análise de associação. O nível de significância adotado foi de 5%. As capitais que apresentaram maiores densidade demográfica (RP=2,02; IC: 1,32-3,09; $p<0,001$), IDH (RP=2,22; IC: 1,31-3,76; $p=0,001$ e RP=2,44; IC: 1,47-4,05; $p<0,001$), PIB per capita (RP=1,70; IC: 1,03-2,81; $p=0,026$ e RP=2,33; IC: 1,46-3,74 $p<0,001$) e abastecimento de água (1,78; IC: 1,07-2,95; $p=0,015$ e RP=2,15; IC: 1,34-3,47; $p<0,001$) apresentaram maior frequência de oferta adequada de atenção ao câncer bucal. As capitais com cobertura intermediária de AB (RP=2,65; IC: 1,62-4,35; $p<0,001$) e maior cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) (RP=0,64; IC: 0,40-1,01; $p=0,042$), assim como as capitais com coberturas intermediária e alta da saúde bucal na AB (RP=0,70; IC: 0,50-0,97; $p=0,033$ e RP=0,53; IC: 0,36-0,79; $p<0,001$) e maior cobertura da saúde bucal na ESF (RP=0,52; IC: 0,34-0,80; $p=0,001$), apresentaram menor frequência de oferta adequada de atenção ao câncer de boca nos CEO. Os achados sugerem que capitais com melhores indicadores socioeconômicos apresentam serviços mais adequados de atenção ao câncer bucal e que capitais com maiores coberturas de AB e ESF com e sem saúde bucal apresentam serviços menos adequados de atenção ao câncer de boca.

Palavras-chave: Neoplasias Bucais. Diagnóstico. Política de saúde.

1 INTRODUÇÃO

A incidência do câncer de boca é um problema mundial de saúde pública, com frequência anual estimada em aproximadamente 275 mil novos casos, sendo dois terços destes em países em desenvolvimento (CASOTTI et al, 2016). Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento de várias neoplasias malignas que resultaram em prevenção, diagnóstico precoce e aumento da sobrevida, melhoras nos indicadores epidemiológicos do câncer de boca não têm sido observadas ao longo do tempo (TORRES-PEREIRA et al, 2012).

O câncer de boca é a sétima neoplasia que mais afeta a população brasileira (NORO et al, 2017). São considerados cânceres de boca as neoplasias que afetam os lábios e o interior da cavidade oral (gengivas, mucosa jugal, palato duro, língua e assoalho bucal) (CASOTTI et al, 2016). A biópsia é um importante mecanismo de identificação da doença em seus estágios iniciais, sendo recomendada pelo Ministério da Saúde, junto com outros exames complementares (NORO et al, 2017). O prognóstico da doença, quando diagnosticada e tratada em estágio inicial, é considerado bom devido às intervenções menos agressivas e complexas (NORO et al, 2017).

A partir da necessidade de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, o Ministério da Saúde definiu, por meio das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (HERKRATH et al., 2013) que, entre outras especialidades, ofertam a Estomatologia com ênfase na prevenção e diagnóstico do câncer de boca. O diagnóstico precoce é o meio mais efetivo para aumentar a sobrevida e reduzir a morbidade, a duração do tratamento e os custos hospitalares associados à patologia (TORRES-PEREIRA et al, 2012).

A implantação dos CEO permitiu a oferta de diagnóstico e referência para o câncer de boca na esfera municipal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), onde as ações podem ser implantadas e avaliadas de acordo com as diferenças e características epidemiológicas, de infraestrutura, socioeconômicas e organizacionais (TORRES-PEREIRA et al, 2012). Deste modo, o objetivo deste trabalho é avaliar a oferta de atenção especializada ao câncer bucal nos CEO e relacioná-la com características sociodemográficas e de cobertura de atenção básica das 27 capitais das unidades federativas brasileiras.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico analítico, cujas unidades de análise foram as capitais das unidades federativas (UF).

O Brasil possui 26 estados, agrupados em cinco regiões geopolíticas (Norte; Nordeste; Centro-Oeste; Sudeste e Sul) e um Distrito Federal, que consistem nas unidades federativas. Foram incluídos no estudo todos os 121 CEO, avaliados no 1º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) (2014), localizados nas capitais de UF.

Os dados sociodemográficos densidade demográfica, taxa de urbanização, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), PIB per capita e abastecimento de água foram obtidos do Atlas do Desenvolvimento Humano referentes ao ano de 2010 (PNUD; Ipea; FJP, 2013) e IBGE (Portal IBGE, 2010).

Os dados sobre cobertura da Atenção Básica (AB), cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), cobertura de saúde bucal na ESF e na AB foram obtidos nos Relatórios Públicos dos Sistemas da AB referentes ao ano de 2014 (Portal e-Gestor, Ministério da Saúde, 2017).

As variáveis sobre a oferta de atenção especializada ao câncer bucal nos CEO foram obtidas

a partir do banco de dados da avaliação externa do 1º Ciclo do PMAQ-CEO (2014). Foram utilizados os dados referentes ao Módulo I (Estrutura) e Módulo II (Processo de trabalho). Maiores detalhes sobre o método de coleta de dados estão descritos em GOES et al (2018).

Foram analisadas as seguintes variáveis:

- **Estrutura:** quantidade e carga-horária dos cirurgiões-dentistas que atuam em Estomatologia e Cirurgia oral; formação dos cirurgiões-dentistas que atuam em Estomatologia e Cirurgia oral (recursos humanos); turnos e horários semanais de funcionamento dos CEO (organizacional).
- **Processo de trabalho:** existência de cotas pré-definidas por equipe de saúde bucal para encaminhamento de pacientes de usuários para a especialidade de Estomatologia; existência de protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO na especialidade de Estomatologia; realização de biópsia; prazo para agendamento de biópsia; referência para encaminhamento das peças de biópsia; modo como é encaminhada a peça para o laboratório; prazo para recebimento do laudo do patologista; existência de registro de usuários com diagnóstico de câncer de boca; referência para encaminhamento de casos confirmados de câncer de boca.
- **Oferta adequada de atenção ao câncer de boca:** foi considerada a partir da existência de (1) profissional atuando na especialidade Estomatologia e/ou Cirurgia oral, considerando a necessidade de um profissional capacitado a diagnosticar o câncer de boca (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008); (2) realização de biópsia, procedimento fundamental e obrigatório para o diagnóstico do câncer de boca (LE MOS JUNIOR et al, 2013); (3) referência para encaminhamento de biópsia para exame anatomohistopatológico, necessário para a confirmação desse agravo (SANTOS et al, 2011); (4) referência para encaminhamento de casos confirmados de câncer de boca para tratamento, importante para a redução da morbimortalidade desse agravo (PEREA et al, 2018) e (5) registro de casos confirmados de câncer de boca, fundamental para a estruturação de políticas de prevenção, assistência e controle da doença (DE ANDRADE et al, 2012). O cumprimento de 100% dos critérios foi considerado equivalente à oferta adequada.

Os dados foram processados utilizando os recursos do software SPSS versão 18.0 (IBM, Chicago, IL, USA). A estatística descritiva foi realizada através do cálculo de medidas de frequência absoluta e relativa. Para a análise de associação, a variável desfecho foi oferta adequada de serviços de atenção ao câncer bucal pelo CEO (existência de profissional atuando na especialidade Estomatologia e/ou Cirurgia oral, realização de biópsia, referência para encaminhamento de biópsia para exame anatomohistopatológico, referência para encaminhamento de casos confirmados de câncer de boca e registro de casos confirmados de câncer de boca). As variáveis independentes foram fatores socioeconômicos e de cobertura de serviços de atenção básica. Essas variáveis foram agrupadas em tercís. A medida razão de prevalência (RP) e respectivo intervalo de confiança

a 95% (IC 95%) e o teste Qui-quadrado (Pearson) foram utilizados na análise de associação. O nível de significância adotado foi de 5%.

Este estudo faz parte de uma pesquisa multicêntrica intitulada “Avaliação externa: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO)”, encomendada pelo Ministério da Saúde em parceria com universidades públicas do Brasil. Em cumprimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Pernambuco sob o parecer 740.874 (CAAE 23458213.0.0000.5208).

3 RESULTADOS

Tabela 1 apresenta a distribuição das características sociodemográficas e número de CEO nas capitais. Algumas disparidades foram verificadas entre os municípios. A menor densidade demográfica foi observada em Porto Velho (12,57 hab./km²) e a maior em Fortaleza (7.786,44 hab./km²). O menor IDH foi verificado em Maceió (0,721) e o maior em Florianópolis (0,847). O PIB per capita demonstrou grande variação, com o menor valor registrado em Rio Branco (R\$ 1.3120,16) e o maior em Vitória (R\$ 85.794,33). A menor proporção de domicílios abastecidos por água foi verificada em Porto Velho (37,73%) e a maior em Belo Horizonte (99,71%). A distribuição dos CEO também variou entre os municípios. São Paulo possuía 25 estabelecimentos, enquanto Boa Vista, Palmas, Aracaju, Vitória e Belo Horizonte, somente um estabelecimento cada.

Tabela 1. Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas e das características sociodemográfica Capitais brasileiras, 2014.

Capital	Quantidade de CEO (N)	Densidade demográfica (/km ²)	Taxa de Urbanização (%)	IDH	PIB per capita (R\$)	Abastecimento de água (%)
Porto Velho	3	12,57	91,18	0,736	21784,76	37,73
Rio Branco	2	38,03	91,82	0,727	13120,16	52,74
Manaus	3	158,06	99,49	0,737	27845,71	76,03
Boa Vista	1	49,99	97,71	0,752	17552,65	95,95
Belém	6	1.315,26	99,14	0,746	14027,06	76,41
Macapá	2	62,14	95,73	0,733	13821,85	55,70
Palmas	1	102,9	97,11	0,788	15878,91	95,18
São Luís	3	1.215,69	94,45	0,768	20242,74	76,58
Teresina	2	584,94	94,27	0,751	13866,75	93,47
Fortaleza	5	7.786,44	100,00	0,754	16962,89	93,41
Natal	3	4.805,24	100,00	0,763	15129,28	98,42
João Pessoa	5	3.421,28	99,62	0,763	13786,44	78,36
Recife	4	7.039,64	100,00	0,772	21434,88	87,33
Maceió	2	1.854,10	99,93	0,721	14572,42	74,27
Aracaju	1	3.140,65	100,00	0,770	15913,40	97,90
Salvador	6	3.859,44	99,97	0,759	14411,73	98,91
Belo Horizonte	1	7167	100,00	0,810	23053,07	99,71
Vitória	1	3.338,3	100,00	0,845	85794,33	99,26
Rio de Janeiro	17	5.265,82	100,00	0,799	32940,23	98,32
São Paulo	25	7.398,26	99,10	0,805	42152,76	98,96
Curitiba	2	4.027,04	100,00	0,823	32916,44	99,16
Florianópolis	3	623,68	96,21	0,847	26749,29	93,15
Porto Alegre	4	2.837,53	100,00	0,805	32203,11	99,27
Campo Grande	2	97,22	98,66	0,784	19745,42	90,35
Cuiabá	5	157,66	98,13	0,785	22301,79	93,98
Goiânia	3	1.776,74	99,62	0,799	20990,21	92,45
Brasília	9	444,66	96,58	0,824	63020,02	94,81

A Tabela 2 apresenta a distribuição das características da cobertura dos serviços de atenção básica nas unidades federativas em 2014. A menor cobertura da atenção básica foi observada em Manaus (27,68%) e a maior em Macapá, Teresina, Belo Horizonte, Vitória e Florianópolis (100%). A menor cobertura da ESF foi verificada em Belém (22,26%) e a maior em Teresina (100%). A menor cobertura de Saúde Bucal na atenção básica foi verificada em Cuiabá (6,98%) e a maior observada em Teresina (99,79%). A menor cobertura de saúde bucal na ESF foi registrada em Boa Vista (0%) e a maior, novamente, em Teresina (92,80%).

Tabela 2. Distribuição das características dos serviços de Atenção Básica. Capitais brasileiras, 2014.

Município	Cobertura da AB (%)	Cobertura da ESF (%)	Cobertura de Saúde Bucal na AB (%)	Cobertura de Saúde Bucal na ESF (%)
Porto Velho	71,73	54,77	61,70	49,79
Rio Branco	87,5	56,99	48,88	22,21
Manaus	27,68	52,57	34,74	17,58
Boa Vista	47,46	66,41	23,30	0
Belém	48,4	22,26	17,10	1,69
Macapá	100	64,7	40,41	20,51
Palmas	92,2	85,61	71,57	61,53
São Luís	50,23	35,88	26,90	13,09
Teresina	100	100	99,79	92,8
Fortaleza	54,13	41,53	34,80	28,55
Natal	69,52	49,29	55,79	35,55
João Pessoa	93,54	83,58	90,75	80,69
Recife	59,88	53,28	36,38	30,84
Maceió	44,41	29,77	37,46	24,23
Aracaju	82,4	76,91	71,48	65,12
Salvador	35,6	24,88	28,45	22,01
Belo Horizonte	100	79,93	48,21	39,8
Vitória	100	75,29	69,86	53,49
Rio de Janeiro	54,42	43,36	28,22	18,87
São Paulo	57,17	32,96	18,76	8,54
Curitiba	58,88	43,24	44,85	31,59
Florianópolis	100	90,57	61,19	47,95
Porto Alegre	68,16	42,54	32,10	15,51
Campo Grande	46,99	37,26	62,15	37,68
Cuiabá	47,88	37,45	6,98	3,03
Goiânia	64,85	46,05	40,02	25
Brasília	62,45	29,93	25,04	9,89

AB = Atenção Básica. ESF = Estratégia Saúde da Família.

A Tabela 3 apresenta a distribuição das variáveis relacionadas à estrutura dos CEO nas capitais para o atendimento aos pacientes com câncer de boca. Notou-se que 56,20% dos CEO possuía pelo menos um cirurgião-dentista atuando em Estomatologia e que em 50,63% a soma da carga-horária dos profissionais era superior a 10 e inferior a 20 horas semanais. Em 47,94% dos estabelecimentos dois ou mais profissionais atuavam em Cirurgia oral e em 36,36% a soma da carga-horária dos profissionais era superior a 10 e inferior a 20 horas semanais. Em 3,30% não havia profissionais atuando em Estomatologia e/ou Cirurgia oral. Todos (100%) os CEO funcionavam

em turno matutino, 98,35% em turno vespertino e 31,40% em turno noturno. Observou-se que 59,50% funcionava em horário de almoço e somente 9,92% durante o fim de semana. Notou-se também que 77,69% dos estabelecimentos possuíam ficha de requisição e resultado de exame anatomopatológico em uso e 76,03% em estoque.

Tabela 3. Distribuição das características de estrutura dos CEO para o atendimento aos pacientes com câncer de boca. Capitais brasileiras, 2014.

Variáveis	N	%
Número de cirurgiões-dentistas que atuam em Estomatologia		
Sem profissional	42	34,71
Um profissional	68	56,20
Dois ou mais profissionais	11	9,10
Carga horária dos profissionais que atuam em Estomatologia		
Até 10 horas semanais	13	16,46
Mais que 10 até 20 horas semanais	40	50,63
Mais que 20 até 40 horas semanais	26	32,91
Número de cirurgiões-dentistas que atuam em Cirurgia oral		
Sem profissional	8	6,61
Um profissional	55	45,45
Dois ou mais profissionais	58	47,94
Carga horária dos profissionais que atuam em Cirurgia oral		
Até 10 horas semanais	11	9,10
Mais que 10 até 20 horas semanais	44	36,36
Mais que 20 até 40 horas semanais	37	30,59
Mais que 40 horas semanais	29	24,00
Número de CEO que dispõem de profissional que atue em Estomatologia e/ou Cirurgia oral		
Sem profissional	4	3,30
Pelo menos um profissional	117	96,70
Funcionamento no turno matutino		
Sim	212	100,00
Não	0	0
Funcionamento no turno vespertino		
Sim	119	98,35
Não	2	1,65
Funcionamento no turno noturno		
Sim	38	31,40
Não	83	68,60
Funcionamento em horário de almoço (12h às 14h)		
Sim	72	59,50
Não	49	40,50
Funcionamento de segunda-feira a sexta-feira		
Sim	119	98,35
Não	2	1,65
Funcionamento durante o fim de semana		
Sim	12	9,92
Não	109	90,08
Ficha de requisição e resultado de exame anatomopatológico em uso		
Sim	94	77,69

Não	27	22,31
Ficha de requisição e resultado de exame anatomopatológico em estoque		
Sim	92	76,03
Não	29	23,97

CEO = Centro de Especialidades Odontológicas.

A Figura 1 (A e B) mostra que a maior parte da formação profissional era em curso de Especialização, Mestrado ou Doutorado tanto para a área da Estomatologia (74%) e quanto na Cirurgia oral (75%).

A. Distribuição do tipo de formação profissional em Estomatologia.



B. Distribuição do tipo de formação profissional em Cirurgia oral.

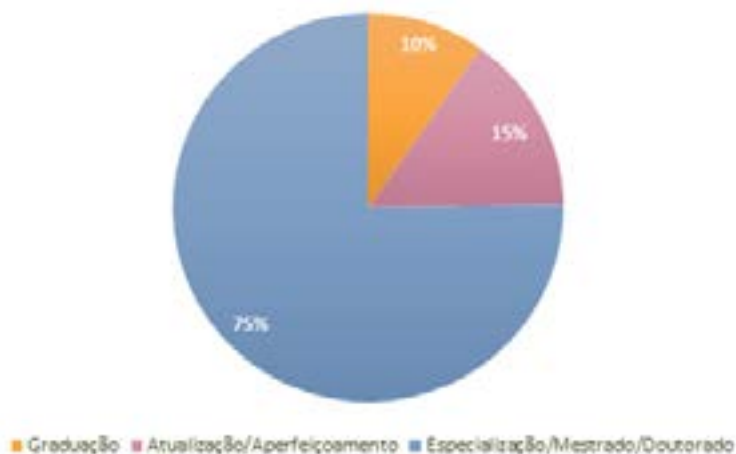


Figura 1. Distribuição do tipo de formação profissional para o atendimento ao câncer de boca nos CEO. Capitais brasileiras, 2014.

A Tabela 4 apresenta o processo de trabalho nos CEO, com maioria (83,47%) sem cotas pré-definidas por equipe de saúde bucal para o encaminhamento dos usuários para a Estomatologia. Em 62,81% existia protocolo clínico pactuado para orientar o encaminhamento dos pacientes da atenção básica ao CEO na especialidade. Observou-se que 81,82% realizavam biópsia, 40,50%

em até uma semana. Além disso, 76,03% possuía referência para o encaminhamento de peças de biópsia para realização de exame anatomohistopatológico, coletado pelo laboratório em 27,27% dos CEO e com prazo para recebimento do laudo do patologista entre 16 e 30 dias (33,88%). Destaca-se que 64,46% dos CEO possuía registro de usuários com diagnóstico de câncer de boca e 81,82% possuía referência para casos confirmados da doença.

Tabela 4. Distribuição das características do processo de trabalho nos CEO. Capitais brasileiras, 2014.

Variáveis	N	%
Existência de cotas pré-definidas por equipe de saúde bucal para o encaminhamento dos usuários para o CEO		
Sim	20	16,53
Não	101	83,47
Existência de protocolos clínicos pactuados para orientação do encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO na Estomatologia		
Sim	76	62,81
Não	45	37,19
Realização de biópsia		
Sim	99	81,82
Não, porque não há material / instrumental disponível.	3	2,48
Não, porque não há laboratório para encaminhamento.	3	2,48
Não, porque não há profissional capacitado.	10	8,26
Não, outros.	6	4,96
Prazo para agendamento de biópsia		
É realizada no mesmo momento (na mesma consulta)	36	29,75
Um dia	3	2,48
Até uma semana	49	40,50
Até 15 dias	8	6,61
De 16 a 30 dias	2	1,65
Não sei informar	1	0,83
Não se aplica	22	18,18
Referência para encaminhamento de peças de biópsia para realização do exame anatomohistopatológico		
Sim	92	76,03
Não	7	5,79
Não se aplica	22	18,18
Encaminhamento da peça para o laboratório		
O laboratório realizada a coleta do material no CEO	33	27,27
A secretaria de saúde disponibiliza o transporte da peça até o laboratório	32	26,45
O cirurgião dentista realiza o transporte da peça até o laboratório	15	12,40
Outros	11	9,09
Não se aplica	30	24,79
Prazo para recebimento do laudo do patologista		
Até 15 dias	27	22,31
De 16 a 30 dias	41	33,88
De 31 a 60 dias	12	9,92
Mais de 60 dias	4	3,31
Não sei informar	7	5,79

Não se aplica	30	24,79
Registro de usuários com diagnóstico de câncer de boca		
Sim	78	64,46
Não	43	35,54
Referência para casos confirmados de câncer de boca		
Sim	99	81,82
Não	22	18,18
CEO = Centro de Especialidades Odontológicas.		

A Tabela 5 mostra a distribuição da frequência de CEO com oferta adequada de atenção ao câncer bucal de acordo com a capital. Foram considerados adequados 56,58% dos estabelecimentos e inadequados 43,42%.

Tabela 5. Distribuição de CEO com oferta adequada de atenção ao câncer. Capitais brasileiras, 2014.

Capital	Adequado	Inadequado
	N (%)	N (%)
Porto Velho	00 (0,00)	03 (100,00)
Rio Branco	00 (0,00)	02 (100,00)
Manaus	01 (33,33)	02 (66,67)
Boa Vista	00 (0,00)	01 (100,00)
Belém	01 (16,67)	05 (83,33)
Macapá	02 (100,00)	00 (0,00)
Palmas	00 (0,00)	01 (100,00)
São Luís	00 (0,00)	03 (100,00)
Teresina	02 (100,00)	00 (0,00)
Fortaleza	01 (20,00)	04 (80,00)
Natal	00 (0,00)	03 (100,00)
João Pessoa	03 (60,00)	02 (40,00)
Recife	02 (50,00)	02 (50,00)
Maceió	00 (0,00)	02 (100,00)
Aracaju	00 (0,00)	01 (100,00)
Salvador	02 (33,33)	04 (66,67)
Belo Horizonte	01 (100,00)	00 (0,00)
Vitória	01 (100,00)	00 (0,00)
Rio de Janeiro	14 (82,36)	03 (17,64)
São Paulo	23 (92,00)	02 (8,00)
Curitiba	02 (100,00)	00 (0,00)
Florianópolis	00 (0,00)	03 (100,00)
Porto Alegre	02 (50,00)	02 (50,00)
Campo Grande	02 (100,00)	00 (0,00)
Cuiabá	04 (80,00)	01 (20,00)
Goiânia	02 (66,67)	01 (33,33)
Brasília	04 (44,44)	05 (55,56)
Total	69 (56,58)	52 (43,42)

A Tabela 6 apresenta os fatores associados a oferta adequada de serviços de atenção ao câncer bucal. A análise revelou que capitais que possuem melhores indicadores socioeconômicos (maior densidade demográfica, IDH, PIB per capita e abastecimento de água) apresentaram maior frequência de oferta serviços adequados de atenção ao câncer bucal. As capitais incluídas no segundo tercil de cobertura de AB e terceiro tercil de cobertura da ESF apresentaram menor frequência de oferta adequada de atenção ao câncer de boca, assim como as capitais incluídas no segundo e terceiro tercis de cobertura da saúde bucal na AB e terceiro tercil de cobertura da saúde bucal na ESF, que também apresentaram menor frequência de oferta adequada de atenção ao câncer de boca nos CE

Tabela 6. Associação das características socioeconômicas e de cobertura da atenção básica com a oferta de atenção ao câncer bucal nos CEO. Capitais brasileiras, 2014.

Variáveis	Oferta de atenção ao câncer bucal		RP (IC95%)	P
	Adequado/Completo	Inadequado/Incompleto		
	N (%)	N (%)		
Densidade demográfica				
1º Tercil	16 (38,10)	26 (61,90)	Referência	
2º Tercil	26 (59,09)	18 (40,91)	1,55 (0,98-2,45)	0,051
3º Tercil	27 (77,14)	8 (22,86)	2,02 (1,32-3,09)	<0,001*
Taxa de Urbanização				
1º Tercil	14 (42,42)	19 (57,58)	Referência	
2º Tercil	32 (64,00)	18 (36,00)	1,50 (0,96-2,36)	0,052
3º Tercil	23 (60,53)	15 (39,47)	1,42 (0,88-2,29)	0,127
IDH				
1º Tercil	12 (30,00)	28 (70,00)	Referência	
2º Tercil	24 (66,67)	12 (33,33)	2,22 (1,31-3,76)	0,001*
3º Tercil	33 (73,33)	12 (26,67)	2,44 (1,47-4,05)	<0,001*
PIB per capita				
1º Tercil	13 (34,21)	25 (65,79)	Referência	
2º Tercil	28 (58,33)	20 (41,67)	1,70 (1,03-2,81)	0,026*
3º Tercil	28 (80,00)	7 (20,00)	2,33 (1,46-3,74)	<0,001*
Abastecimento de água				
1º Tercil	13 (34,21)	25 (65,79)	Referência	
2º Tercil	25 (60,98)	16 (39,02)	1,78 (1,07-2,95)	0,015*
3º Tercil	31 (73,81)	11 (26,19)	2,15 (1,34-3,47)	<0,001*
Cobertura da AB				
1º Tercil	11 (33,3)	22 (66,67)	Referência	
2º Tercil	39 (88,64)	5 (11,36)	2,65 (1,62-4,35)	<0,001*
3º Tercil	19 (43,18)	25 (56,82)	1,29 (0,71-2,33)	0,380
Cobertura da ESF				
1º Tercil	30 (62,50)	18 (37,50)	Referência	
2º Tercil	25 (67,79)	13 (34,21)	1,05 (0,76-1,44)	0,751
3º Tercil	14 (40,00)	21 (60,00)	0,64 (0,40-1,01)	0,042*
Cobertura da SB na AB				
1º Tercil	28 (77,78)	8 (22,22)	Referência	

2º Tercil	23 (54,76)	19 (45,24)	0,70 (0,50-0,97)	0,033*
3º Tercil	18 (41,86)	25 (58,14)	0,53 (0,36-0,79)	0,001*
Cobertura da SB na ESF				
1º Tercil	28 (75,68)	9 (24,32)	Referência	
2º Tercil	25 (56,82)	19 (43,18)	0,75 (0,54-1,02)	0,075
3º Tercil	16 (40,00)	24 (60,00)	0,52 (0,34-0,80)	0,001*

SB = Saúde Bucal. AB = Atenção Básica. ESF = Estratégia Saúde da Família.

4 DISCUSSÃO

Capitais que apresentaram melhores indicadores socioeconômicos (maior densidade demográfica, IDH, PIB per capita e abastecimento de água) apresentam maior frequência de oferta serviços adequados de atenção ao câncer bucal. As capitais incluídas no segundo tercil de cobertura de AB e terceiro tercil de cobertura da ESF apresentam menor frequência de oferta adequada de atenção ao câncer de boca, tal qual as capitais incluídas no segundo e terceiro tercis de cobertura da saúde bucal na AB e terceiro tercil de cobertura da saúde bucal na ESF.

Desde o início do século XX, políticas públicas de combate ao câncer de boca vem sendo introduzidas no Brasil. Entretanto, altas taxas de prevalência de tumores malignos orais, em indivíduos de diferentes idades, sexo e regiões ainda são observadas (MARTINS FILHO et al, 2014). Neste contexto, os CEO são a principal estratégia na atenção secundária para a detecção do câncer de boca oferecendo, entre as especialidades, a Estomatologia com ênfase na detecção precoce do câncer (OLIVEIRA et al, 2017).

Este estudo avaliou a associação entre a oferta de diagnóstico e referência para o câncer de boca pelos CEO, em todas as capitais de UF, e as características sociodemográficas e de cobertura na AB em cada capital. Desigualdades sociais são consideradas condições de risco para o câncer de boca, o que pode ser uma justificativa para o declínio das taxas de mortalidade por câncer de boca registradas em áreas com melhores condições sociais (AQUINO et al, 2018). Grandes divergências foram observadas nos indicadores sociodemográficos entre as capitais avaliadas, principalmente na densidade demográfica, IDH e PIB per capita. Maiores incidências de câncer de boca em mulheres residentes em países com baixo IDH têm sido verificadas, reafirmando a importância dos indicadores sociodemográficos no monitoramento do câncer de boca, o que justifica a escolha das características avaliadas neste estudo (QUINTANILLA DOMÍNGUEZ et al, 2019).

A Atenção Básica é essencial na orientação de políticas para atender as demandas, de acordo com princípios e premissas da Política Nacional Saúde Bucal (Brasil Sorridente). A incorporação da equipe de saúde bucal na ESF visa aumentar o acesso à promoção de saúde, procedimentos para a prevenção de doença e seu respectivo tratamento (NORO et al, 2017). A cobertura da AB e da ESF, com e sem Saúde Bucal mostrou-se desigual entre capitais brasileiras, o que reflete o desafio na organização do SUS em regiões metropolitanas (GIOVANELLA et al., 2012).

A estrutura dos CEO foi avaliada quanto aos profissionais que trabalhavam nos estabelecimentos e os horários de funcionamento. Foi verificado que mais da metade (56,20%) possuía pelo menos um cirurgião-dentista atuando em Estomatologia e que em pouco mais da metade dos estabelecimentos (50,63%) cumprem uma carga-horária superior a 10 e inferior a 20

horas por semanais. O Conselho Federal de Odontologia (CFO) registra o total de 948 especialistas em Estomatologia cadastrados no órgão, considerado um baixo, frente à demanda de 931 CEO distribuídos em todos os estados brasileiros (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2019). A pequena quantidade de cursos de especialização na área, 13 cursos em atividade, segundo relatório do Ministério da Educação e Cultura (Sistema e-MEC, 2019), foi considerada por nós a justificativa para o baixo número de especialistas na área.

Foi observado que a maioria dos profissionais que atuavam em Estomatologia (74%) possuía curso de especialização, mestrado ou doutorado, ainda que em outra especialidade, 15% possuía apenas graduação em Odontologia e 11% possuía curso de atualização ou aperfeiçoamento em Estomatologia ou outra área. Segundo a Portaria MS/GM 599 de 23 de março de 2006, o diagnóstico oral é uma das cinco especialidades previstas para os CEO sem haver exigência de habilitação específica do profissional que a executa. Entretanto, a presença de unidades de referência com profissionais qualificados para o diagnóstico dos casos encaminhados é condição essencial para apoiar e qualificar a atenção ao câncer de boca (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). O diagnóstico das lesões orais depende da qualidade da biópsia, informações clínicas adequadas e interpretação correta dos resultados da análise histopatológica (PHO et al, 2008).

Assim como o estomatologista, o cirurgião buco-maxilo-facial também é um profissional habilitado a realizar a biópsia e foi verificado que em 47,94% dos CEO dois ou mais profissionais atuavam em Cirurgia oral. Acreditamos que a presença deste profissional poderia garantir a qualidade da oferta de atenção ao câncer de boca nos estabelecimentos. Ainda assim, 3,30% dos CEO não dispunham de profissionais atuando em nenhuma das duas especialidades.

A maioria dos estabelecimentos funcionava de segunda a sexta (98,35%), em turno matutino (100%) e vespertino (98,35%). Mais da metade funcionava em horário de almoço (59,50%) e uma minoria (9,92%) aos fins de semana. Os dados acerca dos horários de funcionamento são importantes na avaliação do acesso à atenção ao câncer. O diagnóstico precoce e o imediato encaminhamento do paciente para tratamento são fatores importantes para a redução da morbimortalidade causada pela doença (CASOTTI et al, 2016). Acreditamos que horários prolongados de funcionamento poderiam favorecer o acesso ao diagnóstico precoce e interferir no prognóstico da doença.

Na maioria dos CEO avaliados (83,47%), não existia cotas pré-definidas por equipe de saúde bucal para o encaminhamento dos pacientes e mais da metade (62,81%) havia protocolos clínicos pactuados para orientação do encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO na Estomatologia. As biópsias eram realizadas na maioria dos estabelecimentos (81,82%), com maior frequência em até uma semana (40,50%). Grande parte dos estabelecimentos possuía ficha de requisição e resultado de exame anatomopatológico em uso (77,69%) e em estoque (76,03%) e a maioria (76,03%) possuía referência encaminhamento de peças de biópsia com coleta realizada pelo laboratório na maioria dos CEO (27,27%). O prazo mais frequente para recebimento do laudo do patologista variou entre 16 e 30 dias (33,88%). A maioria dos estabelecimentos possuía registro de usuários com câncer de boca (64,46%) e referência para os casos confirmados (81,82%). Sugerimos que estes aspectos possam interferir no tempo para obter o diagnóstico do câncer de boca que, em fases precoces, pode diminuir a morbimortalidade quando o tratamento adequado for realizado em tempo oportuno. O diagnóstico nos estágios tardios implica em pior prognóstico e

diminuição da taxa de sobrevivência (PEREA et al, 2018).

O diagnóstico histopatológico das lesões do complexo buco-maxilo-facial é atribuído ao patologista oral conforme resolução CFO 63/2005 (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2005). Entretanto, o CFO registra somente 430 especialistas em patologia oral e maxilo facial cadastrados (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2019). Acreditamos que o baixo quantitativo de profissionais atuando na especialidade possa interferir na qualidade dos serviços de diagnóstico laboratorial do câncer bucal.

Foi verificado que pouco mais da metade dos CEO (56,58%) localizados nas capitais brasileiras ofertam uma atenção ao câncer de boca considerada adequada sob a perspectiva dos critérios avaliados. Os indicadores socioeconômicos, densidade demográfica, IDH, PIB per capita, abastecimento de água foram associados a maior frequência de oferta serviços adequados, enquanto as maiores coberturas de AB, ESF com ou sem saúde bucal apresentaram a menor frequência nas capitais de UF.

De Sousa Queiroz et al. (2019) também avaliaram a associação entre características sociodemográficas e estrutura de saúde bucal em um estudo conduzido em capitais brasileiras. O estudo sugeriu que melhores indicadores estão relacionados a melhor estrutura. Presumimos que melhores indicadores sejam consequência de uma melhor gestão e direcionamento dos recursos e que o mesmo ocorra com os investimentos em saúde influenciando na oferta de serviços. Já os resultados opostos, referentes à cobertura da AB, ESF com e sem saúde bucal, sugerem uma distinção na oferta dos níveis de atenção.

O impacto dos CEO no sistema público de saúde brasileiro tem sido abordado em estudos epidemiológicos (FIGUEIREDO; GOES, 2009; CIMARDI; FERNANDES, 2009; HERKRATH et al., 2013; FREITAS et al., 2016; THOMAZ et al., 2016). O presente estudo destaca-se pela abrangência nacional nas capitais de UF e que representam regiões metropolitanas, que apesar da importância em termos populacionais e econômicos e peculiaridades como a alta mobilidade populacional, oferta e diversidade de serviços em determinadas áreas, não tem sido objeto de específico de regulamentação da saúde (GIOVANELLA et al., 2012). Como limitação deste estudo pode ser destacada a utilização de dados coletados no 1º ciclo do PMAQ-CEO (2014). Abordagens ao tema a partir de outros ciclos do PMAQ só serão possíveis a partir da disponibilidade dos dados do 2º ciclo e se houver continuidade de outros ciclos, que poderão fornecer informações mais precisas acerca dos CEO no Brasil.

5 CONCLUSÃO

Os achados sugerem que as capitais com melhores indicadores socioeconômicos apresentam serviços mais adequados de atenção ao câncer bucal e que capitais com maiores coberturas de Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família com e sem saúde bucal apresentam serviços menos adequados de atenção ao câncer de boca nos CEO.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C. T. *et al.* A importância de uma base de dados na gestão de serviços de saúde. **Einstein (São Paulo)**, [online], São Paulo, v. 10, n. 3, p. 360-365, jul./set. 2012. <https://www.scielo.br/pdf/eins/v10n3/v10n3a18.pdf>.
- AQUINO, R. C. A. *et al.* Therapeutic itinerary and access to health services in cases of oral cancer deaths. **Rev. CEFAC**, [online], São Paulo, v. 20, n. 5, p. 595-603, sept./oct. 2018. <https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v20n5/1982-0216-rcefac-20-05-595.pdf>.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de especialidades em saúde bucal: Série A. Normas e Manuais Técnicos**. Brasília, Ministério da Saúde. 128 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_especialidades_saude_bucal.pdf.
- CASOTTI, E. *et al.* Organization of public oral health services for early diagnosis of potentially malignant disorders in the state of Rio de Janeiro, Brazil. **Ciênc.saúde coletiva**, [online], Rio de Janeiro v. 21, n. 5, p. 1573-1582, Maio, 2016. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1573.pdf>.
- CIMARDI, A. C. B. S.; FERNANDES, A. P. S. Câncer bucal—a prática e a realidade clínica dos cirurgiões-dentistas de Santa Catarina. **RFO UFP**, v. 14, n. 2, p. 99-104, maio/ago. 2009. <http://files.bvs.br/upload/S/1413-4012/2009/v14n2/a99-104.pdf>.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA,. Resolução CFO-63/2005. **Consolidação das Normas para procedimentos nos Conselhos de Odontologia**. Disponível em <http://cfo.org.br>. Acesso em, v. 6, 2010.
- FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-267, Fev. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200004>.
- FREITAS, C. H. S. M. *et al.* Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 131-143, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080011>.
- GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012. <https://portal.fiocruz.br/livro/politicas-e-sistema-de-saude-no-brasil>.
- GOES, P. S. A. *et al.* Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 18, n. 1, p. 1-11, e3433, 2018. <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3433/pdf>.
- HERKRATH, F. J. *et al.* Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sócio demográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. **Saúde debate** [online], Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 148-58, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000100017>.
- LEMONS JUNIOR, C. A. *et al.* Câncer de boca baseado em evidências científicas. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 67, n. 3, p. 178-186, 2013. <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/apcd/v67n3/a02v67n3.pdf>.
- MARTINS FILHO, P. R. S. *et al.* Oral cancer in Brazil: a secular history of Public Health Policies. **RGO, Rev. Gaúch. Odontol.**, [online], Porto Alegre, v. 62, n. 2, p. 159-164, abr./jun. 2014. <https://www.scielo.br/pdf/rgo/v62n2/0103-6971-rgo-62-02-00159.pdf>.

NORO, L. R. A. *et al.* The challenge of the approach to oral cancer in primary health care. **Ciênc. saúde coletiva**, [online], Rio de Janeiro v. 22, n. 5, p. 1579-1587, May, 2017. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1579.pdf>.

OLIVEIRA, A. M. G. *et al.* Acesso ao tratamento do câncer bucal na região do colegiado de gestão regional de Campinas–SP: estudo de caso. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, v. 27, n. 2, p. 150-155, maio/ago. 2017. <http://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/266/164>.

PEREA, L. M. E. *et al.* Tendência de mortalidade por câncer de boca e faringe no Brasil no período 2002-2013. **Rev. Saúde Pública**, [online], São Paulo, v. 52, p. 1-10, Fev. 2018. <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/142730/137679>.

Portaria nº 599, de 23 de março 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. Brasília, DF, 2006. **Diário Oficial da União**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html.

QUEIROZ, R. C. S. *et al.* Is there a fair distribution of the structure of dental services in the capitals of the Brazilian Federative Units? **Int. J. Equity Health**, v. 18, n. 1, Jan. 2019. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6325759/pdf/12939_2018_Article_899.pdf.

QUINTANILLA DOMÍNGUEZ, C. *et al.* Programa educativo para la prevención del cáncer bucal desde la adolescencia. **Edumecentro**, Santa Clara, Cuba, v. 11, n. 1, p. 87-104, ene./mar. 2019. <http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v11n1/2077-2874-edu-11-01-87.pdf>.

SANTOS, I. V. *et al.* O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. **Odontol. Clín.-Cient.**, [online], Recife, v. 10, n. 3, p. 207-210, jul./set. 2011. <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v10n3/a03v10n3.pdf>.

THOMAZ, E. B. A. F. *et al.* Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, [online], Brasília, v. 25, n. 4, p. 807-818, out./dez. 2016. <https://www.scielo.br/pdf/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00807.pdf>.

Os Gestores Na Organização E No Acesso Do Usuário Dos Centros De Especialidades Odontológicas: Uma Análise A Partir Do Primeiro Ciclo Do PMAQ-CEO

Juliana Bastos Santos Figueira

Avaliadora externa no segundo ciclo do PMAQ/CEO. Cirurgiã-dentista. Mestranda do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia;

Tháís Regis Aranha Rossi

Tutora/coordenadora estadual da avaliação externa no segundo ciclo do PMAQ/CEO. Professora da Universidade Estadual da Bahia CD e pesquisadora da Universidade Federal da Bahia.

Maria Cristina Teixeira Cangussu

Professora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia

Sônia Cristina Chaves

Professora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia

1 INTRODUÇÃO

O debate acerca da saúde bucal coletiva emerge na década de 1980, quando se intensifica a produção de estudos e de práticas odontológicas coletivas, a exemplo da fluoretação das águas, que serviram de base para a discussão e formulação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançada em 2004 e conhecida como Brasil Sorridente. (BOTAZZO E CHAVES, 2014; ROSSI, 2018; VIANNA E PAIM, 2016) Esta prevê diretrizes para organização da saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) na atenção primária e especializada (ambulatorial e hospitalar), ampliando e qualificando a oferta de serviços odontológicos à população. (BRASIL, 2004a)

No âmbito da saúde bucal especializada, o Brasil Sorridente implanta os Centros de Especialidades Odontológica (CEO), estes são aprestados em três modalidades, conforme critérios populacionais, cujas especialidades mínimas ofertadas são: cirurgia, endodontia, periodontia especializada, diagnóstico de câncer de boca e atendimento à pacientes com necessidades especiais. (ASSIS, PAIM E SOARES, 2016; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b; CHAVES, ROSSI E FREIRE, 2016) Com isso, as iniciativas adotadas no documento da PNSB visam cumprir com os princípios e diretrizes do SUS através ampliação do acesso aos serviços odontológicos especializados.

A compreensão do termo acesso é complexa e plural. (ASSIS E JESUS, 2012; TRAVASSOS E MARTINS, 2004; TRAVASSOS, OLIVEIRA E VIACAVA, 2006). No entanto, para fins do presente capítulo, este termo será entendido em sua dimensão individual, como sinônimo de utilização dos serviços de saúde. (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005; TRAVASSOS; MARTINS, 2004) Este está relacionado com a forma de produção de ações de saúde, que perpassa a organização destes serviços básicos ou especializados. (JUNQUEIRA, 1990)

Entende-se como organização dos serviços de saúde, a “disposição de recursos humanos e tecnológicos mobilizados para realização das ações de saúde” (Souza; Bahia, 2014), que na

atenção à saúde relaciona-se com os níveis hierárquicos primário, secundário e terciário, e com a densidade tecnológica utilizada, tecnologia leve, leve-dura e dura. (TEIXEIRA, SOUZA E PAIM, 2014)

Nesses serviços, o gestor desempenha atividades centralizadas que permitem o funcionamento e organização do serviço, tais como o controle, a coordenação, o planejamento e monitoramento das atividades executadas, e ações voltadas para o processo de trabalho da equipe, resolução de conflitos e negociação. (JUNQUEIRA, 1990; VANDERLEI E ALMEIDA, 2007) Segundo Paiva (2018), ao assumir a função gerencial três dimensões devem ser desenvolvidas: a organizacional, a política e a relacional.

Os estudos analíticos e/ou exploratórios em torno do CEO ainda são recentes. A revisão destes permite inferir que há relação entre a presença dos gestores nos serviços e a sua organização e acesso pelos usuários, seja comparando diferentes municípios ou CEO. (CHAVES ET AL., 2011; LUCENA, 2016; ROSSI E CHAVES, 2017A; SOARES, CHAVES E CANGUSSU, 2015) Como lacunas encontradas está o não aprofundamento em avaliar a presença do gestor na forma de organização dos serviços e em como se dá o acesso do usuário a estes.

Compreendendo a importância da gestão na organização e acesso dos serviços e a partir das lacunas apontadas, o presente capítulo visa contribuir com os estudos avaliativos da atenção odontológica especializada brasileira, através da análise exploratória da relação da presença dos gestores nos CEOs brasileiros com a organização e acesso destes serviços.

2 MÉTODO

Desenvolveu-se um estudo quantitativo de delineamento transversal descritivo utilizando dados secundários do primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), realizado nos CEO em 2014. O PMAQ-CEO tem como proposta a avaliação contínua da qualidade dos serviços de saúde (FIGUEIREDO E GOES, 2009; LUCENA, 2016). Para isso, ele é organizado em quatro fases: a adesão/contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização, onde há a reatualização dos indicadores de qualidade (BRASIL, 2015). Os dados utilizados, no presente estudo, são resultados da avaliação externa dos CEO. Esta foi realizada por cirurgiões dentistas, previamente capacitados, tendo como instrumento roteiros de entrevistas estruturados a ser aplicado com gestores, profissionais e usuários. (BRASIL, 2017)

Desta maneira, o universo foi composto de 930 CEO dos 984 cadastrados no Brasil, no ano de 2014. Este exclui os CEO desabilitados pelo Ministério da Saúde devido ao fechamento permanente, à reforma e à recusa. Entre as variáveis selecionadas, para cumprimento dos objetivos, são compostas de dados agregados – relacionados as entrevistas com usuários - e individuais – relacionados a entrevistas com os gestores – tendo como variável resposta: a presença do gestor no CEO.

Inicialmente foi realizada a descrição dos CEO brasileiros, a fim de caracterizá-lo quanto a região, tipo de CEO (I, II ou III), oferta e protocolos de encaminhamento para as especialidades

mínimas e oferta de outras especialidades.

Em seguida, realizou-se a análise exploratória, considerando a relação da variável resposta com variáveis dependentes relacionadas a organização do serviço e acesso do usuário a este. Estas foram categorizadas em três dimensões: oferta, comunicação/contrarreferência e organizacional e técnica (Tabela 1), adaptadas de Paiva (2018), que sugere que ao assumir a função gerencial o gestor cumpre a dimensão política, que se relaciona com a finalidade do trabalho; a dimensão organizacional que induz a organização do processo gerencial; e a dimensão técnica que se relaciona a prática com o monitoramento e avaliação deste trabalho.

Tabela 1 -Variáveis dependentes e respectivas categorias, por dimensão de análise, eleitas para explorar a relação entre a presença do gestor e a organização e acesso aos serviços odontológicos dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil, 2014.

Dimensões	Variáveis	Categorias
Dimensão de oferta	Tratamento endodôntico de dentes multiradiculares ¹	0 = Sim 1 = Não
	Garante o tratamento para os Pacientes com Necessidades Especiais	0 = Sim 1 = Não
	Realiza entrega da prótese ao usuário	0 = Sim 1 = Não
Dimensão de comunicação/contrarreferência	Possui prontuário clínico	0 = Sim 1 = Não
	Possui mecanismos de avaliação de satisfação	0 = Sim 1 = Não
	Realiza a contrarreferência	0 = Sim 1 = Não
	Conhecimento do percentual de absenteísmo	0 = Sim 1 = Não
	Forma de agendamento	0 = Agendado 1 = Não Agendado
Dimensão Organizacional e técnica	Possui referência para tratamento de câncer de boca	0 = Sim 1 = Não
	Tempo de espera	0 = menor 90 dias 1 = maior 90 dias
	Realiza o matriciamento da atenção básica	0 = Sim 1 = Não
	Realiza Auto-avaliação	0 = Sim 1 = Não
	Realiza avaliação das ações	0 = Sim 1 = Não
	Há planejamento das ações	0 = Sim 1 = Não

Legenda: ¹Unidades dentárias com três ou mais condutos radiculares

Fonte: elaboração própria

Com isso, a primeira dimensão busca compreender se a presença do gestor no serviço influencia na oferta de especialidades nos CEO; a segunda se a esta influência na presença de

mecanismos de avaliação da satisfação do usuário e em seu direcionamento na rede de atenção à saúde, por meio da realização da contrarreferência; e por fim, a terceira dimensão visa analisar a influência do gestor no serviço do CEO influencia na organização do serviço.

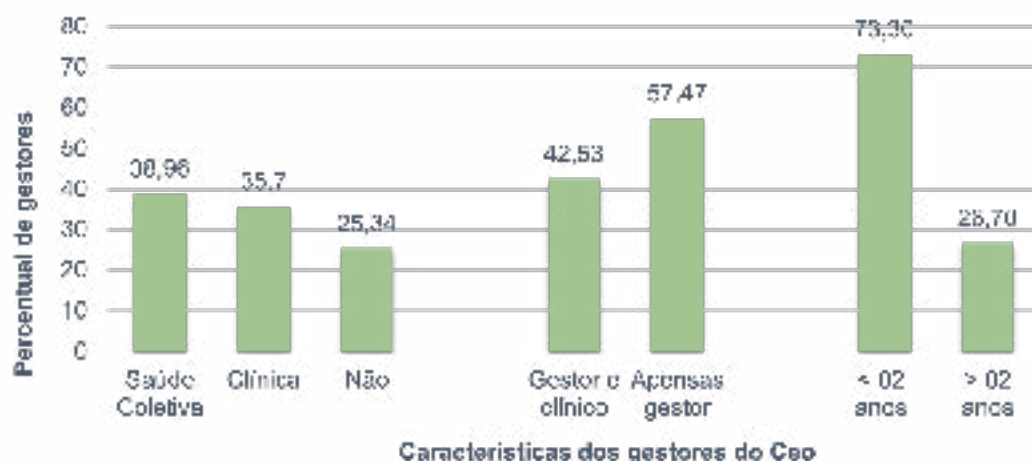
As variáveis acima se referem às seguintes perguntas constantes nos questionários da Avaliação Externa do PMAQ-CEO, abaixo apresentadas: O CEO possui gerente? Qual a formação dos Cirurgiões Dentistas nas áreas de atuação no CEO? Nos últimos 12 meses, foi realizada alguma atividade de planejamento das ações do CEO? Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe do CEO nos últimos seis meses? A equipe do CEO realiza o matriciamento ou ações de apoio para as equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica na resolução de casos considerados complexos? O CEO utiliza prontuário clínico? O CEO sabe qual o percentual de absenteísmo no serviço, em média, no mês? O CEO possui referência para encaminhamento de casos confirmados de câncer de boca? O CEO realiza tratamento endodôntico em elementos dentários com 3 ou mais raízes? O CEO garante tratamento completo para os Pacientes com Necessidades Especiais? O CEO realiza a entrega da prótese ao usuário? A equipe do CEO realiza avaliação das ações planejadas/programadas? O CEO realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário? Quanto tempo o senhor(a) esperou para iniciar o tratamento neste CEO? Quanto a marcação da consulta, foi: com hora marcada, em horários ou turnos definidos do dia, por ordem de chegada, encaixe ou outro?

3 RESULTADOS

Em todo o Brasil, a avaliação externa do PMAQ-CEO (2014) entrevistou 8.910 usuários e 816 gestores e profissionais em 930 CEO participantes. Entre estes, 87,70% dos CEO possuíam gestor, os quais, de maneira geral, apresentaram como características ter pós-graduação em saúde coletiva (38,96%), atuar exclusivamente na gerência do serviço (57,47%) e a menos de dois anos (73,30%). Gráfico 01.

Entre as regiões brasileiras, o Nordeste apresentou o maior percentual de CEO com gestor (39,73%), enquanto no Sudeste houve maior percentual de CEO sem gestor (47,82%). Ao considerar o tipo de CEO (I, II ou III), o maior percentual de gestores está nos CEO tipo II (51,41%), enquanto as unidades de menor porte, tipo I, possuem o menor percentual de gestores (41,50%). (Tabela 2).

Gráfico 1 – Descrição das características dos gestores – formação complementar, tempo de atuação e funções ocupadas – dos serviços odontológicos dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil, 2014.



Fonte: elaboração própria

Tabela 2 – Análise descritiva da presença do gestor por região brasileira e tipologia dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil, 2014.

Presença do gestor	Caracterização do serviço										
	Por região						Por tipo de CEO				
	CO	N	NE	S	SE	Total	I	II	III	Total	
Sim											
n	463	470	3115	994	2799	7841	2787	4030	1022	7839	
%	5,9	5,99	39,73	12,68	35,7	100	35,55	51,41	13,04	100	
Não											
n	101	25	272	141	494	1033	501	491	41	1033	
%	9,78	2,42	26,33	13,65	47,82	100	48,5	47,53	3,97	100	

Fonte: elaboração própria

Quanto ao cumprimento do atendimento nas especialidades mínimas (cirurgia oral, endodontia, estomatologia, pacientes com necessidades especiais e periodontia) e a existência de protocolos clínicos pactuados com atenção primária para estas, os CEO com gestor apresentaram, em geral, maior percentual de profissionais alocados por especialidade e com protocolos pactuados. (Tabela 3).

Contudo, vale destacar que a especialidade de Estomatologia apresentou o maior percentual de ausência de profissionais, tanto nos CEO com gestores (31,97%) quanto sem gestores (41,53%), bem como de pactuação de protocolos clínicos com e sem o gestor, 39,64% e 51,02% respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise descritiva das variáveis de organização do serviço odontológico dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) segundo a presença do gestor neste serviço no Brasil, 2014.

<u>Caracterização do serviço</u>	Presença do gestor no serviço			
	Sim		Não	
	N	%	n	%
Atendimento nas especialidades mínimas				
Cirurgia Oral				
Sim	7684	98,02	12	1,16
Não	155	1,98	1021	98,84
Endodontia				
Sim	7721	98,49	996	95,42
Não	118	1,51	37	3,58
Estomatologia				
Sim	5333	68,03	604	58,47
Não	2506	31,97	429	41,53
Periodontia				
Sim	7489	95,54	954	92,35
Não	350	4,46	79	7,65
Pacientes com necessidades especiais				
Sim	7177	91,56	888	85,96
Não	662	8,44	145	14,04
Protocolos de Atendimento				
Cirurgia Oral				
Sim	5838	74,45	751	72,7
Não	2003	25,55	282	27,3
Endodontia				
Sim	5848	74,58	750	72,6
Não	1993	25,42	283	27,4
Estomatologia				
Sim	4733	60,36	506	48,98
Não	3108	39,64	527	51,02
Periodontia				
Sim	5758	73,43	732	70,86
Não	2083	26,57	301	29,14
Pacientes com necessidades especiais				
Sim	5361	68,37	701	67,86
Não	2480	31,63	332	32,14
Atendimentos além das especialidades mínimas				
Implantodontia				
Sim	128	62,14	39	100
Não	78	37,86	0	0
Odontopediatria				
Sim	2792	94,97	367	97,35
Não	148	5,03	10	2,65
Ortodontia				
Sim	1138	93,51	98	83,05
Não	79	6,49	20	16,95

Dentística Especializada				
Sim	1119	94,27	98	90,74
Não	68	5,73	10	9,26
Prótese dentária				
Sim	4833	98,98	512	100
Não	50	1,02	0	0
Radiologia				
Sim	1705	88,8	140	82,35
Não	215	11,2	30	17,65

Fonte: elaboração própria

A análise exploratória das dimensões de oferta e de comunicação/contrarreferência apontam para a influência positiva da presença dos gestores nos CEOs sobre estas ações. Desta maneira permite inferir que nos CEOs com gestores houve maior oferta de tratamento endodôntico de dentes multiradiculares (OR=3,21;IC95%:2,71-3,79), garantia de atendimento aos pacientes com necessidades especiais (OR=1,70;IC95%:1,45-1,98) e entrega de prótese dentária (OR=1,52;IC95%:1,33-1,73). Observa-se que também houve maior realização da contrarreferência para a atenção básica (OR=1,66;IC95%:1,31-2,11) e maior disponibilização de mecanismos de avaliação da satisfação do usuário (OR=1,74;IC95%:1,53-1,99).(Tabela 5)

Já na dimensão organizacional e técnica, não se encontrou uma relação positiva entre a presença do gestor no tempo de espera (OR=1,14; IC95%: 0,95-1,36) e na forma de agendamento (OR=1,11; IC95%: 0,97-1,27). Tabela 06.

Esta análise, ainda, aponta para a influência da presença do gestor nos processos de organização dos serviços prestados nos CEO, entre estes realizar o planejamento (OR=2,17; IC95%: 1,90-2,49), realização de autoavaliação pelos profissionais (OR=2,98;IC95%:2,17-2,83), avaliação das ações planejadas (OR=1,99;IC95%:1,63-2,34), conhecimento do percentual de absenteísmo (OR=2,19;IC95%: 1,92-2,50) nas especialidades ofertadas, presença de prontuário clínico (OR=0,04; IC95%:0,01-0,29),matriciamento das equipes da atenção básica (OR=1,69;IC95%:1,48-1,94) e presença de referência para os casos confirmados de câncer de boca (OR=1,25;IC95%:1,06-1,46). (Tabela 6).

4 DISCUSSÃO

A presente análise aponta para a influência positiva da presença do gestor na organização e acesso dos usuários aos CEO em todo Brasil, considerando em três dimensões, a saber: a organizacional e técnica, a oferta e a comunicação/contrarreferência. De maneira que sua natureza exploratória oferece subsídios para delineamento de novos estudos nesta linha.

Ao considerar tal afirmação, os resultados corroboram os achados de Junqueira (1990). Este autor, no início da implementação do SUS, já afirmava que na esfera pública o papel do gestor engloba a rotina administrativa do controle de ações e metas, conhecimento das necessidades de saúde da população para oferta adequada dos serviços e presença dos canais de comunicação do usuário. (JUNQUEIRA, 1990)

Assim, a ausência de gestores, problemas na gestão e baixa qualificação dos gestores geram barreiras de acesso aos serviços do CEO, inferidas através da diminuição da oferta de procedimentos especializados, da contrarreferência, da ausência de referência para o tratamento de câncer de boca, por exemplo. Estas apontadas como um dos principais entraves na resolutividade das necessidades de saúde da população.(LORENZETTI *et al.*, 2014)

Soares e colaboradores (2015) e Chaves e colaboradores (2015) obtêm resultados semelhante ao constatarem que a diferença na organização dos serviços - clareza dos padrões e metas, o alto absenteísmo (não enfrentada pelos gestores) e o uso de diferentes tecnologias pelos profissionais – levam a baixa utilização e aumento da demanda nos serviços privado.

Ainda com relação a dimensão de oferta, a presença dos gestores favorece a oferta do tratamento endodôntico em dentes tri ou multiradiculares, corroborando os achados de Figueiredo e Goes (2009), que destacam a importância deste tratamento para redução da perda dentária.

Tabela 04 – Análise exploratória referente a Dimensão de oferta, dimensão de comunicação e Dimensão organizacional e técnica segundo a presença do gestor - no Brasil, 2014 (n = 8910).

Dimensão de oferta dos serviços	Presença do gestor no serviço						
	Sim		Não		OR	IC 95%	p-valor
	n	%	n	%			
Realiza endodontia em dentes com 03 ou mais raízes							
Sim	7208	91,93	806	78,03	3,21	2,71-3,79	0,000
Não	633	8,07	227	21,97			
Garantia de tratamento para PNE							
Sim	6604	84,22	784	75,9	1,70	1,45-1,98	0,000
Não	1237	15,78	249	24,1			
Realiza entrega de prótese dentária							
Sim	5047	64,37	561	54,31	1,52	1,33-1,73	0,000
Não	2794	35,63	472	45,69			
Dimensão de Comunicação/Contrarreferência	Presença do gestor no serviço						
	Sim		Não		OR	IC 95%	p-valor
	n	%	n	%			
Contrarreferência							
Sim	920	35,49	87	24,30	1,66	1,31-2,11	0,000
Não	1672	64,51	271	75,70			
Avaliação da satisfação do usuário							
Sim	4757	60,67	485	46,95	1,74	1,53-1,99	0,000
Não	3084	39,33	548	53,05			

Dimensão Organizacional e técnica	Presença do gestor no serviço						
	Sim		Não		OR	IC 95%	p-valor
	n	%	n	%			
Planejamento das ações							
Sim	5887	75,08	600	58,08	2,17	1,90-2,49	0,000
Não	1954	24,92	433	41,92			
Avaliação das ações planejadas							
Sim	4315	73,91	319	59,18	1,99	1,63-2,34	0,000
Não	1523	12,09	220	40,82			
Autoavaliação							
Sim	6028	76,88	592	57,31	2,98	2,17-2,83	0,000
Não	1813	23,12	441	42,69			
Conhecimento do percentual de absenteísmo							
Sim	4919	62,73	449	43,47	2,19	1,92-2,50	0,000
Não	2922	37,27	584	56,53			
Forma do agendamento							
Agendado	5056	64,54	638	62,12	1,11	0,97-1,27	0,130
Não agendado	2778	35,46	389	37,88			
Prontuário clínico							
Sim	7661	97,7	1032	99,90	0,04	0,01-0,29	0,000
Não	180	2,3	1	0,10			
Tempo de espera							
Menos de 90 dias	6761	86,30	870	84,71	1,14	0,95-1,36	0,171
Mais de 90 dias	1073	13,70	157	15,29			
Matriciamento das equipes da APS							
Sim	5704	72,75	632	61,18	1,69	1,48-1,94	0,000
Não	2137	27,25	401	38,82			
Referência para os casos de câncer de boca							
Sim	6417	81,84	809	78,32	1,25	1,06-1,46	0,007
Não	1424	18,16	224	21,68			

Fonte: elaboração própria

Entre as variáveis da dimensão organizacional e técnica, o planejamento das ações é apontado pela literatura como uma das principais estratégias para contornar as dificuldades enfrentadas na implantação do SUS, conseqüentemente dos CEO. (LUCENA, 2016; TEIXEIRA, 2010) Com isso, a literatura reforça a necessidade de institucionalização do planejamento e processos avaliativos – a exemplo do PMAQ e do AMAQ – para melhor organização dos serviços, (GOES *et al.*, 2012; LUCENA, 2016) sendo estes elementos influenciados pela presença dos gestores nestes locais conforme apresentado nos resultados.

Essa leitura e os dados obtidos permite afirmar que a presença do gestor nos serviços especializados configura-se como uma dimensão de análise para compreender quais os fatores influência na organização dos CEO.

Cabe destacar que ainda que não explicitamente incorporada no presente estudo, a necessidade de o gestor da atenção especializada se reconhecer na rede de atenção à saúde e diferenciar o seu papel do executado na assistência odontológica da atenção primária, permite a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção ao usuário. (JESUS, 2010; ROSSI E CHAVES, 2017) Assim, possuir gestores com maior capacidade de governo e governabilidade possibilita a melhor organização dos serviços, o melhor cumprimento das metas assistências e o maior acesso e utilização desses pelo usuário. (SOARES *et al.*, 2016)

Com isso, um importante desafio para a gestão na saúde pública é alta rotatividade dos gestores e questões relacionadas ao perfil, que resultam em descontinuidades dos processos administrativos e diminuição na resolutividade dos problemas de saúde dos usuários, (LORENZETTI *et al.*, 2014; ROSSI E CHAVES, 2017) os quais não foi possível analisar no escopo deste ainda que o mesmo aponte para o impacto positivo da presença do gestor na organização do serviço. Compreender as diferentes inserções dos gestores cirurgiões-dentistas nos serviços especializados é fundamental. Com isso, faz-se necessário novos estudos que avancem nesta discussão, aprofundando em elementos relacionados as características dos gestores, como sua formação, inserção ou não na esfera privada ou eminentemente pública, tempo de atuação, experiências profissionais anteriores, entre outros, que podem influenciar na organização e no acesso do usuário ao serviço.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, L. N.; PAIM, J. S.; SOARES, C. L. M. Políticas de saúde bucal no período pós-constituente: governo FHC e Lula. *In*: CHAVES, S. C. L. (Ed.). **Política de saúde bucal no Brasil**. 1. ed. Salvador: Edufba, 2016. p. 117–136.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. DE. Acesso aos serviços de saúde: Abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, 2012.
- BOTAZZO, C.; CHAVES, S. C. L. Saúde bucal coletiva: antecedentes e estados da arte. *In*: PAIM, J. S.; FILHO, N. DE A. (Eds.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 639–648.
- 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. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1570, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Brasília: **Diário Oficial da União**, 30 jul. 2004b p. 71. Seção 1. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570_29_07_2004.html.
- CHAVES, S. C. L. *et al.* Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p.143-154, jan. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/15.pdf>.
- CHAVES, S. C. L.; ROSSI, T. R. A.; FREIRE, A. M. Implementação de serviços públicos odontológicos especializados no Brasil. *In*: CHAVES, S. C. L. (Ed.). **Política de saúde bucal no Brasil**. 1. ed. Salvador: Edufba, 2016. p. 227–254.
- CHAVES, S.C.L. (org). **Política de Saúde Bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: Editora EDUFBA, 2016. 380 p. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/21648/1/PoliticaSaudeBucal-RI.pdf>.
- FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-267, Fev. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200004>.
- GOES, P.S.A.; FIGUEIREDO, N.; NEVES, J.C.; SILVEIRA, F.M.M.; COSTA, J.F.R.; PUCCA JÚNIOR, G.A.; ROSALES, M.S. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 28, p. 81s-89s, 2012. Supl. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300009>.
- JESUS, W. L. A. DE; ASSIS, M. M. A. Systematic review about the concept of access to health services: Planning contributions. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 161–170, 2010.
- JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos Serviços de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 3, p. 247–259, 1990.
- LORENZETTI, J. *et al.* Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto contexto enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-25, apr./june 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00417.pdf.
- LUCENA, E. H. G. **Centros de Especialidades Odontológicas (CEO): análise a partir dos relatos de planejamento e resultados dos indicadores no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO)**. 2016. 153 f., il. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) —Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/>

ROSSI, T. R. A. **Produção social das políticas de saúde bucal no Brasil**. Salvador: Edufba, 2018.

ROSSI, T. R. A.; CHAVES, S. C. L. Processo de trabalho em saúde na implementação da atenção especializada em saúde bucal no nível local. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 188-201, Set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s314>.

SOARES, F.F.; CHAVES, S.C.L.; CANGUSSU, M.C.T. Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização. **Cad. Saúde Pública**, [online], Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 586-596, Mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n3/0102-311X-csp-31-03-00586.pdf>.

TEIXEIRA, C. **Planejamento em saúde: Conceitos, métodos e experiências**. 1. ed. Salvador: Edufba, 2010.

TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. *In*: PAIM, J. S.; FILHO, N. DE A. (Eds.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 121–138.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. sup 2, p. 190–198, 2004.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G. DE; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil : 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975–986, 2006.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. DE. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 443–453, 2007.

VIANNA, M. I.; PAIM, J. Estado e atenção à saúde bucal no período pré-constituente. *In*: CHAVES, S. C. L. (Ed.). **Política de saúde bucal no Brasil**. 1. ed. Salvador: Edufba, 2016. p. 79–116.

Caracterização dos Serviços De Prótese Dentária dos Centros De Especialidades Odontológicas: Uma Análise dos Dados do PMAQ-CEO.

Lília Paula de Souza Santos

Cirurgiã-dentista, avaliadora do segundo ciclo do PMAQ_CEO

Thais Regis Aranha Rossi

Doutora em Saúde Pública, Professora da Universidade do Estado da Bahia
CD e pesquisadora da Universidade Federal da Bahia

Sonia Cristina Lima Chaves

Doutora em Saúde Pública, Professora da Universidade Federal da Bahia

1 INTRODUÇÃO

O edentulismo é uma condição bucal referente à ausência total ou parcial dos dentes permanentes. Sua causa envolve determinantes sociais de saúde e apresenta-se como consequência de eventos mutilatórios que se sucedem durante toda a vida. Na maioria das vezes, decorre de uma prática voltada para extrações dentárias subseqüentes a agravos bucais como cárie dentária (GBD, 2017; KASSEBAUM et al., 2014). A ocorrência de dor dentária, a falta de opção de tratamento no momento da busca por atendimento odontológico e o alto custo de outros procedimentos necessários influenciam o indivíduo a optar pela extração dentária (SILVA-JUNIOR et al., 2017).

O estudo de Carga Global da Doença estimou que as doenças bucais ocorreram em pelo menos 3,58 bilhões de pessoas em todo o mundo. O edentulismo foi a terceira condição bucal com maior carga global e esteve entre as 30 principais causas de anos vividos com incapacidade (GBD, 2017). No Brasil, o último levantamento epidemiológico nacional de saúde bucal mensurou o edentulismo pelo uso e necessidade de prótese dentária, apresentando que 13,7%, 68,8% e 92,7% da população brasileira, respectivamente, na faixa etária de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos, apresentavam necessidade de prótese dentária (BRASIL, 2012a). Verificou-se com base no resultado deste levantamento a influência de variáveis socioeconômicas, demográficas e de uso de serviços na ocorrência de uso e de necessidade de prótese dentária (AZEVEDO et al., 2017).

Projeções das taxas de edentulismo no Brasil demonstram que este problema bucal está diminuindo entre jovens e adultos, mas continuará a aumentar nas próximas décadas entre os idosos, podendo alcançar mais de 64 milhões de idosos em 2040 (CARDOSO et al., 2016). Uma revisão sistemática e meta-análise sobre a prevalência e incidência da perda dentária em diversos países constatou um declínio significativo nestes indicadores a nível mundial, observando também que a prevalência da perda dentária aumentou gradualmente com a idade, principalmente após os 65 anos de idade. Além disto, os resultados deste estudo evidenciaram diferenças geográficas na prevalência deste problema bucal, apontando que essas reduções nos indicadores epidemiológicos não foram alcançadas em todos os países, especialmente em economias em desenvolvimento como o Brasil (KASSEBAUM et al., 2014).

Assim, mesmo demonstrando uma diminuição na sua incidência e prevalência, a perda dentária é um problema de saúde pública de grande relevância. Ele acomete com maior frequência a população socialmente desfavorecida (AZEVEDO et al., 2017), ocasionando dificuldades na mastigação, deglutição, alimentação e na estética do sorriso, além de constrangimento, desconforto psicológico e impacto negativo na qualidade de vida (HAAG et al., 2017). A reabilitação com prótese dentária é um recurso que possibilita melhorar a condição de mastigação e estética destes indivíduos, contribuindo também para a melhoria das interações sociais, minimizando as consequências da perda dentária (CORRÊA et al., 2016).

Para o enfrentamento desta realidade epidemiológica no Brasil, reorientação do modelo de assistência à saúde bucal com ampliação da cobertura e da resolutividade, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Saúde Bucal. As principais linhas de ação desta política são: reorganização da atenção básica (especialmente com a implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família), ampliação e qualificação da atenção especializada (principalmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias); viabilização da fluoretação das águas de abastecimento público; e a vigilância em saúde bucal (BRASIL, 2004). A oferta de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e a realização de procedimentos voltados à fase clínica da instalação de prótese dentária, nos serviços de atenção primária à saúde ou atenção especializada, são essenciais na tentativa de resolução dos problemas consequentes da perda dentária.

Os LRPD são estabelecimentos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde como Unidade de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico para realizar, no mínimo, os serviços de prótese dentária total e prótese parcial removível. Apresentam uma série de características que são variáveis, tais como: natureza jurídica – público ou privado; abrangência – municipal ou regional; tipo de gestão – estadual ou municipal; localização – isolado ou anexo a algum estabelecimento de saúde; faixa de produção por mês – entre 20 e 50 próteses, entre 51 e 80 próteses, entre 81 e 120 próteses ou acima de 120 próteses; incentivo financeiro mensal repassado pelo Ministério da Saúde - R\$ 7.500,00 ou R\$ 12.000,00 ou R\$ 18.000,00 ou R\$ 22.500,00; quantidade e tipo de profissionais cadastrados. Para o financiamento destes laboratórios o Ministério da Saúde leva em consideração o quantitativo de próteses confeccionadas a cada mês, sendo incorporado ao teto financeiro de média e alta complexidade dos estados e municípios. O monitoramento destas ações é realizado utilizando os dados de produtividade disponíveis no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (BRASIL, 2012b).

Algumas pesquisas sobre os serviços de prótese têm demonstrado que, mesmo com avanços na oferta de próteses dentárias no SUS, existem desigualdades na distribuição geográfica destes serviços (AGUIAR; CELESTE, 2015; CUNHA et al., 2018; GUIMARÃES et al., 2017) e seu acesso também é restrito levando em consideração a demanda populacional por reabilitação protética (AGUIAR; CELESTE, 2015).

A qualidade técnica e a satisfação dos usuários de próteses dentárias totais confeccionadas pelo SUS também foram avaliadas, ressaltando a necessidade da avaliação periódica das ações destes serviços através de indicadores normativos e autoperceptivos que poderão aferir sobre sua efetividade (COSTA et al., 2013; MACHADO et al., 2013). Em relação à satisfação, alguns

usuários relataram dificuldades para executar atividades como comer, falar e sorrir (MACHADO et al., 2013). Quanto à avaliação clínica das próteses em relação a sua retenção, estabilidade, estética e fixação, observou-se que 52,7% das próteses superiores e 9,5% das inferiores foram tecnicamente satisfatórias (COSTA et al. 2013).

Barros e colaboradores (2019) realizaram uma revisão bibliográfica sobre a avaliação das políticas de saúde bucal no Brasil reunindo publicações que vão desde o ano de 2002 até 2015, evidenciando um crescimento no número de artigos ao longo dos anos. Apontaram que a maioria dos trabalhos era composta de estudos quantitativos, com a maior proporção de estudos sobre cobertura e utilização e monitoramento de intervenções em saúde, entretanto nenhum deles avaliou os LRPD.

A oferta dos serviços de reabilitação protética pelo SUS ainda é um desafio para os gestores de saúde. E a escassez de estudos sobre estes serviços impossibilita a interpretação das dificuldades enfrentadas na sua operacionalização. Portanto, para auxiliar na compreensão destas questões este estudo tem como objetivo caracterizar os serviços que ofertam prótese dentária realizado nos CEO do Brasil com base nos dados do PMAQ-CEO.

2 MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO COM BREVE REFERENCIAL METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo exploratório, com caráter quantitativo e transversal, utilizando dados secundários provenientes do banco de dados do primeiro ciclo de avaliação externa do PMAQ-CEO no Brasil, realizada no ano de 2014. O estudo primário que gerou as informações para o desenvolvimento desta pesquisa foi realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com instituições de pesquisa e ensino superior, coordenado pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). A descrição dos aspectos teóricos e metodológicos deste estudo primário está disponível no artigo de Góes et al. (2018).

2.2 LOCAL DE ESTUDO, POPULAÇÃO ALVO, FATORES DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DEFINIDOS

Foram incluídos na pesquisa todos os CEO do Brasil que participaram da avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-CEO. Foram considerados como serviços que ofertavam prótese dentária os CEO que informaram possuir laboratório de prótese dentária e/ou realizavam moldagem e/ou entrega de prótese dentária, e que declararam ofertar prótese total, prótese parcial removível e/ou prótese fixa unitária.

A população entrevistada foi constituída por cirurgiões-dentistas que trabalhavam no CEO, gerentes do CEO.

Como critério de inclusão, a avaliação externa PMAQ-CEO foi previsto que todos os estabelecimentos de saúde, CEO, iriam participar da Avaliação externa. Portanto, para o 1º Ciclo

do PMAQ-CEO foi realizado censo aos CEO implantados no país.

Foram excluídos da avaliação os estabelecimentos de saúde dos municípios que até a data estabelecida para avaliação ainda estavam em reformas e o CEO onde não se permitiu o acesso de avaliadores de qualidade após três tentativas de marcação da visita.

2.1 COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DADOS

As informações sobre as condições de estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos e organização do serviço foram coletadas do banco de dados de avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-CEO que estão disponíveis no Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde por meio do seguinte endereço eletrônico: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo1ceo/>. Para este estudo foram utilizados os bancos de dados correspondentes aos módulos I e II do questionário de avaliação externa. O quadro 1 apresenta descrição das variáveis utilizadas.

Quadro 1 - Síntese das variáveis utilizadas no estudo.

Variável	Categorias
Localização do CEO por região geográfica do Brasil	Centro-Oeste / Nordeste / Norte / Sudeste / Sul
Tipo de CEO	Tipo I / Tipo II / Tipo III
Quantidade de Técnico de Prótese Dentária (TPD)	Nenhum/ 1 a 2/ 3 a 5/ 6 ou +
Quantidade de cirurgiões-dentistas que atuam na especialidade de prótese	Nenhum/ 1 a 2/ 3 a 5/ 6 ou +
Carga horária semanal do TPD	Até 20 horas/ 21 a 40 horas/ + de 40 horas
Carga horária semanal do cirurgião-dentista que atua na especialidade de prótese	Até 20 horas/ 21 a 40 horas/ + de 40 horas
Presença de laboratório de prótese no CEO	Sim / Não
Possui microondas para confecção da prótese dentária em uso	Sim / Não
Possui brocas de prótese em quantidade suficiente	Sim / Não
Possui fresa de metal (para desgaste de acrílico) em condições de uso	Sim / Não
Existem cotas pré-definidas por equipe de saúde bucal para encaminhamento dos usuários para prótese para o CEO?	Sim / Não / Não oferta atendimento para essa especialidade
Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento para prótese dentária?	Sim / Não / Não oferta atendimento para essa especialidade
Tempo estimado de espera para o usuário ser atendido no serviço de prótese em dias	Até 90 dias/ + de 90 dias
Tempo estimado de espera para o usuário ser atendido no serviço de prótese em dias	Até 90 dias/ + de 90 dias
O CEO realiza moldagem de prótese?	Sim / Não
O CEO realiza entrega de prótese dentária?	Sim / Não
Ofertada prótese total	Sim / Não
Ofertada prótese parcial removível	Sim / Não

Ofertada prótese fixa unitária	Sim / Não
Quantidade de sessões clínicas para entrega da prótese total	Até 4/ + de 4
Quantidade de sessões clínicas para entrega de prótese removível	Até 4/ + de 4
Quantidade de sessões clínicas para entrega de prótese unitária	Até 4/ + de 4
Média de PT entregues por mês por tipo de prótese	Até 30/ + de 30
Média de PPR entregues por mês por tipo de prótese	Até 15/ + de 15
Existência de fila de espera para o atendimento de prótese dentária	Sim / Não

2.2 ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos foram analisados de forma descritiva, apresentando a distribuição das frequências das variáveis. As variáveis numéricas foram categorizadas utilizando como referência o valor da média ou valores referentes na literatura. Após a análise descritiva foi realizada a análise bivariada utilizando o teste qui-quadrado de Pearson para analisar a influência do tipo de CEO sobre as condições de infraestrutura e na organização do serviço de prótese dentária. O nível de significância empregado foi de 5%. As análises estatísticas que ocorreram foram feitas pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20,0.

O Ministério da Saúde classificou os CEO por tipo levando em consideração os recursos físico-estuturais de cada estabelecimento: CEO tipo I (três cadeiras odontológicas); CEO tipo II (quatro a seis cadeiras Odontológicas); e CEO tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas). O número de profissionais, os critérios e normas para monitoramento e o repasse de recurso financeiro é variável em função do tipo de CEO (BRASIL, 2011; 2013). Por este motivo, a análise dos dados deste estudo levou em consideração essa classificação na apreciação dos resultados.

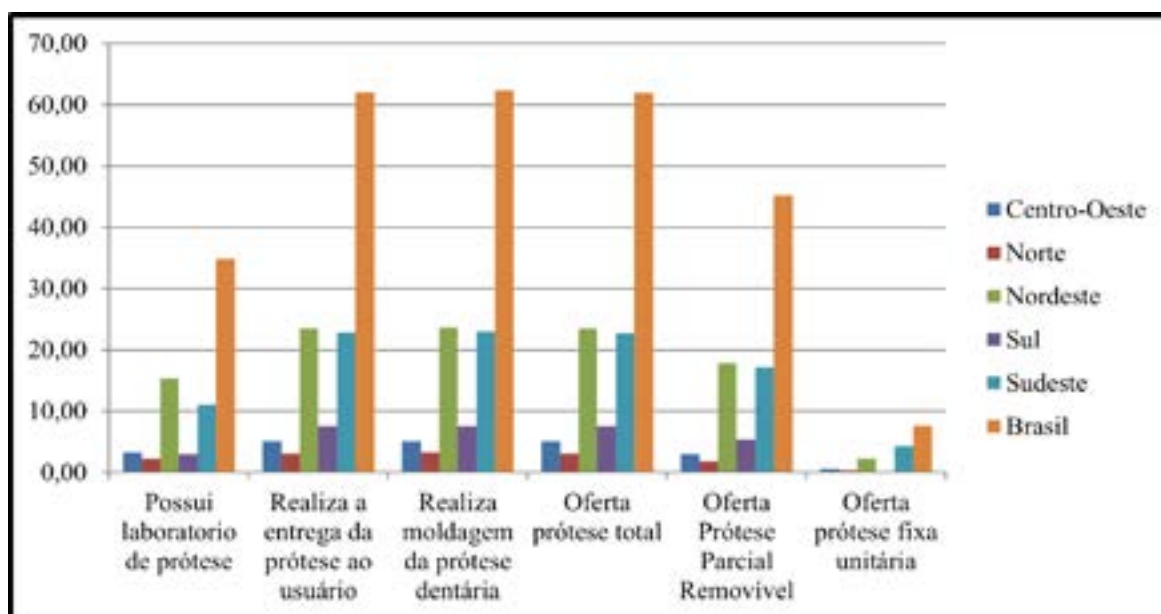
2.3 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa dispensou a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, pois utilizou dados secundários do banco de dados da avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-CEO disponíveis para acesso público e não possuem dados confidenciais. A pesquisa de avaliação externa do PMAQ-CEO foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, obtendo parecer favorável sob o CAAE 23458213.0.0000.5208. Ela obedeceu aos requisitos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, beneficência e da não maleficência. Os cirurgiões-dentistas e gerentes entrevistados eram voluntários e podiam recusar-se a responder ao questionário.

3 RESULTADOS

Foram avaliados 932 CEO em todo Brasil no primeiro ciclo do PMAQ-CEO. A oferta de serviços de prótese dentária nestes estabelecimentos foi identificada pelas informações referentes à presença de laboratórios de prótese dentária, correspondendo a 34,9% (325) dos CEO, realização de moldagem e entrega de prótese dentária, ocorrendo respectivamente em 62,3% (581) e 62,0% (578) dos CEO, e a oferta de prótese total, prótese parcial removível e prótese fixa unitária ocorre respectivamente em 61,9% (577), 45,2% (421) e 7,6% (71). Estas informações e a distribuição destes serviços por regiões do Brasil estão representadas no gráfico 1. As regiões que ofertaram a maior quantidade destes serviços foram o Nordeste e o Sudeste.

Gráfico 1 - Distribuição percentual dos CEO que ofertam prótese dentária por regiões do Brasil e serviço de prótese desenvolvido. (N=932)



Fonte: PMAQ-CEO Avaliação Externa, 2014.

As condições de estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos relacionados aos serviços de prótese dentária nos CEO podem ser visualizadas na Tabela 1. Observa-se que os CEO do tipo II possuem o maior quantitativo de laboratórios de prótese dentária 55,4% do total de 325 laboratórios existentes. Diferenças estatísticas significantes foram encontradas para todas as características analisadas com relação ao tipo de CEO e o CEO tipo III foi o que apresentou os melhores valores percentuais.

Tabela 1 - Caracterização dos CEO que ofertam prótese dentária segundo condições de estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos, por tipo de CEO. Brasil, 2014

Variável	CEO I N (%)	CEO II N (%)	CEO III N (%)	p valor
Laboratório de Prótese (N=932)				<0,001
Sim	85 (24,4)	180 (38,0)	60 (55,0)	
Não	264 (75,6)	294 (62,0)	49 (45,0)	
Microondas em uso para prótese (N=932)				<0,001
Sim	44 (12,6)	101 (21,3)	41 (37,6)	
Não	305 (87,4)	373 (78,7)	68 (62,4)	
Brocas para uso em prótese (N=206)				0,001
Sim	37 (49,3)	80 (72,3)	18 (85,7)	
Não	38 (50,7)	30 (27,3)	3 (14,3)	
Fresa para desgaste em acrílico (N=212)				0,025
Sim	54 (61,4)	83 (77,6)	14 (82,4)	
Não	34 (38,6)	24 (22,4)	3 (17,6)	
Material para polimento de acrílico (N=233)				0,002
Sim	47 (49,5)	80 (67,8)	17 (85,0)	
Não	48 (50,5)	38 (32,2)	3 (15,0)	

Fonte: PMAQ-CEO Avaliação Externa, 2014.

As características de organização do serviço de prótese dentária dos CEO estão detalhadas na Tabela 2. A maior parte dos CEO possuem entre 1 e 2 clínicos de prótese (80,5%) e Técnico de Prótese Dentária (TPD) (58,2%), apresentando diferenças estatísticas significantes entre os tipos de CEO. Alguns CEO não possuíam clínico de prótese, nem TPD. A carga horária semanal média destes profissionais foi maior no CEO do tipo III, respectivamente 51,5% e 42,0%. Com diferenças estatísticas significantes entre os grupos.

Quanto ao encaminhamento para prótese apenas 34,0% dos CEO que responderam a esta informação apresentavam cotas para encaminhamento, 73,4% possuíam protocolos de encaminhamento e 76,5% sabiam da existência de fila de espera. A média de municípios atendidos pela oferta de prótese variou de forma significante entre os tipos de CEO, apresentando maior valor para o CEO tipo III (6,7%). A média de próteses entregues por mês foi maior no CEO tipo III independentemente do tipo de prótese, com maior quantidade para prótese total e menor para prótese fixa unitária, apresentando diferenças significantes entre os grupos para a PT ($p < 0,001$) e a PPR ($p = 0,017$). O tempo estimado em dias para iniciar atendimento de prótese foi maior no CEO tipo II (128,6%), este tipo de CEO também apresentou as maiores médias de sessões clínicas necessárias para entregar todos os tipos de próteses, com diferenças significantes entre os grupos para PT e PPR (Tabela 2).

Tabela 2 - Características de organização do serviço de prótese nos CEO que ofertam prótese dentária, por tipo de CEO. Brasil, 2014.

Variável	CEO I N (%)	CEO II N (%)	CEO III N (%)	p valor
Quantidade de clínico de prótese (n=558)				<0,001
Nenhum	2 (1,2)	2 (0,7)	1 (1,2)	
1 a 2	148 (90,2)	257 (83,7)	44 (54,3)	
3 a 5	6 (3,7)	38 (12,4)	35 (43,2)	
6 ou +	8 (4,9)	10 (3,2)	7 (8,6)	
Quantidade de TPD (n=438)				<0,001
Nenhum	59 (41,6)	65 (29,0)	12 (16,7)	
1 a 2	79 (55,6)	133 (59,4)	43 (59,7)	
3 a 5	4 (2,8)	23 (10,3)	12 (16,7)	
6 ou +	0 (0,0)	3 (1,3)	5 (6,9)	
Carga horária semanal do clínico de prótese (n=541)				<0,001
Até 20 horas	117 (73,6)	147 (49,3)	18 (21,4)	
21 a 40 horas	39 (24,5)	117 (39,3)	24 (28,6)	
+ de 40 horas	3 (1,9)	34 (11,4)	42 (50,0)	
Carga horária semanal do TPD (N=382)				<0,001
Até 20 horas	69 (61,1)	76 (38,0)	15 (21,7)	
21 a 40 horas	41 (36,3)	109 (54,5)	40 (58,0)	
+ de 40 horas	3 (2,7)	15 (7,5)	14 (20,3)	
Cotas de encaminhamento para prótese (N=568)				0,198
Sim	54 (30,5)	102 (33,8)	37 (41,6)	
Não	123 (69,5)	200 (66,2)	52 (58,4)	
Protocolo clínico para encaminhamento de prótese (N=563)				0,202
Sim	115 (68,5)	229 (74,8)	69 (77,5)	
Não	53 (31,5)	77 (25,2)	20 (22,5)	
Conhecimento de fila de espera para prótese (N=578)				0,025
Sim	153 (82,7)	230 (74,9)	59 (68,6)	
Não	32 (17,3)	77 (25,1)	27 (31,4)	
Pessoas na fila de espera para serem atendidas na prótese dentária (N=442)				<0,001
Até 100 pessoas	91 (59,5)	106 (46,1)	16 (27,1)	
De 101 a 200 pessoas	19 (12,4)	29 (12,6)	13 (22,0)	
+ de 200 pessoas	43 (28,1)	95 (41,3)	30 (50,8)	
Tempo estimado em dias para iniciar atendimento de prótese (N=581)				0,018
Até 90 dias	129 (69,7)	178 (57,1)	50 (59,5)	
+ de 90 dias	56 (30,3)	134 (42,9)	34 (40,5)	
Média de PT entregues por mês (N=578)				<0,001
Até 30	106 (57,3)	166 (54,1)	29 (33,7)	
+ de 30	79 (42,7)	141 (45,9)	57 (66,3)	
Média de PPR entregues por mês (N=578)				0,017
Até 15	125 (67,6)	198 (64,5)	43 (50,0)	
+ de 15	60 (32,4)	109 (35,5)	43 (50,0)	
Média de PFU entregues por mês (N=574)				0,054
Até 2	170 (93,4)	282 (92,2)	73 (84,9)	
+ de 2	12 (6,6)	24 (7,8)	13 (15,1)	

Sessões clínicas, necessárias para entregar a PT para o usuário (N=575)			0,009	
Até 4	183 (98,9)	282 (92,8)	82 (95,3)	
+ de 4	2 (1,1)	22 (7,2)	4 (4,7)	
Sessões clínicas, necessárias para entregar a PPR para o usuário (N=421)			0,018	
Até 4	138 (98,6)	200 (91,3)	58 (93,5)	
+ de 4	2 (1,4)	19 (8,4)	4 (6,5)	
Sessões clínicas, necessárias para entregar a PFU para o usuário (N=71)			0,522	
Até 4	15 (93,8)	34 (91,9)	15 (83,3)	
+ de 4	1 (6,2)	3 (8,1)	3 (16,7)	

Fonte: PMAQ-CEO Avaliação Externa, 2014. (PFU = Prótese Fixa Unitária; PPR = Prótese Parcial Removível; PT = Prótese Total; TPD = Técnico de Prótese Dentária)

4 DISCUSSÃO

O presente estudo revelou que ainda é escassa a oferta de serviços de prótese dentária realizada pelo SUS nos CEO do Brasil e estes se concentram em maior quantidade nas regiões Nordeste e Sudeste. Além disto, embora o percentual de CEO com estrutura própria de laboratório de prótese dentária seja quase a metade do percentual de CEO que realizam entrega de prótese dentária, respectivamente 34,9% e 62,0%, os resultados demonstram que apesar de ter LRPD na minoria dos serviços, a maioria destes desempenha a atenção à prótese, realizando atividades relacionadas a fase clínica instalação próteses dentárias, como moldagem (62,3%).

Resultados semelhantes são encontrados na atenção básica, demonstrando que menos de 50% das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Brasil avaliadas no primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) realizavam procedimentos de prótese dentária, e a maior proporção delas também estavam localizadas nas regiões Nordeste e Sudeste (CUNHA et al., 2018). Somente 33,3% das ESB possuíam referência para profissional protesista e apenas 27,0% delas tinham Laboratório de Prótese Dentária no município (FAGUNDES et al., 2018).

Em análise das taxas de oferta e utilização dos LRPD por macrorregiões brasileiras, também foram encontradas desigualdades regionais. As maiores taxas de LRPD e de produção de prótese total e prótese parcial removível por 100.000 habitantes/mês coincidiram com a região Nordeste e as menores com a região Norte. Essa distribuição dos laboratórios não foi compatível com as taxas de edentulismo, perda dentária ou de necessidade de prótese das regiões, demonstrando que a alocação dos laboratórios não foi influenciada pelos indicadores epidemiológicos (AGUIAR; CELESTE, 2015).

Góes et al. (2012), em um estudo de avaliação dos CEO de todo Brasil, defendem que a inclusão de especialidades em cada tipo de CEO deve responder ao quadro epidemiológico de cada local e região. Além disto, enfatizam que especialidades como prótese dentária e endodontia deveriam estar presentes em todos os CEO, pois respondem pela maior demanda da população e

são necessárias para reabilitação de dentes perdidos e a conservação dos dentes.

Com relação às condições de estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos dos CEO que realizam serviço de prótese dentária foram encontrados no instrumento de avaliação externa do PMAQ-CEO (BRASIL, 2013) cinco itens que podem ser definidos como específicos para a área de prótese dentária (Tabela 1). Entretanto, outros aspectos poderiam ser avaliados para melhor caracterização deste serviço, como, por exemplo, presença de materiais de moldagem e de confecção de prótese dentária. Isto pode ser justificado pelo fato da especialidade de prótese dentária não está incluída no rol de atividades mínimas dos CEO, ou pelo fato dos serviços de prótese dentária no SUS não serem restritos aos CEO, podendo ser realizados na atenção básica e/ou vinculado a um LRPD com estrutura física própria ou terceirizada (BRASIL, 2012b).

Vale ressaltar que para a execução e instalação da prótese dentária são necessárias etapas clínicas e laboratoriais. O cirurgião-dentista é responsável pelas etapas de execução clínica, como o planejamento da prótese, moldagem, adequação do meio bucal do usuário, instalação da prótese dentária e avaliação da qualidade da prótese, todas realizadas no consultório odontológico. E as etapas laboratoriais podem ser executadas por um TPD, em um laboratório de prótese, e estas seriam a confecção de moldeira, montagem do plano de cera e dos dentes e acrilização da prótese (BRASIL, 2018).

Na avaliação da qualidade de práticas e serviços de saúde, segundo o Modelo Donabedian, o componente “estrutura” envolve os recursos humanos, físicos, financeiros e organizacionais utilizados no fornecimento de cuidados de saúde. A avaliação da estrutura é um importante elemento para complementar avaliações de processo e de resultado. Considera-se que uma estrutura adequada proporciona um bom processo de assistência à saúde e, conseqüentemente, produz melhorias no estado de saúde da população (PORTELA, 2000). Entretanto, os componentes - estrutura, processo e resultado - são interdependentes, influenciando uns aos outros e sendo influenciados pelo contexto imediato em que estão inseridos (TANAKA, 2004).

Diferenças estatisticamente significantes entre os tipos de CEO foram observadas para as análises das características de infraestrutura e de organização do serviço relacionadas à quantidade e carga horária dos profissionais de prótese, fila de espera, quantidade de próteses entregues e sessões clínicas necessárias para entrega das próteses. A maioria dos CEO do tipo III apresentou as melhores condições de disponibilidade de recursos e maior entrega de próteses. Os CEO do tipo III devem possuir mais de 7 cadeiras odontológicas e tê-las funcionando 40 horas semanais (BRASIL, 2011; 2013). Conseqüentemente poderão ter um maior número de profissionais e maior carga horária de funcionamento do serviço, levando em consideração a soma de todos os profissionais. Tudo isto pode ocasionar em uma maior produtividade, como apresentado nos resultados deste estudo. Outros estudos de avaliação do desempenho e cumprimento de metas dos CEO demonstraram que os CEO do tipo III tiveram os melhores resultados, sugerindo que em serviços mais estruturados há um melhor cumprimento da atenção secundária (FREITAS et al., 2016; GOES et al., 2012).

Entretanto, os CEO do tipo III também apresentaram a maior quantidade de pessoas na fila de espera para tratamento de prótese. A organização da oferta do serviço de prótese dentária

de forma regionalizada pode ter influenciado estes resultados. A regionalização é uma estratégia de organização que minimiza custos dos serviços de saúde para municípios de pequeno porte populacional, possibilita a ampliação do acesso, e, conseqüentemente aumenta a procura pelo serviço, já que tem uma cobertura populacional maior (GUIMARÃES et al., 2017).

Destaca-se que alguns CEO, mesmo ofertando serviço de prótese dentária, não possuíam clínico de prótese ou TPD e isto ocorreu em todos os tipos de CEO. Em Nota Técnica, sobre o credenciamento e o repasse de recursos para os LRPD, o Ministério da Saúde descreve que todos os LRPD que realizam serviço para o SUS, independente se público ou privado, deverá possuir, no mínimo, um profissional Protético Dentário (TPD) e/ou um Cirurgião-Dentista cadastrados ambos com carga horária ambulatorial SUS (BRASIL, 2012b). A baixa oferta de Técnico de Prótese Dentária é um dos maiores desafios para a implantação dos LRPD, portanto há a necessidade de investimentos para garantir a capacitação de recursos humanos para esta área de atuação (GUIMARÃES et al., 2017).

Com relação à demanda de reabilitação protética, os dados deste estudo apresentam que a maioria dos CEO, independentemente do tipo, tem conhecimento de fila de espera para prótese dentária. E esta demanda populacional variou de forma estatisticamente significativa ($<0,001$) entre os tipos de CEO. A maioria dos CEO do tipo I (59,5%) relatou apresentar até 100 pessoas na fila de espera para o serviço de prótese, já para o CEO tipo III, 50,8% relataram ter mais de 200 pessoas na fila. Portanto, estas informações contribuem para enfatizar a necessidade de ampliação da oferta de serviços de prótese dentária no SUS. A especialidade de prótese é um dos tratamentos mais procurados nos CEO (COSTA; CARNEIRO; OLIVEIRA, 2018).

Ainda sobre a organização da demanda populacional, 66,0% dos CEO afirmaram não possuir cotas de encaminhamento para prótese e 26,6% afirmaram não ter protocolo para encaminhamento. É importante ressaltar que o Ministério da Saúde tem três publicações oficiais que apresentam protocolos de encaminhamento e atendimento para prótese dentária: o Caderno de Atenção Básica de número 17 (BRASIL, 2008a), o Manual de Especialidades em Saúde Bucal (BRASIL, 2008b) e o livro A saúde bucal no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2018). Estes manuais recomendam que os procedimentos para a confecção de próteses totais e parciais removíveis sejam divididos em 6 sessões, iniciando na moldagem anatômica até a sessão de proervação (BRASIL, 2008b; 2018). Entretanto, os resultados deste estudo revelam uma duração média de 4 sessões para a entrega destes tipos de próteses.

A oferta pública de prótese dentária não é comum em outros países como ocorre no Brasil. Muitas vezes, há compra desses serviços ao setor privado via seguro de saúde, com custos para os indivíduos. Na Suíça, o atendimento odontológico para adultos é coberto apenas em caso de acidentes e doenças dentárias inevitáveis, enquanto o atendimento odontológico de rotina é quase totalmente financiado com recursos próprios (DI BELLA et al., 2017). A França possui um sistema misto de saúde bucal, sendo este público e privado ao mesmo tempo, os pacientes pagam ao dentista o custo total dos tratamentos e são automaticamente reembolsados pelo seu seguro alguns dias depois. Procedimentos de prótese dentária estão classificados no grupo de procedimentos com reembolso não regulamentado, sendo 70% do valor do tratamento pago pelo Seguro Nacional de Saúde. Estes procedimentos somam em torno de €3 bilhões por ano para o país (MAZEVET et al.,

2018).

A interrelação entre a parceria público-privado nos serviços de prótese dentária no SUS foi pouco explorada neste estudo devido à falta de informações disponíveis no banco de dados do PMAQ-CEO, recomenda-se novos estudos com o objetivo de investigar a influência desta parceria sobre a organização do serviço, o acesso, a qualidade e a integralidade da atenção.

Também é importante considerar como limitação que este estudo avaliou os serviços de prótese dentária presente apenas nos CEO, a partir dos dados de uma avaliação direcionada para estes estabelecimentos de saúde bucal. Portanto, é necessário realizar outros estudos que consigam avaliar de forma específica os LRPD no SUS. Apesar das limitações apontadas, este estudo apresenta a caracterização estrutural e organizacional de um número significativo de serviços de prótese em todo o país, possibilitando comparações regionais e por tipo de CEO, e ainda aborda a visão dos profissionais do serviço.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A oferta de serviços de prótese dentária nos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil ainda é insuficiente, entretanto mais de 50% dos CEO realizam procedimentos de moldagem e/ou entrega de prótese. Foram observadas desigualdades regionais na distribuição destes serviços, com concentração nas regiões Nordeste e o Sudeste. Dificuldades operacionais foram identificadas quanto à organização da contra-referência. Além disto, ainda é grande a demanda populacional que espera pelo tratamento de prótese.

Nos CEO do tipo II foi identificada a maioria dos laboratórios de prótese dentária, entretanto as melhores condições de infraestrutura e organização dos serviços foram observadas nos CEO do tipo III. Diferenças estatisticamente significantes entre os tipos de CEO foram evidenciadas nas condições de estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos e nas características de organização do serviço relacionadas a quantidade e carga horária dos profissionais de prótese (TPD e clínico de prótese), organização da fila de espera, quantidade de PT e PPR entregue por mês e sessões clínicas necessárias para entrega destes tipos de prótese.

Os LRPD representam componentes de suma importância para a integralidade da atenção na rede pública de serviços de saúde bucal por abarcarem uma condição sócio-histórica e complexa como a perda dentária. Reforça-se a necessidade de realizar mais estudos sobre este serviço, utilizando outras abordagens e metodologias a fim de apontar seus avanços e fragilidades e contribuir com a sua efetivação e qualificação em todo País.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, V. R.; CELESTE, R. K. Necessidade e alocação de laboratórios regionais de prótese dentária no Brasil: um estudo exploratório. Ciênc. saúde coletiva, [online], Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3121-3128, Oct. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.18212014>.

AZEVEDO, J. S. et al. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010): prevalências e fatores associados. Cad. Saúde Pública, [online], Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, p. e00054016, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00054016>.

BARROS, S. G. et al. Análise da produção científica sobre avaliação de políticas de saúde bucal no Brasil. Saúde debate, [online], Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 207-222, jan./mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912016>.

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. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica - n.º 17. Brasília, 92 p. 2008a. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de especialidades em saúde bucal. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 128 p. ISBN 978-85-334-1494-5. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_especialidades_saude_bucal.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 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, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 112. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010 Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais. Brasília; 2012a. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Nota técnica: credenciamento e repasse de recursos para os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD. Brasília, 2012. http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_tecnica_LRPD.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PMAQ Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Manual instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília, 2013; 34 p. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 350 p. ISBN 978-85-334-2629-0. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf.

CARDOSO, M. et al. Edentulism in Brazil: trends, projections and expectations until 2040. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1239-1245, Apr. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015214.13672015>.

CORRÊA, H. W. et al. Saúde bucal em usuários da atenção primária: análise qualitativa da autopercepção relacionada ao uso e necessidade de prótese dentária. Physis, [online], Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 503-524, Jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200009>.

COSTA, A. P. S. et al. Qualidade técnica e satisfação relacionadas às próteses totais. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 453-460, Feb. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000200016>.

COSTA, E. B.; CARNEIRO, J. D. B.; OLIVEIRA, A. M. G. Satisfação dos usuários assistidos em quatro centros regionais de especialidades odontológicas do Ceará, Brasil. Saúde debate, [online], Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 631-645, jul./set. 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811807>.

CUNHA, M. A. G. M. et al. Availability of dental prosthesis procedures in Brazilian primary health care. BioMed Research International, v. 2018, Article ID 4536707, p. 1-5, Jan. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2018/4536707>.

DI BELLA, E. et al. Popular initiatives in 2014-2016 call for the introduction of mandatory dental care insurance in Switzerland: the contrasting positions at stake. Health Policy, v. 121, n. 6, p. 575-581, June 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.04.004>.

FAGUNDES, D. M. et al. Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. Cad. Saúde Pública, [online], Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, e00049817, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00049817>.

FREITAS, C. H. S. M. et al. Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. Saúde debate, [online], Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 131-143, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080011>.

GOES, P. S. A. et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. Cad. Saúde Pública [online], Rio de Janeiro, v. 28, p. 81s-89s, 2012. Supl. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300009>.

GOES, P. S. A. et al. Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, v. 18, n. 1, p. 1-11, e3433, 2018. <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3433/pdf>.

GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, et al.

Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, v. 390, n. 10100, p. 1211–1259, Sep. 2017. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32154-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32154-2/fulltext).

GUIMARÃES, M. R. C. et al. Desafios para a oferta de prótese dentária na rede de saúde pública. *Rev. odontol. UNESP, Araraquara*, v. 46, n. 1, p. 39-44, jan./feb. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.08716>.

HAAG, D. G. et al. Oral Conditions and Health-Related Quality of Life: A Systematic Review. *J Dent Res.*, v. 96, n. 8, p. 864–874, June 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0022034517709737>.

KASSEBAUM, N. J. et al. Global Burden of Severe Tooth Loss: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Dent Res.*, v. 93, Supl. 7, p. 20S-28S, July 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4293725/>.

MACHADO, F. C. A. et al. Dificuldades diárias associadas às próteses totais. *Ciênc. saúde coletiva*, [online], Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 3091-3100, Out. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000034>.

MAZEVET, M. E. et al. The highly controversial payment reform of dentists in France: Seeking a new compromise after the 2017 strike. *Health Policy*, v. 122, n. 12, p. 1273-1277, Dec. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.10.001>.

PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S. (org.) *Fundamentos da Vigilância Sanitária* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, p. 259-269. ISBN 978-85-7541-325-8. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-15.pdf>.

SILVA-JUNIOR, M. F. et al. Condição de saúde bucal e motivos para extração dentária entre uma população de adultos (20-64 anos). *Ciênc. saúde coletiva*, [online], Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2693-2702, Ago. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.22212015>.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. *Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: Um Modo de Fazer*. 1. ed., 1. reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004. 85 p. <http://www.livros-bertos.edusp.usp.br/edusp/catalog/view/10/9/44-1>.

Panorama do Mecanismo de Ingresso, Vínculo e Agente Contratante De Recursos Humanos em Odontologia no SUS

Maristela Honório Cayetano
Avaliadora PMAQ, Professora UMC

Maria Ercília de Araujo
Professora Faculdade Odontologia USP

Fernanda Campos Almeida Carrer
Professora Faculdade Odontologia USP

Mariana Gabriel
Coordenadora Regional SP- PMAQ, Professora UMC e
Faculdade de Odontologia USP

Thais Torralbo Lopez Capp
Professora UMC

RESUMO

Os estudos de caracterização da força de trabalho em saúde no setor público são escassos, principalmente na odontologia, e tanto o problema das relações de trabalho quanto o de distribuição dos RHS estão diretamente relacionados com as barreiras de desenvolvimento de um sistema de saúde eficaz, eficiente e efetivo. Esse estudo transversal do SUS, baseado nos dados das avaliações PMAQ-AB e PMAQ-CEO teve como objetivo analisar a contratação, tipo de vínculo e mecanismo de ingresso de cirurgiões dentistas na Atenção básica (AB) e Atenção secundária (CEO). Os dados foram avaliados por meio de análise estatística descritiva e teste t pareado. Concluiu-se que embora cerca de 80% dos profissionais contratados tanto na AB quanto no CEO terem sido contratados por administração direta, há maior proporção de cirurgiões dentistas concursados e com vínculo estatutário nos CEO, demonstrando um maior processo de terceirização da gestão na AB. Quando levado em consideração o porte populacional dos municípios foram evidentes as diferenças de tipos de contrato e forma de ingresso nas metrópoles e nos municípios de pequeno e médio porte, demonstrando falta de regulamentação do Estado e a necessidade de políticas públicas que envolvessem a gestão de recursos humanos no SUS.

Palavras-chave: Recursos humanos em saúde. Saúde pública. Sistema Único de Saúde Odontologia.

ABSTRACT

Studies of the health workforce in the public sector are scarce, especially in dentistry, and both the problem of working relations and the distribution of HRH are directly related to the barriers to development of an effective and efficient health system. This cross-sectional study of SUS, based on data from the PMAQ-AB and PMAQ-CEO evaluations, aimed to analyze the contracting, remuneration and mechanism of entry of dental surgeons in Primary Care (AB) and Secondary Care (CEO). The data were evaluated through descriptive statistical analysis and paired t test. It was concluded that despite the fact that approximately 80% of the professionals hired in both the AB and the CEO were hired by direct management, there is a greater proportion of dentists surgeons with a statutory relationship in the CEOs, demonstrating a greater process of outsourcing AB management. When considering the population size of the municipalities, differences in contract types and forms of entry into metropolitan cities and small and medium municipalities were evident, demonstrating a lack of state regulation and the need for public policies that involve the management of human resources in Brazilian Unified Health System (SUS).

Keywords: Health workforce. Brazilian unified health system. Public health. Dentistry.

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

O perfil da profissão voltado à clínica particular e liberal dos anos 1980 sofreu impacto com mudanças no quadro socioeconômico da população e com o alto número de profissionais lançados no mercado de trabalho; houve proliferação dos convênios e credenciamentos odontológicos oferecendo serviços em clínicas particulares; além de clínicas com perfil empresarial nas quais os profissionais trabalham por uma porcentagem sobre serviços realizados.

Essa transformação, ainda em curso, modificou as escolhas do profissional e o acesso da população aos serviços odontológicos, tanto no âmbito público quanto privado, e isso fez com que os cirurgiões dentistas procurassem empregos no setor público¹. A despeito de todo esse processo, a maioria dos profissionais que compõe o estoque da força de trabalho brasileiro, ainda foi e está sendo formada na lógica liberal e para atuar no serviço privado, mesmo após as políticas indutoras de formação para saúde pública propostas pelos Ministérios da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC). As alterações nas diretrizes curriculares nacionais (DCN) propostas, pretendem aproximar os estudantes de odontologia do Sistema Único de Saúde (SUS)^{2,3}.

Além da preocupação com a formação de profissionais com perfil para atuar no sistema público, existem problemas nas relações de trabalho no serviço público, relacionados principalmente ao vínculo empregatício e agente contratante, assim como na distribuição desses recursos humanos principalmente em áreas rurais e remotas⁴.

Em relação às desigualdades na distribuição de recursos humanos em saúde (RHS), observa-se essa problemática em diferentes classes profissionais e em diferentes países. No entanto as evidências científicas disponíveis sugerem que existe uma tendência de que pesquisas e publicações privilegiem a análise de programas na área médica, em países desenvolvidos e de língua inglesa⁵. Estudos realizados na Europa, Oceania e América do Norte relatam a concentração de profissionais de saúde na área urbana e estudam incentivos e métodos para induzir a migração desses para as áreas remotas, possibilitando acesso da população com maior vulnerabilidade social aos serviços de saúde^{6,7}.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado poucos anos após a Constituição Federal ter garantido a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, e a partir daí o mercado de trabalho no serviço público se expandiu e modificou. Com o processo de estruturação do SUS e compartilhamento da gestão, o fenômeno da municipalização ganhou força entre 2002 e 2005 e os empregos na saúde sofreram uma tendência de migração para a esfera municipal⁸. Essa migração e as alterações políticas e econômicas, impactaram nas relações de trabalho em saúde em relação a quantidade e qualidade dos serviços oferecidos.

As relações de trabalho no serviço público e a municipalização da mão de obra em saúde, levaram à necessidade de ampliação da rede e da gestão da força de trabalho no SUS imprimindo novos formatos de contrato, havendo uma desqualificação dos servidores públicos e precarização desses contratos de trabalho, o que levou também à restrição da realização de concursos públicos⁹.

Neste contexto, destaca-se a Lei Complementar 101 de 4/5/2000 que rege a responsabilidade fiscal¹⁰, que limitou os gastos municipais, imprimindo dificuldades de financiamento com

consequentes dificuldades de contratação direta de pessoal pelos municípios. Desde os anos 1990 iniciou-se a implantação de padrões empresariais na administração pública. A contratação indireta ou terceirização, originalmente aplicada ao setor privado, começou a ser empregada no serviço público.

A contratualização na atenção básica de saúde no Brasil é financiada com a participação do governo; em outros países, como os Estados Unidos da América, ocorre a livre escolha e competição¹¹. Indiferente do modelo empregado, a OMS e o MS brasileiro entendem que a contratualização é um instrumento que poderá contribuir para a alocação de recursos centrada nas necessidades dos serviços contemplando as prioridades assistências voltadas para os usuários^{12,13}. Vale ressaltar que a alocação de profissionais em diferentes regiões e uma força de trabalho em número suficiente tem sido discutida, assim como a importância de políticas explícitas voltadas para os RHS.

O MS vem ao longo das últimas décadas implementando diferentes estratégias para superar o desafio da má distribuição de profissionais no Brasil, mas no caso da medicina, a Estratégia Saúde da Família (ESF) talvez tenha sido a estratégia que mais tenha expandido a cobertura de médicos no país¹⁴. Na Odontologia essa colocação também é pertinente, pois a ESF foi essencial para a expansão dos postos de dentistas na atenção básica do SUS, principalmente após 2004 com a institucionalização da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada “Brasil Sorridente”¹⁵.

Quanto aos contratos de trabalho, a partir de 2003, iniciou-se uma reformulação da estrutura na área de RHS, com vista à desprecarização do trabalho na saúde pública através da instalação do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Na área de saúde, mais de 70% dos municípios realiza contratação temporária para médicos. Na Estratégia Saúde da Família, 60% dos médicos e 50% das agentes comunitárias de saúde ainda não são estatutários, ou seja, de contratação direta. Os contratos precários em saúde dificultam o vínculo do profissional com o serviço e com os usuários, resultando em alta rotatividade de pessoal nos serviços públicos¹⁶.

Os estudos de caracterização da força de trabalho em saúde no setor público são escassos, principalmente na odontologia, e os sistemas de saúde ao redor do mundo apresentam características únicas quanto ao financiamento, com verbas destinadas à contratação de recursos humanos provindas do setor público, privado e de parcerias público-privadas. Portanto, entender o contexto nacional é essencial para subsidiar a tomada de decisão de gestores, e quanto essa performance impacta na prestação de serviços. A caracterização dos RHS, principalmente nas profissões que são os pilares dos sistemas de saúde, é necessária para avaliar as discrepâncias de distribuição geográfica, de contratação, recrutamento e remuneração no território nacional, assim como para colaborar com a elaboração de políticas públicas que permitam um adequado estoque e fixação de profissionais em áreas onde são realmente necessários, diminuindo desigualdades no acesso aos serviços públicos de saúde, garantindo, portanto, equidade no acesso.

Tanto o problema das relações de trabalho quanto o de distribuição dos RHS estão diretamente relacionados com as barreiras de desenvolvimento de um sistema de saúde eficaz, eficiente e efetivo.

2 MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal do Sistema Único de Saúde do Brasil.

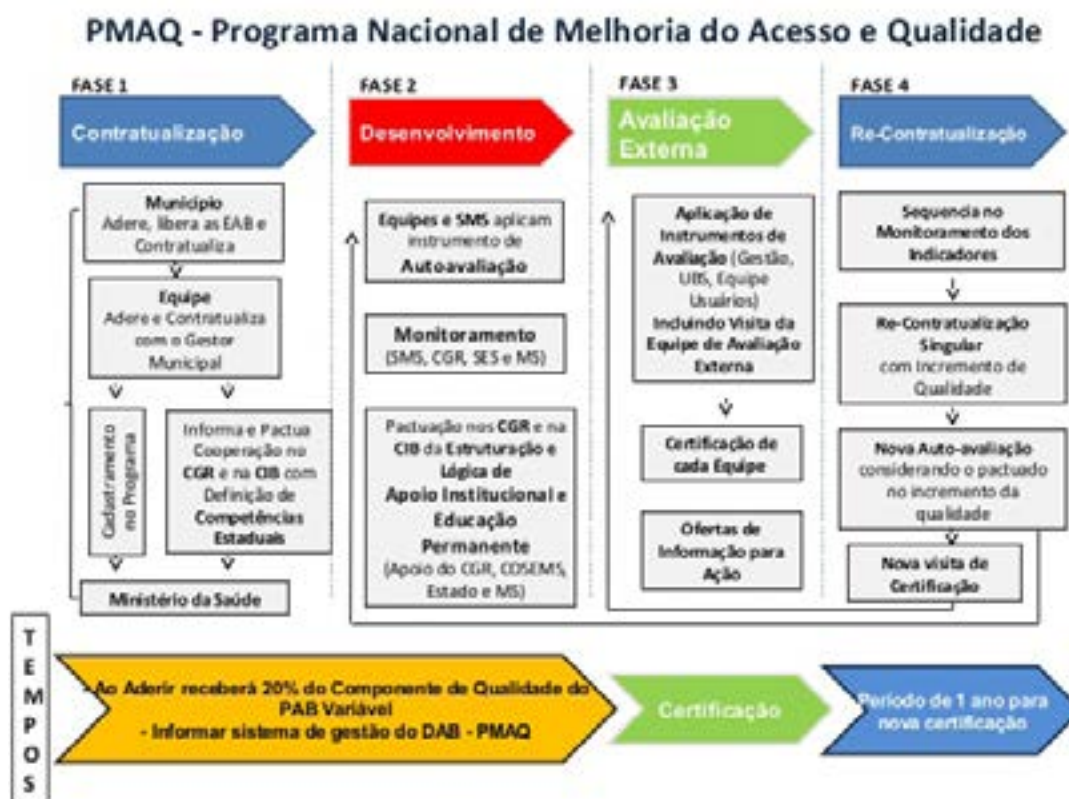
O SUS é o maior sistema universal de saúde do mundo, presta serviços a uma população com mais de 200.000 milhões de habitantes, custeado por impostos federais, estaduais e municipais. Qualificar a rede de serviços de atenção básica e secundária e garantir acesso aos usuários é um desafio cotidiano enfrentado pelos gestores do SUS, que desde 2011 criou o maior programa de avaliação institucional de sua história, denominado Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)¹⁷, com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade na atenção básica permitindo que ações governamentais mais efetivas sejam empregadas, além de gerar incentivos no financiamento. Na atenção básica esse programa foi denominado de PMAQ-AB, e nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que são responsáveis pela atenção secundária na Odontologia, foi denominado de PMAQ-CEO.

A adesão ao programa foi realizada nas equipes de saúde de atenção básica, núcleos de apoio ao Saúde da Família (PMAQ-AB) e centros de especialidades odontológicas (PMAQ-CEO), com os critérios definidos no Manual Instrutivo do Ministério da Saúde^{18,19}. Na primeira fase do primeiro ciclo de implantação desses programas foram realizadas as adesões e contratualizações, na segunda fase o desenvolvimento, na terceira a avaliação externa, e na quarta fase a recontratualização. Na terceira fase foram realizadas avaliações externas *in loco*. No PMAQ-CEO, essa avaliação externa foi realizada por cirurgiões dentistas, enquanto que no PMAQ-AB foram realizadas por diferentes profissionais da saúde.

Esse estudo avaliou os dados da fase da avaliação externa dos programas. O PMAQ-AB já realizou o primeiro, o segundo ciclo e o terceiro ciclos. Foram selecionadas questões do segundo ciclo (PMAQ-AB II) porque este conteve um módulo de entrevista com o dentista e os dados já estavam disponíveis; enquanto que o PMAQ-CEO, realizou o primeiro ciclo (PMAQ-CEO I), e o segundo, ainda estava em andamento durante a fase de coleta de dados desse estudo. (Figuras 1 e 2).

Os dados extraídos dos dados publicados na página o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde²⁰ foram organizados em uma planilha do programa Microsoft Excel®, e posteriormente submetidos à análise estatística descritiva e teste t pareado, através do programa SPSS®, para cada variável de agente contratante, tipo de vínculo e mecanismo de ingresso.

Figura 1 - Representação das fases do programa PMAQ-AB



Fonte: Brasil (2017b)²¹.

Figura 2 – Representação das fases do programa PMAQ-CEO



Fonte: Brasil (2013b)²².

O quadro 1 relata as perguntas selecionadas do PMAQ-AB II¹⁸ e o quadro 2, as do PMAQ-CEO I¹⁹.

Quadro 1 - Perguntas avaliadas do PMAQ-AB 2º. Ciclo (Saúde Bucal e Equipe de Saúde Bucal)

VÍNCULO	
Qual é seu agente contratante?	Administração direta
	Consórcio Intermunicipal de direito público
	Consórcio Intermunicipal de direito privado
	Fundação pública de direito público
	Fundação pública de direito privado
	Organização social (OS)
	Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)
	Entidade filantrópica
	Organização não governamental (ONG)
	Empresa
	Cooperativa
	Outro(s)
	Não sabe / não respondeu
Qual é seu tipo de vínculo?	Serviço público estatutário
	Cargo comissionado
	Contrato temporário pela administração pública
	Contrato temporário por prestação de serviço
	Empregado público CLT
	Contrato CLT
	Autônomo
	Outro(s)
Qual é a forma de ingresso?	Concurso público
	Seleção pública
	Indicação
	Outra forma
	Não sabe / não respondeu

Fonte: Brasil (2013a)¹⁸.

Quadro 2 - Perguntas avaliadas do PMAQ-CEO 1º. ciclo

VÍNCULO		
Qual é seu agente contratante?	Administração direta	
	Consórcio Intermunicipal de direito público	
	Consórcio Intermunicipal de direito privado	
	Fundação pública de direito público	
	Fundação pública de direito privado	
Informar quantidade	Organização social (OS)	
	Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)	
	Entidade filantrópica	
	Organização não governamental (ONG)	
	Empresa	
	Cooperativa	
	Outro(s)	
	Qual é seu tipo de vínculo?	Serviço público estatutário
Cargo comissionado		
Contrato temporário		
Contrato CLT		
Autônomo		
Informar quantidade	Outro(s)	
Qual é a forma de ingresso	Concurso público	
	Seleção pública	
	Outra forma	

Fonte: Brasil (2017a)¹⁹.

Foram incluídas informações sobre o porte populacional dos municípios em que encontravam-se os serviços avaliados tanto no PMAQ-AB quanto no PMA-CEO, classificados de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²³.

- 1 - pequeno porte I - até 20.000 habitantes
- 2 - pequeno porte II – 20.001 a 50.000 habitantes
- 3 - médio porte – 50.001 a 100.000 habitantes
- 4 - grande porte – 101.000 a 900.000 habitantes
- 5 - metrópoles – mais de 900.000 habitantes

3 RESULTADOS

Os dados foram extraídos e analisados conforme metodologia descrita, e os achados foram divididos em duas etapas: atenção básica (AB) e atenção secundária (CEO).

3.1 RECURSOS HUMANOS EM ODONTOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB II)

Os dados do módulo VI do Instrumento de Avaliação Externa da Atenção básica (PMAQ-AB) ciclo 2, referentes ao agente contratante, tipo de vínculo e forma de ingresso dos dentistas na atenção básica foram avaliados. Os resultados dos 4359 municípios que tiveram dentistas entrevistados, estão descritos por unidade federativa e regiões, e encontram-se no Anexo 1.

Quanto ao agente contratante, foram identificados: administração direta (servidor público), consórcio de administração pública, consórcio de administração privada, fundação de administração pública, fundação de administração privada, organização social (OS), organização de sociedade civil de interesse público (OSCIP), entidade filantrópica, organização não governamental, empresa, cooperativa e outro. Para esses estudos os resultados foram agrupados em: administração direta e outros.

Considerando o tipo de vínculo foram agrupados em estatutário e outros, e com relação ao mecanismo de ingresso foram agrupados em: concurso público, processo seletivo e outro.

Observou-se que 82,03% dos dentistas entrevistados que trabalham na atenção básica são contratados por administração direta, enquanto que 17,97% possuem outro tipos de contrato (tabela 1). Nas cidades de pequeno, médio e grande porte a média é igualmente em torno de 80%, entretanto nas metrópoles (com mais de 900.000 habitantes) somente 63,40% dos profissionais são contratados por administração direta, revelando que 36,6% dos agentes contratantes não são de administração direta.

Tabela 1 – Caracterização dos agentes contratantes dos dentistas na atenção básica segundo o PMAQ-AB II

AGENTE CONTRATANTE	PEQUENO PORTE I N(%)	PEQUENO PORTE II N(%)	MÉDIO PORTE N(%)	GRANDE PORTE N(%)	METRÓPOLE N(%)	TOTAL N(%)
Administração direta	6075 (86,56%)	3566 (83,55%)	1785 (82,26%)	2579 (79,11%)	996 (63,40%)	15001 (82,03%)
Outros	943 (13,44%)	702 (16,45%)	385 (17,74%)	681 (20,89%)	575 (36,60%)	3286 (17,97%)
BRASIL N(%)	7018 (100%)	4268 (100%)	2170 (100%)	3260 (100%)	1571 (100%)	18287 (100%)

Figura 3 - Caracterização dos agentes contratantes dos dentistas na atenção básica segundo o PMAQ-AB II



Tabela 2 – Caracterização do tipo de vínculo dos dentistas na atenção básica segundo o PMAQ-AB II

TIPO DE VÍNCULO	PEQUENO PORTE I N(%)	PEQUENO PORTE II N(%)	MÉDIO PORTE N(%)	GRANDE PORTE N(%)	METRÓPOLE N(%)	TOTAL N(%)
Servidor público estatutário	2951 (42,06%)	1649 (38,56%)	917 (42,73%)	1629 (49,92%)	912 (57,72%)	8058 (44,08%)
Outros	4065 (57,94%)	2627 (61,44%)	1229 (57,27%)	1634 (50,08%)	668 (42,28%)	10223 (55,92%)
BRASIL N(%)	7016 (100%)	4276 (100%)	2146 (100%)	3263 (100%)	1580 (100%)	18281 (100%)

Figura 4 - Caracterização do tipo de vínculo dos dentistas na atenção básica segundo o PMAQ-AB II



Tabela 3 - Caracterização do mecanismo de ingresso dos dentistas na atenção básica segundo o PMAQ-AB II

FORMA DE INGRESSO	PEQUENO PORTE I N(%)	PEQUENO PORTE II N(%)	MÉDIO PORTE N(%)	GRANDE PORTE N(%)	METRÓPOLE N(%)	TOTAL N(%)
Concurso público	3356 (47,89%)	1898 (44,23%)	1046(48,88%)	1810(55,47%)	1018 (64,43%)	9128(49,93%)
Processo Seletivo	943 (13,46%)	657 (15,31%)	371 (17,34%)	630 (19,31%)	353 (22,34%)	2954(16,16%)
Outros	2708 (38,65%)	1736 (40,46%)	723 (33,79%)	823 (25,22%)	209 (13,23%)	6199(33,91%)
BRASIL N(%)	7007 (100%)	4291 (100%)	2140 (100%)	3263 (100%)	1580 (100%)	18281 (100%)

Figura 5 - Caracterização do mecanismo de ingresso dos dentistas na atenção básica segundo o PMAQ-AB II



Embora os cirurgiões dentistas sejam na sua maioria contratados por administração direta, somente 44,08% dos contratados estão sob o regime estatutário, enquanto 55,92% trabalham sob outros tipos de contratos de trabalho; nas metrópoles, entretanto, 57,72% estão sob o regime estatutário, embora nas metrópoles hajam menos contratos por administração direta. Esses dados reforçam as evidências que os dentistas, assim como outros profissionais da saúde que trabalham na atenção básica tem contratos precários de trabalho, como contratos temporários ou por prestação de serviço (tabela 2).

Aproximadamente metade dos cirurgiões dentistas que atuam na atenção básica (49,93%) ingressaram no serviço público através de concurso público, sendo que nas cidades de grande porte e metrópoles essa há maior número de concursados (55 e 64%). Somente 16,16% ingressaram por processo seletivo, mas o dado que chama a atenção é que 33,91% dos cargos são ocupados por outras formas de ingresso, sendo que nas cidades de pequeno porte esse número chega a 40% (tabela 3).

3.2 RECURSOS HUMANOS EM ODONTOLOGIA NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA (PMAQ-CEO)

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) introduziram os tratamentos odontológicos especializados no serviço público de saúde no Brasil, e foram uma importante conquista da PNSB. O segundo ciclo da avaliação do PMAQ-CEO ainda estava em andamento no período dessa pesquisa, por esse motivo foram avaliados os dados do primeiro ciclo módulo II referentes ao agente contratante, vínculo e mecanismo de ingresso dos dentistas.

No primeiro ciclo foram avaliados 932 CEOs em todo o Brasil. Cada um dos tipos I, II e III recebem diferentes incentivos do MS²⁴. Nessa avaliação foram visitados 349 CEO tipo I (com três cadeiras), 474 do tipo II (quatro a seis cadeiras) e 109 do tipo III (sete ou mais cadeiras) distribuídos de acordo com a tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas avaliados no PMAQ-CEO.

REGIÃO	TIPO I N (%)	TIPO II N (%)	TIPO III N (%)	TOTAL
NORTE	24 (40)	26 (43,3)	10 (16,7)	60
NORDESTE	144 (40,3)	164 (45,9)	49 (13,7)	357
SUDESTE	112 (33,2)	199 (50,1)	26 (7,7)	337
SUL	55 (47,4)	45 (38,8)	6 (13,8)	116
CENTRO-OESTE	14 (22,6)	40 (64,5)	8 (12,9)	62
BRASIL	349 (37,4)	474 (50,9)	109 (13,8)	932

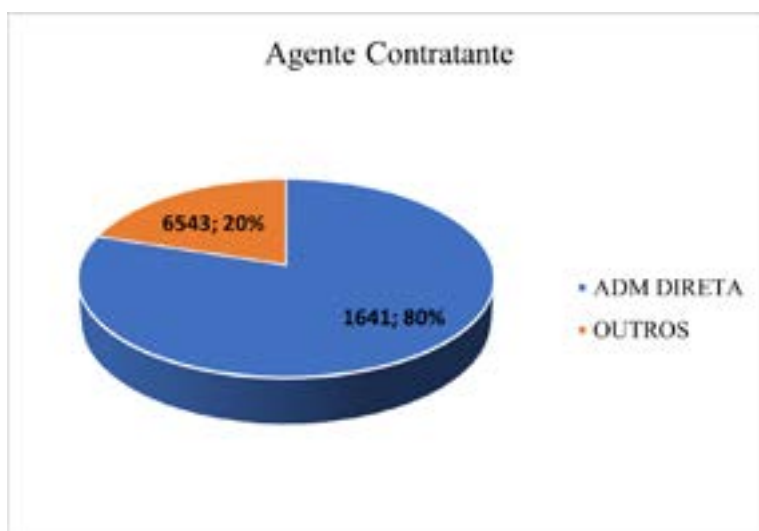
Os dados completos extraídos do banco de dados do PMAQ-CEO, com a distribuição por municípios e regiões, assim como seu porte populacional, encontram-se no Apêndice B.

Os agentes contratantes de cirurgiões dentistas na atenção secundária (CEO) foram: administração direta, consórcios público e privado, fundação pública e privada, OS, OSCIP, entidade filantrópica, ONG, empresa, cooperativa e outro. Nesse estudo foram agrupados em administração direta e outros.

Tabela 5 - Caracterização dos agentes contratantes dos dentistas na atenção secundária segundo o PMAQ-CEO.

AGENTE CONTRATANTE	PEQUENO PORTE I N(%)	PEQUENO PORTE II N(%)	MÉDIO PORTE N(%)	GRANDE PORTE N(%)	METRÓPOLE (N%)	TOTAL N(%)
ADM DIRETA	745 (74,64%)	1918 (82,70%)	1184 (78,41%)	1865 (77,45%)	831 (87,56%)	6543 (80,15%)
OUTROS	253 (25,36%)	401(17,30%)	326 (17,30%)	543 (22,55%)	118 (12,44%)	1641 (19,85%)
BRASIL	998 (100%)	2319 (100%)	1510 (100%)	2408 (100%)	949 (100%)	8184 (100%)

Figura 6 - Caracterização dos agentes contratantes dos dentistas na atenção secundária segundo o PMAQ-CEO.

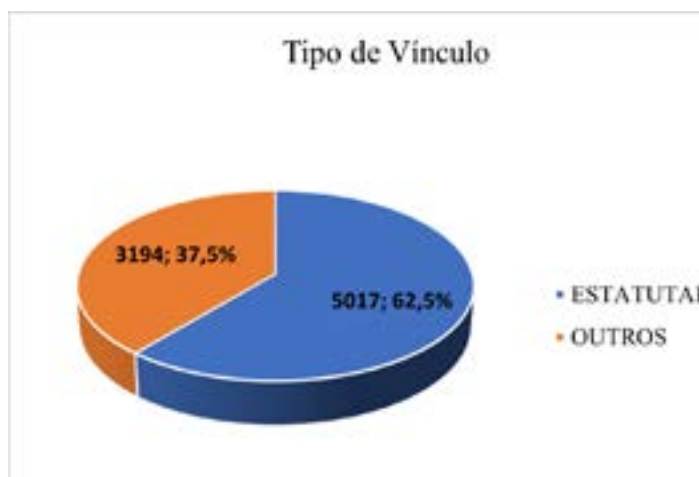


No PMAQ-CEO observou-se que 80,15% dos dentistas são contratados por administração direta (tabela 5). Nos municípios de pequeno porte com população de até 20.000 habitantes, foram encontrados 74,64% de contratos por administração direta. O vínculo empregatício reportado pelos dentistas (tabela 6) em 62,50% dos casos foi o estatutário, e 37,50% de outros tipos de contrato, revelando também alto índice de contratos precários de trabalho; entretanto, nas metrópoles há maior quantidade de vínculos estatutários (86,08%).

Tabela 6 - Caracterização do tipo de vínculo dos dentistas na atenção secundária segundo o PMAQ-CEO.

TIPO DE VINCULO	PEQUENO PORTE I N(%)	PEQUENO PORTE II N(%)	MÉDIO PORTE N(%)	GRANDE PORTE N(%)	METRÓPOLE N(%)	TOTAL
ESTATUTÁRIO	516 (50,83%)	1317(56,99%)	892 (57,99%)	1475 (61,87%)	817 (84,82%)	5017 (62,50%)
OUTROS	499 (49,17%)	994 (43,01%)	646 (42,01%)	909 (38,13%)	146 (15,18%)	3194 (37,50%)
BRASIL	1016 (100%)	2311 (100%)	1539 (100%)	2384 (100%)	964 (100%)	8211 (100%)

Figura 6 - Caracterização do tipo de vínculo dos dentistas na atenção secundária segundo o PMAQ-CEO.



O mecanismo de ingresso apontado pela avaliação (tabela 7) em 62,50% dos casos foi o concurso público, seguido de outros tipos de forma de ingresso (37,50%, sendo que desses, 19,72% tem o processo seletivo como forma de seleção).

Tabela 7 - Caracterização do mecanismo de ingresso dos dentistas na atenção secundária segundo o PMAQ-CEO.

MECANISMO DE INGRESSO N(%)	PEQUENO PORTE I N(%)	PEQUENO PORTE II N(%)	MÉDIO PORTE N(%)	GRANDE PORTE N(%)	METRÓPOLE N(%)	TOTAL
CONCURSO	547 (51,60%)	1393 (61,04%)	982 (64,81%)	1691 (72,32%)	879 (86,08%)	5492 (67,17%)
PROCESSO SELETIVO	217 (20,48%)	369 (16,17%)	212 (14,00%)	220 (9,41%)	56 (5,49%)	1074 (13,11%)
OUTRO	296 (27,92%)	520 (22,79%)	321 (21,19%)	427 (18,26%)	86 (8,43%)	1650 (19,72%)
BRASIL	1060 (100%)	2282 (100%)	1515 (100%)	2338 (100%)	1021 (100%)	8216 (100%)

Figura 7 - Caracterização do mecanismo de ingresso dos dentistas na atenção secundária segundo o PMAQ-CEO.



Os resultados do teste t pareado estão expressos na tabela 8. Foram pareados os valores médios p para tipo de contrato, de vínculo e forma de ingresso para PMAQ-AB e PMAQ-CEO, e observou-se que nas metrópoles não teve diferença estatística entre as médias, enquanto que nos municípios de pequeno e médio porte houve diferença estatística, tanto nos tipos de contrato, como no tipo de vínculo.

Tabela 8 - Análise de teste t pareado para PMAQ-AB e PMAQ-CEO

	PEQUENO PORTE I Até 20.000 hab.		PEQUENO PORTE II 20.001 a 50.000 hab		MÉDIO PORTE 50.001 a 100.000 hab.		GRANDE PORTE 101.000 a 900.000 hab.		METRÓPOLE mais de 900.000 hab.	
	t	p*	t	p*	t	p*	t	p*	t	p*
Teste t pareado PMAQ-AB/PMAQ-CEO										
ADM DIRETA	5,224	0,001*	7,020	0,001*	-0,092	0,927	-2,114	0,036*	-0,320	0,754
ADM OUTRO	4,430	00,001*	1,802	0,073	1,513	0,132	-0,301	0,764	-1,015	0,327
VÍNCULO ESTATUT.	5,622	0,001*	8,395	0,001*	3,631	0,001*	-0,048	0,962	-0,181	0,859
VÍNCULO OUTRO	6,126	0,001*	-0,073	0,942	-2,302	0,023*	-3,272	0,001*	-1,214	0,245
INGRESSO CONCURSO	6,370	0,001*	8,100	0,001*	3,725	0,001*	0,341	0,734	-0,175	0,863
INGRESSO PROCESSO SELETIVO	3,593	0,001*	2,236	0,026	-0,213	0,832	-3,214	0,002*	-1,086	0,296
INGRESSO OUTRO	4,054	0,001*	-2,966	0,003	-4,034	0,001*	-2894	0,004*	-0,712	0,488

p* - significância de 95%

4 DISCUSSÃO

Quando avaliados os dados do PMAQ-AB, embora cerca de 80% dos dentistas que trabalham na atenção básica sejam contratados pela administração direta, apenas 44% tem o regime estatutário como vínculo. Além de 13% dos profissionais serem selecionados por processos seletivos, 39% ainda são empregados por outro tipo de mecanismo de ingresso como indicação para o cargo, por exemplo; que, de acordo com Junqueira et al. (2010)²⁵, são formas arcaicas de empreguismo e clientelismo que colocam em risco a lisura dos processos de recrutamento e admissão de RHS. Outro dado que chama atenção é o fato de 56% dos dentistas da atenção básica serem recrutados em contratos temporários e outros tipos de contratos, que mais uma vez demonstra a precarização do trabalho e a desvalorização do profissional, comprometendo sua permanência no serviço público; visto que a estabilidade e plano de carreira e de aposentadoria ficam comprometidos. Por outro lado, a maioria dos dentistas entrevistados pelo PMAQ-AB (48%) ingressaram no SUS via concurso público, um processo transparente de seleção e ingresso, que resulta em profissionais mais comprometidos com o serviço.

Os profissionais da saúde sentem a necessidade de incentivo financeiro e de segurança nos elos empregatícios e que a falta desse modelo gera insegurança e falta de identidade do profissional à proposta do SUS; especialmente na ESF, na qual é fundamental um profissional motivado, capaz de exercer o cuidado para além do ato operatório. As evidências tem revelado que questões trabalhistas e financeiras interferem sobremaneira neste quadro²⁶.

Conforme o Inciso II do Artigo 37 da Constituição Federal do Brasil (1988), a contratação de profissionais para a Administração Pública dever ser realizada por concurso público; porém, com a municipalização dos RHS, novos contratos de trabalho foram introduzidos, imprimindo outros padrões de admissão, originalmente empregados no setor privado, como a contratação indireta ou terceirização⁹. Em estudo qualitativo com dentistas de Salvador, Bahia, Bleicher (2012)²⁷ revela a permanência da prática liberal dos dentistas, mesmo aqueles que trabalham com odontologia suplementar, que é uma das formas precarizadas de assalariamento levando a uma incerteza futura.

Os dados do CNES de 2007 a 2014, demonstraram uma menor expansão da força de trabalho de dentistas com relação ao setor privado, também demonstrando desigualdade na distribuição desses profissionais²⁸.

Rizzotto et al. (2014)²⁹ avaliando a força e gestão do trabalho na saúde por meio do PMAQ-AB no Paraná revelou que a maioria da força de trabalho é composta pelos profissionais de nível médio e que há baixa oferta de serviços odontológicos, reforçando que ações voltadas ao fortalecimento de políticas de RHS devem ser priorizadas na gestão da AB e do SUS.

Avaliando as condições de trabalho das equipes de saúde da família do Pará, um estudo revelou que a maioria dos contratos de trabalho são temporários e a maior forma de seleção é a indicação, evidenciando mais uma vez a precarização do trabalho no SUS²⁹.

A introdução da PNSB e a institucionalização dos CEO, garantiram a integralidade do cuidado³⁰, porém, esta multiplicidade de tipos de contrato e vínculos, observados no PMAQ-AB II e PMAQ-CEO geram tensões no ambiente de trabalho, pois profissionais exercendo a mesma função têm contratos distintos, o que resulta em benefícios, aposentadorias, metas e remunerações diferentes²⁵.

Os resultados da avaliação dos dados do PMAQ-CEO mostraram também cerca de 80% de contratados pela administração direta e 62,5% de profissionais com vínculo estatutário, seguido de 37,5% de outros tipos de contrato, incluindo contratos temporários.

O mecanismo de ingresso de 67% desses profissionais foi o concurso público, deixando claro que nos CEO há maior proporção de concursados quando comparados ao PMAQ-AB, mostrando que o processo de terceirização da gestão está mais avançado na atenção básica. Essa terceirização que iniciou-se com as OS e OSCIP, além da possibilidade de contratação por CLT ao invés de estatutário, foram algumas das formas de tornar os contratos de trabalho dos dentistas e outros profissionais de saúde do SUS precários e sem garantias futuras.

Ainda observamos que cerca de 20% dos dentistas que trabalham nos CEO ingressaram no SUS por meio de outros mecanismos, com exceção das metrópoles com mais de 900.000 habitantes que tiveram 86% dos ingressantes nos CEO concursados, com menor quantidade de

interessantes por concurso público nos municípios de pequeno porte. Nas metrópoles também, encontra-se o maior percentual de vínculo estatutário.

Levando em consideração o porte populacional observou-se nesse estudo que há diferenças entre os agentes contratantes, tipo de vínculo e forma de ingresso no SUS nos diferentes grupos de porte populacional.

A falta de regulamentação do estado e as diferenças regionais na contratação de RHS (tanto nos tipos de vínculo quanto nos mecanismos de acesso), provocam falta de estabilidade, plano de carreira e vínculo com o profissional com o serviço público, e sofrimento da população que não consegue acessar o serviço.

Políticas públicas informadas por evidências científicas são importantes para oferecer equidade no acesso aos serviços melhorando a distribuição dos RHS, oferecendo incentivos e condições de trabalho adequadas, com processos de seleção de pessoal eficientes, para que o Brasil possa alcançar os princípios da estratégia global para RHS da OMS, oferecendo disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade da força de trabalho.

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que quando levado em consideração o porte populacional dos municípios foram encontradas diferenças entre a atenção primária e secundária tanto nos tipos de contrato, quanto no vínculo e forma de ingresso dos cirurgiões dentistas nas cidades de pequeno e médio porte; revelando falta de regulamentação do Estado e necessidade de políticas que envolvam a gestão de recursos humanos no SUS.

REFERÊNCIAS

1. PINHEIRO, V. C.; MENEZES, L. M. B. D.; AGUIAR, A. S. W. D.; MOURA, W. V. B. D.; ALMEIDA, M. E. L. D.; PINHEIRO, F. M. D. C. Inserção dos egressos do curso de odontologia no mercado de trabalho. **RGO**, v. 59, n. 2, p. 277-83, abr-jun, 2011.
2. CARVALHO, B. K. G.; CARVALHO, M. E. G.; LEAL, N. S. B. Educação em direitos humanos no currículo do curso de odontologia: pressuposto para a formação humana de odontólogos. **Rev Temas Educ**, v. 25, n. 1, p. 43-60, jan./jun. 2016. <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rteo/article/view/26089/16970>.
3. CAYETANO, M. H.; GABRIEL, M.; TAVARES, J.; ARAUJO, M. E.; MARTINS, J.S.; MICHEL-CROSATO, E.; CARRER, F. C. A. Is the profile of Dental students compatible with the Brazilian public health service? **Rev ABENO**, v. 19, n. 2, p. 1-12, 2019.
Revista da ABENO • 19(2):2-12, 2019 – DOI: 10.30979/rev.abeno.v19i2.736
<https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/736>.
4. CAYETANO, M. H. **Panorama do recrutamento, contratação e remuneração dos recursos humanos em odontologia no serviço público**. 160 p. Tese (Doutorado em Odontologia Social) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23148/tde-11042019-091220/publico/MaristelaHonorioCayetanoVersaoOriginal.pdf>.
5. DOLEA, C.; STORMONT, L.; BRAICHET, J. M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. **Bull World Health Organ.**, v. 88, n. 5, p. 379-85, 2010. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2865654/pdf/BLT.09.070607.pdf>.
6. ZURN, P.; DAL POZ, M. R.; STILWELL, B.; ADAMS, O. Imbalance in the health workforce. **Hum Resour Health**. v. 2, n. 1, p. 13, Sept. 2004. <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-2-13>.
7. GABRIEL, M.; CAYETANO, M. H.; CHAGAS, M. M.; ARAÚJO, M. E.; DUSSAULT, G.; PUCCA JÚNIOR, G. A. P.; CARRER, F. C. A. Mecanismos de ingresso de cirurgiões dentistas no SUS: Uma agenda prioritária para o fortalecimento do Brasil Sorridente. **Ciên saúde colet**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 859-68, Mar. 2020a. Disponível em: Acesso em: 29 mar. 2020.
<https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n3/1413-8123-csc-25-03-0859.pdf>.
8. PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas, organizadores, Rio de Janeiro: **CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH** 2011. [E-book]. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/uploaded/6_10_2014_0_livro_o_trabalho_em_saude.pdf. Acesso em: 19 dez. 2018.
9. SANTOS, E. C.; SODRÉ, F.; BORGES, L. H. O trabalho na Saúde Pública: contextualizando a mesa de negociação Permanente. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**. v. 1, n. 1, p. 1-17, 2016. <https://periodicos.ufes.br/einps/issue/view/660>.

10. BRASIL. Lei Complementar No. 101 de 4 de maio de 2000. **Lei de Responsabilidade Fiscal**. Brasília, DF; 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm. Acesso em: 20 mar 2020.
11. ESCOVAL, A.; RIBEIRO, R. S.; MATOS, T. T. A contratualização em cuidados de saúde primários: o contexto internacional. **Rev Port Saúde Públ** n. 9, p. 41-57, 2010. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/4464/1/T-10%20ESCOVAL%20p-41.pdf>.
12. DUSSAULT, G.; DUBOIS, C. A. Human resources for health policies: a critical component in health policies. **Hum Resour Health**. v. 1, n. 1, p. 1, Apr 2003. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC166115/pdf/1478-4491-1-1.pdf>.
13. ALBUQUERQUE, M. S. V.; MORAIS, H. M. M.; LIMA, L. P. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. **Ciênc. saúde colet**. [online], Rio de Janeiro, v.20, n. 6, p. 1825-34, Jun. 2015. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1825.pdf>.
14. MENDONÇA, M. H. M.; MARTINS, M. I. C.; GIOVANELLA, L.; ESCOREL S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde colet**. [online], Rio de Janeiro v. 15, n. 5, p. 2355-65, Aug. 2010. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a11.pdf>.
15. PUCCA JÚNIOR, G. A.; GABRIEL, M.; ARAUJO, M. E.; ALMEIDA, F. C. S. Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. **J Dent Res**, v. 94, n. 10, p. 1333-1337, Oct. 2015. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022034515599979>.
16. ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde colet**. [online], Rio de Janeiro v. 12, n. 2, p. 455-64, mar./abr. 2007. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica. Brasília, DF; 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php>. Acesso em: 19 dez. 2018.
18. BRASIL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_ceo.pdf. Acesso em: 19 dez. 2018.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. . In: (Org.). **Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_ceo.pdf.
- Acesso em: 19 dez. 2018.

20. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Melhoria do acesso e da qualidade. bucal. Brasília, DF; 2018. Disponível em: <<http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>>. Acesso em: 19 dez. 2018.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): **Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 - 2016)** [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015. 80 p. Disponível em: http://subpav.org/download/pmaq/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf. Acesso em: 19 dez. 2018.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de melhoria do acesso e da qualidade dos centros de especialidades odontológicas. Brasília, DF; 2013. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=pmaq_ceo>. Acesso em: 19 dez. 2018.
23. MUNICIPAIS, **IBGE Indicadores Sociais**. uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011.
24. FIGUEIREDO, N; GOES, P. S. A; MARTELLI, P. (orgs.) **Os caminhos da saúde bucal no Brasil**: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife: Editora UFPE, 2016. 268 p. https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_+PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7.
25. JUNQUEIRA, T. S.; COTTA. R. M. M.; GOMES, R. C.; SILVEIRA, S. F. R.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; PINHEIRO, T. M. M.; SAMPAIO, R. F. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**. [online]. Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-28, maio 2010. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/14.pdf>.
26. AGUIAR, D. A. T.; MONTEIRO, F. M.; LIMA, D. C.; PEREIRA, A. A. Perfil de atuação dos cirurgiões-dentistas integrantes da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, ES. v. 19, n. 3, p. 135-41, jul./set. 2017. <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/19576/13136>.
27. BLEICHER, L. Precarização do trabalho do cirurgião-dentista na cidade de Salvador, Bahia. **Rev Baiana Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 668-682, jul./set. 2012. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/14259>.
28. RIZZOTTO, M. L. F.; GIL, C. R. R.; CARVALHO, M.; FONSECA, A. L. N.; SANTOS, M. F. S. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 237-251, Oct. 2014. <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0237.pdf>.
29. ALVARENGA, E. C.; OLIVEIRA, P. T. R.; PINHEIRO, H. H. C.; CARNEIRO, V. C. C. B. Condições de trabalho de equipes de saúde da família do Pará. **Rev Nufen Phenom Interd**. Belém, v. 10, n. 1, p. 58-60, jan./abr. 2018. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v10n1/a05.pdf>.
30. SPEZZIA, S. A. Integralidade nos centros de especialidades odontológicas. **Int J Sci Dent**. Niteroi, RJ. v. 1, n. 49, p. 1-10, jan./jun. 2018. <https://periodicos.uff.br/ijosd/article/view/30517/17750>.

Avanços e Desafios para o atendimento ao Paciente com Necessidades Especiais no CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

Rachel Cesar de Almeida Santos

Departamento de Odontologia Social - FOU SP, São Paulo, SP

Mariana Gabriel

Faculdade de Odontologia de Mogi das Cruzes - UMC, Mogi das Cruzes, SP

Mariana Lopes Galante

Departamento de Odontologia Social - FOU SP, São Paulo, SP.

Nilcema Figueiredo

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, PE.

Fernanda Campos de Almeida Carrer

Departamento de Odontologia Social - FOU SP, São Paulo, SP

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Convenção das Nações Unidas Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), deficiência é um conceito em evolução, resultado da interação entre pessoas com deficiência e barreiras comportamentais e ambientais que impedem sua participação plena e eficaz na sociedade de forma igualitária (BRASIL, 2008a). Sabe-se que esses indivíduos têm piores perspectivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade, participação econômica menor e taxas de pobreza mais elevada, ou seja, não têm acesso igualitário a assistência médica, educação e oportunidade de emprego (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012). No Brasil, em 2010, 23,4% da população possuía algum tipo de deficiência, sendo 8,3% uma deficiência severa (BRASIL, 2012).

O Brasil assumiu a responsabilidade de prestar assistência médica a todos os cidadãos, universal, abrangente e igual, com garantia de assistência médica em todos os níveis de assistência, após o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2016; SÃO PAULO, 2012). O direito ao atendimento nos diversos níveis de complexidade e especialidade é garantido pela Política Nacional de Saúde da Pessoa com deficiência (2008) (BRASIL, 2010a). A saúde bucal também incluiu na sua Política Nacional de Saúde Bucal - PNSB (Brasil Sorridente) (BRASIL, 2011a) o atendimento a pacientes com deficiência, neste caso o termo adotado foi “paciente com necessidades especiais” (PNE) devido a uma normativa do Conselho Federal de Odontologia (CFO).

A PNSB visou garantir a ampliação do acesso e qualificação da atenção à saúde bucal, para tal foram criadas estratégias de fortalecimento da atenção básica e a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) com a oferta de especialidades mínimas, dentre elas o atendimento a PNE (BRASIL, 2008b). Para estimular a melhoria da oferta dos serviços e qualificação do cuidado, foi elaborado o Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência (2011) e os CEO

que são incorporados a este plano recebem incentivos financeiros para sua implantação e custeio mensal e deve atuar no atendimento odontológico do PNE, como referência municipal/regional, de acordo com o previsto no Plano de Ação na implantação da Rede. (OLIVEIRA; GARCIA, 2017).

As equipes de saúde bucal devem ser capacitadas para poder, em âmbito local, estar aptas ao atendimento desses usuários, em níveis crescentes de complexidade (BRASIL, 2008b), trabalhando em rede de atenção, o que propicia tecer possibilidades, aumentando as oportunidades de atuação dos indivíduos, dos profissionais e dos dispositivos de saúde numa crescente corrente de corresponsabilidade. (BRASIL, 2011b). Qualificar essa Rede de Atenção, garantindo acesso aos usuários, é um desafio enfrentado pelos gestores do SUS. Em 2011, foi criado o maior programa de avaliação institucional da história do Brasil, denominado PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE – PMAQ, esta avaliação externa consiste na verificação in loco, por avaliadores cirurgiões dentistas previamente selecionados e capacitados, dos padrões de qualidade associados ao programa (BRASIL, 2010b, 2013).

Informações consistentes obtidas por meio da avaliação do 1º Ciclo do PMAQ-CEO demonstram um panorama dos serviços odontológicos prestados pelo SUS. No entanto, ainda existe uma lacuna importante em relação aos dados referentes ao cuidado do paciente com necessidades especiais e, nesse contexto, o objetivo deste trabalho é caracterizar os avanços e desafios no atendimento desse paciente pelo CEO e sua interface com a Atenção Primária e Terciária durante os primeiros 10 anos da PNSB no SUS.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, com uso de dados coletados durante o PMAQ-CEO 1º ciclo em 2014, as informações foram obtidas através da base de dados pública disponibilizada em (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>) (BRASIL., 2012). Foram avaliados CEO de todo o Brasil, totalizando 932 unidades (GOES et al., 2018).

A avaliação foi dividida em três módulos: o primeiro, de observação direta; o segundo, de entrevista com o gerente e um profissional cirurgião dentista do serviço; e o terceiro, de entrevista com dez usuários. Nesse estudo foram selecionadas perguntas do primeiro e segundo módulos, a partir de busca realizada nos bancos de dados da avaliação do PMAQ-CEO e as questões relacionadas com a especialidade de Pacientes com Necessidades Especiais foram selecionadas e estão descritas a seguir:

No primeiro módulo (I) foram selecionadas perguntas relacionadas à: quantidade de cirurgiões-dentistas que atuam em PNE, carga horária e acessibilidade da unidade para portadores de deficiência. No segundo módulo (II) foram selecionadas perguntas relacionadas à: formação dos dentistas, absenteísmo, perfil do paciente atendido e como é a estrutura da rede entre os níveis de cuidado (referenciamento, matriciamento, tempo de espera e encaminhamento para a atenção terciária).

Os dados extraídos das perguntas supracitadas foram organizados em planilhas do programa

Microsoft Excel, analisados e apresentados em dados absolutos e percentuais. Nessa análise, foram consideradas somente as respostas com comprovação documental, quando esta era solicitada pela pergunta. Na etapa de limpeza dos dados algumas inconsistências foram encontradas, sendo assim foram excluídos da análise os CEO de 6 cidades, totalizando 926 CEO analisados.

A utilização dos dados coletados a partir da avaliação externa do PMAQ – CEO foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco. Os usuários e profissionais foram convidados a participar da pesquisa voluntariamente e, após todos os esclarecimentos por parte dos avaliadores, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

3 RESULTADOS

No Brasil, dos 1.310 cirurgiões dentistas que atendem Pacientes com Necessidades Especiais nos CEO, 420 (32,1%) são especialistas, ou possuem mestrado ou doutorado na área. Os dados apontam que em apenas 33,1% dos CEO do Nordeste e 38,6% no Sudeste há profissionais com formação em PNE, sendo que essas regiões apresentam o maior número de profissionais com formação na especialidade. A carga horária semanal dedicada a essa especialidade no Brasil, em média, é de 26,4 horas, entretanto, em 10,25% dos CEO não há carga horária, nem cirurgiões dentistas que atendam à especialidade, sendo mais crítico na região norte e nordeste (tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização do atendimento do PNE no CEO, por região. Brasil, 2014.

Região	Carga horária semanal em média (horas) I.3.4.9	CEO com carga horária igual a 0 destinada ao atendimento ao PNE I.3.4.9	CEO com nº de CD que atendem a especialidade igual a 0 I.3.4.4	Nº de CD dentistas que atendem a especialidade I.3.4.4	Nº de CD com especialização, mestrado ou doutorado na área de PNE II.3.2.5/3	% CEO com CD com especialização, mestrado ou doutorado	O CEO garante tratamento completo para os PNE, comprovado por documento II.14.8.1
Norte (59)	26,5	10 (16,9%)	10 (16,9%)	84	36 (42,85%)	23(39%)	42 (71,2%)
Nordeste (353)	23,6	49 (13,7%)	48 (13,7%)	421	144 (34,2%)	117(33,1%)	256 (72,5%)
Sudeste (337)	28,07	26 (7,7%)	26 (7,7%)	513	130 (25,3%)	130(38,6%)	267 (79,2%)
Sul (115)	24,4	8 (6,95%)	9 (7,8%)	168	65 (38,7%)	50(43,5%)	94 (81,7%)
Centro oeste(62)	30,75	2 (3,2%)	2 (3,2%)	124	45 (36,3%)	33(53,2%)	53 (85,5%)
BRASIL (926)	26,4	95 (10,25%)	95 (10,25%)	1.310	420 (32,1%)	353(38,1%)	712 (76,9%)

Observa-se, na tabela 2, que mais de 10% dos CEO de 4 das 5 regiões brasileiras não possuem nenhum item de acessibilidade, sendo que na região Norte esse índice chega a 20%. No Brasil, menos da metade dos CEO possuem banheiro adaptado para deficiente físico.

Tabela 2 - Acessibilidade e Infraestrutura no CEO, por Região. Brasil, 2014

Região	Acessibilidade					Infra- Estrutura	
	Presença Corredores adaptados para cadeira de rodas I.5.1.1	Portas adaptadas para cadeira de rodas I.5.1.2	Presença Cadeira de rodas, em condição de uso, disponível para deslocamento do usuário I.5.1.3	Presença Rampa de acesso com corrimão I.5.1.4	Ausência de todos os itens anteriores I.5.1.5	Banheiro para usuários adaptado para deficiente físico I.9.1.3	
Norte	39 (65%)	43 (71,6%)	19 (31,6%)	17 (28,3%)	12 (20%)	27 (45%)	
Nordeste	269 (5,35%)	272 (76,2%)	181 (50,7%)	152(42,6%)	37 (10,36%)	141 (39,5%)	
Sudeste	262 (77,7%)	272 (76,2%)	181 (53,7%)	152(45,1%)	37 (11%)	171 (50,7%)	
Sul	98 (84,5%)	99 (85,3%)	84 (72,4%)	51 (44%)	17 (14,65%)	56 (48,3%)	
Centro Oeste	49 (79%)	48 (77,4%)	34 (54,8%)	28 (45,2%)	5 (8%)	37 (59,6%)	
BRASIL	717 (76,9%)	728 (78,1%)	548 (58,8%)	437(46,9%)	86 (9,2%)	432 (46,35%)	

Em mais de 70% dos CEO o Paciente com Necessidades Especiais é recebido com termo, por escrito ou por meio eletrônico, com a descrição do caso, critérios clínicos definidos e tratamentos clínicos realizados. A pactuação de protocolos clínicos para o encaminhamento dos pacientes da Atenção Básica para o CEO é presente em cerca 70% na maior parte do país, exceto nas regiões norte e nordeste, onde menos da metade das unidades têm protocolos específicos, e em 17,8% dos CEO têm cotas pré-definidas por equipe de saúde bucal para encaminhamento dos usuários com Necessidades Especiais (tabela 3).

Os pacientes esperam em média até 30 dias para serem atendidos, na maior parte das regiões do país, porém em 9% os pacientes esperam por 999 dias (maior número permitido no preenchimento do tablet, sendo assim, esse número pode ser maior em alguns serviços), em 26,1% dos CEO é a especialidade que apresenta maior índice de absenteísmo (Tabela 3).

Quando há necessidade de encaminhamento para atenção terciária, mais de 30% dos CEO das regiões Norte, Sul e Centro Oeste sempre entram em contato com profissionais de hospitais para trocar informações sobre os pacientes encaminhados para assistência hospitalar e na região Nordeste 31,9% dos CEO nunca fazem este contato. No Brasil, dos CEO que possuem referência definida e pactuada, 65,9% não tem número limitado para oferta de vagas, para o paciente encaminhado à atenção hospitalar, apenas 19,8% destes CEO apresentam demanda reprimida para este atendimento e em 90,8% a média mensal de Pacientes com necessidades Especiais encaminhados para o nível hospitalar é de 1 a 4 pacientes (tabela 4).

Tabela 3: Relação do CEO com a Atenção Básica em relação ao atendimento ao paciente com necessidades especiais, por Região. Brasil, 2014.

Região	Existência de cotas predefinidas por equipe de saúde bucal para encaminhamento dos usuários (PNE) para o CEO II.10.3.3	O CEO recebe o usuário (PNE) referenciado da UBS com o termo, por escrito ou por meio eletrônico com a descrição do caso, critérios clínicos, comprovado por documento II.10.4.3/1	Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para a especialidade PNE, comprovado por documento II.10.5.3/1	Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento no CEO (em dias)				CEO em que a especialidade apresenta maior índice de absenteísmo II.9.5.1
				II.11.3				
				Até 30 dias	31 a 90 dias	91 a 365 dias	999 dias	
NORTE	3 (5,1%)	31 (52,5%)	17 (28,8%)	52 (88,1%)	2 (3,38%)	0 (0%)	5 (8,5%)	2 (3,38%)
NORDESTE	73 (20,6%)	239 (66,9%)	152 (42,6%)	312 (87,4%)	8 (2,2%)	1 (0,3%)	34 (9,6%)	90 (25,2%)
SUDESTE	53 (15,7%)	272 (80,7%)	241 (71,5%)	272 (80,7%)	10 (2,9%)	21 (6,2%)	34 (10,1%)	94 (27,9%)
SUL	28 (24%)	86 (73,5%)	82 (70,1%)	101 (86,3%)	5 (4,3%)	3 (2,6%)	8 (6,8%)	43 (36,75%)
CENTRO-OESTE	9 (14,5%)	55 (88,7%)	43 (69,35%)	54 (87,1%)	5 (8,1%)	0 (0%)	3 (4,8%)	5 (8,06%)
BRASIL	166 (17,8%)	683 (73,3%)	535 (57,4%)	791 (85,05%)	41 (4,4%)	14 (1,5%)	84 (9%)	243 (26,1%)

Tabela 4. Relação do CEO com a Atenção Hospitalar em relação ao atendimento ao paciente com necessidades especiais, por Região. Brasil 2014.

Regiões	Com que frequência os profissionais do CEO entram em contato com profissionais de hospitais para trocar informações sobre os pacientes encaminhados para assistência hospitalar II.10.7			Existe referência definida e pactuada, relacionada à atenção em ambiente hospitalar (Anestesia Geral ou Sedação) II.10.10	Como se organiza a oferta de vagas de encaminhamento para a atenção em ambiente hospitalar II.10.11			Existe demanda reprimida para atendimento a nível hospitalar destes PNE II.10.12			Média mensal de PNE encaminhados para nível hospitalar II.10.13		
	Sempre	Algumas Vezes	Nunca		Sistema de Cotas	Sem número limitado	Outros	Sim	Não	Não sei informar	1 a 4	5 a 8	Mis de 8
NORTE	19 (32%)	24 (40,6%)	16 (27,1%)	32 (54,2%)	5 (15,6%)	25 (78,1%)	2 (6,25%)	5 (15,6%)	24 (75%)	3 (9,3%)	30 (93,75%)	2 (6,25%)	0 (0%)
NORDESTE	60 (16,8%)	181 (50,7%)	114 (31,9%)	154 (43,1%)	23 (14,9%)	104 (67,5%)	27 (17,5%)	21 (13,6%)	121 (78,6%)	12 (7,8%)	148 (96,1%)	4 (2,6%)	2 (1,3%)
SUDESTE	79 (23,4%)	188 (55,8%)	70 (20,8%)	248 (73,6%)	62 (25%)	162 (65,3%)	24 (9,7%)	48 (19,35%)	187 (55,5%)	13 (5,2%)	218 (87,9%)	23 (9,2%)	7 (2,82%)
SUL	37 (31,6%)	57 (48,7%)	23 (19,65%)	79 (67,5%)	25 (31,6%)	45 (57%)	9 (11,4%)	27 (34,2%)	49 (62%)	3 (3,8%)	68 (86%)	5 (6,3%)	6 (7,5%)
CENTRO OESTE	21 (33,9%)	31 (50%)	10 (16,1%)	48 (67,7%)	6 (14,3%)	30 (71,4%)	6 (14,3%)	9 (21,4%)	29 (69%)	4 (9,5%)	40 (95,2%)	1 (2,4%)	1 (2,4%)
BRASIL	216 (23,2%)	481 (51,6%)	233 (25%)	555 (59,5%)	121 (21,8%)	366 (65,9%)	68 (12,25%)	110 (19,8%)	410 (73,9%)	35 (6,3%)	504 (90,8%)	35 (6,3%)	16 (2,9%)

Em relação ao perfil dos pacientes atendidos na especialidade de Paciente com Necessidades Especiais, pode-se observar na tabela 5, que em quatro das cinco regiões, mais de 90% dos pacientes com movimentos involuntários e com distúrbios de comportamento são atendidos, já os pacientes autistas são atendidos em menos de 90% dos CEO de três das cinco regiões do país, pacientes com deficiência visual, auditiva ou de fala, sem distúrbios de comportamento (89,8%), gestantes e bebês sem limitação (69,7%), pacientes diabéticos, cardiopatas e idosos (86,9%).

Tabela 5. Perfil dos PNE atendidos no CEO, por Região. Brasil, 2014.

Região	Pacientes com movimentos involuntários II.14.9.1	Pacientes com deficiência visual ou auditiva ou de fala ou física que não apresentam distúrbios de comportamento II.14.9.2	Gestantes e bebês sem alguma limitação II.14.9.3	Paciente autista II.14.9.4	Diabéticos cardiopatas e idosos II.14.9.5	HIV positivos II.14.9.6	Pacientes com distúrbio de comportamento II.14.9.7
Norte	56 (94,9%)	56 (94,9%)	46 (78%)	56 (94,9%)	54 (91,5%)	48 (81,35%)	56 (94,91%)
Nordeste	292 (81,8%)	320 (89,6%)	239 (66,9%)	276 (77,3%)	308 (86,3%)	259 (72,5%)	321 (89,9%)
Sudeste	310 (92%)	299 (88,7%)	235 (69,7%)	285 (84,6%)	286 (84,9%)	274 (81,3%)	316 (93,8%)
Sul	109 (93,2%)	104 (88,9%)	77 (65,8%)	105 (89,7%)	105 (89,7%)	101 (86,3%)	111 (94,8%)
Centro Oeste	61 (98,4%)	58 (93,5%)	53 (85,5%)	60 (96,8%)	57 (91,9%)	51 (82,25%)	59 (95,2%)
BRASIL	828 (88,8%)	837 (89,8%)	650 (69,7%)	782 (83,9%)	810 (86,9%)	733 (78,6%)	863 (92,6%)

4 DISCUSSÃO

Ainda são poucos os especialistas em PNE no Brasil, apenas 707 de acordo com CFO (Conselho Federal de Odontologia) (BRASIL, 2019a), e isso reflete na capacitação profissional dos dentistas que atendem PNE que ainda não é suficiente para cobrir a demanda da população, visto que em 61,9% dos CEO os pacientes são atendidos por profissionais que relatam não ter formação na especialidade. Grande parte dos PNE são passíveis de receber tratamento odontológico convencional realizado por clínicos gerais, entretanto apesar do dentista clínico geral ser capaz de atender PNE, o manejo deste paciente pode ser uma barreira para o atendimento integral, quando o profissional não tem formação específica, pois pequena parte dos profissionais formados estão preparados para tratar, educar e promover educação em saúde a essa parcela da população (FIGUEIREDO, 2010; GLASSMAN et al., 2009).

A PNSB trouxe avanços para o atendimento ao PNE no CEO, visto que os pacientes após serem encaminhados recebem atendimento em até 30 dias, em 85,05 % dos casos, porém se não forem atendidos neste período a espera pode ser maior de 999 dias, ou seja, até 3 anos de espera. A demora para obtenção da primeira consulta constitui um obstáculo organizacional para acesso ao serviço de saúde e para o cuidado continuado (FRENK, 1992).

A infraestrutura física do serviço é fundamental para garantir o atendimento desses pacientes, e existem leis e normas específicas que visam garantir a acessibilidade em estabelecimentos públicos e privados (BRASIL, 2009) (BRASIL, 2004), porém ainda encontra-se CEO despreparados para receber o PNE, inviabilizando o acesso ao serviço de saúde. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência financiada com recursos da União, estados e municípios, fornece incentivo financeiro de investimento destinado à construção, reforma ou ampliação, aquisição de equipamentos e outros materiais permanentes. Cerca de metade dos CEO (BRASIL, 2019b) aderiram a este programa e recebem um adicional de 20% (vinte por cento) calculado sobre o valor de custeio atual do serviço. Algumas normas devem ser cumpridas para o recebimento desta verba, dentre elas estão: mínimo de 40 horas semanais de atendimento para PNE e apoio de matriciamento com atenção básica (OLIVEIRA; GARCIA, 2017), isto pode contribuir para minimizar problemas relacionados à acessibilidade.

A rede de atenção odontológica mostra-se bem estruturada e com protocolos definidos de atendimento e encaminhamento em grande parte do país, sabe-se que quando esse usuário não é referenciado, utilizando outras formas de ingresso ao CEO, tais como demanda livre, dificilmente retornará à Atenção Básica, prejudicando a integralidade na atenção em saúde bucal. (CHAVES et al., 2010; SOUZA et al., 2015).

Porém, apenas o relacionamento vertical entre os serviços, com transferência de responsabilidade através de informes escritos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação burocráticos, são pouco dinâmicos e não oferecem boa resolutividade (BRASIL, 2011b). Esse fato pode ser atenuado por ações horizontais decorrentes do processo de matriciamento, que estimula o contato direto entre os níveis de atenção, facilitando a comunicação e cooperação (CAMPOS, 2006), infelizmente, o instrumento de avaliação (PMAQ – CEO) não permite a avaliação do matriciamento específico para a especialidade de PNE.

Apesar da existência de protocolos pactuados, ainda são assistidos na atenção secundária pacientes que deveriam ser cuidados na Atenção Primária, tais como pessoas com deficiência visual, auditiva ou de fala, sem distúrbios de comportamento, gestantes e bebês sem limitação, diabéticos, cardiopatas e idosos (BRASIL, 2008b). O atendimento destes pacientes no CEO colabora para o cumprimento de metas para a especialidade, em termos quantitativos, criando uma zona de conforto para gestores, profissionais e coordenadores (FREIRE, 2011). A existência de mecanismos para diferenciar qualitativamente quais usuários estão sendo atendidos no CEO, a formulação de protocolos clínicos pactuados de acordo com as diretrizes do Caderno de Atenção Básica para saúde bucal e o matriciamento poderiam corrigir tais distorções, otimizando o atendimento da atenção secundária.

Segundo a literatura, pacientes com movimentos involuntários, como autistas e com distúrbio de comportamento são os que apresentam maior grau de dificuldade na abordagem odontológica (CAPUTO, 2009);(CASTRO et al., 2010), e em grande parte dos CEO eles são atendidos, demonstrando um grande avanço da saúde pública. No entanto, ainda são observadas dificuldades relacionadas ao atendimento desses pacientes devido à sua grande complexidade de manejo. (FONSECA et al., 2016). No Brasil, 76,9% dos CEO garantem seu tratamento completo, porém não existe padronização ou requisitos para a elaboração dos documentos comprobatórios. Pode-se afirmar que a grande maioria dos CEOs disponibiliza vagas e realiza tratamento nesses pacientes, mas não necessariamente que esse tratamento seja concluído.

Quando há necessidade de atendimento hospitalar, o instrumento de avaliação (PMAQ-CEO) não permite conhecer se o CEO possui um registro dos pacientes encaminhados para atenção hospitalar, demonstrando uma fragilidade na comunicação entre os níveis secundário e terciário. A falha na formação acadêmica dos profissionais, a falta de protocolos que norteiem a referência para atendimento hospitalar e incerteza da continuidade do tratamento podem gerar situações desconfortáveis tanto para o paciente, como para o profissional, pois casos com indicação de atendimento hospitalar podem ser realizados no ambulatório, aumentando o risco de acidentes para profissionais e pacientes (GLASSMAN et al., 2009).

Em 2010, o Ministério da Saúde criou o procedimento Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais, incluindo-o na tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), que prevê a realização de procedimentos odontológicos de atenção básica e atenção secundária em ambiente hospitalar em pacientes com necessidades especiais sob sedação e/ou anestesia geral em ambiente hospitalar (FREITAS et al., 2016; LUCENA et al., 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Nas últimas décadas, houve uma ampliação da assistência à saúde bucal aos PNE, da atenção primária ao atendimento sob sedação e/ou anestesia geral em nível hospitalar, fortalecendo assim a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (SANTOS et al., 2015).

Por consistir avaliação de serviços, este estudo apresenta limitações oriundas do processo em si e dos instrumentos utilizados. A partir dele conseguimos identificar o panorama geral do atendimento odontológico do PNE por todo o Brasil. No entanto, outros estudos necessitam ser realizados avaliando contextos regionais e locais, a fim de verificar a realidade dos diferentes CEO, suas características e individualidades. É essencial que gestores utilizem a avaliação em saúde, a fim de monitorar e aprimorar os serviços.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PNSB - o Brasil Sorridente, trouxe um novo olhar ao atendimento odontológico do PNE, que por anos foi negligenciado e não se pode negar os avanços alcançados no cuidado com essa parcela da população. A partir de uma visão ampla, houve um imenso avanço no atendimento odontológico ao PNE no País, com a constituição da Rede de Atenção em Saúde Bucal e o aumento da cobertura.

Os desafios ainda são muitos, consistindo fatores importantes: a) a formação profissional voltada ao PNE na graduação e na pós-graduação; b) acessibilidade em 100% dos serviços; c) efetivo matriciamento realizado pelos profissionais CEO, com pactuação de protocolos de encaminhamento para referência e contrarreferência em todas as regiões do país; d) aumento da carga horária dedicada a quem realmente necessita de atendimento especializado; e e) efetivo controle e acompanhamento do paciente encaminhado para atenção hospitalar.

Ainda não há como observar uma linha contínua do cuidado pelos diferentes níveis de Atenção. A interface entre o CEO e a Atenção Hospitalar merece especial observação.

É necessário que as pesquisas de avaliação em saúde continuem se desenvolvendo, para que o caminho percorrido pelo PNE seja analisado nos diferentes níveis, consolidando a Rede de Atenção.

Os avanços alcançados se tornam desafios agora impostos, no intuito de qualificar e garantir o atendimento odontológico do PNE com universalidade, equidade, integralidade e resolutividade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos - ABNT NBR: 9050. Rio de Janeiro - RJ; ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2004. Disponível em: <<https://www.mdh.gov.br/biblioteca/pessoa-com-deficiencia/acessibilidade-a-edificacoes-mobiliario-espacos-e-equipamentos-urbanos/>>

BRASIL. Secretária Especial dos Direitos Humanos. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada. Brasília, DF; Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008a. Disponível em: <<https://www.governodigital.gov.br/documentos-e-arq>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Bucal - Série A. Normas e Manuais Técnicos - Caderno de Atenção Básica - nº 17. Brasília, DF; Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>

BRASIL. LEI No 10.098, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF; Câmara dos Deputados, 2009. Disponível em: <<papers://ae99785b-2213-416d-aa7e-3a12880cc9b9/Paper/p9219>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF; Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF; Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-939969%0Ahttp://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrumento_avaliacao_saude_mais_perto_voce_acesso_qualidade.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.464, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília, DF; Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Matriciamento em saúde mental. Rio de Janeiro - RJ; Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf>

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República - SDH/PR. Cartilha do Censo 2010 Pessoas com Deficiência. Brasília- DF; Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2012. Disponível em: <<https://inclusao.enap.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido-original-eleitoral.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Pmaq - Programa de melhoria do Acesso e da Qualidade - Manual Instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília, DF; Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf>

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil : texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008. Brasília, DF; Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf>

BRASIL. Conselho Federal de Odontologia (CFO). Quantidade Geral de Cirurgiões - Dentistas Especialistas. Disponível em: <<http://cfo.org.br/website/estatisticas/quantidade-geral-de-cirurgioes-dentistas-especialistas/>>.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretária de Atenção Primária a Saúde. Brasil Sorridente. Cidades atendidas com Centros de Especialidades Odontológicas. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/cidadesatendidas>>.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc. saúde coletiva, [online]. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393–403, 1999. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>.

CAPUTO, A. C. Providing deep sedation and general anesthesia for patients with special needs in the dental office-based setting. Spec Care Dentist, v. 29, n. 1, p. 26–30, jan./feb. 2009. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1754-4505.2008.00059.x>.

CASTRO, A. M.; MARCHESOTTI, M. G. N.; OLIVEIRA, F. S.; NOVAES, M. S. P. Avaliação do tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral. Rev Odontol UNESP, Araraquara, v. 39, n. 3, p. 137–142, maio/jun. 2010. <https://www.revodontolunesp.com.br/article/588018ae7f8c9d0a098b4d78/pdf/rou-39-3-137.pdf>.

CHAVES, S. C. L.; BARROS, S. G.; CRUZ, D. N.; FIGUEIREDO, A. C. L. F.; MOURA, B. L. A.; CANGUSSU, M. C. T. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. Rev. Saúde Pública. [online]. São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1005-1013. Oct. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000041>.

FIGUEIREDO, J. R. Campo Institucional da Odontologia para pacientes com necessidades especiais na região metropolitana de São Paulo. Tese (Doutorado em Ciências Odontológicas - Odontologia Social) - Faculdade de Odontologia, São Paulo, Universidade de São Paulo, 2010. 166 p. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23148/tde-01042011-120704/publico/JoseReynaldoFigueiredo.pdf>.

FONSECA, A. L. A.; AZZALIS, L. A.; FONSECA, F. L. A.; BOTAZZO, C. Análise qualitativa das percepções de cirurgiões-dentistas envolvidos nos atendimentos de pacientes com necessidades especiais de serviços públicos municipais. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., [online]. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 208-216, Ago. 2010. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n2/04.pdf>.

FREIRE, A. L. A. S. S. Saúde bucal para pacientes com necessidades especiais: análise da implementação de uma experiência local. 2011. 255 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14448>.

FREITAS, C. H. S. M. et al. Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. Saúde debate, [online], Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 131-143, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080011>.

FRENK, J. The Concept and Measurement of Accessibility in Health Services Research: An anthology. Pan American Health Organization; Washington, D.C., 1992. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4081889>

GLASSMAN, P. et al. Special care dentistry association consensus statement on sedation, anesthesia, and alternative techniques for people with special needs. Special Care Dentist, v. 29, n. 1, p. 2–8, jan./feb. 2009. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1754-4505.2008.00055.x>.

GOES, P. S. A. et al. Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, v. 18, n. 1, p. 1-11, e3433, 2018. <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3433/pdf>.

LUCENA, C. D. R. X.; LUCENA E. H. G.; SOUSA, M. F.; MENDONÇA, A. V. M. Análise dos atendimentos odontológicos em pessoas com necessidades especiais em modalidade hospitalar no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2012. Rev Tempus - Actas de Saúde Col., p. 173 – 182, set. 2013. https://www.academia.edu/4880361/An%C3%A1lise_dos_atendimentos_odontol%C3%B3gicos.

OLIVEIRA, A. E. F.; GARCIA, P. T. Redes de Atenção à Saúde: Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. EDUFMA. São Luís - MA: UNA-SUS/UFMA, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial sobre a Deficiência., nov. 2012. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-3148.2012.00693.x>

SANTOS, J. S. et al. Utilização dos serviços de atendimento odontológico hospitalar sob sedação e/ou anestesia geral por pessoas com necessidades especiais no SUS-MG, Brasil. Ciênc. saúde coletiva. [online], Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 515-524, Fev. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.06732014>.

SÃO PAULO. Conselho Estadual de Saúde. Guia de Legislações do SUS e Controle Social São Paulo, SP Governo do Estado de São Paulo. Secretária da Saúde, , 2012. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/acesso-rapido/cartilhas-aos-conselheiros/cartilha_principais_legislacoes.pdf

SOUZA, G. C. A. et al. Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. Universidad Nacional de Colombia. Rev. salud pública, v. 17, n. 3, p.416-428, 18 nov. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n3.44305>.

A Odontopediatria na Atenção Secundária no SUS: Uma Perspectiva a partir do Primeiro Ciclo Do PMAQ/CEO

Talita Moreira Urpia

Cirurgiã-dentista (CD)

Avaliadora externa do segundo ciclo do PMAQ-CEO

Carla Maria Lima Santos

Professora Adjunto na Universidade do Estado da Bahia

Thaís Regis Aranha Rossi

Doutora em Saúde Pública

Professora da Universidade do Estado da Bahia

CD e pesquisadora da Universidade Federal da Bahia

1 INTRODUÇÃO

A odontopediatria é uma especialidade da odontologia que tem por objetivo diagnosticar, tratar e controlar os problemas de saúde bucal do bebê, criança e adolescente, atuando conjuntamente com a prevenção de doenças e com a promoção de saúde (CFO, 2011).

No Sistema Único de Saúde (SUS) a assistência odontológica para bebês, crianças e adolescentes deve ocorrer primeiramente na Atenção Primária, por meio das equipes de Saúde Bucal (eSB) da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo a principal porta de entrada da população à Rede de Atenção à Saúde Bucal. As eSB da ESF devem prestar assistência individual e coletiva, atuando na promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento de doenças e manutenção da saúde em diferentes áreas da Odontologia, respondendo pelo cuidado em todos os ciclos de vida: bebês, crianças, adolescentes, adultos e idosos. Ressaltando que o atendimento odontológico de todas as crianças deve ser priorizado e garantido (BRASIL, 2018a).

Para o 1º ano de vida da criança, preconiza-se a realização de duas consultas odontológicas, uma por volta do nascimento do primeiro dente de leite e outra, aos 12 meses de idade. Após os 12 meses, a programação de consultas odontológicas para a criança deverá levar em consideração a avaliação de risco e vulnerabilidade realizada pela eSB, devendo-se garantir pelo menos uma consulta ao ano (BRASIL, 2018b).

Nos casos em que haja necessidade de atendimento especializado, com maior complexidade de procedimento ou situações que não possam ser realizadas na Atenção Primária, deve ser realizado o encaminhamento para a Atenção Secundária em Saúde (BRASIL, 2018a).

Nesse contexto da Atenção Secundária em Saúde Bucal, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) é uma das principais frentes da Política Nacional de Saúde Bucal, onde são ofertados atendimentos odontológicos especializados complementares aos realizados na atenção primária à saúde, com vistas a prestar uma atenção integral, de qualidade e resolutiva, que atenda às necessidades da população (BRASIL, 2004a).

Em relação aos recursos físico-estruturais, os CEO 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 e o número de dentistas pode ser variável a depender do tipo de serviço (BRASIL, 2006).

E, de acordo com a Portaria Ministerial nº 1.570 de 29 de julho de 2004, os CEO devem oferecer minimamente os serviços de 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 (BRASIL, 2004b).

Assim, no SUS, a inserção da Odontopediatria nos CEO não tem caráter de obrigatoriedade, entretanto, a possibilidade de referenciamento para essa especialidade no CEO pode permitir que as necessidades de tratamento evidenciadas na Atenção Primária tenham um fluxo de acesso a práticas especializadas na Atenção Secundária, e o cuidado poderá ser continuado e ampliado pela articulação entre os pontos de atenção à saúde de diversas densidades tecnológicas, garantindo a resolutividade e a integralidade da assistência à essa parcela da população (BRASIL, 2018a).

Lembrando que a atenção à saúde deve ser orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

A integralidade consiste na prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita, a responsabilização por outros pontos de atenção à saúde, o reconhecimento dos problemas que causam as doenças, implicando na realização de ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, e a garantia dos diversos tipos de serviços (BRASIL, 2018). O que torna necessária a criação de redes de atenção em saúde bucal com articulação adequada entre os níveis de atenção por onde as informações e os usuários trafegam livremente, sem barreiras (SILVA e GOTTEMS, 2017).

Sabemos, no entanto, que a resolutividade e integralidade da assistência também são influenciados por outros fatores como as desigualdades na distribuição dos CEO pelas regiões do país, o grau de cobertura das eSB na Atenção Primária, o acesso à Atenção Secundária por encaminhamento pela Atenção Primária ou por livre-demanda e o IDH dos municípios (SILVA e GOTTEMS, 2017).

O fato é que ainda se é observado alta prevalência de cárie em bebês, crianças e adolescentes em diferentes localidades do Brasil (NOGUEIRA et al, 2012; QUEIROZ, COSTA e SILVESTRE, 2018; ALMEIDA et al., 2012), sendo verificado uma baixa taxa de uso de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos (COMASSETTO et al., 2019; KRAMER et al., 2008).

Um estudo realizado no Brasil mostrou que um quinto das eSB da Atenção Primária não realizam atendimento odontológico a crianças de até cinco anos de idade. Dados esses considerados alarmantes, pois são milhares de crianças sem acesso ao dentista (ESSVEIN et al., 2019).

O resultado do último levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área da saúde bucal, intitulado SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, mostrou que as crianças

de 5 anos de idade apresentam em média, o índice de 2,4 dentes com experiência de cárie, com predomínio do componente cariado, ou seja, não tratados. Além disso, o levantamento apontou que apenas 46,6% das crianças nessa faixa etária estão livres de cárie na dentição decídua, índice este abaixo da meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o ano de 2010 (BRASIL, 2012).

No levantamento epidemiológico anterior, Projeto SB Brasil 2003 Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003, as crianças de 5 anos de idade também haviam apresentando um índice elevado, de 2,8 dentes com experiência de cárie, sendo que o componente cariado também havia sido responsável por mais de 80% do índice (BRASIL, 2004c).

De acordo com a Declaração de Bangkok da International Association of Paediatric Dentistry (IAPD), atualmente a cárie na primeira infância afeta mais de 600 milhões de crianças no mundo, e em geral, permanece não tratada, o que pode ter grande impacto na qualidade de vida das crianças e suas famílias (PITTS, 2019).

Segundo Vicente e colaboradores (2015), a faixa etária de 5 anos, que não mostrou melhorias significativas nos índices de cárie ao longo dos levantamentos epidemiológicos realizados no país, merece cuidados especiais, o que mostra a necessidade da atuação do Odontopediatra, que desempenha papel importante no intuito de reverter o quadro de lesões de cárie, devendo portanto, ser incorporado aos CEO.

Um estudo realizado no município de São Luís (MA), buscou identificar e descrever a oferta de serviços odontológicos para bebês, crianças e adolescentes em unidades de saúde pública e concluiu que o município apresentava grande oferta de serviços, porém restritos a atendimentos de Atenção Primária, apontando baixa resolutividade dos problemas e reforçando a necessidade de ampliação e acesso à serviços de atendimento odontológico especializados em Odontopediatria (SILVA et al., 2007).

Como não foram encontrados estudos que analisassem os serviços especializados que ofertam Odontopediatria no Brasil, o objetivo deste trabalho foi analisar as características dos serviços especializados que ofertam Odontopediatria no Sistema Único de Saúde (SUS) sob a perspectiva do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO).

2 MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo que utilizou dados secundários da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ-CEO) - 1ª Ciclo, disponível em <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo1ceo/>, realizada sob a coordenação geral do Centro Colaborador em Vigilância em Saúde

Bucal do Ministério da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CECOL/MS/UFPE) e Coordenação Geral de Saúde Bucal/Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde (CGSB/DAB/MS) além de instituições de ensino superior (IES) e/ou pesquisa (IEP) no ano de 2014.

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO)

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO) foi instituído no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal através da Portaria nº 261, de 21 de fevereiro de 2013 como estratégia de qualificação dos serviços especializados de saúde bucal (BRASIL, 2013).

O PMAQ/CEO foi composto em quatro fases distintas que se complementam e formam um ciclo contínuo, estabelecido em: 1ª fase - Adesão e Contratualização; 2ª fase - Desenvolvimento; 3ª fase – Avaliação Externa e 4ª fase - Re-contratualização (BRASIL, 2013).

A Avaliação Externa, que compreendeu a 3ª fase do PMAQ/CEO, teve por objetivo verificar in loco um conjunto de padrões de qualidade de estrutura e processo de trabalho dos CEO, visando subsidiar o processo de certificação de qualidade e a tomada de decisão na definição de parâmetros de qualidade para melhoria e expansão das ações de atenção e prevenção em todo território nacional. (BRASIL, 2016)

Assim, realizou-se estudo avaliativo na qual a posição do avaliador foi externa à intervenção, com caráter quantitativo, observacional e transversal, consistindo na coleta de informações onde além da observação do serviço com roteiro estruturado, foram incluídos como sujeitos da pesquisa: os gerentes (1), cirurgiões dentistas (1) e usuários (10) de cada serviço (BRASIL, 2016). Desse modo, os avaliadores de qualidade, selecionados e capacitados pelas Instituições de Ensino (IES) e Pesquisa (IEP), aplicaram o instrumento de avaliação que foi dividido em três módulos, de acordo com o método de coleta das informações: Módulo I - foram realizadas observações de infraestrutura do CEO; Módulo II - entrevista com o gerente do CEO e com um cirurgião-dentista do CEO; e Módulo III – entrevista com os usuários. Também foi realizado a verificação de documentos (GOES et al., 2018).

Toda a coleta de dados do PMAQ-CEO se deu através de tablets, os quais foram programados a partir dos questionários validados (BRASIL, 2016; GOES et al., 2018).

Todos os CEO implantados no país foram incluídos na Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ-CEO) - 1ª Ciclo. Apenas os serviços que até a data estabelecida para a avaliação externa ainda estavam em reforma e os CEO onde o acesso de avaliadores de qualidade não era permitido após três tentativas de agendar a visita, foram excluídos do processo (GOES et al., 2018).

2.2 LOCAL DE ESTUDO, POPULAÇÃO ALVO, FATORES DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DEFINIDOS

O estudo foi realizado com dados de CEO de todo o Brasil. De acordo com o Censo Demográfico de 2010, o Brasil ocupa uma área de 8.515.767 km² e conta com uma população de 190.732.694 habitantes distribuídas em 05 regiões: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

Neste estudo foram incluídos os dados de todos os CEO do país que participaram da AVE-PMAQ-CEO - 1ª Ciclo, contabilizando 932 CEO. Destes, foram excluídos aqueles que não responderam completamente os Módulos I e II do instrumento da avaliação. Assim, a amostra consistiu de 929 CEO.

2.3 COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DE DADOS

A coleta de dados foi realizada diretamente do banco de dados da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ-CEO) - 1ª Ciclo, que está em domínio público.

Entretanto, só foram utilizadas variáveis dos Módulo I (onde foram realizadas observações de infraestrutura do CEO) e do Módulo II (referente às entrevistas com o gerente do CEO e com um cirurgião-dentista do CEO para obter informações sobre o processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado para os usuários). Os dois módulos foram relacionados e unidos por meio do programa Microsoft Office Excel 2007® para Windows 7®.

A principal variável deste estudo foi sobre a oferta de Odontopediatria, avaliada pelas perguntas do módulo I: “Além das especialidades mínimas, esse CEO oferta outras especialidades?” (questão VII.3.5); “Qual a quantidade de cirurgiões-dentistas que atuam na especialidade de Odontopediatria?” (questão VII.3.6.2). Foram considerados positivos aqueles cujo registro na primeira pergunta era positivo e quando havia informação maior que zero sobre a quantidade de dentistas atuando em Odontopediatria.

A distribuição territorial dos CEO que ofertam Odontopediatria foi analisada segundo sua localização da macrorregião geográfica do país, por Região e Unidades Federativas (UF).

Em relação à identificação do tipo e dos profissionais do CEO, foram verificadas as seguintes perguntas do módulo I: tipo de CEO (I, II ou III) (questão VII.3.1), tipo de abrangência (municipal ou regional) (questão VII.3.3), número de profissionais que atuam na especialidade de Odontopediatria (questão VII.3.6.2) e a soma da carga horária semanal dos cirurgiões-dentistas que atuam em Odontopediatria (questão VII.3.6.9).

Sobre a formação e qualificação dos profissionais, foram consideradas as questões do mó-

dulo II que investigavam a formação dos cirurgiões-dentistas na área de atuação em Odontopediatria: apenas Graduação em odontologia (questão VIII.3.2.7/1), Atualização/Aperfeiçoamento (questão VIII.3.2.7/2) e Especialização /Mestrado/ Doutorado (questão VIII.3.2.7/3).

Afim de verificar a articulação da atenção primária com os CEO, foram analisadas as perguntas do módulo II sobre a existência de cotas pré-definidas por eSB para o encaminhamento dos usuários para a Odontopediatria (questão VIII.10.3.10) , o recebimento de usuário referenciado da unidade básica de saúde com o termo, por escrito ou por meio eletrônico, com a descrição do caso, critérios clínicos definidos e tratamentos clínicos prévios realizados (questão VIII.10.4.10), a existência de protocolos clínicos de encaminhamento de pacientes da atenção primária ao CEO para a Odontopediatria(questão VIII.10.5.10) e o tempo estimado de espera para o usuário ser atendido em Odontopediatria no CEO (questão VIII.11.10).

Deve-se levar em consideração que para todas as questões onde havia a indagação acerca da existência de documentos que comprovassem a resposta, a mesma só foi considerada como positiva se comprovada.

Em relação às variáveis contextuais utilizou-se: porte populacional do ano 2010 (Pequenos: com população até 20 mil habitantes, Médios: com população entre 20.001 e 100 mil habitantes, Grandes: com população superior a 100 mil habitantes), Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do ano 2010 (municípios com índice de desenvolvimento acima ou abaixo de 0,7) e Cobertura populacional estimada de eSB na Atenção Primária (municípios com cobertura acima ou abaixo de 50% de sua população) referente à janeiro de 2013.

O Porte Populacional e o IDHM foram obtidos através do Censo Demográfico de 2010, sendo extraído do Portal Cidades do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A cobertura populacional das eSB na Atenção Primária foi extraída do portal e-Gestor Atenção Básica.

2.4 ANÁLISE DE DADOS

As análises estatísticas realizadas foram do tipo descritiva e bivariadas, através do teste qui-quadrado ($p < 0,05$), operacionalizadas no programa estatístico MINITAB, versão 14.

Os dados foram apresentados por meio de tabelas através do programa Microsoft Office Excel 2007® para Windows 7®. O programa QGIS foi utilizado para construção do mapa.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

Nesse estudo foram utilizados dados secundários de domínio público, não sendo possível identificar os participantes, assim, não houve a necessidade de registro e avaliação pelo Sistema CEP (Comitês de Ética em Pesquisa) / CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). Entretanto, a pesquisa original foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do

Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), obtendo parecer favorável sob o CAAE 23458213.0.0000.5208 (Parecer 740.874).

3 RESULTADOS

Foram estudados 929 CEO, dos quais apenas 325 (35,0%) ofertavam Odontopediatria, distribuídos em 287 municípios, o que corresponde a 5,2% dos municípios do país (5570).

A análise da distribuição territorial dos CEO que ofertam Odontopediatria demonstrou desigualdade inter e intramacro-regional (mapa 1).

A região Norte apresentou o menor número de serviços (9,2%) e a região Sudeste, o maior (41,5%). O maior número desses serviços estava implantado no estado de São Paulo (16,6%) e o Acre não apresentou nenhum CEO com oferta de Odontopediatria (Tabela 1).

A maioria dos CEO que ofertavam Odontopediatria eram do tipo II (54,2%), seguido do tipo I (30,5%) e tipo III (15,4%). Todos os CEO estudados possuíam abrangência municipal, sendo referência apenas para o próprio município.

A média nacional de profissionais que atuavam na especialidade de Odontopediatria era de 2,2 ($\pm 3,5$) por CEO. A região Norte foi a que apresentou a maior média com 2,7 ($\pm 3,6$) profissionais por estabelecimento, e a região Centro-Oeste, a menor com 1,7 ($\pm 1,0$). A maior média de profissionais foi observada no estado do Piauí, 9,2 ($\pm 9,4$), e a menor, em Rondônia, 1,0 ($\pm 0,0$), e no Rio Grande do Norte, 1,0 ($\pm 0,0$).

Mapa 1. Distribuição territorial dos municípios que possuem Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que ofertam Odontopediatria, por Região e Unidades Federativas, Brasil, 2014.



Fonte: Elaboração própria com dados AVE-PMAQ-CEO 1ª Ciclo.

Os CEO do país ofereciam semanalmente, em média, 26,7 ($\pm 16,6$) horas para a especialidade de Odontopediatria, sendo que a região Norte apresentou a maior média, 32,6 ($\pm 22,5$), e a região Nordeste, a menor com 23,9 ($\pm 12,6$) horas. Os CEO do Amapá ofereciam semanalmente, em média, 83,0 ($\pm 20,4$) horas para a especialidade e os do Piauí, 16,0 ($\pm 5,7$) horas (Tabela 1).

Ao analisar os CEO que ofertavam Odontopediatria quanto à formação dos cirurgiões-dentistas que atuavam nesta área, podemos observar que a maioria (60,6%) apresentava profissionais especializados. Entretanto é importante ressaltar que 12% destes serviços possuíam profissionais sem qualquer formação complementar, apenas com graduação (Tabela 1).

Dos 325 CEO que ofertavam Odontopediatria no país, 46 (14,2%) possuíam cotas pré-definidas por eSB para o encaminhamento dos usuários para a especialidade no CEO.

Em relação à realização de referência entre atenção primária e secundária, 236 (72,6%) dos CEO recebem o usuário referenciado da atenção primária com o termo, por escrito ou por meio eletrônico, com a descrição do caso, critérios clínicos definidos e tratamentos clínicos prévios realizados. Em relação à existência protocolos clínicos, 162 (49,8%) possuíam protocolos pactuados que orientavam o encaminhamento de pacientes da atenção primária para a Odontopediatria nos CEO.

No Brasil, a média do tempo estimado de espera para o usuário ser atendido em Odontopediatria nos CEO era de 51,7 ($\pm 145,9$) dias. A região Centro-Oeste foi a que apresentou maior tempo de espera, com 121,6 ($\pm 260,1$) dias, e a região Norte, a menor, com 18,8 ($\pm 17,8$) (Tabela 1).

Tabela 1. Características dos Centros de Especialidades Odontológicas que ofertam Odontopediatria, segundo Região e Unidades Federativas (UF), Brasil, 2014.

Regiões Unidades Federativas	Distribuição dos CEO		Tipo de CEO						Formação dos Cirurgiões-Dentistas																Média do tempo estimado de espera para o usuário ser atendido em Odontopediatria no CEO			
			Tipo I		Tipo II		Tipo III		Média do nº de profissionais que atuam em Odontopediatria por CEO		Média da soma da carga horária semanal dos cirurgiões-dentistas que atuam em Odontopediatria por CEO		Apenas Profissionais com Graduação em Odontologia		Apenas Profissionais com Atualização/Aperf.		Apenas Profissionais com Espec./Mest./Dout.		Profissionais com diferentes tipos de formação		Existência de cotas pré-definidas por eSB para o encaminhamento		Recebem usuários referenciados			Possuem protocolos clínicos de encaminhamento		
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	x	dp	x	dp	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		n°	%	x
NORTE	30	9,2	7	2,2	13	4,0	10	3,1	2,7	3,6	32,6	22,5	1	0,3	2	0,6	24	7,4	2	0,6	1	0,3	18	5,5	10	3,1	18,8	17,8
AC	0	0,0	—	—	—	—	—	—	—	—	0,0	—	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	—	—
AM	3	0,9	0	0,0	2	0,6	1	0,3	1,7	0,6	33,3	11,6	0	0,0	0	0,0	3	0,9	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,3	13,3	7,6
AP	3	0,9	1	0,3	0	0,0	2	0,6	3,3	0,6	83,0	20,4	0	0,0	0	0,0	3	0,9	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	14,0	12,1
PA	16	4,9	4	1,2	7	2,2	5	1,5	3,3	4,9	20,0	6,4	0	0,0	2	0,6	13	4,0	0	0,0	1	0,3	13	4,0	5	1,5	19,3	11,7
RO	2	0,6	0	0,0	1	0,3	1	0,3	1,0	0,0	25,0	7,1	0	0,0	0	0,0	2	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	18,5	16,3
RR	1	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0	2,0	—	40,0	—	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5,0	—
TO	5	1,5	2	0,6	2	0,6	1	0,3	1,8	1,1	44,0	21,9	1	0,3	0	0,0	2	0,6	2	0,6	0	0,0	2	0,6	4	1,2	28,0	41,7
NORDESTE	84	25,8	25	7,7	47	14,5	12	3,7	2,2	3,7	23,9	12,6	20	6,2	11	3,4	39	12,0	11	3,4	15	4,6	61	18,8	24	7,4	28,2	108,5
AL	2	0,6	1	0,3	1	0,3	0	0,0	1,5	0,7	40,0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	2	0,6	0	0,0	13,5	9,2
BA	23	7,1	7	2,2	13	4,0	3	0,9	2,2	4,0	24,2	14,2	7	2,2	4	1,2	11	3,4	1	0,3	5	1,5	19	5,8	6	1,8	16,2	9,5
CE	12	3,7	9	2,8	1	0,3	2	0,6	1,4	0,8	25,3	15,1	1	0,3	2	0,6	5	1,5	3	0,9	1	0,3	7	2,2	3	0,9	95,8	284,0
MA	14	4,3	1	0,3	12	3,7	1	0,3	1,6	0,7	25,1	14,1	4	1,2	1	0,3	7	2,2	1	0,3	0	0,0	10	3,1	2	0,6	14,6	15,2
PB	10	3,1	2	0,6	5	1,5	3	0,9	1,5	0,9	23,1	9,9	2	0,6	0	0,0	4	1,2	2	0,6	1	0,3	4	1,2	4	1,2	11,0	5,6
PE	10	3,1	4	1,2	5	1,5	1	0,3	1,2	0,4	21,1	11,7	2	0,6	2	0,6	5	1,5	1	0,3	4	1,2	9	2,8	4	1,2	26,9	24,6
PI	6	1,8	1	0,3	5	1,5	0	0,0	9,2	9,4	16,0	5,7	3	0,9	1	0,3	1	0,3	2	0,6	1	0,3	6	1,8	4	1,2	11,0	5,1
RN	3	0,9	0	0,0	3	0,9	0	0,0	1,0	0,0	20,0	0,0	0	0,0	1	0,3	2	0,6	0	0,0	2	0,6	2	0,6	1	0,3	16,7	12,6
SE	4	1,2	0	0,0	2	0,6	2	0,6	2,3	1,0	26,5	7,9	0	0,0	0	0,0	3	0,9	1	0,3	1	0,3	2	0,6	0	0,0	26,3	13,2
SUDESTE	135	41,5	42	12,9	78	24,0	15	4,6	2,1	2,7	27,7	15,5	19	5,8	7	2,2	77	23,7	31	9,5	18	5,5	97	29,8	82	25,2	45,7	108,7
ES	4	1,2	2	0,6	1	0,3	1	0,3	1,5	1,0	30,0	20,0	1	0,3	1	0,3	2	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,3	76,3	77,8
MG	38	11,7	10	3,1	26	8,0	2	0,6	2,6	4,4	26,4	10,5	4	1,2	2	0,6	22	6,8	9	2,8	7	2,2	33	10,2	29	8,9	45,0	81,1
RJ	39	12,0	10	3,1	24	7,4	5	1,5	1,7	1,0	25,4	13,8	5	1,5	2	0,6	28	8,6	3	0,9	9	2,8	22	6,8	19	5,8	64,2	169,8
SP	54	16,6	20	6,2	27	8,3	7	2,2	2,1	1,7	30,2	18,9	9	2,8	2	0,6	25	7,7	19	5,8	2	0,6	41	12,6	33	10,2	30,6	59,9
SUL	45	13,8	21	6,5	16,0	4,9	8	2,5	2,4	5,8	26,5	20,0	2	0,6	2	0,6	34	10,5	3	0,9	7	2,2	36	11,1	29	8,9	88,7	217,1
PR	21	6,5	5	1,5	10	3,1	6	1,8	1,5	1,0	22,9	15,9	1	0,3	2	0,6	15	4,6	1	0,3	5	1,5	18	5,5	12	3,7	36,4	83,6
RS	6	1,8	6	1,8	0	0,0	0	0,0	1,2	0,4	28,3	27,9	1	0,3	0	0,0	3	0,9	1	0,3	0	0,0	3	0,9	3	0,9	17,8	14,8
SC	18	5,5	10	3,1	6	1,8	2	0,6	3,7	9,1	30,2	21,8	0	0,0	0	0,0	16	4,9	1	0,3	2	0,6	15	4,6	14	4,3	170,4	315,0
CENTRO-OESTE	31	9,5	4	1,2	22	6,8	5	1,5	1,7	1,0	31,5	16,5	0	0,0	1	0,3	23	7,1	6	1,8	5	1,5	24	7,4	17	5,2	121,6	260,1
DF	5	1,5	0	0,0	5	1,5	0	0,0	1,6	0,5	40,0	20,0	0	0,0	0	0,0	4	1,2	1	0,3	2	0,6	4	1,2	2	0,6	318,0	458,0
GO	13	4,0	3	0,9	7	2,2	3	0,9	1,4	0,5	30,0	17,4	0	0,0	1	0,3	9	2,8	3	0,9	2	0,6	12	3,7	7	2,2	90,2	131,9
MS	7	2,2	1	0,3	5	1,5	1	0,3	2,6	1,7	23,7	16,4	0	0,0	0	0,0	7	2,2	0	0,0	1	0,3	5	1,5	5	1,5	10,0	6,7
MT	6	1,8	0	0,0	5	1,5	1	0,3	1,7	0,8	36,7	8,2	0	0,0	0	0,0	3	0,9	2	0,6	0	0,0	3	0,9	3	0,9	184,0	399,0
Total	325	100,0	99	30,5	176	54,2	50	15,4	2,2	3,5	27,4	16,6	42	12,9	23	7,1	197	60,6	53	16,3	46	14,2	236	72,6	162	49,8	51,7	145,9

Fonte: AVE-PMAQ-CEO 1ª Ciclo.

3.1 ASSOCIAÇÃO DA OFERTA DE ODONTOPEDIATRIA COM CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAS E CARACTERÍSTICAS CONTEXTUAIS.

Em relação aos recursos físico-estruturais, 28,5% dos CEO tipo I ofertavam a especialidade de Odontopediatria, seguido de 37,2% dos CEO tipo II e 45,9% dos CEO tipo III, apresentando uma sequência crescente de prevalência da oferta da especialidade, quanto mais estruturado foi o serviço.

O maior percentual de CEO que ofertava Odontopediatria estava localizado em municípios de grande porte, com população maior que 100 mil habitantes (43,0%). Podemos verificar que também há uma sequência crescente de estabelecimentos que ofertavam Odontopediatria em função do aumento populacional, ou seja, quanto maior o porte populacional, maior foi a prevalência de CEO com oferta da especialidade.

Com relação à Cobertura populacional estimada de eSB na Atenção Primária, os resultados mostraram que os municípios com cobertura menor que 50% apresentavam mais estabelecimentos com oferta de Odontopediatria do que aqueles com cobertura maior que 50%.

Já a oferta de Odontopediatria em função do IDHM, mostra que os municípios com IDHM mais elevado possuíam mais estabelecimentos com oferta da especialidade (Tabela 2).

Tabela 2. Análise dos CEO segundo oferta de Odontopediatria por características estruturais e contextuais. Brasil, 2014.

Características Avaliativas	Ofertam Odontopediatria		Não Ofertam Odontopediatria		Total		Valor de p
	nº	%	nº	%	nº	%	
TIPO DE CEO							
I	99	28,5	248	71,5	347	100,0	
II	176	37,2	297	62,8	473	100,0	0,001
III	50	45,9	59	54,1	109	100,0	
PORTE POPULACIONAL							
Pequeno	25	20,8	95	79,2	120	100,0	
Médio	144	32,3	302	67,7	446	100,0	0,000
Grande	156	43,0	207	57,0	363	100,0	
COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA							
< 50%	194	41,4	275	58,6	469	100,0	0,000
> 50%	131	28,5	329	71,5	460	100,0	
ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL							
< 0,7	95	25,2	282	74,8	377	100,0	0,000
> 0,7	230	41,7	322	58,3	552	100,0	

Fonte: AVE-PMAQ-CEO 1ª Ciclo.

4 DISCUSSÃO

Poucos são os municípios que apresentaram CEO com oferta de Odontopediatria e o que se observa é que a distribuição dessa assistência no Brasil se concentra em algumas regiões, não estando equitativamente distribuídas. De acordo com Goes e colaboradores (2012), a baixa capacidade de oferta dos serviços especializados - como é o caso da região Norte e do estado do

Acre nesse estudo - pode comprometer o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra referência em saúde bucal, interferindo negativamente no perfil epidemiológico da região e comprometendo o princípio da integralidade do SUS.

No último levantamento epidemiológico de saúde bucal, as médias do índice ceo-d e cpo-d na região Norte foram as mais elevadas nas faixas etárias de 5 (3,37) e 12 (3,16) anos, estando inclusive com a média mais elevada que a nacional (2,43 e 2,07 respectivamente). Em contrapartida, a região Sudeste, que apresentou o maior número de CEO com oferta de Odontopediatria nesse estudo, apresentou no último levantamento, os menores índices ceo-d e cpo-d para as faixas etárias de 5 (2,10), 12 (1,72) e 15 a 19 (3,83) anos (BRASIL, 2012).

Não foram encontrados outros estudos que tratam da distribuição territorial da assistência odontológica em Odontopediatria nos CEO do Brasil. E de acordo com Silva (2007), o estudo da distribuição e a disponibilidade de serviços de saúde bucal é um pré-requisito indispensável para se planejar a organização dos serviços.

Entretanto, um estudo realizado no município de São Luís (MA), buscou identificar e descrever os serviços públicos municipais e estaduais com atendimento odontológico direcionado a crianças e adolescentes e concluíram que o município apresentava grande oferta de serviços, porém restritos a atendimentos de Atenção Primária, apontando baixa resolutividade dos problemas e reforçando a necessidade de ampliação e acesso à serviços de atendimento odontológico especializados em Odontopediatria. Os autores também constataram que a atenção odontológica era voltada para os dentes permanentes, visto que os atendimentos odontológicos para crianças se concentravam na faixa etária de 6 a 12 anos. Das 45 unidades visitadas e com dados coletados durante a pesquisa, 41 disponibilizavam atendimento direcionado a crianças, dos quais 40 (88,9 %) atendiam as faixas etárias que variam de 6 a 9 e de 9 a 12 anos, enquanto 19 (42,2%) atendiam a faixa etária de 0 a 3 anos. Outra questão observada pelos autores foi que a distribuição dos cirurgiões-dentistas especialistas em Odontopediatria não acompanhava a disponibilidade de atendimento odontológico para crianças em dias e/ou consultórios específicos (SILVA et al., 2007). É importante ressaltar que este estudo foi publicado em 2007, três anos depois do lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente, o que justifica a necessidade de novas pesquisas dentro das atuais conjunturas. No presente trabalho, o município de São Luís (MA) apresentou 03 CEO com oferta de Odontopediatria, todos com cirurgiões-dentistas especializados nesta área de atuação e oferecendo em média 22,7 ($\pm 15,1$) horas semanais para a especialidade.

Contudo, a mera existência dos serviços especializados também não garante um funcionamento adequado do sistema de saúde. Para isso, também se faz necessário uma boa interface entre a Atenção Primária e Secundária. Morris e Burke (2001) resumiram as qualidades ideais da interface entre Atenção Primária e Secundária através dos seguintes títulos: equidade, cuidado contínuo e eficiência e eficácia. De acordo com os autores, uma interface com equidade é aquela em que todos os casos apropriados são encaminhados para a Atenção Secundária e onde não há barreiras para o atendimento especializado após o encaminhamento. Um cuidado contínuo pode ser definido como aquele em que qualquer tratamento não disponível na Atenção Primária está disponível e acessível na Atenção Secundária e a transição entre elas é facilmente organizada. Uma interface eficiente e eficaz é aquela em que todos os encaminhamentos são apropriados,

feitos no momento certo, com contra referência para Atenção Primária ao término do tratamento especializado, mas com retorno facilitado à Atenção Secundária sempre que necessário.

A Atenção Primária possui papel essencial como organizadora do cuidado integral em saúde. Por isso, é fundamental que a Atenção Primária seja ofertada em todos os municípios e que as eSB, nesse caso, possuam uma boa cobertura populacional, favorecendo o sistema de referência e contra referência. A realização de sistema de referência e a implantação de protocolos clínicos de encaminhamento podem contribuir para a constituição de uma boa interface entre a Atenção Primária e Secundária, principalmente à sua integração (BRASIL, 2016).

Os resultados desse estudo mostram que o maior percentual de CEO que ofertava Odontopediatria estava localizado em municípios com Cobertura populacional estimada de eSB na Atenção Primária menor que 50%. Em relação ao sistema de referência, 72,6% dos estabelecimentos recebem o usuário referenciado da Atenção Primária com o termo, por escrito ou por meio eletrônico, com a descrição do caso, critérios clínicos definidos e tratamentos clínicos prévios realizados. E, um pouco menos da metade (49,8%) dos CEO que ofertam Odontopediatria possuem protocolos clínicos pactuados que orientam o encaminhamento de pacientes da Atenção Primária para a especialidade nos CEO. Esses dados indicam que a interface da especialidade com a Atenção Primária possui fragilidades, o que gera preocupação, por não garantir um funcionamento adequado da rede de atenção.

Apesar da relevância deste estudo de abrangência nacional, algumas limitações devem ser consideradas, como o fato de o banco de dados utilizado não ser específico sobre os serviços especializados que ofertam a Odontopediatria e suas características. Além disso, é preciso considerar o limite explicativo dos dados exclusivamente quantitativos e a natureza da coleta realizada em Avaliação Externa para fins do PMAQ-CEO.

Entretanto, esperamos fornecer subsídios para que a comunidade acadêmica e os serviços públicos, gestores e profissionais, possam conhecer a realidade dos serviços especializados que ofertam Odontopediatria no SUS, auxiliando na tomada de decisão em saúde, na melhoria do processo de trabalho dos CEO, bem como, na ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde bucal ofertados à população em questão, assim, poderemos garantir a essa parcela da população o direito de ter acesso à atenção secundária em saúde bucal, concretizando um dos princípios do SUS, a integralidade da atenção.

5 CONCLUSÃO

Os resultados encontrados nesse estudo que a Odontopediatria está presente em poucos municípios do Brasil (287 municípios - 5,2% dos municípios do país), mas representam 35% da oferta da especialidade de Odontopediatria nos CEO.

Não há homogeneidade na distribuição territorial dessa oferta no país e a interface dessa especialidade com a Atenção Primária possui fragilidades, comprometendo o princípio da integralidade do SUS.

Os dados do presente estudo sugerem que a oferta de Odontopediatria está associada a estabelecimentos mais estruturados, maior porte populacional dos municípios, menor cobertura populacional estimada das eSB na Atenção Primária, e maior IDHM.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. F. et al. Condições de saúde bucal em crianças, adolescentes e adultos cadastrados em Unidades de Saúde da Família do Município de Salvador, Estado da Bahia, Brasil, em 2005. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 21, n. 1, p. 109-118, Mar. 2012. <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v21n1/v21n1a11.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1570, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Brasília: Diário Oficial da União, 30 jul. 2004b p. 71. Seção 1. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570_29_07_2004.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 599, de 23 de março 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. Brasília, DF, 2006. Diário Oficial da União. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html.

FIGUEIREDO, N; GOES, P. S. A; MARTELLI, P. J. L. (orgs.) Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais. Recife: Editora UFPE, 2016. 100 p. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/RELAT%C3%93RIO_1%C2%BA+Ciclo+-+PMAQ_CEO.pdf/fede7926-f16e-4c6e-81ab-320ad01b30b5.

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. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 350 p. ISBN 978-85-334-2629-0. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2005. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/>

[geral/pnab.pdf](#).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal - resultados principais. Brasília, 2011. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Resolução CFO – 63/2005. Atualizada em 23 de dezembro de 2011. Artigo 71, p. 18, 2011.

COMASSETTO, M. O. et al. Acesso à saúde bucal na primeira infância no município de Porto Alegre, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, [online], Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 953-961, Mar. 2019. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n3/1413-8123-csc-24-03-0953.pdf>.

ESSVEIN, G. et al. Atendimento odontológico na primeira infância no Brasil: da política pública à evidência. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 53, n. 15, Jan. 2019. <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/154101/150352>.

GOES, P.S.A.; FIGUEIREDO, N.; NEVES, J.C.; SILVEIRA, F.M.M.; COSTA, J.F.R.; PUCCA JÚNIOR, G.A.; ROSALES, M.S. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. Cad. Saúde Pública [online], Rio de Janeiro, v. 28, p. 81s-89s, 2012. Supl. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300009>.

GOES, P. S. A. et al. Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, v. 18, n. 1, p. 1-11, e3433, 2018. <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3433/pdf>.

KRAMER, P. F. et al. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, [online], Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 150-156, Jan. 2008. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/14.pdf>.

MORRIS, A. J.; BURKE, F. J. T. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? Br Dent J., v.191, n.12, p. 666-670, Dec. 2001. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/4801263.pdf>.

NOGUEIRA, L. C. et al. Prevalência de Cárie Dentária em Crianças de 06 a 60 Meses e Fatores Associados Pesq Bras Odontoped Clin Integr., João Pessoa, v. 12, n.1, p. 13-17, jan./mar., 2012. <https://www.redalyc.org/pdf/637/63723468002.pdf>.

PITTS, N. et al. Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. Int J Paediatr Dent., v. 29, n. 3, p. 384-386, Mayo 2019; https://iapdworld.org/wp-content/uploads/2020/02/2019-International_Journal_of_Paediatric_Dentistry.pdf.

QUEIROZ, F. S.; COSTA, L. E. D.; SILVESTRE, T. L. A. Saúde bucal, fatores socioeconômicos e qualidade de vida de crianças de 12 anos de idade da cidade de Patos-PB. Arch. Health Invest, v. 7, n. 8, p. 316-322, Ago. 2018. <https://archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/3118/pdf>.

SILVA, H. E. C.; GOTTEMS, L. B. D. Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. Ciênc saúde coletiva. [online], Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2645-2657, Aug. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/>

[v22n8/1413-8123-csc-22-08-2645.pdf](https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n8/1413-8123-csc-22-08-2645.pdf).

SILVA, M. C. B. et al. Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luís (MA). Ciênc saúde coletiva. [online], Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1237-1246, sept./oct. 2007. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/15.pdf>.

VICENTE, S. P. et al. A inclusão do Odontopediatra nos Centros de Especialidades Odontológicas. Revista UningáReview, [S.l.], v. 24, n. 3, p.113-117, out./dez. 2015. <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1711/1320>.

Oferta dos Serviços às Pessoas com Deficiência nos Centros de Especialidade Odontológica das Capitais Brasileiras

Tássia Silvana Borges

Avaliadora e aluna de Especialização em Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde.

Rejane Christine de Sousa Queiroz

Orientadora

Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz

Aline Sampieri Tonello

Ana Margarida Melo Nunes

RESUMO

O Brasil é um dos poucos países que possuem oferta de serviço especializado em odontologia no sistema público de saúde para pessoas com deficiência. Estes serviços são ofertados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e devem estar em consonância com a política de inclusão da pessoa com deficiência, garantindo acessibilidade e tratamento especializado. Desta forma, o objetivo deste trabalho foi descrever a oferta desses serviços às pessoas com deficiência e analisar a relação da estrutura física com os indicadores socioeconômicos e demográficos nas capitais de unidades federativas (UF) Brasileiras. Estudo transversal com dados secundários obtidos da avaliação externa do 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) ano de 2014 e dos indicadores sociodemográficos das capitais de UF disponíveis no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2010. Foram incluídos todos os 123 CEO das 27 capitais brasileiras. As variáveis dos CEO foram obtidas nos módulos I e II do instrumento de coleta de dados e foram organizadas em três categorias - Características gerais; do processo de trabalho; e da estrutura dos CEO. Nas capitais, o aparelho de sedação foi o item com maior escassez (6,5%), enquanto a presença de corredores adaptados para uso de cadeiras de rodas foi o item mais presente (76,4%). A maioria dos dentistas possui especialização, mestrado ou doutorado na área de interesse. As capitais apresentaram tempo médio de espera para atendimento de 19,8 dias, com 78,0% de completude do tratamento desses pacientes e com demanda reprimida a nível hospitalar. As capitais brasileiras apresentam diferenças nas ofertas dos serviços às pessoas com deficiência, identificando-se que melhores estruturas físicas dos CEOs estão relacionadas com melhores indicadores sociodemográficos das capitais. O estudo conclui que as capitais brasileiras apresentam diferenças nas ofertas dos serviços as pessoas com deficiência nos centros de especialidade odontológica, principalmente relacionado a estrutura física, ao maior perfil dos pacientes com TEA e na baixa completude dos tratamentos. Além disso, foi identificado que melhores estruturas físicas estão relacionadas com melhores indicadores sociodemográficos dessas capitais.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência. Assistência ambulatorial. Saúde pública.

ABSTRACT

Brazil is one of the few countries that have a specialized service in dentistry in the public health system for people with disabilities. These services are offered in the Dental Specialty Centers (CEO) and should be in line with the policy of inclusion of people with disabilities, ensuring accessibility and specialized treatment. Thus, the objective of this work was to describe the provision of these services to people with disabilities and to analyze the relationship between the physical structure and socioeconomic and demographic indicators in the capitals of Brazilian federative units (UF). Cross-sectional study with secondary data obtained from the external evaluation of the 1st cycle of the National Program for improving access and quality of dental specialty centers (PMAQ-CEO)

year 2014 and sociodemographic indicators of UF capitals available at the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) of 2010. All 123 CEOs from the 27 Brazilian capitals were included. The variables of the CEOs were obtained in modules I and II of the data collection instrument and were organized into three categories - General characteristics; work process; and CEO structure. In the capitals, the sedation apparatus was the item with the highest scarcity (6.5%), while the presence of corridors adapted for the use of wheelchairs was the most present item (76.4%). Most dentists have specialization, master's or doctorate in the area of interest. The capitals presented an average waiting time for care of 19.8 days, with 78.0% completeness of the treatment of these patients and with repressed demand at hospital level. Brazilian capitals present differences in service offerings to people with disabilities, identifying that better physical structures of CEOs are related to better sociodemographic indicators in capitals. The study concludes that Brazilian capitals present differences in service offerings people with disabilities in dental specialty centers, mainly related to physical structure, higher profile of patients with ASD and in low completeness of treatments. In addition, it has been identified that better physical structures are related to better sociodemographic indicators of these capitals.

Keywords: Disabled Persons. Ambulatory Care. Public Health.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 no Brasil, representa o único modelo de sistema público universal de saúde em um país capitalista da América Latina. Outros países com um sistema universal de saúde que garantem o acesso como condição de cidadania são o Reino Unido, Canadá, Austrália, França, Suécia e Cuba (GIOVANELLA et al., 2018; OSA et al., 2011).

O acesso aos serviços de saúde bucal dentro do SUS no Brasil avançaram com a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, a qual possibilitou a mudança do modelo mutilador predominante na Odontologia, para um modelo voltado ao diagnóstico, tratamento e reabilitação, ampliando ações de prestação de cuidados, promoção da saúde e prevenção dos agravos (FREITAS et al., 2016; PUCCA et al., 2009; BRASIL, 2004). Neste contexto, foi proposta entre outras frentes, a qualificação e ampliação da atenção secundária, implementando os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que oferecem atendimento em diversas especialidades, incluindo o atendimento a pessoas com deficiência (BRASIL, 2004; LAROQUE et al., 2015).

O atendimento as pessoas com deficiência abrange aquelas que têm impedimento de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2010; CAMPOS et al., 2009). Estima-se que mais de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo apresentam algum tipo de deficiência, o que significa que uma pessoa a cada sete possui sua condição de vida modificada por apresentar alguma necessidade especial (PORTAL BRASIL, 2011). No Brasil, há cerca de 45 milhões de pessoas com algum tipo de limitação, correspondendo a 23,9% da população brasileira (IBGE, 2012).

Estudo realizado no Brasil sobre deficiência autorreferida, demonstrou que a maior prevalência de deficiência foi a visual, atingindo 7,2 milhões de pessoas, seguido da deficiência física 2,6 milhões, auditiva com 2,2 milhões e intelectual com 1,5 milhões. Em relação às regiões, a região sul seguida da região nordeste apresentou o maior percentual de pessoas com deficiência (PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2015). No que tange a outras deficiências, segundo dados do Ministério da Saúde em 2017, foram diagnosticados 42.420 novos casos de contaminação pelo

vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e 37.791 casos de aids, com uma taxa de detecção de 18,3/100.000 habitantes (2017), totalizando, no período de 1980 a junho de 2018, 982.129 casos de aids detectados no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Em relação ao Autismo, dados da OPAS avalia que 1 a cada 160 crianças tem transtorno do espectro autista (TEA). Estes indivíduos com TEA frequentemente apresentam outras condições concomitantes, incluindo epilepsia, depressão, ansiedade e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) (OPAS, 2019).

Uma pesquisa envolvendo a acessibilidade de crianças e adolescentes com deficiência na atenção básica demonstrou que 50,7% dos entrevistados havia buscado atendimento na atenção básica, sendo que somente 50% receberam atendimento. Os principais motivos para o não atendimento foram a indisponibilidade de vagas e a falta de preparo do profissional para o atendimento (ARAGÃO et al., 2011). Em relação à atenção especializada, um estudo foi realizado no CEO de Feira de Santana, entre 2006 e 2008 analisando 361 prontuários. A cárie dentária e a doença periodontal foram as afecções bucais mais frequentes. Do total de participantes a deficiência mental foi a condição mais prevalente, sendo o planejamento odontológico concluído em 126 (35%) desses pacientes (SANTOS et al., 2014).

A oferta dos serviços odontológicos especializados às pessoas com deficiência ainda é precária. Encontra-se uma lacuna na literatura frente à oferta dos serviços especializados nos CEO e como isso se comporta no Brasil, especificamente nas capitais brasileiras. Frente a esta observação, o objetivo do presente trabalho foi descrever a oferta dos serviços às pessoas com deficiência e analisar a relação da estrutura física com os indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras.

2 MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal com dados secundários sobre oferta dos serviços às pessoas com deficiência nos CEO e de indicadores sociodemográficos das capitais brasileiras.

2.2 LOCAL DE ESTUDO, POPULAÇÃO ALVO, FATORES DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DEFINIDOS

O Brasil possui 26 estados e um Distrito Federal, que consistem nas unidades federativas, agrupados em cinco regiões geopolíticas (Norte; Nordeste; Centro-Oeste; Sudeste e Sul). Foram incluídos no estudo todos os 123 CEO localizados nas capitais das unidades federativas.

2.3 VARIÁVEIS E FONTE DOS DADOS

As variáveis dos CEO foram obtidas nos módulos I (estrutura) e II (processo de trabalho) do instrumento de coleta de dados e foram organizadas em três categorias referentes a pessoas com deficiência. As variáveis destacadas em negrito foram consideradas para avaliação da oferta dos serviços no CEO.

(a) Características gerais do CEO: tipo de CEO (tipo I, II ou III), **quantidade de cadeiras odontológicas (número de cadeiras disponíveis do CEO), e carga horária semanal dos cirurgiões dentistas que atuavam exclusivamente na especialidade de pessoas com deficiência (soma da carga horária semanal de todos os dentistas desta especialidade);**

(b) Características do processo de trabalho do CEO: **Formação dos Cirurgiões Dentistas na área de atuação de pessoas com deficiência (Atualização/Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado ou Doutorado); Acesso ao CEO (demanda referenciada; espontânea ou mista); Existência de cotas pré-definidas para o encaminhamento da pessoa com deficiência aos CEO; Existência de demanda reprimida para atendimento a nível hospitalar da pessoa com deficiência; Tempo estimado de espera para atendimento no CEO; Garantia de tratamento completo para a pessoa com deficiência;** Perfil dos pacientes com deficiência (com movimentos involuntários; com deficiência visual ou auditiva ou de fala ou física que não apresentam distúrbios de comportamento; Gestantes e bebês sem alguma limitação; Pacientes autistas; Diabéticos, cardiopatas, idosos; HIV positivos; Pacientes com distúrbio de comportamento);

(c) Características estruturais: **considerou-se a presença de corredores adaptados para cadeiras de rodas, portas adaptadas, cadeira de rodas disponível no local, rampa de acesso com corrimão, banheiro para usuários contendo todos os itens** (acessórios com pia, vaso, dispensador para sabonete e papel em nível mais baixo, barras de apoio, portas com abertura para fora e área que permita manobra de cadeira de rodas); **e periféricos em condições de uso (aparelho de sedação com óxido nítrico e estabilização protetora para pessoa com deficiência)**. Para classificar a estrutura dos CEO nas capitais, foi calculada a proporção de CEO com todos os itens em: 0%-25%; 25,1%-50%; 50,1%-75% e 75,1%-100% dos itens presentes.

Os dados referentes aos indicadores socioeconômicos das capitais brasileiras foram obtidos do IBGE: População estimada no ano de 2014, Produto Interno Bruto (PIB) per capita em 2014 e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010.

2.4 ANÁLISE DE DADOS

Para verificar a oferta dos serviços no CEO foi realizada a coleta de dados dos instrumentos do PMAq-CEO Ciclo I onde estes foram exportados em planilhas do Microsoft Excel® 2010 e posteriormente exportados para o Programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20.0. Os resultados estão apresentados em tabelas e gráficos, com medidas de tendência central e dispersão, frequência relativa e absoluta. Os mapas foram confeccionados em um programa gráfico denominado CorelDRAW X8 64 bits (Corel Corporation). Para a análise da relação entre estrutura física e indicadores socioedemográficos foi realizada a confecção do mapa com divisões geopolíticas do Brasil, levando em consideração a classificação das capitais conforme a presença dos itens de estrutura em: 0 a 25%; 25,1 a 50%; 50,1 a 75%; 75,1 a 100%. Comparou-se estes resultados aos tercís do PIB e do IDHM das capitais.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados utilizados no presente estudo pertencem aos módulos aplicados pelos avaliadores externos durante as visitas aos CEO. A metodologia utilizada foi publicada por Goes et al., (2018). O presente estudo obteve aprovação no comitê de ética sob número CAAE: 23458213.0.0000.5208.

3 RESULTADOS

A tabela 1 demonstra os resultados de características sociodemográficas das capitais brasileiras. A capital com melhor PIB per capita em 2014 foi Brasília (R\$ 69.216,80), melhor IDHM (0,847) em 2010, Florianópolis e maior população estimada em 2014, São Paulo (1.189.589,3 pessoas).

Tabela 1 – Características sociodemográficas das capitais brasileiras. Brasil, 2010-2014.

Unidade Federativa/Capital	População	PIB (R\$)	IDHM
<u>Brasil*</u>	<u>1.787.876.778</u>	<u>32.097,11</u>	<u>0,780</u>
Acre- Rio Branco	363928,00	21.543,65	0,727
Alagoas- Maceió	1005319,00	20.853,41	0,721
Amapá- Macapá	446757,00	19.925,56	0,733
Amazonas- Manaus	2020301,00	33.446,76	0,737
Bahia- Salvador	2902927,00	19.505,84	0,759
Ceará- Fortaleza	2571896,00	22.057,20	0,754
Distrito- Brasília	2852372,00	69.216,80	0,824
Espírito Santo- Vitória	352104,00	66.375,05	0,845
Goiás- Goiânia	1412364,00	32.636,58	0,799
Maranhão- São Luís	1064197,00	24.737,98	0,768
Mato Grosso- Cuiabá	575480,00	35.666,92	0,785
Mato Grosso Sul - Campo Grande	843120,00	28.349,62	0,784
Pará- Belém	1432844,00	20.034,40	0,746
Paraíba- João Pessoa	780738,00	22.366,71	0,763
Paraná- Curitiba	1864416,00	42.314,71	0,823
Pernambuco- Recife	1608488,00	31.513,07	0,772
Piauí- Teresina	840600,00	21.130,46	0,751
Rio de Janeiro- Rio de Janeiro	6453682,00	46.461,82	0,799
Rio Grande do Norte- Natal	862044,00	22.128,84	0,763
Rio Grande do Sul- Porto Alegre	1472482,00	43.457,67	0,805
Rondônia- Porto Velho	494013,00	25.525,48	0,736
Roraima- Boa Vista	314900,00	23.307,97	0,752
Santa Catarina- Florianópolis	461524,00	37.546,32	0,847
São Paulo- São Paulo	11895893,00	52.796,78	0,805
Sergipe- Aracajú	623766,00	23.877,20	0,770
Tocantins- Palmas	265409,00	24.657,41	0,788
Minas Gerais- Belo Horizonte	2491109,00	35.187,85	0,810

*Dados da média das capitais de UF no Brasil (população, PIB e IDHM).

A tabela 2 apresenta as características gerais dos 123 CEO existentes nas capitais brasileiras no ano de 2014. A maioria era do tipo II, com média de 27,2 cadeiras por capital de UF (dados não mostrados em tabela). A capital com maior número de CEO e de cadeiras foi São Paulo, seguida do Rio de Janeiro. A capital com maior carga horária semanal dos CD para atendimento foi o

Rio de Janeiro com 500h, enquanto Rio Grande do Norte e Roraima não possuíam carga horária específica para este tipo de atendimento.

A tabela 3 apresenta a proporção de CEO com os itens que integram as características da estrutura. O aparelho de sedação foi o item com maior escassez, estando presente em 6,5% das capitais. A presença de corredores adaptados para uso de cadeiras de rodas (76,4%) foi o item que melhor contemplou a estrutura física entre as capitais. As capitais que apresentaram melhores estruturas foram Santa Catarina, Espírito Santo e Goiás.

Tabela 2 – Distribuição das características gerais dos CEO. Capitais brasileiras, 2014.

Unidade Federativa - Capital	Nº CEO	CEO Tipo I	CEO Tipo II	CEO Tipo III	Nº cadeira	CH* dos CD*	Nº cadeira/ habitantes
Capitais	123	7	66	26	734	3.644	1/448.534
Acre - Rio Branco	2	0	1	1	6	100	1/60.655
Alagoas - Maceió	2	0	1	1	13	140	1/77.332
Amapá - Macapá	2	0	0	2	16	60	1/27.922
Amazonas - Manaus	3	0	2	1	22	100	1/91.832
Bahia- Salvador	6	0	1	3	43	280	1/67.510
Ceará - Fortaleza	5	0	1	4	56	100	1/45.927
Distrito - Brasília	9	1	7	0	58	424	1/49.179
Espírito Santo - Vitória	1	0	1	0	6	20	1/58.684
Goiás - Goiânia	3	0	1	1	27	120	1/52.310
Maranhão - São Luís	3	1	1	1	15	36	1/70.946
Mato Grosso - Cuiabá	5	0	4	0	31	200	1/18.564
Mato Grosso Sul - Campo Grande	3	0	1	1	18	100	1/46.840
Pará - Belém	7	1	1	3	39	266	1/36.740
Paraíba - João Pessoa	5	1	0	3	34	140	1/22.963
Paraná - Curitiba	2	0	1	1	20	20	1/93.221
Pernambuco - Recife	4	0	3	1	20	80	1/80.424
Piauí - Teresina	2	0	1	0	9	40	1/93.400
Rio de Janeiro - Rio de Janeiro	17	1	14	0	93	500	1/69.394
Rio Grande do Norte - Natal	3	0	0	1	19	0	1/45.371
Rio Grande do Sul - Porto Alegre	4	0	2	0	25	126	1/58.899
Rondônia - Porto Velho	3	0	3	0	12	150	1/41.168
Roraima - Boa Vista	1	0	1	0	4	0	1/78.725
Santa Catarina - Florianópolis	3	1	1	0	12	88	1/38.460
São Paulo - São Paulo	25	1	16	1	115	454	1/103.443
Sergipe - Aracajú	1	0	0	1	7	40	1/89.109
Tocantins - Palmas	1	0	1	0	7	40	1/37.916
Minas Gerais - Belo Horizonte	1	0	1	0	7	20	1/355.873

* CH – carga horária CD – cirurgiões dentistas

Tabela 3 - Distribuição das características estruturais para atendimento as pessoas com deficiência nos CEO. Capitais brasileiras, 2014.

	ITENS DE ESTRUTURA DOS CEOS (%)							
	Corredor	Porta	Cadeira de rodas	Rampa	Banheiro	Aparelho de sedação	Contenção	Todos os itens
<u>Capitais</u> (123)	76,4	70,7	68,2	51,2	48,7	6,5	69,1	54,1
AC (2)	100,0	100,0	100,0	50,0	50,0	50,0	50,0	85,7
AL (2)	50,0	50,0	0	50,0	0	0	0	100,0
AP (2)	100,0	50,0	0,0	50,0	50,0	0	50,0	75,0
AM (3)	100,0	50,0	33,3	33,3	66,6	0	0	66,6
BA (6)	83,3	83,3	66,6	16,6	50,0	0	0	60,0
CE (5)	0	0	80,0	20,0	0	0	0	20,0
DF (9)	100,0	88,8	88,8	88,8	66,6	0	100,0	95,0
ES (1)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0	100,0	100,0
GO (3)	33,3	33,3	100,0	66,6	66,6	0	100,0	73,9
MA (3)	100,0	100,0	0	100,0	33,3	0	0	66,6
MT (5)	80,0	20,0	20,0	0	40,0	0	100,0	52,9
MS (3)	100,0	100,0	66,6	66,6	66,6	0	66,6	84,2
PA (7)	57,1	57,1	42,8	42,8	42,8	0	57,1	66,6
PB (5)	80,0	60,0	100,0	40,0	40,0	0	40,0	66,6
PR (2)	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	50,0	50,0	85,7
PE (4)	100,0	100,0	100,0	75,0	25,0	0	25,0	81,8
PI (2)	100,0	100,0	100,0	50,0	50,0	0	50,0	83,3
RJ (17)	64,7	64,7	52,9	52,9	23,5	29,4	0	57,2
RN 3)	33,3	33,3	33,3	0	66,6	0	0	33,3
RS (4)	100,0	100,0	50,0	75,0	0	0	0	65,0
RO (3)	33,3	66,6	0	0	0	0	0	20,0
RR (1)	0	0	0	0	0	0	0	0
SC (3)	100,0	100,0	100,0	100,0	66,6	33,3	100,0	96,0
SP (25)	84,0	80,0	84,0	64,0	76,0	0	64,0	82,2
SE (1)	100,0	0	0	0	0	0	0	20,0
TO (1)	100,0	100,0	100,0	0	100,0	0	100,0	88,8
MG (1)	0	0	100,0	0	0	0	100,0	55,5

*Proporção de CEO com todos os itens nas capitais de unidades federativas

A tabela 4 apresenta aspectos do processo de trabalho. Em relação a formação dos dentistas que atuam no CEO na área de pacientes com deficiência, a maioria possui especialização, mestrado ou doutorado, sendo a maior concentração destes profissionais no Pará. Nenhum CEO apresentou organização do agendamento por meio de demanda espontânea, sendo a maioria dos pacientes

atendidos por demanda referenciada e apenas 25 CEO possuíam cota para atendimento à pessoa com deficiência, apresentando também demanda reprimida a nível hospitalar. O tempo de espera para um atendimento dentro do CEO nas capitais brasileira chegou à média de 19,8 dias, sendo Fortaleza a capital com maior tempo de espera (90 dias). A completude do tratamento a pessoa com deficiência foi realizada em 96 CEO (78,0%). Em relação ao perfil das pessoas com deficiência atendidas nos CEO, 108 (87,8%) realizavam o atendimento para pacientes com distúrbios de comportamento, 106 (86,2%) para pacientes autistas e 103 (83,7%) para pacientes com deficiência visual/auditiva/fala ou física. Os perfis de menor atendimento foram os grupos de gestantes e bebês sem limitações, de HIV positivos e de diabéticos, cardiopatas e idosos.

Tabela 4 - Distribuição das características do processo de trabalho para atendimento as pessoas com deficiência nos CEO. Capitais brasileiras, 2014.

* Número de CEO existentes em cada capital

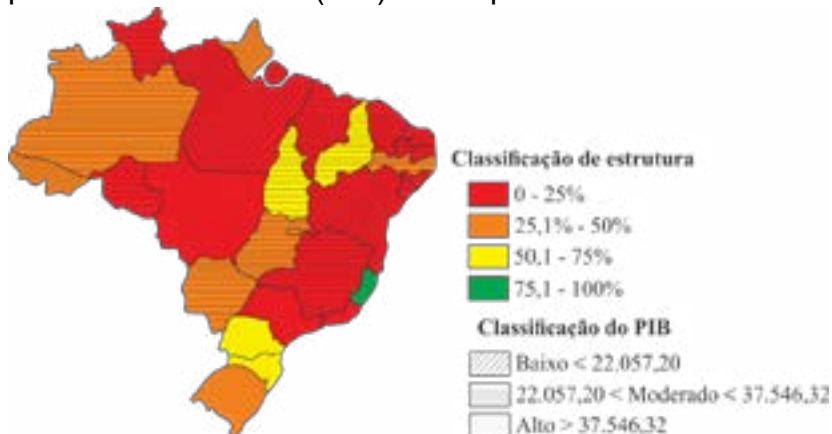
Estado da capital (nº de CEO)*	ITENS DO PROCESSO DE TRABALHO DO CEO										
	Formação na área (%)			(%)	Organização da demanda (%)			(%)	(%)	(dias)	(%)
	Apenas Graduação	Atualização/ Aperfeiçoamento	Especialização. Mestrado. Doutorado	Apoio resolução de casos	Referenciada	Espontânea	Mista	Cotas pré-definidas	Demanda Reprimida	Tempo médio de espera	Completo do Tratamento
Capitais	67	51	75	55	74	0	49	25	25	19	96
AC (2)	50,0	50,0	0	100,0	100,0	0	0	0	0	75	100,0
AL (2)	0	0	100,0	50,0	50,0	0	50,0	0	0	0	0
AP (2)	50,0	0	50,0	100,0	0	0	100,0	0	0	13	100,0
AM (3)	80,0	0	20,0	100,0	0	0	100,0	0	-	13	66,6
BA (6)	0	69,2	30,7	0	50,0	0	50,0	16,6	0	5	66,6
CE (5)	50,0	25,0	25,0	100,0	80,0	0	20,0	0,0	40,0	90	60,0
DF (9)	37,5	18,7	43,7	55,5	66,6	0	33,3	66,6	22,2	22	88,8
ES (1)	0	0	100,0	100,0	100,0	0	0	100,0	0	0	100,0
GO (3)	28,6	42,8	28,6	66,6	66,6	0	33,3	0	66,6	33	100,0
MA (3)	0	50,0	50,0	0	33,3	0	66,6	0	-	7	66,6
MT (5)	0	66,6	33,3	40,0	20,0	0	80,0	0	20,0	11	100,0
MS (3)	0	0	100,0	66,6	100,0	0	0	0	-	20	100,0
PA (7)	38,1	0	61,9	28,6	28,6	0	85,7	0	28,6	10	85,7
PB (5)	75,0	0	25,0	60,0	0	0	100,0	0	20,0	4	80,0
PR (2)	0	0	100,0	0	100,0	0	0	0	50,0	30	50,0
PE (4)	0	20,0	80,0	50,0	25,0	0	75,0	0	0	10	100,0
PI (2)	33,3	0	66,6	100,0	100,0	0	0	50,0	-	15	100,0
RJ (17)	81,2	15,6	3,1	23,5	23,5	0	76,5	29,4	5,8	16	76,5
RN (3)	0	0	0	0	100,0	0	0	0	33,3	0	33,3
RS (4)	62,5	12,5	25,0	25,0	100,0	0	0	100,0	25,0	40	50,0
RO (3)	75	25,0	0	33,3	66,6	0	0	0	0	7	33,3
RR (1)	0	0	0	0,0	100,0	0	0	0	0	-	100,0
SC (3)	0	0	100,0	33,3	100,0	0	0	33,3	100,0	7	100,0
SP (25)	8,3	58,3	33,3	48,0	96,5	0	0	16,0	32,0	42	88,0
SE (1)	0	50,0	50,0	100,0	0	0	100,0	100,0	0	10	0
TO (1)	0	0	100,0	0	0	0	100,0	0	0	30	100,0
MG (1)	0	0	100,0	100,0	100,0	0	0	100,0	0	7	100,0

Tabela 5 - Perfil das pessoas com deficiência atendidas nos CEO. Capitais brasileiras, 2014.

Estado da capital (n. de CEO)**	Movimentos involuntários	Deficiência física ou visual ou auditiva ou de fala	Gestantes e bebês sem alguma limitação	Pacientes autistas	Diabéticos, cardiopatas, idosos	HIV positivos	Pacientes com distúrbio de comportamento
Capitais brasileiras	<u>101</u>	<u>103</u>	<u>80</u>	<u>106</u>	<u>99</u>	<u>87</u>	<u>108</u>
AC (2)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	100,0
AL (2)	100,0	50,0	0	50,0	100,0	50,0	50,0
AP (2)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
AM (3)	100,0	66,6	33,3	100,0	66,6	66,6	100,0
BA (6)	50,0	100,0	83,3	100,0	100,0	83,3	100,0
CE (5)	40,0	60,0	20,0	60,0	60,0	60,0	60,0
DF (9)	100,0	66,6	55,5	100,0	66,6	55,5	100,0
ES (1)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
GO (3)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
MA (3)	66,6	100,0	100,0	66,6	100,0	100,0	100,0
MT (5)	100,0	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0
MS (3)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
PA (7)	85,7	100,0	100,0	100,0	71,4	57,1	100,0
PB (5)	80,0	61,2	20,0	80,0	20,0	20,0	80,0
PR (2)	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
PE (4)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
PI (2)	100,0	100,0	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0
RJ (17)	76,5	100,0	88,2	82,3	100,0	100,0	94,1
RN (3)	0	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3
RS (4)	100,0	75,0	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0
RO (3)	66,6	66,6	66,6	66,6	66,6	66,6	66,6
RR (1)	100,0	100,0	100,0	0	100,0	100,0	0
SC (3)	100,0	100,0	66,6	100,0	100,0	66,6	100,0
SP (25)	84,0	84,0	40,0	88,0	76,0	56,0	88,0
SE (1)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0	100,0
TO (1)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
MG (1)	100,0	0	0	100,0	0	0	0

A figura 1 apresenta mapa das capitais de UF no Brasil indicando a relação entre a estrutura física dos CEO e a classificação do PIB. O estado que obteve entre 75,1 e 100% de relação entre os indicadores foi Espírito Santo. Enquanto Santa Catarina, Tocantins, Paraná e Piauí apresentaram mais da metade até $\frac{3}{4}$ dos CEO com todos os itens (50,1 - 75%). A classificação do PIB como alto indicou as capitais de UF de Santa Catarina, Espírito Santo e Paraná, ficando Tocantins e Piauí com esse indicador moderado de PIB. Desta forma, a UF do Espírito Santo, apresentou alto PIB e melhor estrutura.

Figura 1 - Classificação da estrutura dos CEO para pacientes com deficiência em relação ao produto interno bruto (PIB) das capitais de unidade federativa. Brasil, 2014.



A figura 2 apresenta a classificação da estrutura e a relação com o indicador de IDHM. A relação de melhor estrutura e melhor indicador de IDHM manteve-se no estado de Espírito Santo. Santa Catarina e Paraná apresentaram-se com estrutura entre 50,1 – 75%, apesar de terem IDHM considerado alto, enquanto Tocantins e Piauí apresentaram o mesmo percentual de adequações e IDHM moderado.

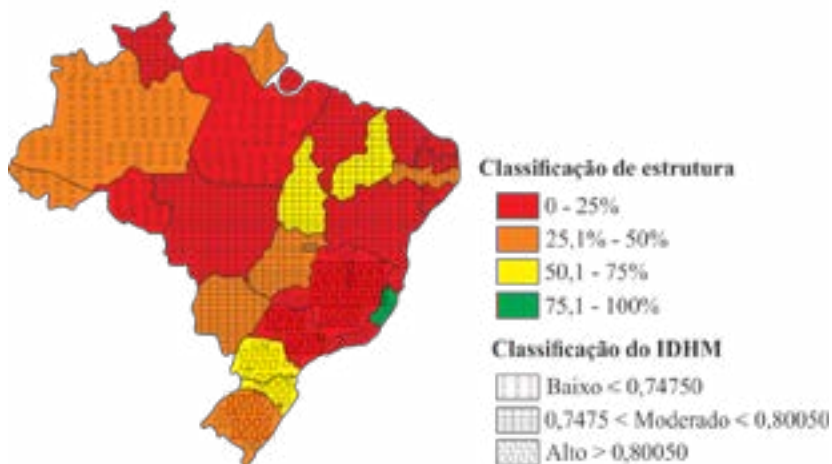


Figura 2 - Classificação da estrutura dos CEO para pacientes com deficiência em relação ao índice de desenvolvimento humano (IDH) das capitais de unidade federativa. Brasil, 2014.

4 DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciam que a oferta de serviços odontológicos às pessoas com deficiência nos CEO das capitais brasileiras ainda precisa ser ampliada. Observou-se que o tempo de espera para atendimento é em média de quase 20 dias ($\mu=19,8$), entretanto, somente 78% destes usuários tem o tratamento concluído. Grande parte dos CEO informou possuir demanda reprimida a nível hospitalar e conta com pouco apoio na resolução de casos. O perfil de usuários com menor atendimento foi em gestantes e bebês sem limitações, HIV positivos e diabéticos, cardiopatas e idosos.

Dos 123 CEO das capitais brasileiras avaliados em relação a estrutura física, 76,4% possuem adaptação dos corredores a pessoas com deficiência; 70,7% possuem portas adaptadas e 68,2% possuem cadeiras de rodas no local. Rampas de acesso estão presentes em 51,2% e banheiros adaptados em 48,7%. Estes dados corroboram com os encontrados em estudo de Pagliuca et al. (2007) que investigou em 2004 as barreiras arquitetônicas em hospitais de Sobral, Ceará. Os autores concluíram que os resultados do estudo confirmam barreiras arquitetônicas no interior dos hospitais, com conseqüente comprometimento do deslocamento de pessoas portadoras de deficiência física. Estas barreiras são constituídas por escadas, rampas e inadequação dos mobiliários e equipamentos que não atendem à legislação.

Essas barreiras arquitetônicas muitas vezes dificultam ou impedem o atendimento dos pacientes com necessidades especiais nos serviços de saúde. No RELATÓRIO DO 1º CICLO PMAQ-CEO (2016) verificou-se que a presença de todos os itens da estrutura física dos CEO foi maior nas regiões Sudeste (38,3%) e Sul (33,6%). As regiões Norte e Nordeste são as que apresentam a pior acessibilidade física aos usuários dos CEO. No Brasil, o item da estrutura com menor adequação foi a rampa de acesso com corrimão (46,9%) (RELATÓRIO DO 1º CICLO PMAQ-CEO, 2016).

Segundo a publicação, CAMINHOS DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL (2016), barreiras arquitetônicas são formadas por toda e qualquer barreira relacionada às construções urbanas ou às edificações. Elas impedem o exercício do mais básico dos direitos de qualquer cidadão, o de deslocar-se livremente. Os autores consideram ainda muitos estabelecimentos assistenciais com dificuldades estruturais em decorrência, muitas vezes, da utilização de edificações adaptadas. Em relação aos dados publicados no Brasil em 2014, os corredores adaptados para cadeiras de rodas estavam presentes em 76,9% dos CEO, as portas adaptadas em 78,1%, a cadeira em condições de uso no local em 58,8% e a rampa com corrimão em 46,9% (OS CAMINHOS DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL, 2016).

Em relação aos equipamentos periféricos para o atendimento a pessoa com deficiência, somente 69,1% capitais possuem estabilização protetora em todos os CEO. Vale ressaltar que em relação a este resultado, Vitória, Palmas e Belo Horizonte possuem somente um CEO, o que facilita o cumprimento desta adequação. O aparelho de sedação está presente em alguns CEO, não sendo disponível em todas as capitais. A utilização das contenções mecânicas e aparelhos de sedação são de suma importância no atendimento humanizado e adequado do paciente especial, muitas vezes evitando o encaminhamento a anestesia geral em nível hospitalar.

Em relação a esta dificuldade do atendimento em nível hospitalar, o estudo de Cardoso et al., (2011) encontrou que as dificuldades para o atendimento odontológico foram relatadas por 65% dos cuidadores, indicando a baixa oferta de dentistas para atender pacientes especiais, demora no agendamento e indisponibilidade de atendimento com anestesia geral.

Nosso estudo corrobora com os dados dos autores acima, pois nas capitais brasileiras foi identificado um longo tempo de espera nos agendamentos/atendimentos e uma alta demanda reprimida de atendimentos a nível hospitalar. Prabhu et al., (2010) relatam que no tratamento com anestesia geral, espera-se por um período de até 12 meses, e 3-4 meses para tratamentos com sedação. Esse tempo de espera faz com que os pacientes necessitem de cuidados odontológicos extras, que podem causar o agravamento de condições existentes, tornando-as mais difíceis de serem tratadas posteriormente.

Diferente do estudo de Cardoso et al., (2011), a baixa oferta de dentistas capacitados para o atendimento dos pacientes com deficiência não foi observada no presente estudo. Nas capitais brasileiras cerca de 65% dos dentistas do CEO possuem aperfeiçoamento, especialização, mestrado ou doutorado na área de interesse. Nos dados coletados em 2014 quanto à formação complementar dos profissionais nas especialidades mínimas exigidas para o credenciamento de um CEO, verificou-se que a maioria apresentava pós-graduação lato sensu e ainda havia aqueles com Mestrado e/ou Doutorado. Em relação aos profissionais para atendimento de pacientes especiais nos CEO do Brasil, cerca de 0,5% dos dentistas possuem pelo menos especialização na área (OS CAMINHOS DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL, 2016).

Estudo de Aragão et al., (2011) sobre a acessibilidade da criança e do adolescente com deficiência na atenção básica de saúde bucal no serviço público relata que metade dos que procuraram os serviços básicos de saúde bucal não conseguiram atendimento odontológico, sendo os motivos mais citados a indisponibilidade de vagas e a falta de adaptação dos profissionais para lidar com pessoas com deficiência. Salienta-se que no CEO, por ser um centro de especialidade e o atendimento a pessoa com deficiência ser considerado uma especialidade básica, o cirurgião dentista que atua nesta área deve ter alguma capacitação em sua formação para tal atendimento.

O perfil do usuário com deficiência nos CEO foi em sua grande maioria pacientes com TEA, pacientes com deficiência visual/auditiva/fala ou física. O perfil de menor atendimento foi gestantes e bebês sem limitações, HIV positivos e diabéticos, cardiopatas e idosos. Esse perfil de atendimento demonstra a real necessidade de estruturas físicas adequadas, com boa ambiência, número adequado de contenções e aparelhos de sedação e constante capacitação dos profissionais. Além disso, ressalta-se a importância do atendimento especializado aos demais pacientes como gestantes e bebês sem limitações, HIV positivos e diabéticos, cardiopatas e idosos. Esse grupo de pacientes pode ter menor percentual de atendimento no CEO pois os encaminhamentos para a atenção secundária se dão através da atenção básica. Dados coletados em relação aos CEO em 2014 demonstra que o perfil dos pacientes atendidos se concentra principalmente em atender paciente com distúrbios de comportamento (92,8%) e com movimentos involuntários (89,0%) (RELATÓRIO DO 1º CICLO PMAQ-CEO, 2016).

A porta de entrada preferencial do usuário é a unidade básica de saúde ou os serviços de emergência ou pronto atendimento, onde será assistido, receberá orientação e/ou encaminhamento para a unidade mais adequada ao seu caso. Essa dinâmica possibilita uma distribuição racional da clientela, evitando a sobrecarga de qualquer um dos serviços (BRASIL, 2010). Os profissionais das equipes de saúde bucal são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo seu encaminhamento aos centros especializados.

Em relação as comparações das capitais de estado com melhores indicadores de estrutura, o presente estudo identificou Espírito Santo, Santa Catarina e Tocantins. A comparação com o PIB demonstrou que o estado de Espírito Santo foi classificado também com um PIB alto.

A classificação da estrutura e a relação com o indicador de IDHM revela que esta relação se manteve alta nos estados de Santa Catarina e Espírito Santo. Esses resultados indicam que as melhores classificações de estrutura dos CEO estão relacionadas aos melhores indicadores de PIB e IDHM, ou que grande parte das melhores estruturas estão em capitais com indicadores de IDHM e PIB moderados. Esses resultados podem ter sido melhor classificados nas capitais de estados com baixo número de CEO: Espírito Santo (1), Santa Catarina com (3) e Tocantins (1).

5 CONCLUSÃO

O estudo conclui que as capitais brasileiras apresentam diferenças nas ofertas dos serviços as pessoas com deficiência nos centros de especialidade odontológica, principalmente relacionado a estrutura física, ao maior perfil dos pacientes com TEA e na baixa completude dos tratamentos. Além disso, foi identificado que melhores estruturas físicas estão relacionadas com melhores indicadores sociodemográficos dessas capitais.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, R. *et al.* Acessibilidade da Criança e do Adolescente com Deficiência na Atenção Básica de Saúde Bucal no Serviço Público: Estudo Piloto. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 11, n. 2, p. 159-164, abr./jun. 2011.

<http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/1425/664>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.341/GM, de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 126, p. 74, 2 jul. 2012. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LR-PDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Brasília, DF, 2006.

Diário Oficial da União. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html.

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.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 24 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf.

CAMPOS, C. C. *et al.* **Manual prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais**. Goiânia-GO, 2 ed, p. 111, 2009. https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/133/o/Manual_corrigido-.pdf.

CARDOSO, A. M. R.; BRITO, D. B. A.; ALVES, V. F.; PADILHA, W. W. N. O Acesso ao Cuidado em Saúde Bucal para Crianças com Deficiência Motora: Perspectivas dos Cuidadores. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v.11, n.4, p. 593-99, 2011. <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1496/742>.

FIGUEIREDO, N; GOES, P. S. A; MARTELLI, P. J. L. (orgs.) **Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais**. Recife: Editora UFPE, 2016. 100 p. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/RELAT%C3%93RIO_1%C2%BA+Ciclo+-+PMAQ_CEO.pdf/fede7926-f16e-4c6e-81ab-320ad01b30b5.

FIGUEIREDO, N; GOES, P. S. A; MARTELLI, P. (orgs.) **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, 2016. 268 p. https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_+PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7.

FREITAS, C. H. S. M.; LEMOS, G. A.; PESSOA, T. R. R. F.; ARAUJO, M. F.; FORTE, F. D. S. Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 131-143, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080011>.

GIOVANELLA, L. *et al.* Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies. **Ciênc. saúde coletiva**, [online], Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, June 2018. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1763.pdf>.

GOES, P. S. A. *et al.* Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 18, n. 1, p. 1-11, e3433, 2018.
<http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3433/pdf>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf.

LAROQUE, M. B.; FASSA, A. G.; CASTILHOS, E. D. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal do Centro de Especialidades Odontológicas de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n.3, p. 421-30, July/sept. 2015. <https://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00421.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico. HIV AIDS 2018**. v.49, n. 53, 2018.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha informativa - Transtorno do espectro autista**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5651:folha-informativa-transtornos-do-espectro-autista&Itemid=1098. Acesso em: 30 jan.2019

OSA, J. A. L. Um olhar para a saúde pública cubana. **Estud. av.**, São Paulo, v. 25, n.72, p. 89-96, may/aug. 2011. <https://www.scielo.br/pdf/ea/v25n72/a08v25n72.pdf>.

PAGLIUCA, L. M. F.; ARAGÃO, A. E. A.; ALMEIDA, P. C. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n.4, p. 581-8, Dec. 2007. <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/06.pdf>.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 92 p.

PORTAL BRASIL. Ciência e tecnologia. 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/educacao-e-ciencia/2011/06/oms-diz-que-mais-de-1-bilhao-de-pessoas-no-mundo-sofrem-de-algum-tipo-de-deficiencia> . Acesso em: 30 jan. 2019.

PRABHU, N. T.; NUNN, J. H.; EVANS, D. J.; GIRDLER, N. M. Access to dental care - parent's caregivers' views on dental treatment services for people with disabilities. **Spec Care Dentist**, v.30, n.2, p. 35- 45, mar./apr. 2010.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20415799/>.

PUCCA JÚNIOR, G. A.; COSTA, J.F.R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. Oral health policies in Brazil. **Braz. oral res.**, São Paulo, v. 23, supl. 1, p. 9-16, June 2009. <https://www.scielo.br/pdf/bor/v23s1/03.pdf>.

SANTOS, C. M. L. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes com necessidades especiais atendidos em um centro de especialidades odontológicas do interior baiano. **Rev. baiana saúde pública**, v. 38, n. 1, p. 83-94, jan/mar. 2014. <http://www.rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/446>.

A adesão à Educação Permanente e Usos do Telessaúde pelos Centros De Especialidades Odontológicas: Uma análise da Importância dessas Ferramentas no Processo de Trabalho

Timilly Mayra Martins-Cruz

Avaliadora externa do PMAQ – CEO/2º ciclo.

Mara Vasconcelos

Coordenadora Estadual de Minas Gerais

Marcos Azeredo Furquim Werneck

Coordenador Macro Regional de Minas Gerais e da região Centro Oeste

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

RESUMO

Introdução: A educação permanente dos profissionais de saúde (EPS) é uma estratégia para a implementação da gestão focada na qualidade dos serviços prestados através da melhoria do processo de trabalho. A Telessaúde surge como uma evolução tecnológica voltada para atender demandas na área da saúde nos segmentos clínicos, administrativos e educacionais, oferecendo suporte também para a qualificação desses profissionais. **Objetivos:** analisar a adesão dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) participantes da avaliação externa do PMAQ – CEO, às ações de Educação Permanente nas diferentes regiões do Brasil e ressaltar sua importância para o processo de trabalho do Cirurgião dentista e da população, além de evidenciar a importância da utilização do Telessaúde como ferramenta auxiliar nos diagnósticos, no sentido de otimizar a prestação de serviço de saúde à população. **Métodos:** Este estudo consistiu numa abordagem quantitativa, realizada a partir dos resultados do relatório do 1º Ciclo da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO). **Resultados:** Nas regiões Norte (33,9%), Centro Oeste (43,5%) e Nordeste (47%) menos da metade dos CEO contam com ações de Educação Permanente para os profissionais. As ações de Educação Permanente não atendem à demanda das equipes do CEO no país. Ações incipientes nas modalidades Telessaúde e Tutoria/Preceptorial são realizadas. E nos estados das regiões Norte e Nordeste essas modalidades são ainda menos utilizadas. **Conclusão:** a adoção da Educação Permanente e do serviço de Telessaúde são indispensáveis para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, com o intuito de fortalecer a qualificação de todos os segmentos populacionais, favorecendo a prestação de um serviço de saúde mais participativo, efetivo e equânime.

Palavras-chave: Educação continuada. Telemedicina. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The permanent education of health professionals (PEH) is a strategy for the implementation of management focused on the quality of services provided through the improvement of the work process. Telehealth emerges as a technological evolution aimed at meeting health demand in the clinical, administrative and educational segments, also supporting the qualification of these professionals. **Objectives:** to analyze the adherence of the Dental Specialty Centers (DSC) to the

permanent education actions in the different regions of Brazil and to emphasize its importance for the work process of the dentist and the population, besides emphasize the importance of using telehealth as an auxiliary tool in diagnostics, in order to optimize the provision of health services to the population. Methods: this study consisted of a quantitative approach, based on the results of the report of 1st Cycle of External Evaluation of the Program for Access and Quality Improvement of Dental Specialty Centers (EE- PAQI/DSC). Results: In the Northern regions (33,9%), midwest (43,5%) and Northeast (47%) less than half of DSC have Permanent Education actions for the professionals, while PE actions do not meet the demand of DSD teams in the country. Incipient actions in the Telehealth modalities are performed, and in the states of the North and Northeast regions, these modalities are even less used. Conclusion: the adoption of Permanent Education and the Telehealth are indispensable for improving the quality of health services, in order to strengthen the qualification of all population segments, favoring the provision of a more participatory health service, effective and equanimous.

Keywords: Continuing Education. Telemedicine. Health Management.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), com suas bases estruturadas na reforma sanitária, tem como competência constitucional ordenar a formação dos profissionais da área. Nesse sentido, as políticas públicas de saúde brasileiras, ora fundamentadas nas diretrizes do SUS, têm demonstrado importante papel para desencadear mudanças no processo de educação dos profissionais da saúde (BRASIL, 2018, p.9). No texto da Constituição Federal (Artigo 200), fica estabelecido que “ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988).

A ênfase da educação na sociedade atual é a do mercado, o que torna, então, necessário esclarecer que educação permanente em saúde, no entendimento do SUS, refere-se ao processo de ensino-aprendizagem: é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e do trabalho (BRASIL, 2005, p.12). É considerada um suporte na implementação do SUS, de tal modo que efetive o conceito ampliado de saúde. Difere das propostas de transferência de conhecimentos, que aponta as necessidades cada vez mais exigentes de um perfil de trabalhador polivalente, qualificado ou ainda bem treinado (SARRETA, 2009).

A educação permanente é, nessa abrangência, uma estratégia político-pedagógica e parte do pressuposto da aprendizagem significativa, a aprendizagem que produz sentido para o sujeito. A aprendizagem significativa faz a interlocução com os problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas possuem (BERTUSSI, 2004). Ou seja, essa estratégia deve inferir no processo de trabalho de saúde, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) uma maior capacidade de intervenção e autonomia, o que contribui diretamente para o estabelecimento de práticas transformadoras em saúde. Isto propicia o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (BRASIL, 2013, p.19).

Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/ programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva do processo de trabalho e identificação de nós críticos possa elaborar estratégias de atuação. Estimula-se, assim, experiências inovadoras nas práticas de saúde e na gestão do cuidado reconhecendo o mérito dos profissionais do

serviço e gestores que alcancem melhor desempenho e resultados na atenção à saúde (BRASIL, 2013, p.19).

Através da discussão sobre o cotidiano de trabalho, a educação permanente em saúde possibilita pactos e acordos coletivos de trabalho no SUS, seu foco são os processos de trabalho, seu alvo são as equipes e seu lócus de produção são os coletivos (BRASIL, 2009, p.132). Essa aprendizagem dos profissionais de saúde passa a ter sentido quando ela é significativa, ou seja, quando o material a ser aprendido tem algum sentido para o educando (CARDOSO, 2012).

Por fim, a EPS está relacionada à concepção de integralidade, que é analisada por Mattos (2004, 2003) em três eixos de sentidos: o primeiro aplicado às características das políticas de saúde no sentido de articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; o segundo, ligado à apreensão ampliada e contextualizada das necessidades de saúde; e o terceiro, ao modo de organização dos serviços de saúde, que busca a articulação dos diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde, a interdisciplinaridade, a multiprofissionalidade e a intersetorialidade.

A partir da 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003), a Educação Permanente em Saúde (EPS) passou a ser indicada para a formação e qualificação dos trabalhadores da saúde. Neste momento, o Ministério da Saúde buscou desenvolver estratégias para consolidar a formação de seus trabalhadores, que até há pouco era esporádica por meio de cursos de atualização, treinamentos e protocolos, de acordo com a implementação de projetos e programas e recursos específicos, ocasionais e pontuais (SARRETA, 2009).

Nessa trajetória, o Ministério da Saúde (MS) cria, em 2003, a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), chamando para si a responsabilidade institucional da construção e implementação da inédita Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004). O Programa de Educação Permanente (PEP), lançado em 2004, é financiado integralmente com recursos do tesouro estadual e está presente em todas as 13 regiões ampliadas de saúde do Estado investigado, tendo como parceiras 17 instituições (16 universidades e a prefeitura da capital do Estado).

Com a PNEPS criou-se Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) que foram eficazes na difusão da proposta da EPS pelos diferentes municípios brasileiros (LEMOS, 2016), construída em cada localidade do País (BRASIL, 2005). Esses Polos são instâncias colegiadas que servem para a articulação, o diálogo, a negociação e a pactuação interinstitucional. São espaços onde atores de diversas origens se encontram e pensam juntos as questões da Educação Permanente em Saúde, como em uma mesa de negociação.

Os participantes dos PEPS são os gestores estaduais e municipais de saúde, as instituições de ensino com cursos na área da Saúde, os hospitais de ensino, as organizações estudantis da área da Saúde, os trabalhadores de saúde, os conselhos municipais e estaduais de saúde, os movimentos sociais ligados à gestão social das políticas públicas de saúde e todos aqueles que, de alguma maneira, estejam envolvidos com as questões de saúde (BRASIL, 2005, p.17).

Com foco na educação permanente na área da Odontologia, o Ministério da Saúde oferece o Fórum Rede-CEO, que propicia a constituição de um importante espaço de ampla comunicação dos gestores e trabalhadores do CEO (Centro de Especialidades Odontológicas). Este fórum assegura a interação entre os indivíduos e coletivos, em um ambiente que permite a troca dinâmica de informações e experiências, com a apresentação de dificuldades, narrativas vinculadas ao seu cotidiano, de maneira a viabilizar o aprendizado mediante as trocas e a reflexão sobre a sua experiência e a experiência do outro (BRASIL, 2013).

Além disso, outras modalidades as quais podem ser praticadas nos CEO abrangem: a participação em seminários, mostras, oficinas e grupos de discussão. Também podem ser implementados à EP os cursos presenciais, trocas de experiências e ações de tutoria/preceptoria e a Telessaúde.

A Telessaúde, ou telemedicina, é um termo genérico usado desde 1970 que se refere à curso a distância, por meio da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), no sentido de melhorar os resultados dos pacientes e aumentar o acesso aos cuidados e às informações válidas para diagnóstico, tratamento, prevenção de doenças e de lesões, além de pesquisa e avaliação (SILVA, 2017).

Além disso, é uma ferramenta que auxilia nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças aos indivíduos e suas comunidades (OMS, 2010), em especial, as comunidades localizadas em áreas remotas ou rurais com poucos serviços de saúde e pessoal (ANDRADE et al., 2011; PINTO et al., 2014).

O Programa Telessaúde Brasil Redes tem a missão de integrar as equipes de saúde da família aos Centros Universitários de referência, no sentido de conferir resolutividade política, operacional, metodológica e prática, diante dos desafios enfrentados pelas populações residentes em locais remotos (LOPES & HEIMANN, 2016).

Conforme destacam Novaes et al., (2012), o Programa tem como objetivo a redução de encaminhamentos, tempo e gastos com à saúde. Oferece ainda ações de apoio à assistência à saúde e a Educação Permanente, ofertada aos trabalhadores de saúde, no sentido de realizar a capacitação fundamentada nos desafios encontrados durante a realização do processo de trabalho e para a melhoria da qualidade do atendimento em saúde oferecido à população. Dessa maneira, o Programa é responsável pela formulação e gestão das Teleconsultorias, Telediagnósticos e Segunda Opinião Formativa, voltados aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e também aos atores sociais envolvidos no controle social do SUS (LOPES & HEIMANN, 2016).

Diante disso, o objetivo deste trabalho foi o de analisar a adesão dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) participantes da avaliação externa do PMAQ – CEO/ 1º ciclo às ações de Educação Permanente nas diferentes regiões do Brasil e ressaltar sua importância para o processo de trabalho do Cirurgião dentista e da população, além de evidenciar a importância da utilização do Telessaúde como ferramenta auxiliar nos diagnósticos, no sentido de otimizar a prestação de serviço de saúde à população.

2 MÉTODOS

Este estudo consistiu numa abordagem quantitativa, realizada a partir dos resultados apresentados no relatório do 1º Ciclo da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO) (GOES et al., 2018).

A avaliação externa é uma das fases operacionais do PMAQ/CEO, que considera as ações em saúde no campo das práticas sociais. Têm suas bases conceituais, teóricas e metodológicas na abordagem do modelo sistêmico donabediano estrutura-processo-resultados e da qualidade em saúde. Operacionalmente, consistiu na coleta de informações para analisar as condições de acesso e qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que participam do Programa (GOES et al., 2018), como a finalidade reconhecer e valorizar os esforços e resultados dos CEO e do Conselho Estadual, Municipal e gestores do Distrito Federal na qualificação da Atenção Especializada em Saúde Bucal, para formular juízos de valor das Unidades de Saúde pesquisadas para decisões a serem tomadas (GOES et al., 2018).

A avaliação externa consistiu no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade dos CEO onde além da observação do serviço com roteiro estruturado, foram incluídos como sujeitos da pesquisa: os gerentes (1), cirurgiões dentistas (pelo menos 1) e usuários (10) de cada estabelecimento de saúde, todos deveriam ter acima de 18 anos de idade. Buscou-se reconhecer e valorizar os esforços e resultados do CEO e dos gestores municipais de saúde na qualificação da atenção especializada em saúde bucal.

Esta avaliação externa foi realizada sob a coordenação geral do Centro Colaborador em Vigilância em Saúde Bucal do Ministério da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CECOL/MS/UFPE) e Coordenação Geral de Saúde Bucal/Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde (CGSB/DAB/MS) além de instituições de ensino superior (IES) e/ou pesquisa (IEP) responsáveis pela condução de um conjunto de ações que averiguou as condições de acesso e de qualidade dos CEO que fizeram adesão ao programa (BRASIL, 2016). Os avaliadores de qualidade da AVE-PMAQ/CEO, selecionados e capacitados pelas Instituições de Ensino (IES) e Pesquisa (IEP), aplicaram instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelos profissionais e pela gestão. Foram realizadas observações de infraestrutura do CEO, entrevista com o gerente do CEO, com um cirurgião-dentista do CEO, com usuários e verificação de documentos.

O estudo foi realizado com dados de CEO de todo Brasil, totalizando 932 estabelecimentos de saúde. Ressalta-se que a amostra inicial prevista era de 984 estabelecimentos na pesquisa original, porém 52 (5%) foram excluídos por se encontrarem fechados, em reforma, desabilitados pelo Ministério da Saúde ou que se recusaram a participar. A análise dos dados foi descritiva, com auxílio do programa estatístico Statistical Package for Social Sciences – SPSS versão 25.0. A análise descritiva foi apresentada em distribuição de frequências, proporções e medidas de tendência central. Os dados foram classificados de forma sistemática, com sumarização dos mesmos para avaliar as características gerais da população de estudo. Posteriormente foram realizadas análises bivariadas onde os índices foram descritos conforme as variáveis dos usuários e do CEO. Para testar a homogeneidade entre as variáveis, foi utilizado o teste de qui quadrado de

Pearson e considerado o nível de significância de 5%.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), obtendo parecer favorável sob o CAAE 23458213.0.0000.5208, obedecendo aos requisitos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, beneficência e da não maleficência.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Educação Permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, no entanto, tem sido pouco desenvolvida. Nas regiões Nordeste (47%), Centro Oeste (43,5%) e Norte (33,9%) menos da metade dos CEO contam com ações de Educação Permanente para os profissionais.

Dentre as ações de Educação Permanente, a participação em Seminários, Mostras, Oficinas e Grupos de discussão (36,7%); seguidas de Cursos presenciais (32,9%); e, Troca de experiências (31,3%) foram as modalidades mais frequentemente identificadas nos CEO do Brasil. Pouquíssimas ações nas modalidades Telessaúde e Tutoria/Preceptoria são realizadas. E nos estados das regiões Norte e Nordeste essas modalidades são ainda menos utilizadas (NICELMA et al., 2016). As ações de Educação Permanente não atendem à demanda das equipes do CEO no país (Tabela 1).

Tabela 1 - Ações de educação permanente e usos do Telessaúde nos CEO, por regiões. Brasil, 2014.

Regiões	De que ações o CEO já participou							Usos do Telessaúde nos CEO			Ações de EP atendem à demanda
	Município promove ações de EP no CEO	Seminários, mostras, oficinas, discussão	Cursos presenciais	Cursos a distância	Telessaúde	Troca de experiência	Tutoria/Preceptoria	Especialização/ Mestrado Doutorado	Graduação	Atualização/Aperfeiçoamento	
Norte	33,9	25,4	20,3	6,8	1,7	20,3	0,0	0,0	0,0	0,0	8,5
Nordeste	47,0	35,7	27,0	18,3	2,0	29,3	6,5	1,4	1,7	0,8	14,1
Sudeste	54,9	38,9	39,5	23,1	8,0	34,4	7,1	3,5	1,8	2,7	14,8
Sul	52,1	40,2	39,3	17,9	4,3	35,0	11,1	5,6	1,7	4,3	13,7
Centro-oeste	43,5	33,9	30,6	17,7	8,0	29,0	9,7	6,4	3,2	6,4	12,9
Brasil	49,4	36,7	32,9	19,2	4,8	31,3	7,1	2,6	1,9	2,0	13,9

Fonte: Elaboração própria com dados AE/PMAQ/CEO/SUS/ 1º Ciclo

O Sistema Único de Saúde (SUS), pela dimensão e amplitude que tem, aparece na arena dos processos educacionais de saúde como um lugar privilegiado para o ensino e a aprendizagem, especialmente os lugares de assistência à saúde. Educar “no” e “para o” trabalho é o pressuposto da proposta de educação permanente em saúde (EPS). Os lugares de produção de cuidado, visando integralidade, corresponsabilidade e resolutividade são, ao mesmo tempo, cenários de produção pedagógica, pois concentram, o encontro criativo entre trabalhadores e usuários (FRANCO, 2007).

A enorme relevância da EPS nos serviços de saúde é fatídica, no entanto, na literatura científica, observa-se uma carência de estudos que a analisem como objeto central, articulada ao processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas que atuam tanto na atenção primária quanto na secundária e as concepções da política pelos atores envolvidos. Tais estudos poderiam contribuir fortemente para a consolidação da PNEPS constituindo papel importante na concepção de um

SUS democrático, equitativo e eficiente (MEDEIROS et al., 2010; MERHY, FEUERWERKER & CECCIM, 2006).

Maciel e col. (2017) realizaram uma revisão integrativa a qual objetivou identificar o lugar da Educação Permanente em Saúde (EPS) no processo de trabalho dos cirurgiões- dentistas da Estratégia Saúde da Família (ESF) retratando a relação entre as ações educativas para cirurgiões- dentistas da ESF e os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Tais autores verificaram uma pluralidade nos objetos de estudo, porém uma escassez quando se analisava qual o sentido dessa política no processo de trabalho em saúde bucal, assim como suas contribuições, potencialidades e fragilidades, havendo uma prevalência nesses estudos mais de ações pontuais de capacitação relacionadas a temáticas diversas. Dessa maneira, pode-se observar existe ainda uma deficiência no entendimento e aceitação das reais propostas e objetivos da PNEPS nos serviços de saúde, tanto para os profissionais quanto para os gestores.

Goulart (2016) realizou um estudo que teve como objetivo analisar a percepção dos cirurgiões-dentistas e dos coordenadores municipais de saúde bucal sobre a PNEPS implementada para as equipes de saúde bucal da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), no Espírito Santo (ES). Neste estudo, foram observadas algumas barreiras para a efetivação da EP no processo de trabalho. Um dos fatores destacados foi a frequente priorização dada pelos gestores à produtividade em detrimento da qualidade da assistência a ser prestada pelos profissionais à população. Nessa ótica, pode-se observar um distanciamento entre os gestores e profissionais da saúde no planejamento da gestão. Para que estes profissionais possam participar ativamente na EPS, é necessário que adquiram novas habilidades, rompam com os modelos hegemônicos e superem as modelagens de serviços centrados em procedimentos para configurar novas produções (CECCIM, 2005). Para tanto, é preciso ir além do procedimento padrão, dos registros e da produtividade (CECCIM & FEUERWERKER, 2004). De acordo com Nicoletto et al. (2013), a efetivação da PNEPS depende tanto do compromisso assumido pelo gestor e de sua compreensão sobre a EPS quanto dos modos como enfrenta os conflitos e negocia acordos com os trabalhadores de saúde.

Silva et al., (2011) realizaram um estudo no município de Nossa Senhora do Socorro/SE com o objetivo de conhecer a percepção dos cirurgiões-dentistas em relação do SUS/PSF. Um dos pontos abordados foi a frequência de oferta de cursos de capacitação, onde a maioria (60,97%) dos CD participantes do estudo declararam não existir a oferta dos cursos.

Segundo esses autores, tais resultados demonstram a dificuldade de promover a adequação necessária aos programas de desenvolvimento dos profissionais inseridos nas equipes, comprometendo o fortalecimento da articulação ensino-serviço em torno, principalmente, das necessidades de capacitação dos profissionais de saúde inseridos nas equipes. Este estudo elaborado por Silva et al., (2016), apesar de ter sido realizado com cirurgiões-dentistas da Equipe de Saúde da Família nos ajuda a possivelmente compreender a incipiente participação dos municípios na promoção de ações de EP aos profissionais do CEO.

Os autores ainda discorrem:

“Porém, outros fatores contribuem para que a capacitação não seja resolutive, porque os descaminhos da Odontologia mostram profissionais desmotivados, gestores sem compromisso e pacientes desacreditados, corroborando uma prática desvinculada dos ideais do SUS”. Silva et al., 2016.

Portanto, é central que as gestões estimulem os processos de educação permanente com os profissionais do CEO, entre os CEO, entre equipe de saúde bucal da atenção básica e CEO, no âmbito municipal, no âmbito regional e estadual (BRASIL, 2013).

Almeida et al ., (2016), realizaram um estudo em que observaram a experiência dos cirurgiões-dentistas do município de Fortaleza/CE no Curso de Atualização na Estratégia de Saúde da Família, desde sua estruturação até a finalização com seus produtos e reflexões de aspectos relacionados ao planejamento, execução e avaliação de educação permanente em saúde bucal, no período de outubro de 2013 a março de 2014. Os facilitadores das atividades foram os próprios profissionais CD da ESF e dos CEO, o que permitiu uma discussão totalmente baseada na realidade dos serviços. A metodologia aplicada foi a problematização, que tem seus fundamentos filosóficos baseados no referencial teórico de Paulo Freire. Nesta metodologia, onde todas as discussões foram baseadas em casos reais presentes no cotidiano dos profissionais, o que tornou a ação do estudo mais interessante e construtiva.

Por meio da reflexão sobre a realidade local, da produção do conhecimento embasado nesta realidade, do planejamento e da ação para resolução de problemas, espera-se que as equipes exerçam uma democracia participativa e o trabalho interdisciplinar, trocando e compartilhando experiências com vistas à qualificação permanente e constante do cuidado em saúde, respeitando a voz da população em que se insere (BRASIL, 2009).

Tendo em vista a baixa correspondência das ações de EP às demandas locais dos serviços especializados, ressalta-se a importância da equipe de condução do PEP discutir a possibilidade de acionar outras alternativas, a exemplo de Oficinas de trabalho voltadas para a problematização das práticas de saúde desenvolvidas nos serviços, ponto de partida para a mobilização dos profissionais e trabalhadores para se aproximarem e se apropriarem dos conhecimentos e tecnologias já desenvolvidas e disponibilizadas no âmbito do SUS para a realização do trabalho cotidiano nos vários níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2018).

Carvalho et al., (2011) ainda apontam outras dificuldades aos cursos de EP, tais como a garantia de infraestrutura adequada para o desenvolvimento de atividades, espaço apropriado, tempo, material e apoio institucional. Juntamente às dificuldades organizacionais, como falta de tempo e excesso de demanda, também foi mencionada a resistência de alguns membros das equipes de saúde às mudanças.

Nessa perspectiva, é importante ressaltar que a adoção da EPS, ocorra, de fato, como política, seja um dos instrumentos estratégicos implementados para a consolidação do SUS, fortalecendo a qualificação de todos os segmentos da população e que venha a favorecer um serviço de saúde mais participativo, efetivo, equânime e de melhor qualidade.

O primeiro passo para provocar mudanças nos processos de formação é entender que as propostas não podem mais ser construídas isoladamente e nem de cima para baixo, hierarquizadas. Elas devem fazer parte de uma grande estratégia, estar articuladas entre si e ser criadas a partir da problematização das realidades locais, envolvendo os diversos segmentos (SOUZA, 2002).

Além da velocidade com que conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam na área da saúde, a distribuição de profissionais e de serviços segundo o princípio da acessibilidade para o conjunto da população o mais próximo de sua moradia - ou de onde procuram por atendimento - faz com que se torne muito complexa a atualização permanente dos trabalhadores. Torna-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (CECCIM, 2005).

O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes) foi criado em 2007 com nove núcleos-piloto de Telessaúde vinculados às universidades federais e coordenados em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde para apoiar especialmente os profissionais de saúde que atuam distantes dos principais centros de formação por meio da EPS a distância.

Tal Programa tem a missão de integrar as equipes de saúde da família aos Centros Universitários de referência, no sentido de conferir resolutividade política, operacional, metodológica e prática, diante dos desafios enfrentados pelas populações residentes em locais remotos (LOPES & HEIMANN, 2016). Dessa maneira, os principais objetivos desse programa são apoiar a tomada de decisão clínica no âmbito da ABS, evitando e qualificando encaminhamentos, por meio do uso de TIC (Tecnologias da Informação e Comunicação).

Conforme destaca Novaes et al., (2012), o Programa tem como objetivo a redução de encaminhamentos, tempo e gastos com a saúde. Oferece ainda ações de apoio à assistência à saúde e a Educação Permanente, ofertada aos trabalhadores de saúde, no sentido de realizar a capacitação fundamentada nos desafios encontrados durante a realização do processo de trabalho e para a melhoria da qualidade do atendimento em saúde oferecido à população (SILVA, 2017).

Nos países latinos, acredita-se que as estratégias de Telessaúde possam auxiliar na redução da desigualdade de acesso aos serviços de saúde (ANDRADE et al., 2011). Sendo o Brasil um país de proporções continentais, destaca-se discrepante desigualdade no acesso a serviços de saúde especializados, com a concentração desses serviços e de profissionais nos grandes centros.

Moraes et al., (2006) realizaram um estudo sobre cursos oferecidos a distância na área de Odontologia e observaram diversos benefícios desta modalidade, entre eles: a diminuição de custos com deslocamentos, flexibilização de horário, possibilidade de organização de agenda de estudo diante dos horários vagos, respeito ao ritmo de aprendizado individual.

Um benefício adicional da Telessaúde foi a própria inclusão digital das Unidades Básicas de Saúde onde se instalou o serviço, tendo em vista que, para montar o ponto de Telessaúde para

realização de teleconsultorias, os municípios se prepararam para obter uma conexão estável e de boa qualidade à Internet (OMS, 2014).

Correia et al., (2014) realizaram um estudo com o objetivo de relatar as experiências em teledontologia, desenvolvidas por meio de teleconsultorias assíncronas e teleducação, no Núcleo Técnico-Científico do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes em Mato Grosso do Sul, no período de 2012- 2013, e concluíram que:

“[...] podem contribuir para a garantia da integralidade do cuidado, ao favorecer o encaminhamento de casos que precisam de cuidados de outros níveis da atenção, promovendo o estabelecimento da ESF/APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde, integrando-se aos serviços de regulação da assistência.” Correia et al., 2014

Ainda sobre o estudo de Correia et al., (2014), alguns dos temas abordados pela teleconsultorias foram: processo de trabalho da saúde bucal na saúde da família, diagnóstico de alterações na boca e face, uso de medicamentos, toxicologia do flúor, manejo de doença periodontal em portadores de diabetes, entre outros. Para tanto, foram consultados especialistas em Saúde da Família, em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e Odontopediatria.

Maeyama & Calvo (2018) relataram a experiência da implantação de fluxo compulsório de teleconsultoria antes do encaminhamento às especialidades, ocorrida no Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina (SC). Os autores observaram que com o estabelecimento do fluxo compulsório demonstrou que grande parte dos casos apresenta sugestão de manejo na atenção básica, com diminuição importante do número de encaminhamentos às especialidades envolvidas e consequente diminuição do tempo de espera para consulta com o especialista. Tal fato potencializou a qualidade da comunicação entre os pontos de atenção, possibilitando um aprendizado mútuo e funcionamento que de fato caracteriza uma rede de cuidados.

Quanto à compulsoriedade da teleconsultoria, ainda que cause alguns desconfortos no início do processo, o uso incipiente do serviço quando da modalidade espontânea, o número de encaminhamentos desnecessários às especialidades e a quantidade de teleconsultorias com possibilidade de manejo na atenção básica justificam a decisão como propósito de gestão, conforme apontam os autores.

Em 2014, Marcolino et al., realizaram um estudo com o objetivo de analisar a utilização, efetividade e resolutividade das teleconsultorias realizadas pela Rede de Teleassistência de Minas Gerais (RTMG, um serviço público de Telessaúde que presta serviços de teleconsultoria e tele-diagnóstico em cardiologia a 821 pontos de atenção à saúde) na atenção primária à saúde. Neste estudo, os pesquisadores observaram que Enfermeiros e médicos foram os profissionais que solicitaram teleconsultorias com maior frequência, respectivamente 53,2% e 34,3% do total, seguidos de dentistas (3,1%), fisioterapeutas (1,8%) e farmacêuticos/bioquímicos (1,7%). Com base nesse estudo, pode-se inferir que a classe dos cirurgiões-dentistas ainda apresenta uma baixa adesão à ferramenta de Telessaúde, conforme os dados apresentados neste presente estudo.

Apesar das dificuldades na expansão dos serviços, ligadas tanto às deficiências na conectividade quanto à infocultura dos profissionais de saúde, fica evidente a necessidade de continuidade das ações e sua consolidação como sistema de apoio nas Redes de Atenção à Saúde. Há ainda o potencial da abrangência apresentado pelo exercício da educação permanente em saúde bucal usando de recursos a distância, sem que sejam necessários grandes investimentos em infra-estrutura, reunindo grande número de pessoas simultaneamente, com uma logística simples (computador e conectividade de internet, e, se necessário e possível, datashow) (CORREIA, 2014).

Diante do exposto, é evidente que os serviços de Telessaúde possibilita quebra das barreiras geográficas à assistência especializada, qualificação dos encaminhamentos, melhora da qualidade do atendimento aos pacientes e constitui-se como uma ferramenta importante e eficiente de educação permanente em serviço (MARCOLINO et al., 2014) além de a diminuição de custos com deslocamentos, flexibilização de horário, possibilidade de organização de agenda de estudo diante dos horários vagos, respeito ao ritmo de aprendizado individual (MORAES et al., 2006).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se então, que a adoção da Educação Permanente, sendo ela um instrumento estratégico, deve ser amplamente implementado para a consolidação do Sistema Único de Saúde e de sua política. Além disso, tendo em vista a importância do uso dos serviços de Telessaúde, estas ferramentas se tornam indispensáveis para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, com o intuito de fortalecer a qualificação de todos os segmentos populacionais e o que, favorece diretamente, a prestação de um serviço de saúde mais participativo, efetivo e equânime.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. R. S.; BIZERRIL, D. O.; SALDANHA, K. G. H.; ALMEIDA, M. E. L. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. Rev. ABENO, Londrina, v. 16, n. 2, p. 7-15, abr./jun. 2016. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/abeno/v16n2/a03v16n2.pdf>.

ANDRADE, M. V. et al. Custo-benefício do serviço de telecardiologia no estado de Minas Gerais: Projeto Minas Telecardio. Arq Bras Cardiol., [online], São Paulo, v. 97, n. 4, p. 307-16, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/2011nahead/aop7111.pdf>.

BERTUSSI, D. Caminhos para a educação permanente. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988, art. 196-199.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizasConsolidacao/comum/13150.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?– 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 73 p., 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. 65 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf.

CARDOSO, I. M. “Rodas de Educação permanente” na Atenção Básica de saúde: analisando contribuições. Saúde soc. [online], São Paulo, v. 21, suppl. 1, p. 18-28, maio 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/02.pdf>.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface : comunic, saúde, educ. Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Rev. Saúde Coletiva, [online], Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jan./jun. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>.

CORREIA, A. D. M. S. et al. Teleodontologia no programa nacional Telessaúde Brasil redes: relato da experiência em Mato Grosso Do Sul. Rev Abeno, v.14, n. 1, p. 17-29, jan./jun. 2014. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/96/0>.

FIGUEIREDO, N; GOES, P. S. A; MARTELLI, P. J. L. (orgs.) Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais. Recife: Editora UFPE, 2016. 100 p. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/RELAT%C3%93RIO_1%C2%BA+Ciclo+-+PMAQ_CEO.pdf/fede7926-f16e-4c6e-81ab-320ad01b30b5.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. Interface : comunic, saúde, educ. Botucatu, SP, v. 11, n. 23, p. 427- 429, set./dez. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a03v1123.pdf>.

GOES, P. S. A. et al. Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. Pesq Bras Odontoped

Clin Integr, v. 18, n. 1, p. 1-11, e3433, 2018. <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3433/pdf>.

GOULART, W. S. L. A percepção dos cirurgiões-dentistas da atenção básica sobre a política nacional de educação permanente implementada na grande Vitória-ES. 2016. 103 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica) – Centro de Ciências Odontológicas, Universidade Federal do Espírito Santo, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/handle/10/8208>.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? Ciênc. saúde coletiva, [online], Rio de Janeiro, v. 21,

n. 3, p. 913-922, mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0913.pdf>.

LOPES, J. E.; HEIMANN, C. Uso das tecnologias da informação e comunicação nas ações médicas a distância: um caminho promissor a ser investido na saúde pública. J. Health Inform., São Paulo, v.8, n.1, p. 26-30, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/364/252>.

MAEYAMA, M. A.; CALVO, M. C. M. A integração do Telessaúde nas centrais de regulação: a Teleconsultoria como mediadora entre a atenção básica e a atenção especializada. Rev. bras. educ. Med., [online], Brasília, v. 42, n. 2, p. 63-72, abr./jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v42n2/0100-5502-rbem-42-02-0063.pdf>.

MARCOLINO, M. S.; ALKMIM, M. B.; ASSIS, T. G. P.; SOUSA, L. A. P.; RIBEIRO, A. L. P. Teleconsultorias no apoio à atenção primária à saúde em municípios remotos no estado de Minas Gerais, Brasil. Rev. panam. salud pública, v. 35, n. 5/6, p. 345-52, may./jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n5-6/345-352>.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública, [online], Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-6, set./out. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. (orgs.). Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS Abrasco, p.45-58, 2003. <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Constru%C3%A7%C3%A3o-da-Integralidade-cotidiano-saberes-e-pr%C3%A1tica-em-sa%C3%BAde.pdf>.

MEDEIROS, A. C.; PEREIRA, Q. L. C.; SIQUEIRA, H. C. H.; CECAGNO, D.; MORAES, C. L. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. Rev. bras. enferm, Brasília, v. 63, n. 1, p. 38-42, jan./fev. 2010. <https://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a07.pdf>.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. Salud colect, Buenos Aires, v. 2, n. 2, p. 147-60, mayo/aug. 2006. Disponível em: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/62/43>.

MORAES, M. A. S.; CAVALCANTE, C. A. T.; SÁ E. M. O.; DRUMOND, M. M. Telessaúde bucal: uma concepção diferente de teleodontologia. In: SANTOS A. F.; SOUZA, C.; ALVES, H. J.; SANTOS, S. F. (orgs.) Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. Cap. 2.1, p. 111-28. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-617907>.

NICOLETTO, S. C. S. et al. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. Saude soc. [online], São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1094-1105, out./dez. 2013. <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n4/12.pdf>.

NOVAES, M. A. et al. Tele-educação para educação continuada das equipes de saúde da família em saúde mental: a experiência de Pernambuco, Brasil. Interface, [online], Botucatu, v.16, n. 43, p. 1095-1106, out./dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop4612.pdf>.

OMS - World Health Organization. Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth 2009. Geneva:WHO 2010. 93 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44497>.

SARRETA, F. O. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. ISBN 978-85-7983-009-9. <https://static.scielo.org/scielobooks/29k48/pdf/sarreta-9788579830099.pdf>.

SILVA, E. A. A Telessaúde e seus impactos na formação continuada dos profissionais de saúde em rede. EmRede – Revista de Educação a Distância, Porto Alegre – RS, v. 4, n. 1, p.116-129, 2017. Disponível em: <https://www.aunirede.org.br/revista/index.php/emrede/article/view/151>.

SILVA, L. A. G. et al. Percepção dos Cirurgiões-Dentistas em Relação ao Sistema Único de Saúde/ Programa de Saúde da Família (SUS/PSF) no Município de Nossa Senhora do Socorro – SE. Odontol. Clín.-Cient, [online], Recife, v. 10, n. 4, out./dez. 2011. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v10n4/a08v10n4.pdf>.

SOUZA, R. R. O sistema público de saúde brasileiro. In: NEGRI, B.; VIANAA. L. A. (orgs). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. São Paulo, SOBRAVIME: Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão; 2002. 630 p. <https://pesquisa.bvsalud.org/riipsa/resource/pt/lil-625880>.

Fluxo de Tratamento Odontológico dos Pacientes com Necessidades Especiais entre os Níveis Primário e Secundário do SUS

Zinalton Gomes de Andrade

Janete Maria Rebelo Vieira

Érika Barbara Abreu Fonseca Thomaz

Erivan Clementino Gualberto Júnior

Universidade Federal do Amazonas – UFAM

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

RESUMO

Pacientes com necessidades especiais (PNE) apresentam limitações temporárias ou permanentes que requerem a atenção de todos os níveis de complexidade e impõe uma maior integralidade das equipes de saúde. Com objetivo de avaliar o fluxo de tratamento odontológico dos pacientes com necessidades especiais utilizou-se dados coletados na avaliação externa do 1º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas - PMAQ-CEO. O estudo caracteriza-se por ser do tipo quantitativo descritivo. Para análise dos dados foi utilizado o *software Stata* e submetidos ao teste estatístico do Qui-quadrado de *Person*. Os resultados mostraram que as regiões Centro-Oeste (88,7%) e Sudeste (80,7%) apresentaram maior proporção de PNE referenciados da atenção básica para o CEO com descrição do caso. A maioria dos municípios da região Norte (71,2%) não possui protocolos de encaminhamento pactuados. A região Sudeste possui uma maior cobertura (73,6%) hospitalar para recebimento de PNE que necessitem de sedação. A menor média de espera dos PNE para atendimento nos CEO foi da região Norte (12 dias). A partir dos dados coletados pode-se concluir pela necessidade de incorporação de protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de PNE da atenção básica para os CEOs, bem como o estabelecimento de referência definida e pactuada entre o nível secundário e terciário.

Palavras-chave: Atenção básica à saúde. Atenção secundária à saúde. Pessoas com necessidades especiais. Saúde bucal.

ABSTRACT

PNE are patients with temporary or permanent limitations. Care for patients with special needs requires attention at all levels of complexity and requires greater health teams. In order to evaluate the flow of dental treatment of patients with special needs, data collected in the external evaluation of the 1st Cycle of the National Program for Access and Quality Improvement of Dental Specialties Centers - PMAQ-CEO was used. The study is characterized by the descriptive quantitative type. For data analysis we used the Stata software submitted to the Person Chi-square statistical test. The results showed that the Midwest (88.7%) and Southeast (80.7%) regions had a higher proportion of referenced PNE from primary care to the CEO with case description. Most municipalities in the Northern region (71.2%) do not have agreed routing protocols. The southeastern region has a higher hospital coverage (73.6%) for receiving PNE requiring sedation. The lowest average PNE waiting time for CEO service was in the Northern region (12 days). From the collected data it can be concluded that it is necessary to incorporate agreed clinical protocols that guide the referral of PNE from primary care to CEOs, as well as the establishment of defined and agreed reference between secondary and tertiary level.

Keywords: Primary Health Care. Secondary care. Disabled persons. Oral health

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de um bilhão de pessoas convivem com algum tipo de deficiência funcional. Com o aumento do envelhecimento das populações esse número tende a aumentar, assim como ao aumento global de doenças crônicas como diabetes, doenças cardiovasculares, câncer e distúrbios mentais (WHO, 2019). No Brasil, o censo demográfico de 2010 apontou que 23,9% da população brasileira (45 milhões de pessoas) tem algum tipo de deficiência, destas 6,7% (12,7 milhões de pessoas) declararam ter pelo menos uma deficiência, divididas entre deficiência visual, motora, auditiva e intelectual (IBGE, 2012). Os pacientes considerados portadores de necessidades especiais (PNE) estão divididos em grupos heterogêneos por tipos de deficiência mentais, físicas, neurológicas, sensoriais e metabólicas, e que por isso necessitam de um atendimento diferenciado de acordo com a sua necessidade (MUGAYAR, 2000).

A portaria nº 793 publicada em 2012 pelo Ministério da Saúde (MS) garante o acesso e a integralidade dos serviços ofertados, além do desenvolvimento da lógica do cuidado, regulando e organizando as demandas e os fluxos assistenciais da rede de cuidados para as pessoas com deficiência. Cabe a Atenção Básica através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde, a implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde à pessoa com deficiência, dessa forma, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), é componente da Atenção Especializada que, estabelece o fluxo assistencial da rede de cuidados à saúde bucal de forma coordenada e articulada (BRASIL, 2008).

O caderno de Atenção Básica nº 17 de 2006 do MS orienta que protocolos para organização da atenção podem ser elaborados mediante discussão entre os gestores e profissionais, com base em evidências científicas e no diagnóstico médico de acordo com as limitações individuais de cada paciente, e desta forma definir os critérios de encaminhamento e os fluxos de referência e contrarreferência. Aquilante e Aciole (2015) relatam que protocolos de cada nível de atenção já estão estabelecidos, e que seu estabelecimento por si só não garante a efetividade do fluxo assistencial, para gerar os impactos pretendidos na integralidade do cuidado os profissionais precisam introduzir esses protocolos em sua prática cotidiana, para isso, é fundamental uma definição clara de protocolos de encaminhamento, assim como a revisão dos mesmos quando necessário.

Os Centros de Especialidades Odontológicas, caracterizados como serviços de saúde de atenção secundária, são aptos para receber a demanda dos PNE encaminhados da Atenção Básica, e necessitam ser avaliados na busca da melhora contínua da qualidade do serviço. Neste contexto, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas - PMAQ-CEO, apresenta-se como instrumento para ampliação da oferta de serviços que assegurem acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população, sendo instituído no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (BRASIL, 2015). Para a sua certificação, os CEO serão submetidos a uma avaliação externa, uma avaliação dos indicadores de saúde contratualizados e a uma autoavaliação. A avaliação externa permite através de coleta de dados, a verificação do planejamento e a organização do processo de trabalho e do apoio prestado pelos coordenadores municipais e estaduais de saúde bucal para as ações desenvolvidas no CEO (BRASIL, 2018).

O planejamento e a organização do processo de trabalho com protocolo e fluxograma individualizado são ferramentas imprescindíveis para a atenção ao Paciente com Necessidades Especiais (PNE). Assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar o fluxo de tratamento odontológico da população com necessidades especiais entre os níveis de atenção no SUS, historicamente negligenciados no Brasil.

2 MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal, quantitativo, descritivo, onde a população do estudo foi composta pelos gerentes de CEO de todas as regiões do país, entrevistados durante o levantamento de dados disponibilizados no relatório do 1º Ciclo AVE-PMAQ/CEO do ano de 2016, as variáveis selecionadas foram referentes ao atendimento aos indivíduos com necessidades especiais.

Foram selecionadas para este estudo, variáveis do instrumento de avaliação externa PMAQ-CEO provenientes do módulo II (entrevista com gerente do CEO) (Tabela 01).

Tabela 1 - Descrição das variáveis do instrumento de avaliação externa do 1º ciclo PMAQ/CEO selecionadas para este estudo.

Nº	Códigos das questões Módulo II 1ºciclo	Variáveis
01	VIII.10.4.3/1	O CEO recebe usuário (PNE) referenciado da atenção primária com descrição do caso, com documento que comprove?
02	VIII.10.5.3/1	Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes (PNE) da atenção básica para o CEO, com documento que comprove?
03	VIII.10.10	Quando há necessidade de sedação a nível hospitalar, existe referência definida e pactuada, relacionada à atenção em ambiente hospitalar?
04	VIII.11.3	Qual tempo de espera para o usuário (PNE) ser atendido no CEO?

Fonte: Relatório do 1º Ciclo AVE-PMAQ/CEO, 2016.

Os procedimentos para a realização desta pesquisa respeitaram as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, consideradas as observâncias éticas contempladas na Resolução Nº 466, 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetido ao comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/UFPE) e aprovado com o número de CAAE: 23458213.0.0000.5208.

Para análise estatística dos dados foi utilizado o *software Stata* versão 14.0 e submetidos ao teste estatístico do Qui-quadrado de *Person*.

3 RESULTADOS

Na avaliação externa PMAQ/CEO 1º Ciclo foram entrevistados 930 gerentes de CEO. Segundo a macrorregião geográfica a maior quantidade de CEO está localizada na região Nordeste (n=355) e região Sudeste (n=337), seguida pela região Sul (n=117), região Centro-Oeste (n=62) e menor quantidade de CEO foi encontrada na região Norte (n=59).

A tabela 2 apresenta os resultados da variável 01 sobre o encaminhamento do paciente com necessidades especiais (PNE) da atenção primária para o CEO com descrição do caso e se há documento que comprove esse encaminhamento, do total de entrevistados 73,44% (n=683) responderam sim, e 26,56% (n=247) não. Proporcionalmente, a região Centro-Oeste e região Sudeste foram as regiões que mais receberam usuários (PNE) da atenção primária com descrição do caso e que possuíam documento comprobatório 88,7%(n=55) e 80,7 (n=272) respectivamente, seguido da região Sul 73,5 (n=86), seguido da região Nordeste com 67,3% (n=239) e a região Norte apresentou a menor proporção de recebimento desses usuários 52,5% (n=31). Os resultados foram submetidos à análise estatística utilizando o teste do Qui-quadrado de *Person*.

Tabela 2 - Variável 01 - O CEO recebe usuário (PNE) referenciado da atenção primária com descrição do caso, com documento que comprove? - Resultados por região.

Respostas	n	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste	Total
Sim	n	31	239	272	86	55	683
	%	52,5	67,3	80,7	73,5	88,7	73,44
Não	n	28	116	65	31	7	247
	%	47,5	32,7	19,3	26,5	11,3	26,56
Total	n	59	355	337	117	62	930
	%	100	100	100	100	100	100

n: frequência absoluta; %: frequência relativa; Teste Qui-quadrado de *Pearson* Pr = 0.000.

A tabela 3 apresenta os resultados da variável 02 sobre a existência de protocolos clínicos pactuados para o encaminhamento de PNE da atenção básica para o CEO e se há documento que comprove. A maioria dos gestores dos CEO entrevistados 57,53% (n=535) respondeu que existem protocolos pactuados e 42,47% (n=395) responderam que não. Proporcionalmente a região Sudeste e região Sul com 71,5% (n=241) e 70,1% (n=82) respectivamente, foram as regiões que afirmaram possuir protocolos clínicos pactuados que norteavam o encaminhamento dos PNE da atenção básica para o CEO. Enquanto, a região Norte apresentou a maior proporção de CEO que não possuem protocolos pactuados para o encaminhamento dos PNE da atenção básica para o CEO 71,2% (n=42), seguida da região Nordeste com 51,2% (n=203). Os resultados foram submetidos à análise estatística utilizando o teste do Qui-quadrado de *Person*.

Tabela 03 - Variável 02 - Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes (PNE) da atenção básica para o CEO, com documento que comprove? - Resultados por região.

Respostas	n %	Região	Região	Região	Região	Região	Total
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Sim	n	17	152	241	82	43	535
	%	28,8	42,8	71,5	70,1	69,4	57.53
Não	n	42	203	96	35	19	395
	%	71,2	51,2	28,5	29,9	30,6	42.47
Total	n	59	355	337	117	62	930
	%	100	100	100	100	100	100

n: frequência absoluta; %: frequência relativa; Teste Qui-quadrado de *Pearson* Pr = 0.000

A tabela 4 apresenta os resultados da variável 03 sobre a existência de referência definida e pactuada quando o PNE necessita de sedação em ambiente hospitalar. Dos 930 CEO entrevistados 59,68% (n=555) referiram que existe um hospital de referência pactuado para receber os PNE que necessitem de sedação e 40,32% (n=375) responderam que não. A região Sudeste foi a região que mais respondeu positivamente sobre a existência de hospitais pactuados para receber os PNE que necessitam de sedação 73,6% (n=248), seguido da região Centro-Oeste 67,7% (n=42) e região Sul 67,5% (n=79), já a região Nordeste apresentou uma maior proporção de CEO que não pactuaram com hospitais de referência para receber PNE do CEO que necessitem de sedação 56,6% (n=201), seguido da região Norte 45,8% (n=27). Os resultados foram submetidos à análise estatística utilizando o teste do Qui-quadrado de *Person*.

Tabela 04 - Variável 03 - Quando há necessidade de sedação a nível hospitalar, existe referência definida e pactuada, relacionada à atenção em ambiente hospitalar? - Resultados por região.

Respostas	n %	Região	Região	Região	Região	Região	Total
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Sim	n	32	154	248	79	42	555
	%	54,2	43,4	73,6	67,5	67,7	59.68
Não	n	27	201	89	38	20	375
	%	45,8	56,6	26,4	32,5	32,3	40.32
Total	n	59	355	337	117	62	930
	%	100	100	100	100	100	100

n: frequência absoluta; %: frequência relativa; Teste Qui-quadrado de *Pearson* Pr = 0.000.

A tabela 5 apresenta os resultados da variável 04 sobre tempo de espera para o usuário (PNE) ser atendido no CEO. Do total dos CEO entrevistados todos apresentaram tempo de espera mínimo de zero (n=0). As regiões Sudeste e Sul apresentaram um tempo máximo de espera de 400 dias, seguida da região Nordeste 120 dias, Norte 90 dias e Centro-Oeste com máximo de 60 dias. A região Nordeste apresentou a menor média de tempo de espera 10,28 dias, seguida pelas regiões Norte 12,05 e Centro-Oeste 12,35. Os resultados foram submetidos à análise estatística utilizando o teste do Qui-quadrado de *Person*.

Tabela 05 - Variável 04 - Qual tempo de espera (em dias) para o usuário (PNE) ser atendido no CEO? - Resultados por região.

Região	CEO	Média	Desvio Padrão	Mínima	Máxima
Norte	54	12,05556	15,94024	0	90
Nordeste	321	10,28349	12,4631	0	120
Sudeste	303	19,71617	44,83471	0	400
Sul	109	19,77064	45,6173	0	400
Centro-Oeste	59	12,35593	15,35529	0	60

Teste Qui-quadrado de *Pearson* Pr = 0.7767.

4 DISCUSSÃO

O presente estudo ao avaliar o fluxo de tratamento odontológico dos pacientes com necessidades especiais encontrou barreiras na concretização do princípio da integralidade entre os níveis de atenção à saúde bucal do SUS.

O recebimento de pacientes com necessidades especiais (PNE) referenciado da atenção primária com descrição do caso e com documento comprobatório foi observado em mais da metade dos CEO brasileiros, apesar das desigualdades apresentadas entre as regiões. Para Pucca Júnior (2006), os CEO foram planejados como unidades de referência para as equipes de saúde bucal da AB, instituindo um sistema de referência e contrarreferência essencial para organização dos serviços, sendo o Cirurgião-Dentista o responsável por encaminhar e orientar o usuário, para outros níveis de assistência quando necessário. Em especial para os PNE, um dos critérios de definição de encaminhamento para a organização do fluxo de acesso e o diagnóstico médico (BRASIL, 2006).

Um estudo apresentou que a Região Norte possui a menor quantidade de médicos por habitantes das regiões do Brasil, o que pode colaborar o resultado apresentado (SILVEIRA; PINHEIRO, 2014), além disso, para que o processo de referência e contrarreferência do serviço sejam eficazes é necessário o adequado preenchimento dos prontuários e formulários existentes na rede de atenção, representando uma diminuição de gastos e de retornos desnecessários dos usuários à unidade de referência (SILVA et al., 2010; RODRIGUES et al., 2013).

Em relação aos protocolos clínicos pactuados entre os atores envolvidos na gestão de saúde bucal dos municípios, as regiões Sudeste e Sul apresentaram um maior número de protocolos clínicos. Sabe-se que os protocolos de encaminhamento pactuados são ferramentas de gestão para o acesso e integralidade da atenção por orientar as decisões dos profissionais solicitantes. Segundo Cunha e Silva (2010), a ausência de protocolos clínicos pactuados interfere na acessibilidade do serviço. É recomendado que os protocolos de encaminhamento sejam adaptados à realidade regional, além de ser pautada por evidência científica e pelas diretrizes de organização da rede, podendo ser elaborados mediante discussão entre as coordenações de saúde bucal estadual e municipal (BRASIL, 2006; BRASIL 2004).

A assistência à saúde bucal ao PNE, devido sua complexidade, pode levar ao atendimento sob uso de anestesia geral ou sedação em ambiente hospitalar, as indicações para ele requerem um acompanhamento multiprofissional. No presente estudo, mais da metade dos gerentes dos CEO responderam que existe um hospital de referência para receber os PNE que necessitem de sedação. A portaria nº 1.032 de 2010 incluiu o tratamento odontológico para PNE na tabela do SUS, a ser realizado em ambiente hospitalar sob anestesia geral ou sedação. A unidade de referência da atenção básica após receber o PNE, poderá fazer os encaminhamentos necessários para a contrarreferência ou poderá fazer encaminhamentos, quando indicado com critérios, para tratamento sob anestesia geral em ambiente hospitalar pactuado para receber esses pacientes (BRASIL, 2006). No estudo de Santos et al. (2015), a falta de atendimento ao PNE por falta de vagas na rede de suporte avançado, demonstrando uma deficiência na organização da Rede de Atenção. Uma das dificuldades encontradas nesse estudo, foi a falta de políticas de organização do atendimento odontológico hospitalar ao PNE e falta de inserção do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar. Além do conhecimento do perfil demográfico e assistencial do município, a utilização de protocolos referenciais para o planejamento das ações em saúde bucal é um dos elementos importantes no processo de integralidade da Rede de Atenção à Saúde Bucal.

No que se refere ao tempo de espera para o atendimento do PNE, os diferentes resultados apresentados é influenciado pela singularidade e especificidade do serviço oferecido no sistema local de saúde bucal nas diferentes regiões do Brasil. Para Fonseca (2008), problemas como inadequação dos espaços para atendimento, encaminhamentos indevidos, falta de integralidade nas ações, falta de preparo dos profissionais, ineficiência dos gestores, foram identificados como fatores que influenciaram no desenvolvimento de demanda reprimida e longas filas de espera e que os serviços prestados para os PNE não constituem um sistema, dificultando a articulação entre os níveis de atenção. No estudo de Deitos (2009), após avaliação de 56 CEO foi identificada a existência de demanda reprimida de PNE para a atenção hospitalar em 25,49% dos CEO avaliados. Para Freire (2011), existe falta de critérios de encaminhamento, esses pacientes são encaminhados

diretamente para alta complexidade ou não estão acessando os serviços pela atenção básica, havendo necessidade de redução dos encaminhamentos indevidos.

Cabe ressaltar que a natureza deste trabalho impõe sua principal limitação. O presente estudo por ser de caráter descritivo não poderá embasar a tomada de decisão para a solução do problema aqui apresentado. Este estudo pretende contribuir como subsídio a outros trabalhos que busquem avaliar o fluxo de tratamento odontológico dos pacientes com necessidades especiais entre os níveis de atenção no SUS.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu obter um panorama geral do fluxo do tratamento odontológico de PNE entre os níveis de atenção no SUS, a saber:

- Presença de desigualdades entre as regiões nas variáveis investigadas;
- Necessidade de incorporação de protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de PNE da atenção básica para o CEO;
- Estabelecimento de referência definida e pactuada entre o nível secundário e terciário.

REFERÊNCIAS

AQUILANTE, A. G; ACIOLE, G. G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. **Ciênc. saúde coletiva**, [online], Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 239-48, Jan. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00239.pdf.

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. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm. Acesso em: 30 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica - n.º 17. Brasília, 92 p. 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf. Acesso em: 30 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. In: (Org.). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO): **Manual Instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas 2º Ciclo (2015-2016)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_PMAQ_CEO_2_ciclo.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal – CECOL/UFPE. **Manual de Orientações Gerais para o Trabalho de Campo do PMAQ-CEO 2ºCiclo- Avaliação Externa**. Recife/PE. 2018. <https://www.ufpe.br/documents/1181966/1715042/Manual+de+Orienta%C3%A7%C3%B5es+Gerais-PMAQ-CEO.pdf/ef893007-8813-4732-bdf8-5d9fa557a810>. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793/GM, de 24 de abril de 2012. Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, n. 80, 2 abr. 2012, p. 94. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 17 de outubro de 2019.

CUNHA, A. B. O.; SILVA, L. M. V. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, Apr. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf>.

DEITOS, A. R. **Avaliação na Atenção Especializada em Saúde Bucal**. 2009. 168 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) – Faculdade de Odontologia, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23148/tde-26022010-085252/pt-br.php>. Acesso em: 30 Out. 2019.

FONSECA, A. L. A. **Relação entre o Perfil do Paciente com Necessidade Especial Assistido em Serviços Públicos de Saúde e os Limites de Atuação do Cirurgião – Dentista**. 2008. 98 f. Dissertação (Mestrado em Infectologia em Saúde Pública) – Programa de Pós - Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?I-sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=480952&indexSearch=ID>.

FREIRE, A. L. A. S. S. **Saúde bucal para pacientes com necessidades especiais: análise da implementação de uma experiência local**. 2011. 255 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14448>. Acesso em: 30 out. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro. IBGE, 2010. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf. Acesso em: 30 out. 2019.

MUGAYAR, L. F. R. Pacientes Portadores de Necessidades Especiais: Manual de Odontologia e Saúde Oral. São Paulo. Pancast, 2000. 262 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-296676>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Word report on disability. WHO, 2011. 325 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/world-report-on-disability>. Acesso em: 30 out. 2019.

PUCCA JÚNIOR, G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Cienc. saúde coletiva**. [online], Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 243-46, jan./mar. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000100033>.

RODRIGUES, L. A.; VIEIRA, J. D. M.; LEITE, I. C. G. Avaliação do fluxo de referência e para um centro de especialidades odontológicas implantado em cidade de médio porte da região sudeste. **Cad. saúde coletiva**. [online], Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 40-5, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2013000100007>.

SANTOS, J. S. *et al.* Utilização dos serviços de atendimento odontológico hospitalar sob sedação e/ou anestesia geral por pessoas com necessidades especiais no SUS-MG, Brasil. **Cienc. saúde coletiva**. [online], Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 515-524, Fev. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.06732014>.

SILVEIRA, R. P.; PINHEIRO, R. Entendendo a Necessidade de Médicos no Interior da Amazônia - Brasil. **Rev. bras. educ. med.** [online]. Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 451-59, out./dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000400006>.

SILVA, A. M; VARGAS, A. M. D; FERREIRA E. F; ABREU M. H. N. G. A integralidade da atenção em diabéticos com doença periodontal. **Cienc. saúde coletiva**, [online], Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2197-206, July, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400034>.



CAPÍTULOS REGIÕES

NORTE

NORDESTE

CENTRO OESTE



Um Olhar Sobre o Atendimento a Pessoas com Deficiência em Centros De Especialidades Odontológicas em uma Região de Saúde do Nordeste Brasileiro

Arthur César Gomes Aladim

Cirurgião-dentista

Avaliador do Pmaq-CEO Ciclo 2 no Rio Grande do Norte, Brasil.

Elizabete Cristina Fagundes de Souza

Professora no Departamento de Saúde Coletiva

da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (DSC/UFRN)

Coordenadora Estadual do Pmaq-CEO Ciclo 2 no Rio Grande do Norte, Brasil

RESUMO

A dependência de tecnologias duras é característica inerente à prestação da assistência odontológica, sobretudo, quando se trata de atenção especializada a pessoas que necessitam de cuidados especiais. A Rede de Cuidados a Pessoas com Deficiência (RCPD) oferta incentivo financeiro mensal de adesão aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), desde que cumpram os requisitos mínimos estabelecidos pela Portaria 1.341/2012. Este capítulo apresenta parte dos resultados de estudo de abordagem qualitativa, de caráter descrito e exploratório, sobre a interface entre CEO e RCPD na 1ª. Região de Saúde do SUS no Rio Grande do Norte. O foco aqui apresentado limita-se às condições em que se produziu o atendimento às pessoas com deficiência. Foram entrevistados gerentes e dentistas. A partir da sistematização e análise do conteúdo das entrevistas foram elaboradas categorias que compuseram a apresentação de resultados e discussão. Nestes foram identificados aspectos semelhantes a achados de outras pesquisas sobre CEO, a exemplo dos equipamentos necessários para um bom atendimento e às condições físico-estruturais de acessibilidade. Considera-se que a infraestrutura dos CEO estudados ainda não é completamente adequada para o atendimento a essas pessoas.

Palavras-chave: Pessoas com Necessidades Especiais. Especialidades Odontológicas. Condições de Trabalho. Gestão em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história, a pessoa com deficiência (PcD) tem sido tratada pela sociedade de diferentes formas, a depender da cultura vigente, com predominância da exclusão social. Somente após a Segunda Guerra Mundial (2ª GM), conflito que produziu milhares de mutilados ao redor do mundo, surge a necessidade de olhar por determinados grupos historicamente marginalizados, como as PcD. Com o término da 2ª GM, a Organização das Nações Unidas adota a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) que proclama os direitos fundamentais e liberdades de todo ser humano. É só a partir da DUDH que começam a surgir as declarações que resguardam os direitos específicos da PcD. Em 1971, a Declaração dos Direitos do Deficiente Mental é o primeiro documento voltado exclusivamente para a proteção das PcD, seguida da Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, em 1975, até chegarmos à Convenção Internacional sobre os Direitos

das Pessoas com Deficiência, em 2006, a qual se tornou parâmetro mundial para ações dirigidas à PcD (ALONSO, 2014).

No Brasil, essa Convenção e seu respectivo Protocolo foram promulgados por decreto presidencial, em 2009, ganhando status de Emenda Constitucional (SALINO, 2019). Igualmente ao restante do mundo, os direitos das pessoas com deficiência tiveram evolução gradativa, sendo a Constituição Federal de 1988 um marco nessa conquista, da qual desdobraram-se a publicação de diversas leis em favor, por exemplo, da acessibilidade e prioridade de atendimento das pessoas com deficiência. No entanto, apesar do compromisso internacional assumido pelo Brasil ao assinar a Convenção supracitada e das garantias conquistadas, ao longo dos anos, o que se percebe ainda no cenário brasileiro é uma dificuldade em assegurar efetivamente os direitos adquiridos (ALONSO, 2014).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2018), o número de PcD é de 12.748.663 no Brasil, representando 6,7% da população brasileira. Dentre as cinco Regiões do país, o Nordeste apresenta média maior (7,8%) do que a média nacional.

No âmbito da pesquisa que resultou neste artigo, fez-se importante delinear dois grupos populacionais, sendo um referente às pessoas com necessidades especiais (ou paciente especial) e outro relativo às pessoas com deficiência. Paciente especial, para a Odontologia, é todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes de qualquer ordem, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. (BRASIL, 2006). A Convenção Internacional sobre os Direitos da PcD diz que pessoas com deficiência são aquelas as quais têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial que, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade (BRASIL, 2009). Logo, nem toda pessoa com deficiência requer um manejo clínico diferenciado e, muitas vezes, pode ser atendida da maneira convencional. No entanto, há interseção bastante grande entre esses grupos, o que causa confusão no entendimento de muitos profissionais e os leva a usar estes dois termos, erroneamente, como sinônimos (BRASIL, 2006).

Por muito tempo, a atenção odontológica das PcD foi marcada por ser de caráter excludente. São vários os fatores que contribuem para esta segregação e para a precariedade da condição bucal dessas pessoas, tais como nível socioeconômico da família e dificuldade em encontrar um dentista capacitado ou disposto a atendê-los (SANTOS, 2019).

A qualidade da prática clínica na Odontologia está fortemente ligada ao uso dos recursos de tecnologia dura. Instrumentos, materiais, insumos e equipamentos são decisivos para a realização do atendimento odontológico e seus resultados (OLIVEIRA, 2004). No entanto, Souza (2013) corrobora a proposição de Emerson Merhy de que a composição tecnológica do trabalho em saúde envolve as três tecnologias (duras, leves-duras e duras) e quando analisamos os processos de trabalho é importante identificar como estão dispostas e como se articulam essas tecnologias. Nesse sentido, as tecnologias leves comporiam a dimensão cuidadora do trabalho em saúde sendo ela mesma a articuladora das demais, caracterizando o modelo clínico centrado nas necessidades do usuário. (SOUZA, 2013)

Quando falamos em assistência odontológica para pacientes especiais, muitas vezes o profissional necessita de aparelhagem não convencional, devido as características limitantes e imprevisíveis desses indivíduos. Os pacientes de difícil controle podem precisar de uma contenção física ou química para que seja executado o procedimento de forma adequada (OLIVEIRA, 2004).

Os equipamentos de contenção física são comumente usados no atendimento de pacientes especiais para proteger, de qualquer tipo de movimento brusco, o próprio paciente e demais profissionais envolvidos no trabalho odontológico. Seu uso é recomendado quando não houver cooperação ou possibilidades de ocorrer movimentos involuntários, sempre mediante autorização de pais ou responsável (MARTA, 2011).

A contenção química é realizada por meio da sedação consciente com drogas farmacológicas ou inalação de óxido nitroso, sendo necessário para este último o equipamento com cilindros, balão, máscara entre outros (OLIVEIRA, 2004).

Com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas, em 2004, a questão da acessibilidade das PcD ao tratamento odontológico teve melhora satisfatória, já que o atendimento a pacientes com necessidades especiais está entre as especialidades mínimas que um CEO deve oferecer, segundo a Portaria nº 1.750/2004.

A escolha do atendimento ao PNE como um dos requisitos mínimos para o cadastro do serviço de referência como um CEO aparece como resposta a uma grande demanda reprimida pela Atenção Básica. Muitos cirurgiões-dentistas sentem insegurança de prestar atendimento a esse público específico, por não dominar o manejo clínico. Neste sentido, o CEO garante a universalidade e a equidade dos serviços de saúde bucal no SUS para as pessoas com deficiência, em conformidade com o que recomenda a PNSPD (MEDEIROS, 2007).

Instituída em 2012 pela Portaria nº 793, a RCPD, atendendo aos planejamentos e metas do PNPD, visa criar, ampliar e articular pontos de atenção para o atendimento à PcD no âmbito do SUS.

Os CEO, de modo geral, obrigam-se a ofertar o atendimento a pessoas com necessidades especiais. As pessoas com deficiência já possuem, por direito, o acesso aos serviços de saúde bucal do SUS em todos os níveis de atenção. Desse modo, a incorporação do CEO à RCPD consiste apenas em um estímulo a mais para a melhoria do acesso e da qualidade de serviços odontológicos especializados para PcD. Os CEO incorporados à RCPD só deverão receber o incentivo financeiro (R\$ 1.650,00 mensais para o CEO Tipo I, R\$ 2.200,00 mensais para o CEO Tipo II e R\$ 3.850,00 mensais para o CEO Tipo III) se cumprirem os requisitos e compromissos mínimos firmados (BRASIL, 2012).

O PNPD, também conhecido como “Plano Viver sem Limite” teve como metas na atenção odontológica(2011-2014) a capacitação de 6.600 profissionais (sendo 6.000 da AB e 600 dos CEO) para o atendimento às PcD, por meio do curso à distância “Capacitação das equipes de saúde bucal vinculadas ao SUS para Atenção e Cuidado às Pessoas com Deficiência”, uma parceria entre Ministério da Saúde, Universidade Aberta do SUS e Universidade Federal de Pernambuco, em 2012, além da adequação física e a aquisição de equipamentos odontológicos para 27 centros

cirúrgicos em hospitais gerais (LEMOS, 2014).

Ainda em 2012, a Portaria nº 1.341/2012 define os valores de incentivos financeiros referente à adesão do CEO à RCPD, condicionando estes repasses aos seguintes requisitos:

- a) Os CEO independentemente do tipo, deverão disponibilizar no mínimo 40 horas semanais para atendimento exclusivo a pessoa com deficiência.
- b) Os CEO deverão atuar como referência municipal/regional para o atendimento odontológico a pessoas com deficiência, com área de abrangência e municípios aos quais prestará referência previstos dentro do Plano de Ação para implantação da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência.
- c) Os profissionais do CEO, do atendimento a pessoas com deficiência, além do atendimento clínico, deverão atuar como apoio técnico matricial para as equipes de saúde bucal da Atenção Básica de sua área de abrangência.
- d) O gestor de saúde deverá assinar um Termo de Compromisso, onde serão pactuadas metas mínimas de atendimento a pessoas com deficiência, de acordo com o tipo de CEO, monitoradas posteriormente pelo Ministério da Saúde, por meio de indicadores específicos.

Além destes requisitos, a Coordenação Geral de Saúde Bucal em Nota Técnica (2012) sobre a adesão do CEO a RCPD define o cumprimento de compromissos mínimos, que são:

- Manter alimentação regular e consistente da informação de produção do CEO por meio do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), utilizando como instrumento de registro o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) para todos os procedimentos realizados em pessoas com deficiência.
- Manter a produção mensal mínima exigida na Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24 de junho de 2011.
- Aplicar os recursos adicionais do Ministério da Saúde pela incorporação do CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência exclusivamente para a esse fim.
- Garantir condições de acessibilidade e mobilidade nas instalações do CEO para pessoas com deficiência.
- Prover o(s) CEO com profissionais de saúde bucal capacitados para o atendimento odontológico de pessoas com deficiência.

Há ainda poucos estudos sobre este tema, dada que a criação da RCPD pode ser considerada recente, o que justificou a pesquisa realizada da qual extraímos a produção deste capítulo. Essa se tratou de uma investigação de abordagem qualitativa sobre a interface entre CEO e RCPD na 1ª. Região de Saúde do SUS/RN, com três objetivos específicos, descritos a seguir.

- a) descrever a dinâmica da referência entre CEO e demais níveis de atenção nos CEO vinculados à RCPD.
- b) Identificar as percepções de gerentes e dentistas sobre a articulação entre os CEO e RCPD.

- c) Identificar se os CEO vinculados à RCPD estão organizados e funcionando de acordo com o que preconiza a RCPD e a PNSB.

Este capítulo apresenta parte dos resultados em que são destacadas três categorias temáticas relativas às condições do atendimento nesses CEO.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 METODOLOGIA

O estudo foi realizado nos CEO/RCPD da 1ª Região de Saúde do SUS/RN, os quais ficam localizados nos seguintes municípios: Canguaretama, Goianinha, São José do Mipibu e Nova Cruz. Os critérios de inclusão para a escolha dos CEO foram: estar vinculado à RCPD por meio de portaria ministerial e recebendo incentivo financeiro mensal referente a este vínculo. É nesta Região de Saúde que se concentra o maior número de CEO/RCPD do estado do Rio Grande do Norte, tendo sido a principal justificativa pela qual esta região foi escolhida, somada às condições de viabilidade operacional para realização da pesquisa. Esse quantitativo maior de CEO/RCPD também pode ser explicado pelo contingente populacional de PcD que corresponde a 10,1% da população total dessa Região, segundo dados do censo de 2010 (IBGE,2010).

Os participantes da pesquisa foram compostos pelas cirurgiãs-dentistas responsáveis pelo atendimento dos PNE e pelas gerentes dos CEO/RCPD da 1ª Região de Saúde do SUS/RN. Os critérios de inclusão dos sujeitos foram ser o (a) cirurgião-dentista responsável pelo atendimento dos PNE ou ser gerente do CEO.

As entrevistas, fonte principal de dados primários desta pesquisa, foram realizadas com roteiro semi-estruturado, com auxílio de gravador de áudio e bloco para anotações. O roteiro semi-estruturado da entrevista teve as questões validadas junto à equipe técnica da Coordenação Estadual de Saúde Bucal e da RCPD da Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP-RN) e foi submetido a pré-teste, sendo aplicado no CEO/RCPD de São José do Campestre, município pertencente à 5ª Região de Saúde do SUS/RN. Sua aplicação demonstrou adequação para a entrevista, não tendo sido identificada necessidade de alterações.

Complementarmente às entrevistas, utilizou-se a técnica da observação sistemática, com finalidade de check-list para identificação das informações sobre a adaptação física dos CEO às PcD. O roteiro de check-list foi uma adaptação dos mesmos itens que são observados no módulo I do instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-CEO.

Esta pesquisa foi realizada dentro dos conformes que estabelece a Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016. Como a pesquisa está vinculada ao PMAQ-CEO, o qual já possui um TCLE para a etapa de avaliação externa, foi realizada uma emenda para estudos de abordagem, submetida e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco. A identidade das pessoas entrevistadas foi preservada com a identificação de um número (de 1 a 4), seguindo a ordem das transcrições realizadas.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas, dando forma ao corpus da pesquisa. Em seguida foi realizada a “leitura flutuante” para familiarização com o material obtido. Após esta fase de pré-análise, foi iniciada a exploração do material com o processo de codificação, separando trechos das falas de acordo com seus núcleos de sentido, conforme a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 1977).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os objetivos da pesquisa nortearam o agrupamento das unidades codificadas em diferentes categorias. A partir destas, emergiram as subcategorias que foram reagrupadas em categorias temáticas. Para a produção deste capítulo extraímos “Condições de Trabalho” e “Gestão do Trabalho” e respectivas subcategorias descritas em destaque no Quadro 01.

Quadro 01 – Lista de categorias e subcategorias identificadas a partir do conteúdo das entrevistas

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Qualificação dos profissionais	CD do CEO qualificado
	Insegurança, medo, falta de manejo e negligência da AB
Referência de usuários	Referência da AB
	Encaminhamentos desnecessários
	Atenção hospitalar
Apoio matricial	-
Condições de trabalho	Estrutura física do CEO
	Equipamentos e materiais do CEO
Gestão do Trabalho	Carga horária exclusiva
	Incentivo financeiro

Fonte: elaboração própria.

3.1 CONDIÇÕES DE TRABALHO

Quando se fala em condições de trabalho na odontologia, a maioria das pesquisas investiga exposição do profissional a riscos de qualquer natureza, doenças ocupacionais, valor de remuneração, tipo de vínculo, ambiência, relações de poder, tipo de jornada, estresse no ambiente de trabalho, satisfação e realização com trabalho (OLIVEIRA, 2010; CHAVES, 2008; SILVA, 2019). Neste campo de possibilidades, esta categoria limita-se especificamente a discorrer sobre as condições de trabalho que o profissional dispõe para a prestação de assistência odontológica a pessoas com deficiência. Estudos mostram que a atuação do profissional está diretamente ligada às condições materiais e organizacionais do local de trabalho (MOIMAZ, 2015).

O intuito é discutir sobre a visão que os profissionais possuem sobre a estrutura física do CEO, sua acessibilidade, seus equipamentos e materiais. Ela é composta pelas subcategorias “Estrutura física do CEO” e “Equipamentos do CEO”.

A subcategoria “Estrutura física do CEO” compreende itens relativos à acessibilidade para

PcD e instalações do prédio, na visão dos profissionais. Os quatro CEO estudados possuem diferenças quanto ao local onde foram instalados. Apenas um deles foi construído com a finalidade exclusiva de ser um centro de referência odontológica, dois foram adaptados do que seria uma residência e uma Unidade de Saúde e, por último, um CEO que funciona no mesmo local de uma UBS. As falas a seguir demonstram a inadequação dessas adaptações estruturais.

[...]porque aqui de qualquer maneira é uma casa adaptada, foi bem adaptada, tudo que é exigido para o paciente com necessidade especial a gente tem [...] assim, a largura das portas, banheiros, o corredor, mas assim, eu [...] eu vejo assim, se tivesse um prédio próprio e pudesse ainda ter corredores mais largos, isso sim seria um diferencial. [Gerente 1]

É porque essa casa não está adaptada ainda pra um [...] CEO, eu acho, né!? [CD 1]

As percepções da gerente e da dentista sobre a adaptação da casa diferem minimamente, mas confirmam que seja uma desvantagem, de certa forma, a falta de um prédio próprio para o CEO. Por outro lado, o depoimento da Gerente 2 é bastante positivo sobre essa questão.

Eu acompanhei o processo da construção, eu vinha ver e eu via que sempre tinha um pessoal da Vigilância Sanitária que vinha aqui sempre verificar as condições, vinha uma arquiteta também da secretaria estadual, ela vinha acompanhar e dar as orientações e ela fez isso bem direitinho, esse preparo pra o atendimento ao deficiente físico [Gerente 2]

De forma geral, a opinião dos profissionais sobre a acessibilidade no CEO é positiva, apesar do reconhecimento de que há sempre pontos a serem aperfeiçoados. Um, em particular, foi bastante citado nas entrevistas, a acessibilidade para pessoas com deficiência visual.

Aqui eu não vejo dificuldade não. É [...] eu tinha vontade de fazer um preparo maior para o deficiente visual, sabe!? [Gerente 2]

Eu acho que aqui falta [...] é porque eu não lembro o nome exato, mas por exemplo aquelas [...] barras ou chão um pouco em alto relevo para pacientes deficientes visuais...com deficiência visual. [Gerente 3]

[...] talvez pra melhorar mais pra acessibilidade e pra deficientes visuais, é. [CD 2]

Apenas uma cirurgiã-dentista teve percepção negativa sobre a estrutura do CEO em que trabalha. No dia da entrevista, a CD não pode atender em sua sala por conta de problemas de instalação elétrica, além de relatar que seus pacientes, em especial, aqueles com autismo, se sen-

tem desconfortáveis com essa mudança, ela também deixa claro que esta situação acontece com frequência.

De estrutura [...] igual hoje, né, a parte elétrica, muitas vezes a gente fica tendo que mudar de sala. Eu atendo paciente autista, eles não gostam de mudar de sala, eles querem sempre [...] aquela mesma rotina, mesmo lugar, aí o muda o atendimento, eles ficam mais agitados. A instalação elétrica que é fraca. Foi instalado equipamento novo, aí a luzinha acendia bem fraquinha, você vê que a estrutura do prédio em si que não aguenta. A questão é o prédio e a manutenção que, assim [...] demora a chegar, quando quebra alguma coisa. [CD 3]

A partir do check-list realizado na observação durante a realização da pesquisa, foi constatado que o ponto fraco da acessibilidade da maioria dos CEO estudada é na parte dos banheiros. Itens como “vaso sanitário mais baixo” e “dispensador de papel e sabonete em nível mais baixo” não estão presentes nenhum dos estabelecimentos estudados.

Já em relação à mobilidade de pacientes cadeirantes foi identificado como ponto forte em todos os CEO. Rampa de acesso, corredores e portas adaptados para cadeira de rodas foram encontradas em todos os CEO, com exceção de um deles que possui a entrada nivelada com a calçada, sendo dispensável a rampa.

A respeito das condições de estrutura, os CEO estudados ainda apresentam falhas nos quesitos acessibilidade, ambiência e equipamentos para o atendimento de PNE e, em sua maioria, têm o prédio adaptado ou funcionando juntamente a outro estabelecimento de saúde.

No estudo de Medeiros, realizado em 2006, foi observado que os CEO do município de Natal não possuem banheiros adaptados para pessoas com deficiência. Em seu estudo, Souza (2015) observou que os CEO construídos com finalidade única de ser um centro de referência odontológica, oferecem melhor estrutura e conforto ao paciente.

Gavina (2018), ao entrevistar usuários da região que compõe o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Serrana do Rio de Janeiro, identificou que aproximadamente metade dos participantes (47,8) avaliaram a infraestrutura para PcD como “não muito adequada”/“completamente inadequada”.

Corroboramos a afirmação de Freire (2011) de que existe uma série de detalhes estruturais a serem considerados pelos dentistas que podem não exercer influência sobre o comportamento de pacientes comuns, mas que têm forte repercussão em pacientes especiais.

A subcategoria “Equipamentos e materiais do CEO” corresponde à visão dos profissionais sobre a disposição dos equipamentos, materiais permanentes e insumos ao atendimento dos pacientes com deficiência e com necessidades especiais. Dois dispositivos aparecem com frequência nas falas das participantes - o de contenção física e o de sedação por óxido nítrico.

Nas falas de entrevistados a seguir, destacam-se as dificuldades no uso desses dispositivos

de contenção nos CEO pesquisados.

Porque assim, para poder ter uma acolhida melhor desses pacientes a gente teria que ter o contensor, esse contensor nós temos aqui, é insuficiente. Só temos um contensor. [Gerente 1]

E sem Godoy, eu sinto falta do Godoy, um material de proteção, de restrição física. [CD 4]

[...]o que a gente tem pra segurar o paciente, a contenção é a mais simplesinha que existe. [CD 3]

Nos relatos vemos insuficiência quantitativa (Gerente 1) e qualitativa (CD 3). Esta “contenção simples” imobiliza apenas o tronco do paciente junto ao encosto do consultório, deixando os membros livres, o que dificulta o trabalho da CD. O Godoy, referido pelo CD 4 trata-se um dispositivo de imobilização. A falta ou insuficiência destes equipamentos limitam bastante as possibilidades de abordagem das dentistas.

O óxido nitroso (N₂O) é um gás com propriedades analgésica e sedativa, com efeito rápido e sem contraindicações absolutas (LADEWIG, 2016). O uso do N₂O possibilita esse tipo de atendimento no próprio CEO, quando há indicação adequada, evitando-se encaminhamento para um centro cirúrgico. Logo, o uso dessa ferramenta diminui os custos de possíveis internações e procedimentos hospitalares, além de desconfortos e outros riscos advindos de uma internação hospitalar. No caso dos CEO estudados, o atendimento com óxido nitroso seria de fundamental importância, pois ampliaria o acesso e resolubilidade da atenção já que não possuem referência para atendimento hospitalar. Desse modo, contemplaria também a integralidade na medida em que não haveria descontinuidade da atenção à PcD e à PNE. Essa visão pode ser identificada em depoimentos de entrevistados, a seguir.

Se a gente tivesse já funcionando o óxido nitroso e um prédio [...] maior, entendeu, pra a gente poder realmente implantar mais serviços e atender melhor um paciente especial, com aquela sala feita especialmente pra ele, bem grande, bem [...] aí sim, seria perfeito, sabe!? Mas com relação a material não falta. [Gerente 1]

De fragilidade, não tem equipamento pra sedação que seria uma mão na roda [...] porque tem alguns municípios que tem. [Gerente 3]

[...] eu acredito que se a gente tivesse um [...] aparelho de óxido nitroso, não sei se eu tô querendo demais [...] [CD 4]

Sobre materiais e insumos, duas dentistas se pronunciaram.

Por exemplo, a questão dos anestésicos, né, que são específicos pra um, ou outros não vou usar, a gente também não tem esse repertório todo, tá entendendo!? [CD 4]

De forte é que eu acho assim, em termos de equipamento de instrumental, de medicação, de material. [CD 3]

A falta do aparelho para sedação com óxido nitroso é comum a todos os quatro CEO e há também bastante carência em relação aos dispositivos de contenção física. Ambos são fundamentais na abordagem daqueles pacientes de difícil controle, principalmente numa Região que não conta com a atenção odontológica hospitalar.

Confirmando a situação encontrada neste estudo, Machado (2018) diz que a falta destes equipamentos tem como resultado um pequeno número de CEO capaz de oferecer o atendimento de alta complexidade. Tal carência de estrutura, como também de referência hospitalar são as grandes barreiras para o cumprimento da integralidade no cuidado à PcD.

Souza (2015) constatou que dentre os quatro CEO estudados, somente um absorvia a demanda de atendimento hospitalar. Tal situação continua semelhante ao que foi constatado nos resultados desta pesquisa, mesmo que em unidades diferentes e passados dez anos entre os estudos.

3.2 GESTÃO DO TRABALHO

A gestão local do trabalho no SUS tem como uma de suas finalidades solucionar os problemas de eficiência e eficácia operativa, por meio da avaliação e monitoramento dos processos de trabalho (Ditterich, 2012). O uso dessa categoria neste estudo se refere à percepção dos profissionais sobre o cumprimento de normas estabelecidas pelo MS para o adequado funcionamento dos CEO dentro da RCPD, compondo duas subcategorias identificadas no conteúdo das entrevistas – “Carga horária exclusiva” e “Incentivo financeiro”.

A subcategoria “Carga horária exclusiva” refere-se à percepção dos profissionais sobre à exigência de exclusividade de uma carga horária para atendimento das PcD que é o primeiro requisito mínimo para que um CEO componha a RCPD, isto é, disponibilizar, pelo menos, 40 horas semanais para o atendimento de pessoas com deficiência, segundo a Portaria 1.341 de 2012. (BRASIL, 2012)

A seguir, destacamos alguns trechos de falas de entrevistados, nas quais se identifica diferenças entre as opiniões de dentistas e de gerentes. As respostas das gerentes 1 e 2 foram bem semelhantes e deram a entender que são 40 horas, porque todos os dentistas do CEO atendem às PcD, mas não como algo exclusivo e separado. Ambas as gerentes também concordam que esta carga horária é suficiente para o atendimento a este público, diferentemente das visões das dentis-

tas.

40 horas. 40 horas de cadeira. Os profissionais têm 20, nós temos 2, então são 40 horas de cadeira, porque não só os dois especialistas, mas os demais que também [...] os demais especialistas que também contribuem para eles. Então assim, a [...] as cadeiras pra o paciente especial são 40 horas. [Gerente 1]

Na realidade as 40 horas, porque como ele passa por todos os profissionais e todos estão disponíveis pra ele, qualquer que seja. [Gerente 2]

Não tem. Não precisa. [CD 1]

Exclusiva, exclusiva não. Do jeito que tá, atende. [CD 2]

Não tem. Eu acho que era necessário sim, na verdade assim, a agenda é tão cheia que eu já tenho agenda até novembro. Muitos eu precisaria acompanhar [...] tem gente que eu comecei o tratamento em outubro do ano passado e eu ainda não terminei. Assim [...] que já era pra ter terminado em um mês, dois. Por causa da quantidade de pessoas, mas não são assim também só os especiais, é porque infelizmente aqui eu tenho que cobrir a pediatria. Mas precisa. [CD 3]

Não sei te informar. Eu acho que a gente consegue atender dentro dessa carga horária. Talvez, se tivesse um outro horário ou estendesse mais a carga horária, a gente teria uma vazão maior de atendimentos, de [...] tempo de tratamento seria mais rápido, digamos assim. [CD 4]

É possível que as dentistas 1 e 2 também tenham entendido a palavra “exclusiva” como um consultório ou profissional separado especialmente para o atendimento às PcD, por isso as respostas negativas. Também concordam que não precisariam de uma carga horária exclusiva para estes atendimentos, pois, do modo como está, elas conseguem dar conta da demanda. A CD 3 diz não haver esta exclusividade, mas acha bastante necessário que houvesse, já que faz atendimento de um grupo que não deveria atender, o pediátrico. Novamente fica evidente o problema dos encaminhamentos desnecessários, impedindo que a dentista acompanhe determinados pacientes com maior frequência. O CD 4 muda rapidamente de opinião sobre a carga horária, provavelmente pelo mesmo motivo da profissional anterior, considerando que em vários momentos da entrevista ele menciona os encaminhamentos impróprios, conforme ilustra a fala a seguir:

Na verdade, o entendimento que eu tenho do CEO é que a gente vai tá atendendo aqueles pacientes que a Atenção Básica não consegue de forma nenhuma atender. Isso é um entendimento que tenho, é uma coisa meio generalista, no entanto a prática aqui consiste basicamente nisso: em eu estar absorvendo toda essa demanda. Se o dentista achar que é, vai e encaminha. [CD 4]

No fim das contas, percebe-se pelas falas que é difícil saber a real necessidade de uma carga horária exclusiva para o atendimento odontológico de pessoas com deficiência, já que com tantos encaminhamentos inadequados, é impossível precisar quantas horas seriam ideais para suprir a demanda daqueles pacientes que realmente precisam de uma assistência odontológica especializada.

A subcategoria “Incentivo financeiro” trata sobre o destino dado aos recursos financeiros mensais provenientes da adesão do CEO à RCPD. Estudos afirmam que os incentivos financeiros auxiliam no cumprimento dos objetivos das políticas de saúde, promovendo acesso aos serviços, qualidade de atendimento, assim como na otimização o uso mais efetivo e eficiente dos recursos de saúde (Ditterich, 2012).

Para receber o adicional financeiro da RCPD, o CEO precisa cumprir uma série de requisitos e compromissos mínimos. Esse tema foi item questionado apenas nas entrevistas realizadas com as gerentes.

Apenas a Gerente 3 respondeu, de fato, em que esse recurso era aplicado, sem emitir juízo de valor sobre a quantidade de dinheiro. As demais gerentes responderam de forma bastante vaga, em que uma ressaltou que o incentivo financeiro deveria ser melhor, por causa dos gastos com o atendimento dos pacientes com necessidades especiais. As falas a seguir ilustram os posicionamentos durante as entrevistas.

É [...] só uma ajuda mínima. Deveria ser sim, na minha opinião, deveria ser um valor melhor, maior, porque para esses pacientes especiais, para poder a gente ter [...] é, se equipar melhor, a gente gasta muito com esses pacientes. Eu acho que poderia a gente ter um pouco mais de dinheiro pra poder a gente melhorar ainda mais o atendimento. Porque o do CEO, de uma maneira geral, o que se recebe pro [...] é muito pouco dinheiro, é muito pouco. Se não fosse o município que banca bem, né, porque só o salário dos profissionais, material, já foi embora aí muito dinheiro. [Gerente 1]

Vai tudo pra um bolo só, né!? Porque a gente recebe, digamos 11.000 e pouco do incentivo, aí vem esses 2.200 da rede Viver sem Limites e [...] aí tem os 7.500 de prótese, que usa todo ou até mais, aí entra tudo no custeio de material, de [...] contas de tudo [...] e não dá, né, porque o incentivo do CEO é muito pouco pra o [...] não dá pra pagar [...] se você for pagar a folha, né, nem pra isso não dava. [Gerente 2]

Manutenção das instalações que possuem acessibilidade do CEO. E incentivo ao atendimento dos pacientes. [Gerente 3]

As falas das entrevistadas corroboram que o atendimento desse grupo populacional requer equipamentos diferenciados, já referidos anteriormente, como os aparelhos de sedação e os imobilizadores.

Vale destacar que durante a observação, com relação aos equipamentos de contenção física para PNE, não foi encontrado nenhum dispositivo em três CEO integrantes da pesquisa. Em dois destes CEO, a CD responsável pelo atendimento a PNE é quem traz o seu próprio aparelho de contenção. Apenas um CEO possui um equipamento de restrição física.

Quanto aos requisitos mínimos propostos pela Portaria nº 1.341/2012 para o recebimento do incentivo financeiro mensal, podemos dizer que os CEO estudados os cumprem parcialmente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados e discussão apresentados identificamos aspectos semelhantes a alguns achados em outras pesquisas sobre CEO, particularmente, a insuficiência ou ausência de equipamentos e insumos específicos para atendimento adequado às pessoas com necessidades especiais e com deficiência, e o descumprimento dos requisitos mínimos da Portaria 1.341/2012.

Vale ressaltar que é importante registrar a dedicação de profissionais ao trabalho como um aspecto importante identificado e que tem elevado potencial para superação das fragilidades identificadas na infraestrutura dos CEO vinculados a RCPD e para qualificação do trabalho centrado nas necessidades dos usuários.

Uma vez que a RCPD condiciona o repasse de recurso financeiro ao cumprimento de requisitos e compromissos mínimos, por parte dos CEO que solicitam o ingresso nesta Rede, faz-se importante buscar estratégias de monitoramento e controle de tais estabelecimentos quanto à implementação das melhorias e adequações exigidas para a permanência nesta Rede. Uma sugestão poderá ser a análise contextualizada decada caso de descumprimento para buscar solução junto à gestão municipal e estabelecer acordos para novos prazos, condicionados a ter o incentivo financeiro suspenso se não houver o devido cumprimento.

Importante salientar que à gestão em saúde cabe assegurar a assistência integral às pessoas com deficiência e, desse modo, vale lembrar que medidas de caráter punitivo ou educativo recaem diretamente no acesso e na qualidade da atenção à saúde bucal dessas pessoas.

Consideramos que os aspectos aqui citados poderão ser observados para qualificar a atenção à saúde às PcD naquele território específico em que se realizou a pesquisa – 1ª. Região de Saúde do SUS/RN-, mas que podem também serem readequados a outros contextos territoriais em situações semelhantes.

REFERÊNCIAS

ALONSO, R. P.; DANTAS, L. E. R. Direitos humanos e fundamentais da pessoa com deficiência: a superação de uma condição deficiente. In: ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI, 23., 2014, Florianópolis. Anais [...]. Florianópolis: CONPEDI, 2014. p. 309-330. <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=7b7324f8841c5f9a>.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.341/GM, de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, n. 126, p. 74, 2 jul. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793/GM, de 24 de abril de 2012. Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, n. 80, 2 abr. 2012, p. 94. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Nota Técnica MS/SAS, de 04 de outubro de 2012: adesão do CEO a rede de cuidados à pessoa com deficiência. Brasília: Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_tecnica_ceo_cuidados.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica - n.º 17. Brasília, 92 p. 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 6.949, 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Acesso em: 25 nov. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm.

CHAVES, M. C.; MIRANDA, A. S. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na Saúde Pública. Interface (Botucatu), [online], Botucatu, v. 12, n. 24, p. 153-167, jan./mar. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000100012>.

DITTERICH R. G.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 615-627, Apr. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/02.pdf>.

FREIRE, A. L. A. S. S. Saúde bucal para pacientes com necessidades especiais: análise da implementação de uma experiência local. 2011. 255 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14448>.

GAVINA, V. P. et al. Oral Health for Patients with Special Needs: Evaluative Research of the Dental Specialties Centers. Port J Public Health, [online], Lisboa, v. 36, n. 2, p. 81-94, 2018. Acesso em 29 de janeiro de 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1159/000493886>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Nota Técnica 01/2018 de 31 de julho de 2018: Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

LADEWIG, V. M. et al. Sedação consciente com óxido nitroso na Clínica odontopediátrica. *Odontol. Clín.-Cient.*, [online], Recife, v. 15, n. 2, p. 91-96, abr./jun. 2016. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v15n2/a03v15n2.pdf>.

LEMOS, A. S. P. Estratégias desenvolvidas pelo Ministério da Saúde no fomento a formação e qualificação dos profissionais de saúde bucal para o SUS: um olhar a partir da ação de qualificação profissional para a atenção e cuidado às pessoas com deficiência. 2014. 52 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasília, 2014.

<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/114675/000954646.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

MACHADO, W. C. A. et al. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. *Texto Contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 27, n. 3, p. e4480016. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004480016>.

MARTA, S. N. Programa de assistência odontológica ao paciente especial: uma experiência de 13 anos. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.*, Porto Alegre, v. 59, n. 3, p. 379-385, jul./set. 2011. <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rgo/v59n3/a05v59n3.pdf>.

MEDEIROS, E. Os centros de especialidades odontológicas como suporte da atenção Básica: uma avaliação na perspectiva da integralidade. 2007. 173 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Centro de Ciência da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007. Disponível em: <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/123456789/17036>.

MOIMAZ, S. A. S.; COSTA, A. C. O.; SALIBA, N. A.; BORDIN, D.; ROVIDA, T. A. S.; GARBIN, C. A. S. Condições de trabalho e qualidade de vida de cirurgiões-dentistas no sistema único de saúde. *Revista Ciência Plural*, v. 1, n. 2, p. 68-78, 21 jul. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/7617>.

OLIVEIRA, A. C. B.; PAIVA, S. M.; PORDEUS, I. A. Fatores relacionados ao uso de diferentes métodos de contenção em pacientes portadores de necessidades especiais. *Cienc. Odontol. Bras.*, São José dos Campos, v. 7, n. 3, p. 52-9, jul./set. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/bds.2004.v7i3.437>.

OLIVEIRA, R. S. Precarização e intensificação do trabalho na atenção à saúde bucal: um estudo com cirurgiões-dentistas dos Centros de Especialidades Odontológicas. 2010. 173 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, 2010. <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9531>.

SALINO, A. V. Política nacional de saúde bucal e a rede de cuidado à pessoa com deficiência: uma análise da experiência no estado do Amazonas. 2019. 234 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) -Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. http://www.bdttd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=15575.

SANTOS, J. J. S.; CARNEIRO, S. V. Saúde bucal de pacientes com necessidades especiais em Aracati - CE. São Paulo: Rev. Remecs, v. 4, n. 6, p. 35-46, 2019. <https://doi.org/10.24281/remecs2526-2874.2019.4.6.35-46>.

SILVA, C. H. F. et al. Análise das condições de trabalho dos cirurgiões-dentistas de centros de especialidades odontológicas no Ceará. Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida | v. 11, n. 2, p. 2, 2019.

SOUZA, E.C.F. Patografias e clínica em saúde bucal. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA; PEDROSA, SF; GROISSMAN, S; MOYSÉS, SJ (Org.) PRO-ODONTOPREVENÇÃO. Programa Atualização em Odontologia e Saúde Coletiva: Ciclo 7. Porto Alegre: ArtMed/Panamericana, 2013. p.9-42 (Sistema de educação continuada em saúde à distância, v.2).

SOUZA, G.C. et al. Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. Rev. salud pública. V.17, n. 3, p. 416-428, Jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n3.44305>.

Percepção dos Profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas de Alagoas sobre um Programa Avaliativo

Cléverton da Silva Santos

Petrônio José de Lima Martelli

Mônica Maria Motta dos Reis Marques

Gabriella Moraes Duarte Miranda

Izabel Maia Novaes

RESUMO

Introdução: Avaliar consiste em um julgamento de valor sobre uma intervenção ou parte dela, utilizando dispositivos que forneçam informações, a partir do posicionamento de diferentes atores envolvidos, podendo induzir a ações, servindo como base para tomada de decisão, além de ajudar na criação de políticas e no gerenciamento de programas. **Objetivo:** conhecer a percepção dos profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas de Alagoas (CEO), participantes do 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO), acerca da Autoavaliação e Avaliação Externa. **Método:** descritivo e de abordagem quantitativa, baseado na técnica da entrevista, mediante a utilização de um questionário estruturado, com 2 blocos, respondido online. A população foi composta por Cirurgiões-Dentistas participantes do 2º ciclo do PMAQ-CEO, em Alagoas. **Resultados:** mostraram-se positivos, quando consideradas as percepções dos Cirurgiões-Dentistas e Gerentes dos CEO, acerca da Autoavaliação e Avaliação Externa, apesar de alguns conceitos sobre processos avaliativos ainda serem desconhecidos pela maioria destes profissionais. Além disso, muitos consideraram mais importante as questões estruturais dos CEO, deixando em segundo plano as informações sobre processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado com os usuários. **Considerações finais:** A Autoavaliação e Avaliação Externa influenciaram positivamente no trabalho dos CEO de Alagoas, no entanto são necessários mais estudos que abordem a concepção dos profissionais sobre estes tipos de avaliações.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Centro de Especialidades Odontológicas. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade.

ABSTRACT

Introduction: Evaluating consists of a value judgment about an intervention or part of it, using devices that provide information, based on the positioning of different actors involved, being able to induce actions, serving as a basis for decision making, in addition to helping in the creation of policies and program management. **Objective:** to know the perception of professionals from the Dental Specialties Centers of Alagoas (CEO), participants in the 2nd cycle of the Access and Quality Improvement Program (PMAQ-CEO), regarding Self-Assessment and External Assessment. **Method:** descriptive

and with a quantitative approach, based on the interview technique, using a structured questionnaire, with 2 blocks, answered online. The population was composed of Dental Surgeons participating in the 2nd cycle of the PMAQ-CEO, in Alagoas. Results: they were positive, when considering the perceptions of Dental Surgeons and CEO's Managers, regarding Self-Assessment and External Evaluation, although some concepts about evaluation processes are still unknown to most of these professionals. In addition, many considered the CEO's structural issues to be more important, leaving information about the work process, service organization and care for users in the background. Final considerations: Self-Assessment and External Evaluation positively influenced the work of Alagoas CEO, however more studies are needed that address the conception of professionals about these types of assessments

Keywords: Health evaluation. Center of dental specialties. Access and quality improvement program.

1 INTRODUÇÃO

Avaliar consiste, fundamentalmente, em realizar um julgamento de valor sobre uma intervenção ou parte dela, empregando dispositivos que permitam fornecer informações, cientificamente válidas e socialmente legítimas, a partir do posicionamento dos diferentes atores envolvidos, podendo induzir a ações (CHAMPAGNE et al., 2011, p.31).

Os gestores constantemente necessitam tomar decisões importantes, em um ambiente institucional e social cada vez mais ávido por mudanças, bastante diverso e, por vezes, difícil de atuar. É imprescindível, portanto, a utilização adequada de evidências científicas, para o desenvolvimento de ferramentas, que viabilizam a melhor utilização da pesquisa nos gerenciamentos dos serviços (FELISBERTO et al, 2017, p.388).

Neste sentido, ao utilizarem instrumentos adequados de avaliação dos seus programas e políticas, obedecendo a um rigor teórico e metodológico, buscam a melhoria da qualidade da utilização dos recursos públicos (FAGUNDES, MOURA, 2009, p.90).

Nos sistemas de saúde, o ato de avaliar é um processo complexo, baseado em um julgamento, no qual as tomadas de decisão podem ser realizadas por meio de uma avaliação normativa, quando se compara o rendimento de um determinado grupo com base em critérios e normas aplicadas; ou pode-se realizar uma pesquisa avaliativa, na qual um processo científico é organizado em conjunto com instituições de ensino superior e órgãos governamentais parceiros (FIGUEIREDO, GOES, MARTELLI; 2016, p.168).

Segundo Donabedian (1978, p.857), avaliar é acompanhar de forma contínua os serviços de saúde oferecidos, com a finalidade de detectar e corrigir desvios dos padrões encontrados, permitindo, assim, que o desenvolvimento dos serviços avaliados sejam cada vez mais aperfeiçoados.

Quando se fala em qualidade no setor de saúde, o melhor conceito é aquele que se refere à vinculação entre os benefícios obtidos, a diminuição de riscos e custo para a obtenção de um elevado padrão de assistência e satisfação do paciente (DONABEDIAN et al., 1982, p.976; 1992, p.357).

Partindo da pergunta condutora deste trabalho: “Qual a percepção dos profissionais dos centros de especialidades odontológicas acerca do 2º ciclo PMAQ-CEO?” E, tendo em vista que a postura e a expectativa política dos atores sociais envolvidos nos processos avaliativos interferem nos produtos da avaliação; que a avaliação deve considerar também os aspectos humanos, sociais, culturais e contextuais que envolvem o seu processo; que alguns profissionais dos serviços não se veem como participantes ativos ou até mesmo como integrantes da avaliação; que a capacidade avaliativa precisa ser construída nos espaços de trabalho, de modo que seja incorporada ao cotidiano dos serviços; que a avaliação ainda não está institucionalizada nos serviços do SUS; que o PMAQ-CEO é um indutor da institucionalização da avaliação nos CEO, percebeu-se a necessidade de conhecer a percepção dos profissionais, participantes do 2º ciclo do PMAQ-CEO, no estado de Alagoas, mais especificamente dos Cirurgiões-Dentistas e Gerentes, acerca da Autoavaliação e a Avaliação Externa do PMAQ-CEO.

Acredita-se, também, que as opiniões, visões críticas e sugestões, dos profissionais envolvidos neste estudo, são bastante relevantes e poderão induzir à mudanças positivas nos processos avaliativos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PROCESSOS AVALIATIVOS EM SAÚDE

Os primeiros conceitos de avaliação em serviços públicos surgiram logo após a 2ª Guerra Mundial e resultaram do papel que o Estado começou a desempenhar nas áreas da educação, social, do emprego e da saúde, com o objetivo de encontrar meios para que a atribuição de recursos fosse a mais eficaz possível. Dessa forma, os economistas desenvolveram métodos para analisar as vantagens e os custos destes programas públicos, tornando-se os pioneiros desse método (CHAMPAGNE et al. 2011, p.29).

No decorrer dos anos 70, a necessidade de avaliar as ações nos serviços de saúde começou a se difundir, considerando que o período de implantação dos grandes programas de saúde, baseados no seguro médico, estava chegando ao fim. Concomitante a isto, a diminuição do crescimento econômico e o papel do Estado no financiamento dos serviços de saúde tornavam indispensável o controle dos custos do sistema de saúde, sem que, por isso, a acessibilidade de todos aos serviços de qualidade fosse suficiente (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p.30).

Os trabalhos de Donabedian (1980, p.237), ao abordar a tríade estrutura–processos–resultados, tornam mais direta a forma de se avaliar a qualidade do cuidado. É importante destacar também que, quando os resultados se referem as mudanças no estado de saúde das pessoas, torna-se mais complexo concluir que as melhorias observadas tenham sido decorrentes da intervenção nos serviços de saúde.

Desenvolver programas voltados à qualidade dos serviços de saúde foi uma das principais preocupações da Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir do início da década de 80. Dentre os fatores que contribuíram para a consolidação destes, tem-se a preocupação com os custos

e recursos dos serviços de saúde, colocando em primeiro plano a avaliação custo-efetividade (SERAPIONI, 2009, p.65).

Desde a última década do século passado, a América Latina se converteu em terreno fértil para o surgimento de iniciativas inovadoras de avaliação de processos e intervenções sociais e sanitárias. No início do século XXI, podemos descrever dois modelos de avaliação predominantes na América Latina: um de natureza tradicional e outro mais inclusivo e participativo. O primeiro foi desenvolvido pelas instituições acadêmicas em parceria com agências sanitárias internacionais. O segundo é mais recente e tende a ser mais descentralizado das grandes instituições de saúde e dos centros de investigação, sendo uma maneira inovadora de avaliação (CAMPOS; FURTADO, 2011, p.54).

Donabedian (2003, p.127) afirma que a articulação dos profissionais com os serviços, sistema de saúde e sociedade é capaz de oferecer uma assistência ampla e justa e está intrinsecamente relacionada com a qualidade dos serviços de saúde, sendo os usuários os principais beneficiados, principalmente quando este conjunto é financeiramente viável, economicamente sustentável e uma escolha democrática de cidadania.

No Brasil, a avaliação desperta crescente interesse a partir dos anos 1990, quando a ampliação do número de iniciativas ligadas às políticas públicas sociais aumenta, no contexto da constituição de 1988, que amplia os direitos civis dos cidadãos brasileiros, além de ampliar a importância econômica e política de serviços e programas de saúde (CAMPOS; FURTADO, 2011, p.56).

Quando se fala em institucionalização dos processos avaliativos em saúde, há um entendimento de que variados e legítimos aspectos (interesses, valores, motivações, recursos) estão implicados nas decisões políticas e nos usos das avaliações para tomada de decisão e implantação de programas. Sendo assim, é importante lembrar que a avaliação tem uma grande utilidade, porém é apenas mais uma dentre as várias dimensões que compõem o conjunto de evidências, usada pelos gestores e demais partes interessadas (CHAVES et al., 2016, p.338).

Furtado e Silva (2014, p.15), afirmam que a área de avaliação em saúde tem, aos poucos, se desprendido das políticas de planejamento e gestão, construindo um saber e práticas próprias em diferentes países.

No caso do Brasil, esses programas avaliativos estão representados, em sua maioria, pelas instituições de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e das universidades, se constituindo como uma subárea da saúde coletiva, resultado da interação entre agentes dos campos burocrático e científico (FURTADO; SILVA, 2014, p.15).

2.2 PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DOS CEO – PMAQ-CEO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) faz parte do Ministério da Saúde e tem como objetivo avaliar um conjunto de padrões de qualidade relacionados a estrutura, processo e resultado, visando a melhoria

e expansão das ações especializadas de saúde bucal para a população brasileira (FIGUEIREDO, GOES, MARTELLI; 2016, p.37).

A portaria nº 261/GM/MS, de 21 de fevereiro de 2013, instituiu o PMAQ-CEO no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), sendo fruto de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS: Ministério da Saúde, os municípios e estados, estes últimos representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), respectivamente (BRASIL, 2013).

A capacidade de tomadas de novas decisões, aliada à necessidade de análise e julgamento, com o objetivo principal de conhecer e modificar realidades do SUS, foram as prerrogativas iniciais para avaliar programas e serviços de saúde, como os CEO (FIGUEIREDO et al., 2012, p.195).

Como principais objetivos do PMAQ, pode-se destacar o reforço as práticas de cuidado, gestão e educação para a melhoria da atenção à saúde para o cidadão; o fortalecimento das ações e estratégias da gestão do CEO; reconhecer a importância da avaliação dos usuários para fortalecer o controle social; reconhecer as realidades e singularidades de cada serviço, pontuando as fragilidades e potencialidades de cada lugar para que se planeje e construa ações voltadas para a melhoria destes ambientes (FIGUEIREDO, GOES, MARTELLI; 2016, p.50).

O PMAQ-CEO em seu 1º ciclo esteve organizado em quatro fases que se complementaram e faziam parte de um ciclo: adesão e contratualização; desenvolvimento; Avaliação Externa e recontratualização (BRASIL, 2013). No 2º ciclo, foram três fases e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento (BRASIL, 2017).

A primeira fase do programa, a adesão, é de caráter voluntário e surge da ideia de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos. Nesta fase, são indicadas pelos gestores, a quantidade de CEO que participarão do programa, sendo obrigatória para a fase seguinte, que consiste na contratualização entre as equipes dos CEO e os gestores estaduais, do Distrito Federal e municipais, e desses com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, consiste em um conjunto de ações que serão empreendidas pelos profissionais dos CEO, gestores municipais e estaduais e Ministério da Saúde, com o intuito de promover o cuidado e melhorar o processo de trabalho, além de identificar e reconhecer as dimensões positivas e os desafios, produzindo sentidos e significados potencialmente facilitadores/mobilizadores, induzindo à mudanças (BRASIL, 2015).

Outra forma de avaliação importante do PMAQ-CEO é a Avaliação Externa (AE), onde um grupo de avaliadores de qualidade, selecionados e capacitados por Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP), aplicam instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelos profissionais e pela gestão (BRASIL, 2015).

Na última fase do programa, a recontratualização, há uma pactuação dos Municípios/Estados com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade que estimularão a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados no PMAQ-CEO (BRASIL, 2015).

2.3 CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO)

Nos últimos anos, tem-se discutido a necessidade da integração dos serviços em redes assistenciais, uma vez que as organizações e os profissionais de saúde não possuem todas as competências necessárias para solucionar todos os desafios de saúde de uma população. Por isso, os serviços em redes de saúde vieram para se contrapor ao modelo piramidal e fragmentado de saúde, como uma das fórmulas usadas para alcançar a integralidade em saúde (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p.331).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), mais conhecida como Brasil Sorridente, foi implantada em 2004 e compreende, nos âmbitos individual e coletivo, um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, ampliando o acesso à assistência odontológica (BRASIL, 2004). Dentre os eixos estruturantes que norteiam seus princípios, diretrizes e sua forma de funcionamento tem-se a ampliação e qualificação da atenção especializada, por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), instituídos mediante a Portaria nº 599 de 26 de março de 2006 (BRASIL, 2006).

Segundo Chaves, Rossi e Freire (2016, p.228), o termo “atenção especializada” traz o significado de um serviço onde há uma maior densidade tecnológica, ligado a redes de atenção à saúde, numa relação menos hierárquica entre os pontos de atenção, permitindo um sistema menos rígido para os usuários do SUS.

Os CEO devem funcionar 40 horas semanais e oferecer, ações de diagnóstico bucal avançado, periodontia especializada, cirurgia oral menor, endodontia e atendimento aos portadores de necessidades especiais. Outras especialidades também podem ser oferecidas nesses centros em conformidade com as demandas assistenciais da população, podendo envolver reabilitação protética, tratamento ortodôntico e implantes dentários (PNSB, 2004).

Os CEO, classificados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade, são responsáveis pela assistência pública de média complexidade. Podem ser classificados em 3 categorias distintas: tipo I (3 cadeiras odontológicas), tipo II (4 a 6 cadeiras odontológicas) e tipo III (7 ou mais cadeiras odontológicas) (BRASIL, 2010).

A PNSB (2004a, p14) já trazia que o acesso à odontologia mais especializada corresponde a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos no Brasil. O que evidenciava uma baixa oferta de serviços odontológicos nas atenções secundária e terciária.

Os CEO tiveram um avanço significativo desde que foram instituídos, e alguns estudos relatam um aumento de 400% nos procedimentos especializados em saúde bucal (MAGALHÃES et al., 2015, p.82). Entretanto, estudos futuros de saúde bucal podem apresentar um crescimento e impacto ainda maior desses serviços na condição de saúde bucal dos brasileiros (AZEVEDO et al., 2017, p.9).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a percepção dos profissionais Cirurgiões-Dentistas e Gerentes dos CEO de Alagoas, participantes do 2º ciclo do PMAQ-CEO, sobre a Autoavaliação e a Avaliação Externa.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar a percepção dos profissionais, que trabalham nos CEO de Alagoas, acerca de processos avaliativos;
- b) Conhecer mudanças, referidas pelos participantes deste estudo, ocorridas nos processos de trabalho dos CEO e para a saúde da população, após o 2º ciclo avaliativo do PMAQ-CEO;
- c) Compreender qual a importância do PMAQ-CEO 2º ciclo, para a vida profissional dos atores envolvidos, nos processos avaliativos dos CEO.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso descritivo, de abordagem quantitativa, cujo objetivo é conhecer a percepção dos profissionais Gerentes e Cirurgiões-Dentistas que atuam nos CEO de Alagoas e que participaram do 2º ciclo do PMAQ-CEO, acerca das Autoavaliações e Avaliações externas do referido programa.

4.2 LOCAL DE ESTUDO, POPULAÇÃO ALVO E FATORES DE INCLUSÃO

O estudo foi realizado no estado de Alagoas, por conveniência do pesquisador, visto que o mesmo participou como Avaliador Externo do 2º ciclo avaliativo do PMAQ-CEO, neste estado, tendo conhecido gestores e profissionais dos CEO, o que facilitaria os seus contatos, para a coleta de dados.

O estado de Alagoas localiza-se na Região Nordeste do Brasil e, segundo o censo do IBGE 2010, apresenta uma população superior a 3 milhões de habitantes, distribuída nos 102 municípios. Apesar disso, apenas 25 municípios possuem Centro de Especialidades Odontológicas, sendo um CEO em cada cidade.

A população do estudo foi constituída por 50 Cirurgiões-Dentistas, participantes da Autoavaliação e da Avaliação Externa do PMAQ-CEO 2º ciclo, no estado de Alagoas, sendo que 25 (50%) destes atuavam como especialistas nos CEO e os outros 25 (50%) ocupavam a função de

gerente.

Os critérios de inclusão para os entrevistados foram: ser Cirurgião-Dentista ou Gerente do CEO e ter participado da autoavaliação e da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-CEO, neste último como entrevistado.

Critérios de exclusão: os Cirurgiões-Dentistas que não participaram da entrevista, durante a Avaliação Externa do PMAQ-CEO 2º ciclo.

4.3 COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS

Para a coleta de dados, foi construído pelo pesquisador um questionário, estruturado a partir de perguntas sobre conhecimentos gerais de avaliação em saúde e questões acerca da Avaliação Externa e a Autoavaliação das quais estes profissionais fizeram parte.

As perguntas foram divididas em 2 blocos:

- a) Conhecimentos gerais sobre o que é Avaliação, AMAQ e PMAQ-CEO;
- b) Conhecimentos sobre os processos avaliativos pelos quais os profissionais passaram.

As questões continham opções de múltipla escolha, algumas tendo mais de uma opção para escolher, principalmente quando se tratava de temas usando como mote conceitos sobre processos avaliativos.

Uma vez concluída a elaboração do questionário, este foi submetido a um teste piloto para garantir a objetividade e facilidade de compreensão para a população do estudo. Com este fim, o teste foi enviado para duas profissionais Cirurgiãs-Dentistas que já haviam participado de avaliações do PMAQ-CEO, sendo uma gerente e a outra Cirurgiã-Dentista da equipe CEO do município do Recife - PE, onde o pesquisador encontra-se residindo no momento.

Após a apreciação e validação do questionário, as observações e sugestões foram acatadas e o teste foi modificado em um quesito, visando sua melhoria e clareza. Em seguida, o questionário foi submetido a todos os profissionais Cirurgiões-Dentistas e Gerentes dos CEO de Alagoas, que preenchiam os critérios de inclusão no estudo.

O período da coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro e novembro de 2019, sendo o questionário disponibilizado para a população do estudo, sem qualquer tipo de identificação, por meio de um link do Google Forms e encaminhado via endereço eletrônico, como e-mails e a grupos de redes sociais, além do aplicativo de comunicação WhatsApp.

Os profissionais dos CEO foram informados sobre a importância do questionário, como uma forma de conhecer percepções diferentes sobre a Avaliação e Autoavaliação a que foram submetidos no 2º ciclo avaliativo do PMAQ-CEO.

Todos os participantes do estudo assinaram o TCLE e foram informados que o questionário

a ser aplicado tinha caráter confidencial e que o tempo para responder às perguntas duraria em média 5 minutos

4.4 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram tabulados e analisados descritivamente, por meio do aplicativo Microsoft Excel® 2016, a partir de uma planilha gerada, mediante as respostas obtidas pelas respostas dos questionários do Google forms. Os resultados foram apresentados por meio de gráficos, utilizando-se valores absolutos e percentuais.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de um trabalho com seres humanos, o estudo foi encaminhado e submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, tendo recebido a devida aprovação para sua execução, sob o protocolo de número 2.478.524 e CAAE 23458213.0.0000.5208.

Todos os entrevistados receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) respeitando os princípios da Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012.

5 RESULTADOS

Dos 50 profissionais dos CEO de Alagoas, convidados a responder o questionário, 28 (56,0%) contribuíram com o estudo. Porém, não houve sinalização por parte dos 22 restantes, totalizando uma perda de 44,0%, compreendendo os que não deram resposta, assim como os que podem não ter recebido os informes, por mudanças no e-mail e/ou número de telefone.

Dos 28 participantes que responderam à pesquisa, 17 (60,71%) eram Cirurgiões-Dentistas especialistas que atendiam no CEO e 11 eram Gerentes destes serviços (39,29%).

A predominância com relação ao sexo dos participantes foi de 15 (53,6%) para o feminino e 13 (46,4%) para o sexo masculino. A faixa etária dos respondentes foi dos 27 aos 58 anos.

No primeiro bloco de perguntas, também foram coletadas informações relativas ao tempo de formação na área de atuação e se os participantes possuíam alguma pós-graduação relativa à gestão ou saúde pública. Quanto ao tempo de formação, os resultados variaram de 3 até 35 anos. Quando perguntados se tinham alguma pós-graduação em saúde pública ou gestão em saúde, 15 (53,6%) deram como negativa a resposta e 13 (46,4%) responderam que sim.

Quanto aos conhecimentos gerais sobre a avaliação de programas de saúde e PMAQ/ PMAQ-CEO, 23 profissionais (82,1%) responderam que já tinham participado de algum processo de avaliação, mesmo que não fosse no campo da saúde. Dos 23 respondentes (82,1%) que afirmaram já ter participado de algum tipo de avaliação, 19 (82,6%) disseram ter sido no setor público, 3 (13,04%) no setor público e privado e, apenas 1 (4,35%) em outro tipo de setor.

Quando perguntados sobre as melhores definições para avaliação dos serviços de saúde, os participantes poderiam escolher mais de uma alternativa como resposta, sendo que 14 deles (50%) escolheram a assertiva em que a avaliação era descrita como uma forma de obter informações úteis e oportunas à gestão, para a melhoria das ações de saúde e qualificação do cuidado. Dos entrevistados, 10 (37,5%) compreendiam a avaliação como uma forma de fiscalização e auditoria do governo; 9 profissionais (32,1%) consideraram a avaliação como um tipo de julgamento feito a partir de observações específicas sobre determinado assunto, com a possibilidade de suspensão de recursos, caso a unidade e/ou equipe não estejam adequadas às normas da avaliação; e, apenas 1 respondente (1%) escolheu a assertiva em que a avaliação consiste em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, empregando um dispositivo, que permita fornecer informações, cientificamente válidas e socialmente legítimas, sobre uma intervenção, considerando os diferentes atores envolvidos, que possa se traduzir em ações.

Em outra pergunta, a ideia era saber se os profissionais participantes da avaliação do PMAQ-CEO já tinham ouvido falar sobre ele, antes da Avaliação Externa acontecer. Dos 28 entrevistados, 25 (89,3%) responderam que sim, sendo que 23 deles (88,5%) afirmaram ter ouvido falar sobre o programa na unidade de saúde onde trabalha/trabalhava; 4 (15,4%) marcaram a assertiva que especificava “outro local”; 3 (11,5%) disseram que tinham ouvido falar do PMAQ na faculdade/universidade; e apenas 1 (3,8%) afirmou ter conhecimento sobre o PMAQ através da internet.

A questão seguinte abordava sobre a melhor definição que caracterizava o PMAQ. Mais da metade dos participantes, 16 deles (57,1%), marcaram a assertiva que definia o programa como estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde, que atinjam a melhoria no padrão de qualidade no atendimento; 8 (28,6%) assinalaram que é um programa de mobilização – de trabalhadores, gestores das três esferas de governo e usuários – para a implantação de mudanças no processo de trabalho; 4 (14,3%) indicaram que se trata de um programa instituído pelo governo federal, para melhor controlar os recursos e fiscalizar as unidades de saúde de todo o Brasil; e, 10,7% afirmaram que o PMAQ é um programa de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde.

Quando questionados sobre a importância que atribuem ao PMAQ, nos serviços de saúde, 13 (46,4%) entrevistados veem o programa como importante; outras 13, como muito importante (46,4%); 1 (3,6%) considera o programa pouco importante e, mais 1 (3,6%) pontuou que o programa não tem nenhuma importância.

Sobre a importância do PMAQ para a melhoria dos serviços de saúde, dentre as opções disponíveis, foi perguntado quais as mais relevantes. Os quesitos “Estrutura da unidade de saúde” (57,1%) e “suficiência e qualidade dos insumos/materiais/instrumentais da unidade de saúde” (75,0%) foram os que se sobressaíram. Em seguida, vieram: “Melhoria dos recursos para incentivo do trabalho das equipes” e “A qualificação da equipe” que pontuaram 50% e 42,9% respectivamente; “Melhoria do processo de trabalho e planejamento” veio em seguida com 32,1%; Fiscalização dos recursos que mantém as unidades de saúde obteve uma percentagem de 28,6%; e, por último, a opção “contratação de mais profissionais” foi escolhida por 7,1% dos participantes.

A última pergunta do 2º bloco buscava saber quais as melhores contribuições do PMAQ para a saúde da população. Dos 28 entrevistados, 21 (75,0%) marcaram a assertiva de melhoria da qualidade do atendimento; 18 deles (64,3%) apontaram a melhoria da infraestrutura das unidades; 14 (50,0%) consideraram a ampliação do acesso da população às unidades de saúde; outras contribuições, como maior resolutividade (39,3%); diminuição da fila de espera (25,0%); e diminuição das morbidades e comorbidades que afetam a população (25,0%), foram as menos escolhidas pelos entrevistados.

No terceiro bloco, as perguntas eram voltadas para a Avaliação e Autoavaliação que os profissionais fizeram parte no 2º ciclo do PMAQ-CEO.

A primeira questão perguntava se o profissional ficou sabendo que o CEO em que trabalha iria passar pela avaliação do PMAQ-CEO. A maioria, 26 (92,9%) dos 28 participantes, respondeu que sim. Destes, 14 (53,8%) afirmaram que ficaram sabendo da avaliação, alguns meses antes da equipe de avaliadores externos irem à unidade; 5 (19,2%) afirmaram que ficaram sabendo da avaliação algumas semanas antes; outros 5 (19,2%) ficaram sabendo poucos dias antes da avaliação e apenas 2 (7,7%) já tinham conhecimento há mais de um ano que o CEO em que trabalhavam iria passar pela avaliação.

Sobre a expectativa para receber a avaliação externa do PMAQ-CEO, 18 (64,3%) assentiram que tiveram muita expectativa; 6 (21,4%) estavam indiferentes ou neutros; 3 (10,7%) demonstraram nenhuma expectativa e apenas 1 (3,6%) não tinha nenhuma expectativa sobre a avaliação externa do CEO em que trabalham.

Os participantes da pesquisa também foram perguntados se tinham participado da autoavaliação do PMAQ-CEO 2º ciclo, onde 24 (85,7%) disseram que sim e 4 (14,3%) responderam que não, nos mostrando que mesmo a autoavaliação fazendo parte do ciclo do PMAQ-CEO, nem todos os profissionais das equipes participaram ou a equipe não faz autoavaliação. Dos participantes da autoavaliação realizada nos CEO, a maioria era Cirurgiões-Dentistas (92%) e gerentes (68%) dos CEO. Também participaram da autoavaliação, segundo os entrevistados responderam, coordenadores de saúde bucal do município (60%), ASB/TSB (48%), secretários de saúde (32%) e técnicos em prótese dentária (12%), estes últimos sendo os atores que menos participaram deste processo.

Para aqueles que participaram do processo de autoavaliação na unidade, a pergunta seguinte foi: “qual a melhor definição para autoavaliação?” Os resultados foram: 18 (66,7%) consideram que a autoavaliação é o ponto de partida da fase de desenvolvimento do PMAQ, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e no reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes; 7 (25,9%) veem a autoavaliação como um tipo de avaliação onde cada profissional, isoladamente, faz um breve relatório sobre a unidade em que trabalha para posteriormente se reunir com a equipe, visando planejar o processo de trabalho; e os outros 6 (22,2%) acham que a autoavaliação serve para produzir sentidos e significados com potencial de facilitar a mobilização de iniciativas para mudança e aprimoramento dos serviços de saúde.

Questionados se após a realização do PMAQ-CEO 2º ciclo, a visão sobre avaliação mudou, 15 (53,4%) afirmaram que Sim e entenderam a importância da avaliação para a melhoria da qualidade dos serviços e ampliação acesso da população; 8 (28,6%) disseram que mudou muito a visão sobre avaliação contribuindo ainda mais com o crescimento profissional e/ou gestor; 4 (14,3%) disseram que a visão sobre o PMAQ-CEO não mudou e apenas 1 (3,6%) que mudou pouca coisa e ainda tem dúvidas sobre o que é avaliação e como esta é aplicada na prática cotidiana.

Para finalizar o terceiro bloco, foi perguntado se ocorreram mudanças no processo de trabalho na unidade, após a realização do PMAQ-CEO 2º ciclo. Dos 28 que responderam ao questionário, 17 (60,7%) afirmaram que o processo de trabalho mudou e possibilitou a utilização de ferramentas para a obtenção de informações úteis e oportunas aos profissionais e à gestão, contribuindo na melhoria da atenção à saúde; 6 (21,4%) disseram que além de mudar, as melhorias foram percebidas tanto pelos profissionais, quanto pelos usuários; e 5 (17,9%) disseram que o processo de trabalho na unidade continua o mesmo, ou seja, não mudou.

6 DISCUSSÃO

A indisponibilidade de informações na literatura acerca da percepção, dos profissionais que trabalham nos CEO, sobre a Autoavaliação e a Avaliação Externa do PMAQ-CEO foi a principal limitação desta pesquisa.

A maioria dos profissionais (53%), envolvidos neste estudo, respondeu não ter nenhuma especialização em saúde pública ou gestão, inclusive aqueles que estavam como gerentes do CEO, evidenciando a carência de especialistas em saúde pública ou gestão, nos CEO de Alagoas. Tal situação corrobora com o que Santiago et al. (2016, p.141) abordam explicitando a ausência do estado no incentivo de qualificações voltadas aos Cirurgiões-Dentistas que trabalham na área da saúde bucal coletiva, epidemiologia em saúde bucal, saúde da família e gestão pública.

De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), de 2004, a aprendizagem no trabalho consiste em aprender e ensinar, incorporando ao cotidiano das organizações possibilidades de transformação das práticas profissionais através de uma aprendizagem significativa (BRASIL, 2004).

Nos últimos governos, a PNEPS vem sendo ampliada, na tentativa de identificar os problemas cotidianos e ajudar em processos educativos que contemplem a realidade e necessidades do SUS. É neste sentido que as instituições formadoras devem participar da construção da PNEPS, aproximando mais o universo acadêmico da realidade do SUS (SANTIAGO et al., 2016, p.141). O estudo de Silva e Peduzzi (2011, p.1028) constatou a importância da educação permanente em saúde, quando articulada com o cotidiano do serviço, devido ao encontro entre profissionais e usuários, frente às necessidades de ambos.

Ainda sobre a melhoria de qualidade dos serviços e PNEPS, GOES et al. (2012, p.87) discorrem sobre a qualificação do processo de trabalho, sendo de extrema importância a instituição

de ações de educação permanente e criação da residência em atenção secundária, para formação de habilidades e competências voltadas para os CEO, visando a ampliação dos trabalhos multiprofissionais e interprofissionais.

Interessante notar que 5 Cirurgiões-Dentistas (17,9%) entrevistados no estudo, quando perguntados se já tinham participado de algum processo de avaliação, mesmo que não seja no campo da saúde, responderam que nunca participaram de uma avaliação, mesmo tendo participado das fases de Autoavaliação e Avaliação Externa do PMAQ-CEO, 2º ciclo. Neste caso, o PMAQ/PMAQ-CEO pode não ser visto como um tipo de avaliação por estes profissionais.

Os resultados deste estudo indicaram que 37% dos participantes consideram o PMAQ-CEO como um tipo de fiscalização, com objetivos punitivos, inclusive com a possibilidade de suspensão de recursos. Conforme Reis (2018, p.101), isso ocorre pelas dificuldades encontradas na compreensão dos aspectos que envolvem a avaliação do trabalho. Além disso, a sobrecarga recebida pelos atores participantes do processo avaliativo e as sensações de estresse no que se refere à preparação para o momento da avaliação, também contribuem para que a perspectiva negativa do programa seja estabelecida. Com uma visão semelhante, 4 (14,3%) acham que o PMAQ-CEO é um programa instituído pelo governo federal para melhor controlar os recursos e fiscalizar as unidades de saúde, visando melhorar estrutura, insumos e acesso.

Interessante observar ainda, que, de um modo geral, os resultados encontrados para a definição de avaliação apontam para uma concepção de avaliação como uma forma de fiscalização, inclusive com punições, indo na contramão dos conceitos avaliativos clássicos, que abordam a avaliação como um juízo de valor sobre determinada intervenção, envolvendo diferentes atores, por vezes com visões e ideias diferentes, porém aptos a se posicionar sobre intervenções, construindo individual ou coletivamente julgamentos que, posteriormente, possam se traduzir em ações (CHAMPAGNE et al.; 2011, p.31)

Sobre a importância do PMAQ-CEO para a melhoria dos serviços de saúde, as opções “Estrutura da unidade de saúde” e “suficiência e qualidade dos insumos/materiais/instrumentais da unidade de saúde” foram os que se sobressaíram, totalizando 16 (57,1%) e 21 (75,0%) respostas dos entrevistados, respectivamente, evidenciando que a maioria dos trabalhadores dos CEO priorizam as condições de estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos do estabelecimento, deixando em segundo plano as informações sobre processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado para os usuários. Isso pode ser demonstrado pelos 14 participantes (50%) que pontuaram a melhoria dos recursos para incentivo do trabalho das equipes, somado ainda aos 12 (42,9%) que citaram a qualificação da equipe como fator importante da avaliação do PMAQ-CEO e, pelos 9 (32,1%) que marcaram a alternativa de melhoria do processo de trabalho e planejamento.

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde, segundo o Modelo Donabedian, lança o olhar sobre as condições estruturais, aquelas condicionantes do universo de práticas que passam pela avaliação (recursos financeiros, humanos, físicos e organizacionais), favorecendo dados relativos aos processos que definem essas práticas, à medida que permitem medir resultados (DONABEDIAN, 1981, p.411; 1988, p.1744).

Em 2013, o Ministério da Saúde lançou um dispositivo para o planejamento e reorganização do serviço e da gestão em saúde nos CEO. Chamado de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AMAQ-CEO), constitui-se em um momento onde os sujeitos e grupos envolvidos fazem autoanálises, identificam problemas, formulam estratégias para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho. (BRASIL, 2013).

No que diz respeito à Autoavaliação, a maioria dos participantes (85,7%) afirmou ter participado desta fase do programa, indo na mesma direção do estudo realizado por Lucena et al. (2019), onde os entrevistados relataram a execução do planejamento e realização de atividades de autoavaliação nos serviços.

Quanto ao melhor conceito para a Autoavaliação, a maioria dos 28 entrevistados (66,7%) respondeu que corresponde a um processo orientado para a melhoria da qualidade, que tem início na identificação e no reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes. Porém, 7 participantes (25,9%) consideram a Autoavaliação um trabalho onde cada profissional, de forma individual, faz um breve relatório sobre a unidade em que trabalha, para posteriormente se reunir com a equipe, visando planejar o processo de trabalho. Tal visão vai de encontro com a observação feita por Vecchi, Campos e Farah (2017), ao referirem que o monitoramento e avaliação não estão alinhados ao que o instrumento da autoavaliação (AMAQ) orienta, uma vez que o ideal seria a discussão intraequipe, de uma forma interprofissional, durante as reuniões de autoavaliação, com o sentido “do fazer cotidiano”, sempre objetivando implementar estratégias de intervenção, para que resultados mais satisfatórios sejam alcançados.

O PMAQ-CEO possibilitou uma mudança de visão sobre avaliação, pela qual os profissionais passaram. Do total de entrevistados, 15 (53,6%) afirmaram ter entendido a importância da avaliação para a melhoria da qualidade dos serviços e ampliação do acesso da população, comprovando o que algumas das análises já realizadas sobre o PMAQ-CEO revelaram: uma transmissão positiva do programa na visão das equipes de saúde (FAUSTO; FONSECA, 2013).

Segundo Roland (2013), tal programa avaliativo induz espaços de encontro, diálogo e revisão da prática, merecendo atenção, visto que a convergência de diferentes correntes teóricas aborda o compromisso e as capacidades técnicas dos profissionais de saúde, tendo em vista que estas características determinam a qualidade dos serviços. Talvez um dos desejos e efeitos do PMAQ-CEO seja um maior envolvimento dos profissionais de saúde, de modo que não estejam presos em normas e procedimentos, estimulando as equipes a refletirem sobre os modos de pensar e fazer, no processo de trabalho.

Apesar da grande importância internacional, as avaliações de resultado têm incentivado a melhoria da qualidade, principalmente com variáveis e indicadores de processo, voltados para a organização do trabalho e para o gerenciamento local, além da abordagem dos usuários e da gestão municipal (BRASIL, 2011a; BRITO; JESUS, 2009).

As avaliações de resultados são complexas, pois as dificuldades são inúmeras e ainda há no Brasil escassos estudos sobre estas avaliações e, que nos mostram a convergência com os dados

encontrados nesta pesquisa, onde 17 (60,7%) dos entrevistados afirmaram que o processo de trabalho no CEO modificou e possibilitou utilizar ferramentas, com vistas a oferecer informações úteis e oportunas aos profissionais e à gestão. Além disso, 6 (21,4%) disseram que tais mudanças foram percebidas tanto pelos profissionais, quanto pelos usuários.

Segundo Contandriopoulos (2006), para que uma avaliação tenha a devida credibilidade é necessário que o procedimento de investigação ou análise nela creditada tenha qualidade, o processo de execução da avaliação seja excelente e as informações produzidas suficientes e importantes para tomadas de decisão. Além disso, depende também da formação dos responsáveis por estas decisões, das suas experiências, das suas ideias sobre os desafios e dos seus interesses.

O grande desafio para a avaliação, portanto, é conseguir integrar nas suas estratégias visões de atores em diferentes posições, com o propósito de fornecer aos participantes dos processos avaliativos, informações de que precisam, para fazer um julgamento o mais amplo possível (CONTANDRIOPOULOS; 2016).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, fica claro que a institucionalização da avaliação, como forma de melhoria da atenção secundária à saúde bucal, é extremamente relevante, porém complexa, considerando-se que os diferentes atores, envolvidos no processo avaliativo, têm dificuldades em alcançar uma concordância, a depender da posição social que ocupam, e dos aspectos culturais, políticos, econômicos e contextuais. Contudo, têm a compreensão quanto à importância dos resultados que a avaliação produz, visto que as informações obtidas podem contribuir fortemente para os processos de decisão.

Os resultados apontaram que a percepção dos Cirurgiões-Dentistas e Gerentes dos CEO de Alagoas sobre a Autoavaliação e a Avaliação Externa, bem como o 2º ciclo do PMAQ-CEO mostrou-se positiva, principalmente no que tange ao uso de ferramentas que apresentem padrões de qualidade para os serviços, com incentivos às equipes para melhorias no processo de trabalho e ampliação do acesso e da qualidade ofertados por estas unidades.

Portanto, a Autoavaliação e Avaliação Externa do PMAQ-CEO 2º ciclo influenciaram positivamente o trabalho nos CEO de Alagoas. Entretanto, acredita-se que se fazem necessários mais estudos com os profissionais dos CEO de outras localidades, tendo em vista a ampla diversidade das realidades dos CEO brasileiros.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, J. S. et al. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010): prevalências e fatores associados. Cad. Saúde Pública, [online], Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, p. e00054016, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00054016>.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PMAQ Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Manual instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília, 2013; 34 p. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) - Manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 62 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978- 85-334-1899-8. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. In: (Org.). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO): Manual Instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas 2º Ciclo (2015-2016). Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 35 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_PMAQ_CEO_2_ciclo.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas: AMAQ-CEO. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 75 p. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/AMAQ_CEO_3ciclo.pdf.

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. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. 65 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf.

BRASIL. Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>.

BRITO, T.A.; JESUS, C.S. Evaluación de servicios de salud: aspectos conceptuales y metodológicos, Revista Lecturas, Educación Física y Deportes, Revista Digital, Buenos Aires, v. 139, n. 14, p. 1-7, Dic. 2009. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd139/avaliacao-de-servicos-de-saude.htm>.

CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Campinas – São Paulo: Editora da Unicamp, 2011. 280 p. (Coleção Saúde, Cultura e Sociedade). Disponível em: <https://www.editoraunicamp.com.br/produto/229/desafios-da-avaliacao-de-programas-e-servicos-em-saude->.

CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; CONTANDRIOPOULOS; A., DENIS, J. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. (orgs.) Avaliação – conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. 292 p., Cap 2, p. 29-47.

CHAVES, S. C. L. (org). Política de Saúde Bucal no Brasil: teoria e prática. Salvador: Editora EDUFBA, 2016. 380 p. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/21648/1/PoliticaSaudeBucal-RI.pdf>.

CONTANDRIOPOULUS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L; PINEAULT, R. Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). Avaliação em Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise de Implantação de Programas. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997, 132 p., p. 29-47. <http://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>.

DONABEDIAN A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press, 2003.

DONABEDIAN A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? Am J Public Health, v. 71, n. 4, p. 409-12, Apr.1981. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.71.4.409>.

DONABEDIAN A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, volume I). Ann Arbor, Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA, v. 260, n. 12, p. 1743-8, Sept. 1988. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/374139>.

DONABEDIAN A. The Quality of Medical Care, Science, v. 200, Issue 4344, p. 856-864, May 1978. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/200/4344/856>.

DONABEDIAN A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bull. v. 18, n.11, p. 356-60, Nov. 1992. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0097599016305607?via%3Dihub>.

DONABEDIAN, A.; WHEELER, J. R. C.; WYSZEWLANSKI, L. Quality, cost and health: An integrative model. Med. Care, v. 20, v. 10, p. 975-992. Oct. 1982. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6813605/>.

FAGUNDES, H. S.; MOURA, A. B. Avaliação de programas e políticas públicas Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 89-103, jan./jun. 2009. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Porto Alegre, RS, Brasil. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/5676/4129>.

FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (orgs.). Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013. Disponível em: http://www5.enasp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_432317170.pdf.

FELISBERTO, E.; SAMICO, I.; BEZERRA, L. C. A.; HARTZ, Z. Institucionalizando a avaliação nas organizações e agências de pesquisas: um estudo de caso exemplar. Saúde debate, [online], Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 387-399, mar. 2017. <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0387.pdf>.

FIGUEIREDO, N.; SILVEIRA, F. M. M.; NEVES, J. C.; MAGALHÃES, B. G.; GOES, P. S. A. Avaliação de ações da atenção secundária e terciária de saúde bucal. In: GOES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. (orgs.) Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012.

FONSECA, A. C. F.; LUCENA, E. H. G.; SOUZA, E. C. F.; FIGUEIREDO, N.; CHAVES, S. C. L.; PADILHA, W. W. N. Perspectivas da avaliação em saúde e o PMAQ/CEO: contribuições para o debate. In: MARTELLI, P. J. L.; FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife : Editora UFPE, 2016. p. 87-99.

FURTADO, J. P.; SILVA, L. M. V. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. Cad. Saúde Pública, [online], Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, Dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v30n12/0102-311X-csp-30-12-02643.pdf>.

GOES, P. S. A. et al. Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, v. 18, n. 1, p. 1-11, e3433, 2018. <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3433/pdf>.

GOES, P. S. A.; FIGUEIREDO, N. Conceitos, teorias e métodos da avaliação em saúde. In: PAULO, S. A. G.; SAMUEL, J. M. (orgs.). Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 2012, p. 157-166.

GOES, P.S.A.; FIGUEIREDO, N.; NEVES, J.C.; SILVEIRA, F.M.M.; COSTA, J.F.R.; PUCCA JÚNIOR, G.A.; ROSALES, M.S. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. Cad. Saúde Pública [online], Rio de Janeiro, v. 28, p. 81s-89s, 2012. Supl. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300009>.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. Sup 2, p. S331-S336, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>

- LUCENA, E. H. G. et al. Condições associadas a atividade de planejamento nos centros de especialidades odontológicas. *Univ. odontol*, v. 38, n. 80, ene./jun. 2019. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.caap>.
- LUCENA, E. H. G. Centros de Especialidades Odontológicas (CEO): análise a partir dos relatos de planejamento e resultados dos indicadores no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO). 2016. 153 f., il. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) —Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/22541/1/2016_EdsonHilanGomesdeLucena.pdf.
- MAGALHÃES, B. G.; OLIVEIRA, R. S.; GÓES, P. S. A.; FIGUEIREDO, N. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. *Cad. saúde colet.* [online], Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 76-85, 2015. <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n1/1414-462X-cadsc-23-01-00076.pdf>.
- REIS, C. M. M. As concepções dos trabalhadores em saúde sobre as metas de produtividade no âmbito da estratégia de saúde da família. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/29047>.
- ROLAND, M. Pagamento por desempenho: revisão da experiência britânica e internacional. Comunicação. Seminário de Validação Internacional do PMAQ. Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Departamento de Atenção Básica (DAB/MS). Brasília, 29 e 30 de maio de 2014.
- SANTIAGO, B. M.; LOPES, F. R. L.; ARAÚJO, M. E. A.; GOES, P. S. A.; A formação e a regulação do trabalho de Recursos Humanos para o CEO: um olhar crítico a partir da avaliação externa do PMAQ-CEO. In: FIGUEIREDO, N; GOES, P. S. A; MARTELLI, P. (orgs). Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife: Editora UFPE, 2016. p. 139-53. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7.
- SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, v. 85, p. 65-82, junho 2009. <https://journals.openedition.org/rccs/343>.
- SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. *Saude soc.* [online], São Paulo, v. 20, n. 4, p. 1018-32, oct./dec. 2011. cited 2016 Nov 12. <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/18.pdf>.
- VECCHI, M. P. S; CAMPOS, E. M. S; FARAH, B. F. Autoavaliação: instrumento para reflexão do processo de trabalho nas equipes de saúde da família. *Rev. APS*. 2017 out/dez; v. 20, n. 4, p. 527-538, out./dez.2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-946514>.

Cumprimento de Metas por Periodontistas e Não Especialistas nos Centros de Especialidades Odontológicas

Cleysiane Gonçalves Farias
Universidade Federal de Pernambuco.

Gabriela da Silveira Gaspar
Orientadora. Prof.^a Adjunta
Universidade Federal de Pernambuco.

1 INTRODUÇÃO

A consolidação de um modelo de atenção em saúde bucal pautado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) através da ampliação das equipes de saúde bucal levou a melhoria da condição de saúde bucal da população brasileira considerando as suas necessidades básicas atendidas. No entanto, dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) do ano de 2003 revelaram que apenas 3,5% do total de procedimentos odontológicos realizados naquele ano foram de especialidades, evidenciando a grande desproporção na oferta entre procedimentos odontológicos básicos e especializados, o que levou à instituição dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) como estratégia da política nacional de saúde bucal para assegurar a atenção secundária em saúde bucal (BRASIL, 2006).

Os CEO são unidades de saúde destinadas ao atendimento odontológico especializado no âmbito do Sistema Único de Saúde. Espaços de serviços de atenção secundária que se constituem como unidades de referência para a Atenção Básica na rede de cuidados ao paciente. Estas unidades ofertam os serviços especializados em periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal 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 e metas variáveis em função do tipo de Centro de Especialidades Odontológicas (BRASIL, 2006).

Os CEO apresentam grande relevância social na medida em que apoia a Atenção Básica através da assistência odontológica de média complexidade, em fluxo de contínuo dentro da rede de cuidados (MACHADO et al., 2015). Entender a importância da estruturação da atenção secundária contribui para que os CEO se instituem como estratégia de oferta de serviços em saúde bucal em todo o país (FIGUEIREDO, 2009). E, para monitorar o amadurecimento desta rede torna-se necessário a verificação do cumprimento das normativas que embasam o funcionamento do serviço, logo as metodologias de avaliação de serviços tornam-se indispensáveis neste processo de solidificação dos CEO pelo país (GOES et al., 2012).

Portanto, para garantir a melhoria do acesso e da qualidade dos CEO, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) instituído no âmbito da Política Nacional de Saúde

Bucal, através da Portaria nº 261/GM/MS, de 21 de fevereiro de 2013. Visando executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população (BRASIL, 2013a).

Dentre as variáveis analisadas no PMAQ-CEO algumas referem-se ao cumprimento das metas de produtividade estabelecidas para os serviços representados pelos procedimentos e a complexidade deles, este indicador representa 30% da nota final no PMAQ-CEO. Estudos revelam dificuldades no cumprimento destas metas para as especialidades de periodontia, cirurgia e endodontia em todo o País (GOES et al., 2012). Com desempenho regular/ruim no cumprimento das metas. Diversos fatores foram investigados com o intuito de apontar indicadores que possam potencializar o acesso e a integralidade da atenção objetivada pelo serviço (MOURA et al., 2016). E, apesar do notório crescimento da rede de atenção secundária no País (PEDRAZZI et al., 2008) demonstrado através do crescimento das unidades de CEO implantados é necessário o acompanhamento constante para a otimização e reorganização destes serviços de modo a torná-lo o mais eficiente possível (ESTERY et al., 2107).

Para ser encaminhado para atenção secundária o paciente deve ir devidamente adequado, para receber apenas o tratamento especializado e ser contra referenciado para sua unidade básica de origem para manutenção do tratamento (BRASIL, 2013b). O encaminhamento do usuário para o CEO deve seguir critérios pactuados entre a atenção básica e a secundária além da avaliação do grau de motivação e real interesse do paciente pelo tratamento. Com vistas a otimizar o serviço são esclarecidos ainda os critérios para uso do serviço, de inclusão (Necessidade de tratamento não cirúrgico em bolsas acima de 6 mm; Necessidade de cirurgia periodontal com acesso; Necessidade de cirurgia pré-protética) e exclusão (Pacientes com bolsas periodontais de até 4mm; Dentes com acentuada mobilidade vertical; Dentes com severa destruição coronária), (BRASIL, 2008). Dos dentistas da atenção primária, 63% encaminham pacientes para serem atendidos pelos CEO com espera de 30 dias para o atendimento (MARTINS et al., 2016).

Este estudo, considerando as metas de atenção secundária e os resultados apresentados pelo PMAQ-CEO 1º Ciclo analisa a formação dos profissionais e o alcance das metas para os procedimentos especializados em Periodontia no Estado de Pernambuco.

2 MÉTODOS

O presente estudo é transversal, descritivo e analítico, de natureza quantitativa, desenvolvido a partir de dados secundários de domínio público. A pesquisa do PMAQ-CEO foi conduzida utilizando dados secundários de domínio público disponibilizados pelo Ministério da Saúde, bem como esta pesquisa. Não houve a necessidade de registro e avaliação pelo Sistema CEP (Comitês de Ética em Pesquisa) / CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa).

2.1 LOCAL DE ESTUDO, POPULAÇÃO ALVO, FATORES DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A pesquisa considerou todos os 39 CEO do Estado de Pernambuco incluídos na Avaliação Externa (AE) do 1º Ciclo do (PMAQ-CEO). Foram analisadas as produções apresentadas no ano de 2014.

As variáveis observadas foram o alcance das metas de produtividade na especialidade Periodontia e a Especialidade do profissional, sendo esta verificada junto Conselho Federal de Odontologia (CFO) ou autodeclarada na plataforma lattes e/ou sites profissionais.

Para o subgrupo de Periodontia, a meta é uma produção mensal mínima de 60 procedimentos para o CEO tipo 1, 90 procedimentos para o tipo 2 e 150 procedimentos para o tipo 3.

Os profissionais foram categorizados em 3 grupos: *Periodontistas*, *Outras especialidades* e *Sem registro* - quando a informação não foi encontrada em nenhuma das alternativas de busca. Quando o CEO possuía mais de 1 profissional cadastrado, e destes ao menos 1 profissionais era Periodontista, este CEO era incluído no grupo periodontia.

Os critérios de inclusão adotados neste estudo referem-se à participação do CEO no 1º Ciclo do PMAQ-CEO e ter dentista cadastrado para a função de especialista em periodontia.

Os critérios de exclusão foram os CEO que não apresentaram profissional cadastrado na especialidade de Periodontia.

2.2 COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DE DADOS

Foram utilizados dados do 1º ciclo da AE-PMAQ-CEO para obtenção das informações do alcance das metas de atendimento para a especialidade periodontia, mediante o acesso ao Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

No site do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES, 2019) foi realizada uma busca através do nome do profissional cadastrado pelo CEO para a função de especialista em Periodontia nas competências de janeiro a dezembro de 2014. Após a localização do profissional cadastrado, foi realizada a busca nominal do profissional no site do CFO (CFO, 2019) com o objetivo de analisar a especialidade profissional cadastrada junto a este conselho. Quando a informação do registro não foi encontrada no site do CFO foi realizada uma busca na plataforma lattes (LATTES, 2019) e/ou sites profissionais pessoais ou de clínicas e planos de saúde nos quais o profissional era citado. Os dados encontrados foram sistematizados em tabelas.

2.3 ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente houve uma sumarização de dados descritivos apresentada em distribuição de frequências, proporções e medidas de tendência central. Os dados foram classificados de forma sistemática, com sumarização para avaliar as características gerais da população de estudo com auxílio do programa estatístico Statistical Package for Social Sciences – SPSS versão 25.0 (SPSS

Inc., Chicago, Estados Unidos). Em seguida foram realizados os estudos de associação entre as variáveis através do teste Qui-quadrado de Pearson e o Teste U de Mann-Whitney para os testes não paramétricos, utilizando um nível de significância de 0,05.

Para avaliar o desempenho dos serviços, foi utilizado o indicador denominado: Cumprimento Global de Metas dos CEO. Para cada tipo de CEO, um quantitativo de procedimentos a serem realizados e que fazem parte da composição de avaliação do PMAQ-CEO. Para o CEO tipo I – 60 procedimentos, tipo II – 90 procedimentos e tipo III – 150 procedimentos. Sendo o quociente resultante da média mensal de procedimentos realizados pelo número de procedimentos correspondente à meta multiplicado por 100, normatizado pela Portaria Ministerial nº. 1464 de 24 de junho de 2011. Foi considerado para cada serviço a meta atingida em periodontia, aqueles serviços que cumpriram percentual igual ou superior a 100% da meta normatizada para cada especialidade (GOES et al., 2012).

3 RESULTADOS

No presente estudo foram analisados 39 CEOS, destes 24 contavam com o especialista em Periodontia, 12 tinham em seu quadro clínico profissionais de outras especialidades e 3 possuíam profissionais sem especialidade.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis avaliadas nos CEO da amostra (n=39)

Variável	n (%)	n (%)	
<i>Cumprimento das Metas por CEO</i>	<i>Cumpriu</i>	<i>Não cumpriu</i>	<i>p</i>
Com Periodontistas	10 (41,7%)	14 (58,3%)	0,041
Com Outros especialistas	1 (8,3%)	11 (91,7%)	
Com profissionais sem especialidade	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
<i>Tipo de CEO</i>			<i>p</i>
I	4 (23,5%)	13 (76,5%)	0,281
II	7 (38,9%)	11 (61,1%)	
III	2 (50%)	2 (50%)	
<i>Número de profissionais no CEO</i>			<i>p</i>
1	10 (29,4%)	24 (70,6%)	0,435
2	1 (50%)	1 (50%)	
3	2 (66,7)	1 (33,3%)	

De acordo com o teste Qui-quadrado foi observado uma correlação estatisticamente significativa entre a presença do especialista em periodontia e o cumprimento de metas nos CEO (p=0,041).

Para verificar a associação entre o cumprimento das metas e o tipo de CEO foi utilizado o teste U de Mann-Whitney de amostras independentes e não foi detectada associação significativa ($p=0,281$).

Para verificar a associação entre o cumprimento das metas e o nº de dentistas cadastrados foi utilizado o teste U de Mann-Whitney de amostras independentes e não foi detectada associação significativa ($p=0,435$).

Os resultados demonstram correlação estatisticamente significativa com $p=0,041$ entre o Especialista em Periodontia e o cumprimento das Metas. Uma vez que 41,7% dos profissionais do grupo *Periodontista* cumpriram as metas enquanto o percentual do grupo *Outras especialidades* foi de apenas 8,3% para o cumprimento das metas de produtividade. O resultado foi independentemente do tipo de CEO e nº de dentistas cadastrados. Pois não foi detectada associação significativa para estas duas variáveis.

Considerando o tipo de CEO, nossos resultados diferem dos resultados encontrados por Goes e colaboradores, que encontraram melhores resultados para os CEO tipo III analisando a produtividade geral dos CEO (GOES et al., 2012).

Os estudos encontrados não utilizaram informações coletadas do CFO ou da plataforma lattes, a maioria usou as informações dos resultados do 1º Ciclo do PMAQ-CEO que utiliza informação repassada pelo Gestor do CEO durante a entrevista oral com o avaliador, cuja categorização da formação é feita em *Graduação*, *Atualização/Aperfeiçoamento* e *Especialização/Mestrado/Doutorado*. Ou ainda, fazem a associação de características estruturais e geográficas com o alcance das metas, quase sempre com um desempenho ruim nas metas do subgrupo periodontia (FIGUEIREDO et al., 2016).

Ao se investigar o perfil profissional de cirurgiões-dentistas dos centros de especialidades odontológicas e analisar a natureza das relações de trabalho em vigor nos contratos firmados entre esses profissionais e os municípios através de entrevistas semiestruturadas com 289 profissionais alocados em 59 centros de especialidades odontológicas das 5 macrorregiões do país quanto à qualificação profissional, 72,7% do total de entrevistados afirmaram ter cursado ou estar cursando pós-graduação no momento da entrevista. Entre esses entrevistados, 86% responderam que o tipo de pós-graduação era em nível de especialização, no entanto, apenas 58,8% deles atuavam no CEO de sua especialidade, ainda que para 34,6% a oportunidade de trabalho representada pelo CEO era justificada pela motivação em exercer a sua especialidade, no entanto não foi realizada correlação da especialidade com o alcance das metas (OLIVEIRA et al., 2015).

Estudo conduzido por Goes e colaboradores revela que a análise do Cumprimento das Metas segundo macrorregião aponta que 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. No entanto, a análise apresentou dados descritivos sem correlação com a formação profissional (GOES et al., 2012).

CEO dos municípios da Região de Saúde de Jequié, na Bahia apresentaram desempenho ruim no Cumprimento Global das Metas e as variáveis de caracterização dos serviços e dos municípios. Os dados sociodemográficos e a cobertura de equipes de saúde bucal pareceram não influenciar no desempenho, embora o tempo de habilitação e as condições estruturais e de recursos humanos dos estabelecimentos pareçam estar relacionadas à melhor produção. Mas considerando a complexidade dos procedimentos de periodontia realizados nos CEOS, a raspagem coronorradicular (por sextante) representou 81,50% do total de procedimentos realizados no ano de 2013 no CEO de Ipiaú e também foi o segundo procedimento mais realizado nos CEOs de Jaguaquara (28,23%) e Jequié (16,81%), procedimentos que deveriam ser resolvidos na atenção básica com exceção aos pacientes especiais, cuja adesão à rede de cuidados aos pacientes com deficiência foi realizada apenas pelo CEO de Jabaquara (SANTANA et al., 2015). No entanto, não foi detalhado na metodologia como os recursos humanos influenciaram neste desempenho e nem a correlação da complexidade dos procedimentos e formação dos recursos humanos. Relacionou a baixa resolutividade e sobrecarga das unidades de maior complexidade com o inadequado encaminhamento da atenção básica.

Ao se avaliar o desempenho dos CEOS, estudo observou-se que a maioria dos CEO apresentaram desempenho considerado péssimo/ruim. Além disso, apenas 55% dos CEO cumpriu as metas no subgrupo periodontia. Havendo a necessidade de se repensar os fluxos e aprofundar conhecimentos de forma a melhorar o acesso a esse nível de atenção. (BALBINO, 2011).

Em Pernambuco, considerando o Cumprimento Global das Metas, em 22 CEO, constatou que cerca de 40,9% dos CEO obtiveram desempenho bom, porém 31,8% obtiveram desempenho ruim. Considerando os achados por subgrupo de meta de atendimento, foi observado que 81,8% dos CEO cumpriram as metas, mas em para o subgrupo periodontia este percentual cai para 68,2% (FIGUEIREDO, 2009).

Pesquisa com o objetivo de verificar o cumprimento das metas ambulatoriais dos Centros de Especialidades Odontológicas localizados na Região Sul do Brasil e fatores associados aos processos de trabalho. Encontrou apenas 24,9 % de CEOS (n=233) que cumpriram as metas para os procedimentos periodontais (MOURA, 2017).

A análise de procedimentos especializados ambulatoriais nas áreas de periodontia, endodontia e cirurgia bucal no Estado de Minas Gerais revelou que os CEO são mais eficientes que demais unidades que também ofertam atenção secundária ($p < 0,001$), mas há importante percentual que não cumpre as metas do Ministério da Saúde, estas são cumpridas por uma minoria de CEO (LINO et al., 2014).

Estudo analisou a resolutividades dos serviços de um CEO com base na referência, contra referência e alta. Foram analisados 1030 prontuários de pacientes encaminhados para endodontia (623), cirurgia (259) e periodontia (354). Observou-se que 43,3% dos pacientes encaminhados para a periodontia desistiram do tratamento e que apenas esta especialidade não contra referenciou os pacientes após o atendimento especializado, ainda que no prontuário constasse tratamento concluído (SALIBA, 2013).

No Estado da Paraíba. Foram avaliados 19 CEOs, utilizando-se dados secundários da produção de 2007 a 2010 onde o desempenho insatisfatório dos CEOs é revelador de falhas, especialmente na gestão e na organização desses serviços. O processo de avaliação é uma etapa fundamental para garantir uma melhor qualidade dos serviços à população (FREITAS et al., 2016).

A avaliação das variáveis associadas ao desempenho dos CEO considerando as especialidades de periodontia, endodontia e cirurgia mostrou que 69,25% destes estabelecimentos foi considerada ruim/regular. Os fatores associados a este desempenho foram: municípios pertencentes às regiões Nordeste, Sul e Sudeste, com menor IDH, menor densidade populacional e menor tempo de instalação, bem como peculiaridades de áreas menos populosas, localização regional e tempo de implementação do serviço que devem ser levadas em consideração no planejamento dos CEO (CORTELLAZZI et al., 2014).

Revisão integrativa de literatura realizada por Machado e colaboradores objetivou explorar o panorama de publicações acerca de avaliação de CEO nas bases Lilacs e MedLine, em outubro de 2013, e identificar os fatores possivelmente relacionados ao desempenho desses centros. Assim, foram incluídas 13 referências, apontando as formas de organização e gerenciamento dos processos de trabalho congruentes à construção das Redes de Atenção à Saúde (implantação de centros de regulação e formação de consórcios de saúde), bem como as características contextuais dos locais onde os CEO estão situados (porte populacional, cobertura de estratégia saúde da família, índice de desenvolvimento humano, governabilidade, capacidade de governo), como fatores relacionados ao desempenho mais encontrado nas publicações (MACHADO et al., 2015).

Mais estudos considerando a relação entre a presença do especialista no CEO e a produtividade podem trazer mais clareza e embasamento para uma tomada de decisão no momento da contratação dos profissionais para a atuação na atenção secundária. O entendimento da associação desta no cumprimento ou não das metas pode trazer subsídios para que o gestor tome as melhores decisões para a otimização do trabalho desenvolvido por um CEO. Afinal, a atenção secundária é aquela que oferta ações mais especializadas e que exige, portanto, recursos humanos também especializados e equipamentos mais sofisticados ou de maior complexidade. Esta organização da saúde pública é justificada pela necessidade de racionalização e potencialização dos recursos, racionalização do trabalho e otimização do cuidado com a saúde. (COSTA, 2004).

O Ministério da Saúde reconhece a formação dos trabalhadores como uma forma de qualificação da força de trabalho e incentivo a melhora do desempenho profissional. Compreende ser uma forma de “possibilitar o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas de seu trabalho” (FIGUEIREDO et al., 2016).

E, 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 (GOES et al., 2012).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, os CEO com o especialista em Periodontia tendem a cumprir mais as metas de produtividade do que os CEO com profissionais de outras especialidades ou sem especialidade.

REFERÊNCIAS

BALBINO, E.C. **Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas**. 2011. 55 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2011. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/290874>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. Acesso em 15 ago 2019. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Sala5545.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PMAQ Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Manual instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. Brasília, 2013; 34 p. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica n.º 17. Brasília, 92 p. 2008. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf.

BRASIL. Portaria nº 599, de 23 de março 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. Brasília, DF, 2006. **Diário Oficial da União**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PMAQ Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Manual instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. Brasília, 2013; 34 p. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf.

BRASIL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_ceo.pdf.

Buscar currículos Lattes. Disponível em < <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/busca.do?metodo=apresentar> >. Acesso em 12 de jun. de 2019.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em <<http://cnes2.datasus.gov.br/>>. Acesso em 12 de jun. de 2019.

CORTELLAZZI, K.L. *et al.* Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** v. 17, n. 4, p. 978-988, out-dez. 2014. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400040015>.

COSTA, I. C. C. Planejamento das ações de saúde. In: FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G.;

LIMA, K. C. (orgs). **Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar**. Natal: EDUFRRN; 2004. p. 287-300. 300 p. <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-20574>.

ESTERY, L.; CERICATO, G. O.; RIGO, L.; RODE. S. M.; LIMA, I. F. P.; PARANHOS, L. Implementation of dental specialty centers: a descriptive analysis of the current status in the Brazilian territory. **An. Acad. Bras. Cienc.** Rio de Janeiro, v. 89, n. 4, p. 2843-2850, oct./dec.2017. <https://www.scielo.br/pdf/aabc/v89n4/0001-3765-aabc-201720160834.pdf>.

FIGUEIREDO, N; GOES, P. S. A; MARTELLI, P. (org). **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, 2016. 268 p. https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_+PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-267, Fev. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200004>.

FREITAS, C. H. S. M. *et al.* Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 131-143, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080011>.

GOES, P.S.A.; FIGUEIREDO, N.; NEVES, J.C.; SILVEIRA, F.M.M.; COSTA, J.F.R.; PUCCA JÚNIOR, G.A.; ROSALES, M.S. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 28, p. 81s-89s, 2012. Supl. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300009>.

GOES, P. S. A. *et al.* Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 18, n. 1, p. 1-11, e3433, 2018. <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3433/pdf>.

LINO, P. A.; WERNECK, M. A. F.; LUCAS, S. D.; ABREU, M. H. N. G. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online], Rio de Janeiro, v.19, n. 9, p. 3879-3888, Set. 2014. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3879.pdf>.

MARTINS, R. C.; REIS, C. M. R.; MATTA-MACHADO, A. T. G.; AMARAL, J. H. L.; WERNECK, M. A. F.; ABREU, M. H. N. G. Relationship between Primary and Secondary Dental Care in Public Health Services in Brazil. **PLoS ONE**. v. 11, n. 10, Oct. 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5068770/pdf/pone.0164986.pdf>.

MACHADO, F. C. A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. A. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1149-1163, Abr. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00532014>.

MOURA, F. R. R; TOVO, M. F.; CELESTE, R. K. Cumprimento de metas dos centros de especialidades

odontológicas da região sul do Brasil. *Rev. salud pública*. [online], Colombia, n. 19, v. 1, p. 86-93, jan./fev. 2017. <https://www.scielosp.org/article/rsap/2017.v19n1/86-93/pt/>.

OLIVEIRA, R. S. *et al.* Analysis of contractual relations and profile of dentists at dental specialty centers of low and high performance in Brazil. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 24, n. 3, p. 792-802, Sept. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-00792.pdf>.

PEDRAZZI, V.; DIAS, K. R. H. C.; RODE, S. M. Oral Health in Brazil – Part II: Dental Specialty Centers (CEOs). *Braz. oral res.* São Paulo, v. 22 supl. 1, p. 18-23. Aug. 2008. <https://www.scielo.br/pdf/bor/v22s1/04.pdf>.

Profissionais e Entidades cadastradas. Conselho Federal de Odontologia. Disponível em <<http://cfo.org.br/website/profissionais-cadastrados/>>. Acesso em 10 de jun. de 2019.

SANTANA, D. A.; SANTOS, L. P. S.; CARVALHO, F. S; CARVALHO, C. A. P. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia. *Cad. saúde colet.*, [online], Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 261-267. jul./set. 2015. <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n3/1414-462X-cadsc-1414-462X201400030122.pdf>.

SALIBA, N. A. *et. al.* Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. *Rev. odontol. UNESP* [online], v. 42, n. 5, p. 317-323, sept./oct. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rounesp/v42n5/01.pdf>.

Perfil e experiência dos usuários dos Centros de Especialidades de Sergipe, no primeiro ciclo do PMAQ-CEO.

Danielle Francesca Dantas Rocha

Carla Maria Lima Santos

Thaís Regis Aranha Rossi

RESUMO

Introdução: Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) devem ofertar os serviços de atenção secundária para que se efetive a integralidade do cuidado em saúde bucal. Para que haja efetiva utilização dos serviços, além da disponibilidade e oferta, é preciso analisar fatores como: perfil epidemiológico, distribuição geográfica e facilidade de acesso. **Objetivo:** caracterizar o perfil e a experiência do usuário nos serviços especializados em saúde bucal no estado de Sergipe, em recorte do primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO). **Metodologia:** Estudo descritivo de natureza quantitativa, para o qual se utilizou o banco de dados da Avaliação Externa do primeiro ciclo do PMAQ-CEO, relativos ao módulo de entrevistas com o usuário do estado de Sergipe. **Resultados:** A maior parte dos usuários se declarou residente no município de localização do CEO (58,2%). 57,1% responderam ter renda de 1 a 2 salários mínimos e 40,8% possuíam até o ensino fundamental incompleto. A maior parte (49,1%) considerou o atendimento recebido “muito bom” e 53,1% esperaram entre 1 semana e 1 mês para iniciar o tratamento especializado. Finalmente, 93,8% relataram que nunca precisaram fazer nenhuma reclamação sobre o CEO frequentado. **Conclusão:** Deve-se também elaborar trabalhos a partir dos relatos dos diários de campo dos avaliadores externos; é preciso garantir, além do acesso aos serviços, cuidado integral à saúde do usuário; a literatura está desprovida de estudos sobre os serviços especializados de saúde bucal sergipanos.

Palavras-chave: Saúde bucal. Especialidades odontológicas. Pesquisa sobre serviços de saúde. Satisfação do paciente.

1 INTRODUÇÃO

O lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal pelo Ministério da Saúde, em 2004, promoveu a expansão da atenção primária e também da oferta de serviços especializados, através da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas. Antes disso, os procedimentos odontológicos especializados eram escassos e prestados, em sua maioria, por serviços privados (BRASIL, 2004). A literatura acerca da atenção especializada em saúde bucal e fatores determinantes da sua utilização ainda é escassa, entretanto considera-se que eles estejam associados a elementos da organização do serviço e às características relativas ao usuário (SOARES; CHAVES; CANGUSSU, 2015). Até agora perduram problemas relacionados com a falta de acesso às ações e serviços de saúde bucal. Somam-se, ainda, as desigualdades sociais existentes nos indicadores do processo saúde-doença-cuidado, que implicam em desigualdades nos padrões de doenças e

também no padrão de utilização dos serviços (POSSAMAI *et.al.*, 2015).

Os CEO são serviços de atenção secundária, devendo se constituir em unidades de referência para as Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, integrados ao processo de planejamento loco-regional, que devem ofertar, minimamente, especialidades de Periodontia, Endodontia, Pacientes com Necessidades Especiais, Diagnóstico Bucal e Cirurgia Oral Menor. Devem ser referência para o próprio município, região ou microrregião de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (BRASIL, 2011).

Assim, os municípios viabilizaram a implantação do nível secundário, sendo uma das diretrizes desta implantação, a ampliação e a qualificação da atenção secundária e terciária em saúde bucal, fundamentada no fato de que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados não acompanham a demanda gerada pelo crescimento da oferta de serviços odontológicos básicos (VASQUEZ, 2014).

Para que haja efetiva utilização dos serviços de saúde, não basta apenas uma maior disponibilidade e oferta, mas também é necessário analisar determinados fatores, como a distribuição geográfica, a facilidade de acesso ao atendimento odontológico, as mudanças do perfil epidemiológico e as características da gestão do serviço. Torna-se um desafio planejar medidas de saúde pública que atendam aos grupos mais vulneráveis, pois o padrão de utilização dos serviços e as desigualdades nos padrões de doença estão diretamente relacionados à desigualdade social (SALIBA *et.al.*, 2013).

Apesar dos avanços, de modo geral, os CEO do Brasil têm mostrado atuação abaixo do esperado, além de falhas na organização, sobretudo as relacionadas ao encaminhamento dos usuários da atenção básica (RIOS; COLUSSI, 2019).

Nesse contexto, ressalta-se que a desigualdade na utilização dos serviços odontológicos compromete a integralidade do cuidado, dificultando que as pessoas tenham suas dificuldades de saúde atendidas satisfatoriamente, pois ainda são apontadas lacunas na atenção básica na sua interface com a atenção secundária (CHAVES, 2010).

Este estudo surge da necessidade percebida durante as entrevistas de avaliação externa do PMAQ-CEO, de abordar a experiência do usuário dos Centros de Especialidades Odontológicas de Sergipe acerca do serviço, e utilizar os dados obtidos para ofertar o que for mais coerente com a necessidade de quem utiliza.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi caracterizar o perfil e a experiência do usuário nos serviços especializados em saúde bucal no estado de Sergipe, em recorte do primeiro ciclo do PMAQ-CEO.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, cujas informações foram obtidas através do banco de dados do I Ciclo de Avaliação dos Centros de Especialidades Odonto-

lógicas, realizado em todo o Brasil durante o ano de 2014.

O estudo foi realizado a partir de dados secundários, com informações obtidas através de entrevistas realizadas por avaliadores externos selecionados para participar do 1º Ciclo de Avaliações do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas de todo o país, que foi um projeto implantado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de induzir os gestores e os profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) a ampliar o acesso e a melhorar a qualidade dos serviços especializados de saúde bucal oferecidos aos cidadãos do território. O Projeto de Pesquisa original para tais avaliações foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE e aprovado sob o parecer número 2.478.524.

Foram selecionadas, como amostra de conveniência, respostas de 14 questões objetivas do módulo “usuário”, sobre a satisfação e percepção quanto ao atendimento especializado de saúde bucal no que se refere ao seu acesso e utilização. As seguintes variáveis foram usadas: sexo; cor; se residem no município de localização do CEO; escolaridade; renda familiar; modo de marcação da consulta; especialidade de tratamento; tempo para iniciar o tratamento; como foi o acolhimento ao procurar o serviço do CEO; uso de prótese dentária; se o atendimento foi interrompido por falta de material ou equipamento e se o usuário consegue fazer alguma reclamação ou sugestão.

O módulo analisado foi o que continha informações sobre o estado de Sergipe, abrangendo os municípios de Aracaju, Boquim, Canindé de São Francisco, Estância, Lagarto, Laranjeiras, Nossa Senhora do Socorro, Propriá, São Cristóvão e Tobias Barreto, totalizando 10 estabelecimentos dos tipos II e III. Os dados foram analisados descritivamente no Excel, quantificando as variáveis e distribuindo-as em uma tabela na qual constam frequências absolutas e relativas.

3 RESULTADOS

Em Sergipe, no ano de 2014, foram avaliados 10 Centros de Especialidades Odontológicas que são referências da Atenção Secundária para os demais municípios do Estado. A tabela 1 mostra o resultado de 14 das perguntas mais relevantes sobre a experiência dos usuários acerca do atendimento e da estrutura do CEO frequentado.

Dos 98 indivíduos entrevistados, 73,5% eram do sexo feminino e 69,3% se autodeclararam como pardos. Os que se declararam residentes no município de localização do CEO eram 58,2%. Em relação à escolaridade, 40,8% dos analisados possui até o ensino fundamental incompleto, seguidos pelos que possuem ensino médio completo (22,5%). A maior parte dos usuários dos CEO sergipanos declararam ter renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (57, 1%).

Para marcar a consulta, o maior número de usuários recebeu a guia na Unidade Básica de Saúde e fez a marcação diretamente no CEO (54,1% dos indivíduos). A especialidade mais atendida foi a Cirurgia (38,7%), seguida por Endodontia (26,5%), Periodontia (16,3%), Pacientes com Necessidades Especiais (8,1%) e Prótese (4,2%). Mais da metade dos usuários entrevistados

(53,1%) esperou entre 1 semana e 1 mês para iniciar o tratamento especializado. A maior parte dos indivíduos considerou o acolhimento recebido no CEO como “muito bom”, totalizando 49,1%, e nenhum o considerou “ruim”. Apenas 16,3% indivíduos relataram que já tiveram o atendimento interrompido “sim, algumas vezes” por falta de insumos ou equipamentos. Em relação ao atendimento prestado pelo CEO, 54,1% o consideraram “Muito bom” e 42,8% o qualificaram como “Bom”. A nota “10” foi atribuída aos dentistas por 80,6% dos entrevistados e os profissionais da recepção também receberam a nota máxima de 69,3% dos usuários.

Finalmente, 93,8% relataram que nunca precisaram fazer nenhuma reclamação sobre o CEO frequentado; 5,1% disseram que conseguiram fazer a reclamação quando necessário e 1,1% relataram não ter conseguido efetuar sua reclamação.

Tabela 1 - Análise descritiva das entrevistas dos usuários dos CEO de Sergipe, 2014.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	26	26,5
Feminino	72	73,5
Cor		
Branca	14	14,2
Preta	11	11,2
Parda	68	69,3
Indígena	1	1,1
Amarela	4	4,2
Residem no município		
Sim	57	58,2
Não	41	41,8

Escolaridade

Não é alfabetizado	6	6,1
É alfabetizado	4	4,1
Ensino fundamental incompleto	40	40,8
Ensino fundamental completo	3	3,1
Ensino médio incompleto	9	9,1
Ensino médio completo	22	22,5
Ensino superior incompleto	6	6,1
Ensino superior completo	7	7,1
Pós-graduação	1	1,1

Renda familiar

Sem rendimento	1	1,1
Menos de 1 salário mínimo	25	25,5
De 1 a 2 salários mínimos	56	57,1
De 2 a 3 salários mínimos	9	9,1
De 3 a 5 salários mínimos	4	4,1
De 5 a 10 salários mínimos	3	3,1
Mais de 10 salários mínimos	0	0
Não sabe/ Não informou	0	0

Modo de marcação

Ligou para o CEO	0	0
A Unidade Básica marcou e avisou	22	22,5
Fez contato ou foi até a Secretaria de Saúde marcar	10	10,24,1
Fez contato ou foi até o setor de marcação de consultas	4	54,1
Recebeu a guia na UBS e fez a marcação direto no CEO	53	9,1
Outra	9	

Especialidade de tratamento

Periodontia	16	16,3
Endodontia	26	26,5
Cirurgia	38	38,7
Estomatologia	0	0
Pacientes com necessidades especiais	8	8,1
Radiologia	0	0
Ortodontia	0	0
Prótese	4	4,2
Implantodontia	0	0
Outro	6	6,2

Tempo para iniciar o tratamento

Até 1 semana	28	28,5
1 semana a 1 mês	52	53,1
1 a 3 meses	11	11,1
3 a 6 meses	4	4,2
6 a 12 meses	3	3,1
Mais de 12 meses	0	0

Como foi o acolhimento ao procurar o serviço do CEO

Muito bom	48	49,1
Bom	42	42,7
Razoável	8	8,2
Ruim	0	0

Atendimento interrompido por falta de material ou equipamento

Sim, sempre	0	0
Sim, algumas vezes	16	16,3
Nunca	82	83,7

Na sua opinião, de forma geral, o atendimento que o (a) senhor (a) recebe neste CEO é:

Muito bom	53	54,1
Bom	42	42,8
Regular	3	3,1
Ruim	0	0
Muito ruim	0	0

De zero a dez, qual nota o (a) senhor (a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo (a) dentista?

Nota 8	6	6,1
Nota 9	13	13,3
Nota 10	79	80,6

De zero a dez, qual nota o senhor (a) atribui para sua satisfação o atendimento recebido pelo (s) profissionais da recepção do CEO?

Nota 5		
Nota 6	3	3,1
Nota 7	1	1,1
Nota 8	4	4,1
Nota 9	8	8,1
Nota 10	14	14,3
	68	69,3

Consegue fazer alguma reclamação ou sugestão

Sim	5	5,1
Sim, mas com dificuldade	0	0
Não	1	1,1
Nunca precisou	92	93,8

Fonte: 1º ciclo PMAQ-CEO, 2014/ UFPE – Ministério da Saúde

4 DISCUSSÃO

A avaliação dos serviços de saúde, através de questões direcionadas aos usuários, propagou-se após o fortalecimento da participação comunitária no processo de planejamento e avaliação deste setor. De fato, a incorporação efetiva do usuário tornou-se valorizada por se

mostrar um indicador sensível da qualidade do serviço, sendo interessante observar que, apesar das dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade, a maioria dos estudos apresenta como resultado altas taxas de satisfação (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005). Neste trabalho, as menores notas dadas para o atendimento dos profissionais da recepção e para os dentistas foram “5” e “8”, respectivamente (em escala de 0 a 10).

Através da avaliação é possível presumir comportamentos futuros dos usuários, como também verificar a adesão aos tratamentos, o que consiste em fator de extrema importância para a obtenção de sucesso clínico (CARRER *et.al.*, 2016). Um fato relevante é a demora para início do tratamento, o que incorre, em alguns casos, em experiência de dor para o usuário.

Este estudo mostrou que a população que frequenta os CEO de Sergipe está satisfeita com o serviço prestado, e que o tempo de espera para iniciar o tratamento, para a maioria, é de 1 semana a 1 mês. Sabe-se, entretanto, que no nosso país existe uma grande demanda reprimida por tratamentos odontológicos especializados. Tal paradoxo pode ser em parte explicado pelo fato de a maior parcela dos usuários entrevistados residir no município onde se localiza o CEO, bem como pelo fato de Sergipe ser um estado de distâncias geográficas relativamente pequenas, o que facilita o acesso, e conseqüentemente, a satisfação com o serviço. No Brasil, 93,1% dos que responderam ao questionário da avaliação residiam no município sede do CEO, mostrando as eventuais dificuldades enfrentadas pelos usuários que precisam percorrer grandes distâncias (HERKRATZ *et.al.*, 2016).

O CEO supostamente deveria aumentar a resolubilidade do sistema de saúde bucal, buscando alcançar a integralidade do cuidado, porém, apesar das preconizadas 40 horas semanais para o funcionamento dos serviços, vemos que algumas das especialidades com maior demanda (por exemplo, cirurgia e endodontia) não abrangem esta carga horária, dado que reflete o quanto a atenção especializada ainda não alcança a disponibilidade ideal para que todos os usuários sejam contemplados em suas demandas (THOMAZ *et.al.*, 2016). Ainda no tocante a este assunto, Goes e demais autores (2012) relatam que as especialidades com maior demanda, tais como endodontia e prótese dentária, deveriam ser garantidas em todos os serviços, visando à conservação dos dentes, tratando as conseqüências da cárie e reabilitando os edêntulos, bem como incluir especialidades que satisfaçam o quadro epidemiológico loco regional.

Este trabalho também evidenciou que a amostra de usuários pesquisada abrange pessoas de todas as faixas salariais, porém com maior predomínio de menos de 1 salário mínimo a até 2 salários mínimos, evidenciando a parcela da população que mais necessita de cuidados bucais especializados. Associado a isto, temos que a baixa escolaridade é preponderante entre estes frequentadores, pois mais da metade possuía, no máximo, o Ensino Fundamental Incompleto, também revelando a vinculação entre educação e necessidades em saúde (COSTA, 2017).

5 CONCLUSÃO

Os resultados apresentados relatam e caracterizam aspectos do acesso e atendimento descritos pelos usuários durante a Avaliação Externa do 1º ciclo do PMAQ-CEO. No entanto,

a leitura das informações deve considerar o limite explicativo dos dados exclusivamente quantitativos. Por isso, deve-se também elaborar trabalhos a partir dos relatos dos diários de campo dos avaliadores externos.

Por fim, ressalta-se a necessidade de compreender em estudos futuros a grande demanda reprimida relatada pelos CEO, em oposição ao relativamente rápido acesso que os usuários entrevistados confirmaram obter. Ademais, a literatura está desprovida de estudos sobre os serviços especializados de saúde bucal sergipanos.

REFERÊNCIAS

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**. [internet]. Brasília, 2004 [acesso em 2019 out 27]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal - resultados principais**. Brasília, 2011. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf.

CARRER, F. C. A. *et al.* O avaliador externo e o usuário do CEO: narrativa de experiência durante o ciclo I do PMAQ-CEO. *In*: FIGUEIREDO, N; GOES, P. S. A; MARTELLI, P. (org). **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, 2016. p. 234-268. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_+PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Rev. Saúde Pública**. [online]. São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1005-1013. Oct. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000041>.

COSTA, W. C. L. B. **Atenção secundária em saúde bucal em municípios de pequeno porte: uma avaliação transversal da demanda x acesso**. 2017. 70 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-ATZKL9>.

ESPERIDIÃO, M; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciênc. saúde coletiva**. [online]. Rio de Janeiro, v. 10, p. 303-312. set./dez. 2005. Supl. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000500031>.

GOES, P. S. A. *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 28, p. 81s-89s, 2012. Supl. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300009>.

HERKRATZ F. J. *et.al.* Atenção secundária em saúde bucal no Brasil: distribuição da oferta e sua influência na acessibilidade e equidade. *In*: FIGUEIREDO, N; GOES, P. S. A; MARTELLI, P. (org). **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, 2016. p. 37-48. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_+PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7.

POSSAMAI, T. *et al.* Ações secundárias em saúde bucal: análise do centro de especialidades odontológicas de um município do interior do Paraná, Brasil. **Rev. APS**, v. 18, n. 3, p. 266-272, jul/set. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufff.br/index.php/aps/issue/view/652>.

RIOS, L. F. R.; COLUSSI, C. F. Avaliação normativa dos Centros de Especialidades Odontológicas,

Brasil, 2014. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 122-136, jan./mar. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n120/0103-1104-sdeb-43-120-0122.pdf>.

SALIBA, N. A. *et. al.* Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. **Rev. odontol. UNESP** [online], v. 42, n. 5, p. 317-323, sept./oct. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rounesp/v42n5/01.pdf>.

SOARES, F.F.; CHAVES, S.C.L.; CANGUSSU, M.C.T. Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização. **Cad. Saúde Pública**, [online], Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 586-596, Mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n3/0102-311X-csp-31-03-00586.pdf>.

THOMAZ, E. B. A. F. *et.al.* Práticas de cuidado nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). *In*: FIGUEIREDO, N; GOES, P. S. A; MARTELLI, P. (org). **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, 2016. p. 182-205. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_+PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7.

VAZQUEZ, F. L. *et.al.* Referência e Contrarreferência na atenção Secundária em odontologia em Campinas, SP, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, [online], Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 245-256. Jan. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1986>.

Apoio Matricial em Serviços de Atenção Secundária de Saúde Bucal no Estado da Paraíba.

Danilson Ferreira Cruz
Avaliador externo. Universidade Federal de Pernambuco

Andreia Medeiros Rodrigues Cardoso
Coordenadora Estadual da Avaliação Externa na Paraíba
Centro Universitário de João Pessoa

Maizza Micaelle Carlos Euclides Fernandes
Colaboradora Universidade Federal da Paraíba

RESUMO

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) têm como fundamental missão garantir o acesso à atenção odontológica secundária de oferta pública e gratuita além de apoiar o desenvolvimento das ações da atenção primária em saúde bucal. O apoio matricial se configura como um método de atividade interprofissional em cogestão que visa favorecer a qualificação da rede de atenção em saúde que já é uma realidade em alguns CEO. Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi identificar elementos constituintes do apoio matricial no processo de trabalho dos CEO. Buscou-se, ainda, compreender se há uma relação entre o tipo de CEO, o perfil do gestor deste serviço e o apoio matricial. Metodologia: foi utilizado o método quantitativo que analisou dados do banco do 1º Ciclo do PMAQ/CEO, com dados coletados em 2013. Foram incluídos todos os CEO da Paraíba (total de 53), em seu módulo II (resultados das entrevistas de gestores) referente as questões de ações de apoio matricial. Resultados: pode-se considerar que a maioria dos CEO são do Tipo 1 (62%); que os gestores acumulam atividades de clínica em 51% dos serviços que possuem gerentes; os gerentes permanecem menos de 2 anos como gestor do serviço em 77%; Os CEO que apresentaram gestores com formação complementar em saúde coletiva e gestão pública foram os que mais desenvolveram ações de matriciamento e apoio às ESB na atenção básica, totalizando 53,3%; Os serviços em que os gestores apresentaram menor tempo na atividade foram os que tiveram menores percentuais de ações de apoio matricial perfazendo 33,3% dos casos. Conclusão: o apoio matricial é desenvolvido pelos CEO de diferentes formas e que o perfil do gestor quanto a sua permanência e formação complementar interferem nesta oferta, porém não se constitui como ação rotineira em todos os serviços.

Palavras-chave: Atenção secundária à saúde. Saúde bucal. Avaliação em saúde.

ABSTRACT

The Centers of Dental Specialties (CEO) have as their fundamental mission to ensure access to secondary dental care of public and free offer and support the development of primary care actions in oral health. Matrix support is configured as a method of co-management interprofessional activity that aims to favor the qualification of the health care network that is already a reality in some CEOs. In this sense, the objective of this work was to identify constituent elements of matrix support in the

CEO work process. We also sought to understand if there is a relationship between the type of CEO, the manager profile of this service and the matrix support. Methodology: used was the quantitative method that analyzed data from the PMAQ / CEO 1st Cycle database, with data collected in 2013. All Paraíba CEO (total of 53) were included in their module II (manager interview results). regarding issues of matrix support actions. Results: Most CEOs can be considered Type 1 (62%); that managers accumulate clinical activities in 51% of the services that have managers; managers stay less than 2 years as service manager at 77%; The CEO who presented managers with complementary training in public health and public management were the ones that developed more actions of matriculation and support to the ESB in primary care, totaling 53.3%; The services in which the managers had less time in the activity had the lowest percentages of matrix support actions, making up 33.3% of the cases. Conclusion: the matrix support is developed by CEO in different ways and that the manager's profile regarding its permanence and complementary training interfere with this offer, but it is not a routine action in all services.

Keywords: *Secondary health care. Oral health. Health evaluation.*

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro passou por muitas mudanças. A principal foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, com o objetivo de possibilitar acesso mais democrático às ações e serviços de saúde; esse sistema é norteado pelos princípios da integralidade, universalidade e equidade (BRASIL, 1988). No âmbito da saúde bucal, o SUS trouxe para a Odontologia brasileira o desafio da reformulação de suas práticas para que os princípios do SUS sejam assegurados.

Apesar das mudanças importantes que aconteceram nas três últimas décadas do século XX, até 1998 12,5% da população urbana e 32% da rural nunca haviam recebido nenhum tipo de tratamento odontológico. No entanto, o fato dos demais usuários já terem ido ao dentista, não significa dizer que os mesmos foram cuidados nas suas necessidades de saúde (OLIVEIRA, 2005).

Em 2004, houve o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), marco inicial de um extenso processo de debates e construção de estratégias que propuseram uma reorientação do modelo assistencial, apoiada numa adequação do sistema de trabalho das Equipes de Saúde Bucal (ESB) para que englobassem ações de promoção e proteção da saúde. A ESB em conjunto com os demais setores da sociedade, deve participar da construção da consciência sanitária, numa movimentação política e social que transcende a dimensão técnica da Odontologia, para ampliar racionalmente o acesso a uma assistência em saúde bucal integralizada, onde as linhas de cuidado (da criança, do adolescente, do adulto e do idoso) tenham fluxos centrados no acolhimento, na informação, no atendimento e no encaminhamento seguro para que resultem em ações resolutivas (BRASIL, 2004).

As ações prioritárias no âmbito da organização da rede de serviços em saúde bucal, a partir desta PNSB, foram: a ampliação das ESB na Estratégia Saúde da Família (ESF), onde evoluiu de 4.271 (ESB) em 2002 para aproximadamente 27.283 (ESB) até agosto de 2019; criação da rede secundária de atenção especializada através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)

e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), que juntos somam 2.803, sendo, destes 1033 CEO em todas as regiões do país em 2019 (BRASIL, 2019).

Com 1.312 ESB (até agosto 2019), 66 CEO e 123 LRPD (2016), a Paraíba, atualmente, está entre os estados brasileiros que possuem uma importante rede proporcional de saúde bucal do país (BRASIL, 2019).

No entanto, ter um conjunto de serviços quantitativamente implantados não significa que se tenha uma rede de cuidados consolidada:

“A organização e a estruturação dos novos modelos de atenção demandam desafios em diversas dimensões dos sistemas de saúde. Dentre esses, destaca-se a necessidade de reordenamento dos processos de trabalho em saúde, que exige cada vez mais a articulação de vários saberes e profissões, frente aos complexos problemas de saúde contemporâneos”
(BISPO JÚNIOR; MOREIRA 2017).

Este movimento pode se dar a partir da organização dos sistemas locais em Linhas de Cuidado, nesse caso Linha de Cuidado em Saúde Bucal (LCSB) que deve estar respaldada numa rede de atenção à saúde bucal sendo fundamental articular as ações e serviços numa perspectiva de atuar a partir das necessidades de saúde de uma população, pois a linha de cuidado pressupõe produtos, clientela e qualidade da atenção, sendo alimentada por recursos/insumos que expressam as tecnologias a serem consumidas durante o processo de assistência ao usuário, funcionando de forma sistêmica e operando vários serviços de forma articulada (CRUZ, et al., 2011; OLIVEIRA, 2005; CAMPOS, 2003; MERHY, 2003).

Uma Rede de Atenção à Saúde Bucal deve estar estruturada para proporcionar à população dos usuários uma maior qualidade, eficiência e eficácia dos serviços públicos odontológicos. Muda o conceito da assistência à saúde, feita de forma pontual e isolada, para o de atenção à saúde em que o sentido “cuidador” é fortalecido. Busca ainda estimular a promoção da saúde, prevenção e o controle das doenças bucais, a partir de um modelo de gestão articulado com as demais áreas governamentais e a sociedade civil.

No que tange ao apoio matricial, vale destacar que este é ao mesmo tempo metodologia para a gestão do trabalho e arranjo organizacional. Como método de trabalho, é um conjunto de conceitos sobre o modo de desenvolver o trabalho interprofissional em cogestão e de maneira compartilhada. Como arranjo organizacional, é caracterizado como lugar estrutural com base no qual se desempenha a função de apoio (CAMPOS, 2014; OLIVEIRA, 2015).

Vale destacar que o arranjo do apoio matricial é uma construção genuinamente brasileira. No cenário internacional, a discussão está centrada na troca de conhecimento entre profissionais e no atendimento compartilhado, especialmente no cuidado de doenças crônicas, como observado em experiências do Canadá (MADARNAS et al., 2011) e do Reino Unido (SHEAFF et al., 2015). Na análise empreendida por Oliveira e Campos (2015), observou-se que os congêneres da literatura internacional para trabalho interprofissional correspondem ao cuidado colaborativo (collaborative care) e cuidado compartilhado (shared care). Embora as evidências ainda sejam tímidas, os

principais fatores que potencializam o cuidado colaborativo em outros países são a comunicação entre os profissionais, a existência de tecnologias de informações ágeis e a estrutura organizacional do sistema de saúde.

Na Paraíba os municípios encontram-se em diferentes estágios de implantação e organização da rede de atenção à saúde bucal, principalmente no que diz respeito ao grau de integração entre seus pontos de atenção, por exemplo. Embora disponha de uma robusta oferta de serviço de saúde bucal nos três níveis de atenção, torna-se fundamental a qualificação da governança, promovendo a interligação entre os pontos de atenção e dos sistemas e toda a gestão da rede de atenção à saúde bucal. Ressalta-se, como debatido anteriormente, que o apoio matricial favorece a efetivação de um modelo de atenção à saúde coerente com a situação de saúde da população, fundamentando-o em princípios de compartilhamento de saberes, constituição de vínculo entre os vários atores da rede, da vigilância à saúde, além da busca pela integralidade das ações de saúde (GODOI, [MELLO, CAETANO](#); 2014).

Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi identificar elementos constituintes do apoio matricial no processo de trabalho dos CEO. Buscou-se, ainda, compreender se há uma relação entre o tipo de CEO, o perfil do gestor deste serviço e o apoio matricial. Como metodologia foi utilizado o método quantitativo que analisou dados do banco do 1º Ciclo do PMAQ/CEO, com dados coletados em 2013.

2 MÉTODOS

Em 2013, o Ministério da Saúde editou e publicou o Instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AMAQ-CEO) no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Este Instrumento de autoavaliação deve ser entendido como dispositivo do planejamento visando a reorganização do serviço e da gestão.

O desenho metodológico do trabalho é de natureza quantitativa, descritiva e analítica, onde foram analisados os dados da Avaliação Externa do primeiro ciclo do PMAQ-CEO, com dados coletados em 2013, relativos ao módulo de entrevista com o Gerente e um Cirurgião-Dentista contidos no Módulo II, nos itens referentes às características do gestor, tipo de CEO (I, II ou III) e ao apoio matricial (GOES, 2018).

Foram analisados os dados de todos os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) do estado da Paraíba, totalizando 53 serviços avaliados pelo PMAQ/CEO em 2013.

Para compreender o Apoio Matricial realizado pelos CEO foi identificado o tipo de CEO, o perfil da formação do gestor e o tempo de gestão à frente do serviço. As características do serviço em relação às necessidades e intervenções de apoio matricial foram sistematizadas e relacionadas entre si.

Os dados foram analisados através do teste Qui-Quadrado que é utilizado para analisar se a frequência com que um determinado acontecimento observado em uma amostra se desvia

significativamente ou não da frequência com que ele é esperado. Comparar a distribuição de diversos acontecimentos em diferentes amostras, a fim de avaliar se as proporções observadas destes eventos mostram ou não diferenças significativas ou se as amostras diferem significativamente quanto às proporções desses acontecimentos (BEIGUELMAN, 1996).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

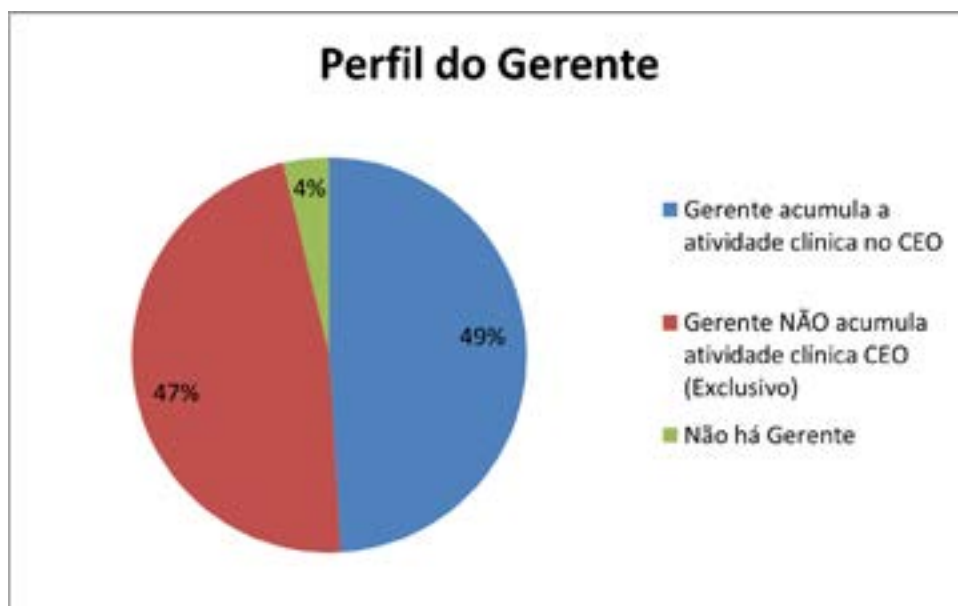
Os CEO podem se apresentar em 3 categorias distintas: CEO tipo I (com 3 cadeiras odontológicas), tipo II (com 4 a 6 cadeiras odontológicas) e tipo III (com 7 ou mais cadeiras odontológicas). Na Paraíba, o CEO Tipo I representa sua maioria com 62% dos estabelecimentos. (BRASIL, 2006). Percebe-se, na figura 1, que do total de CEO no estado da Paraíba, 62% dos serviços são do Tipo I. Esta conformação se dá por ter, no estado, uma distribuição elevada de municípios classificados como de pequeno porte populacional, o que exige serviços com adequada capacidade de oferta.

Figura 1 - Distribuição do Tipo de CEO da Paraíba (2014) quanto ao Nível de Complexidade.



Na figura 2 identificou-se que apenas 4% dos serviços não dispunham de gestor. Quase metade dos serviços (49%), apresentaram gestor que acumulavam além da atividade de gerente, as de clínica. No estudo de LUCENA et al. (2019), que avaliou condições associadas a atividade de planejamento nos CEO de todo o Brasil e que também identificou o perfil do gestor, apresentou que 50% dos serviços eram gerenciados por gestores que também acumulavam atividade clínica.

Figura 2 - Distribuição dos CEO da Paraíba (2014) quanto a atividade do Gestor.



Nas Figuras 3 e 4, respectivamente, mostram o perfil do gestor quanto ao tempo de atuação à frente do serviço e se tem e qual área de formação complementar. Em 77% dos CEO os gestores atuam entre 1 e 4 anos. Do total geral de gestores 53% apresentam formação complementar em áreas não relacionadas com a saúde coletiva e gestão pública. Um fator que pode interferir nesta relação quanto a formação complementar seria o elevado número de gestores atuando com necessidade de atuação também na clínica, levando-os a terem que se qualificar para este perfil de trabalho. O estudo de LUCENA et al., (2019), mostra parâmetros semelhantes, sendo esta uma tendência nacional, uma vez que tal estudo avaliou todos os CEO do país quais foram avaliados pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). O trabalho de LUCENA et al., (2019), apresentou que apenas 33,3% dos gestores tinham formação complementar em saúde coletiva ou gestão pública.

Figura 3 - Perfil do gestor do CEO da Paraíba (2014) quanto tempo à frente do serviço.



Figura 4 - Perfil do gestor do CEO da Paraíba (2014) quanto à Formação Complementar.



Na Figura 5, percebe-se que dos 53 CEO avaliados 35 (66%) relataram necessidade de apoio enquanto 18 (34%) responderam que não necessitava de apoio. Dos CEO que apresentaram necessidade de apoio de outros profissionais para resolução de casos considerados complexos 28 (80%), relataram que conseguiram receber.

As especialidades que mais demandaram apoio foram, respectivamente, Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais e Estomatologia. Uma possibilidade de compreensão para este perfil de demanda por apoio se dá pela complexidade dos casos cirúrgico e que possuem interface mais relativizada a exposição de risco mais imediato. Nos casos de Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais é possível associar a questão da reduzida disponibilização de profissionais especializados ou com habilidades satisfatórias para este perfil de usuários. No caso dos CEO da Paraíba, observando a frequência dos casos relatados de apoio, sugere-se que estes fatores possam produzir interface com esta realidade local. Outros estudos oportunizariam este horizonte.

Figura 5 - Relação dos CEO da Paraíba (2014) quanto à Necessidade de Apoio Matricial.

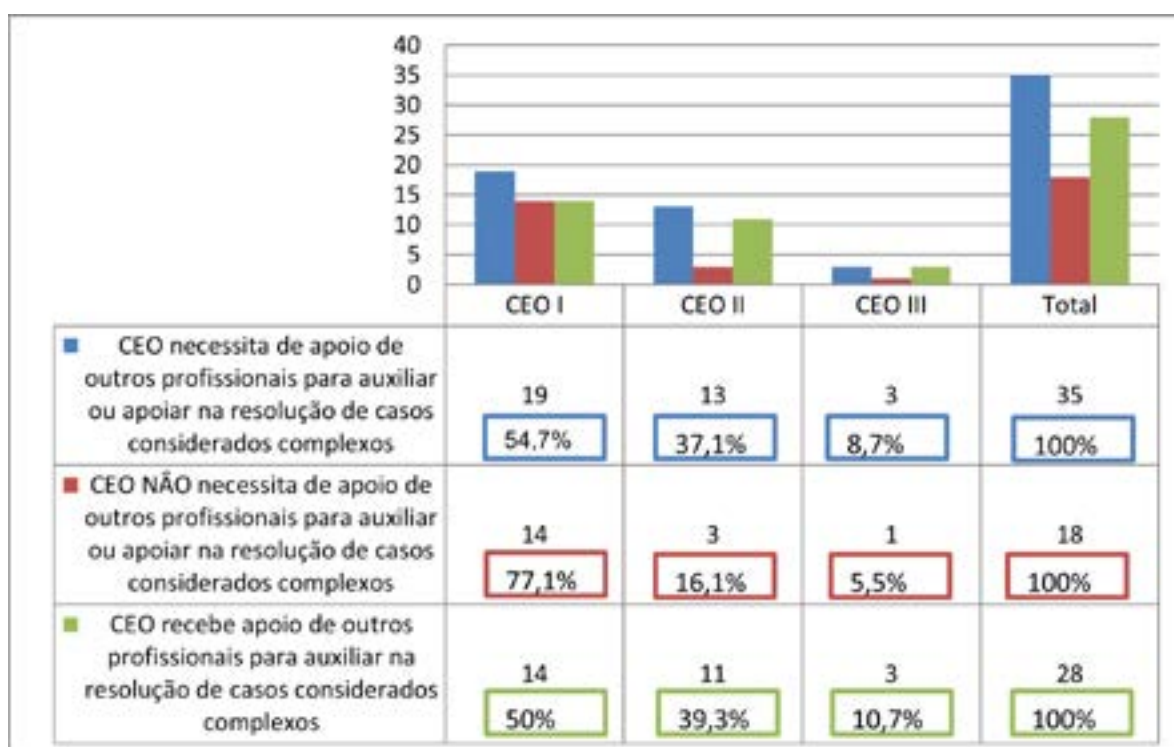
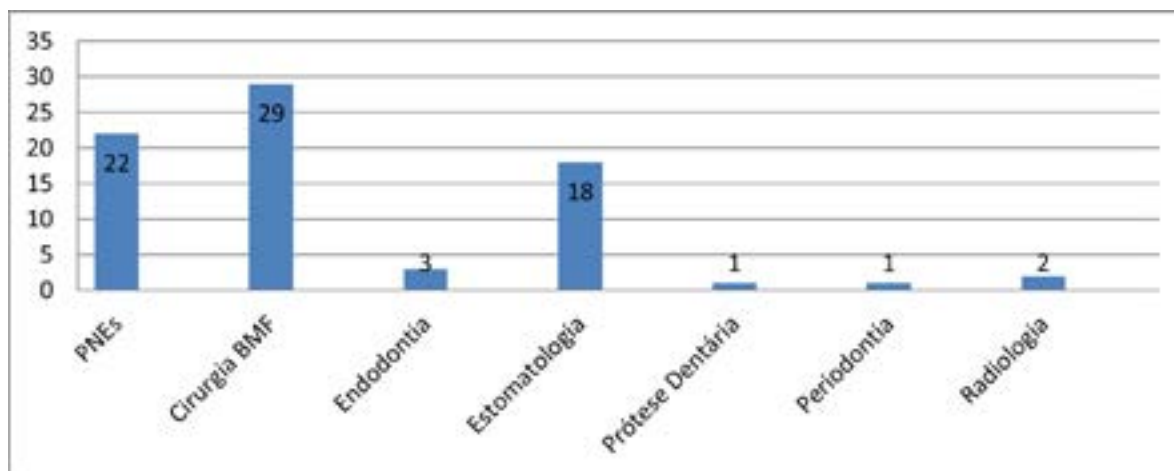


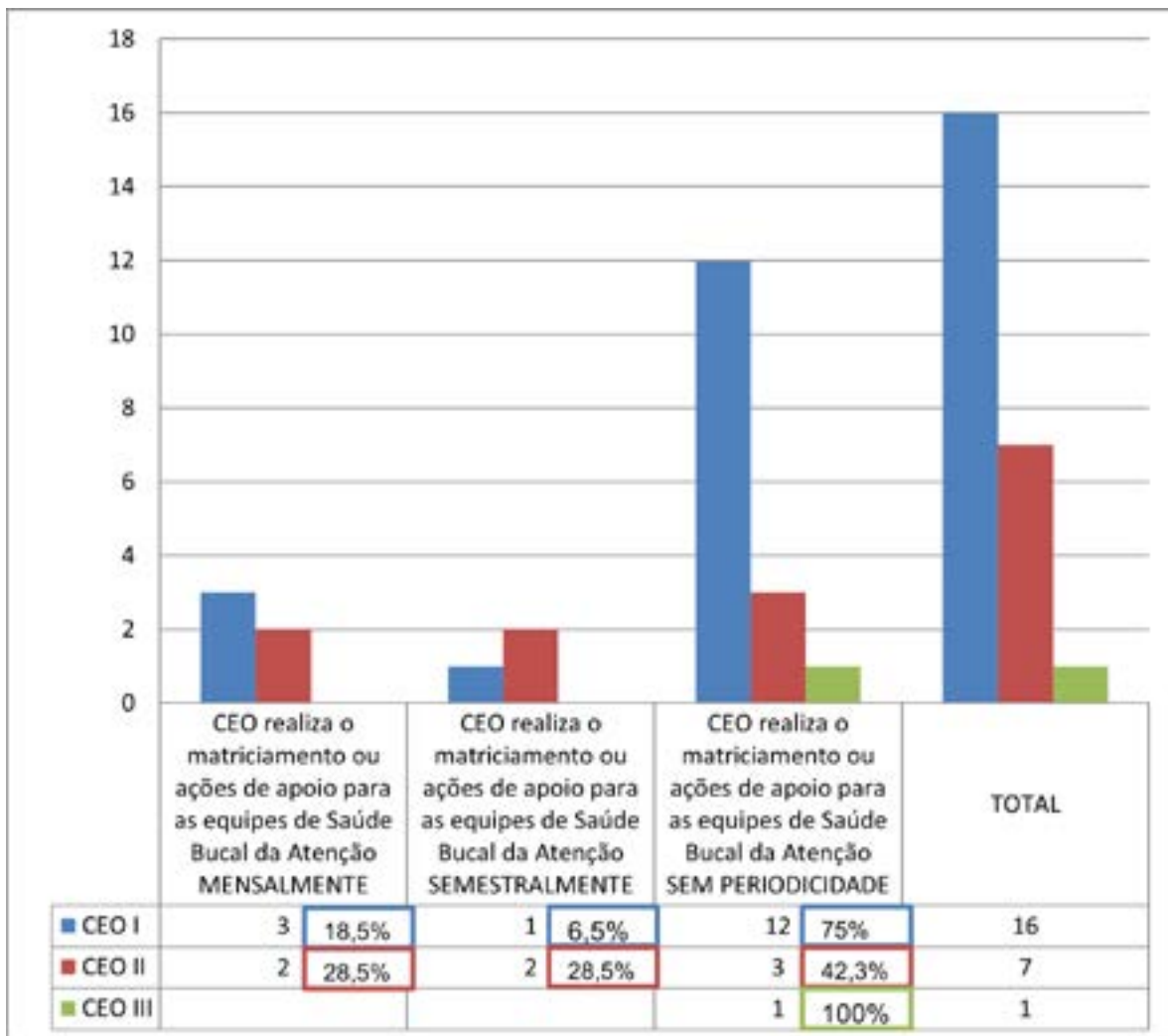
Figura 6 - Principais especialidades demandadas de Apoio Matricial dos CEO da Paraíba (2014).



A figura 7 observa-se que 24 (45%) realizam matriciamento ou ações de apoio para as ESB na atenção básica, sendo esta ação em 66,7% dos casos sem uma periodicidade. Nesta perspectiva torna-se relevante refletir sobre a prática de apoio como uma atividade mais institucionalizada. Um dos elementos que favorece esta não periodicidade seria a alta rotatividade dos gestores e trabalhadores da rede de cuidados devido a elevada precarização dos vínculos trabalhista.

Os resultados da pesquisa demonstraram a frágil disposição dos serviços para o apoio matricial pelos profissionais dos CEO junto as ESB/AB. Segundo Oliveira e Campos (2015), tais fragilidades podem sugerir implicações para o trabalho no âmbito da atenção das ESB na atenção básica, visto que esta ferramenta de trabalho tem como propósitos alargar as intervenções em direção à clínica ampliada, superar a lógica dos encaminhamentos que fragmenta o cuidado e potencializar a integração dialógica entre diferentes especialidades e profissões.

Figura 7 - Relação dos CEO da Paraíba (2014) que realizam apoio matricial e a periodicidade do apoio.



Mesmo constatado a frágil adesão dos CEO ao apoio matricial às ESB, nos casos onde realizaram destacou-se cinco ações conforme é possível identificar na Tabela 1. A pactuação de critérios para referência por especialidades foi a ação mais citada. Os autores Fratini, Saupe e Massaroli (2008), avaliam que o estabelecimento de métodos para facilitar esse fluxo é primordial para que se faça um atendimento integral; porém, em todas as áreas da saúde, os métodos utilizados permanecem insuficientes, sobretudo no nível municipal.

No estudo de Rodrigues, Vieira e Leite (2013) que avaliou o fluxo de referência dos usuários que acessam os serviços prestados pelo Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) implantado em cidade de médio porte da Região Sudeste brasileira, constatou que existem fragilidades nos encaminhamentos tanto quanto a incompletude do preenchimento quanto à legibilidade. Os autores sugerem a adoção de prontuários padronizados e elaborados de forma a simplificar o preenchimento, sendo de grande importância para a melhoria da comunicação entre os diversos níveis de atenção. O apoio matricial, torna-se uma ferramenta favorável a esta necessidade.

Tabela 1 – Principais ações de apoio matricial dos profissionais do CEO junto às ESB/AB da Paraíba 2014.

	N
1. Pactua critérios para referência por especialidade	23
2. Ações clínicas compartilhadas com os profissionais das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica	20
3. Discussão de casos clínicos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores	13
4. Construção e discussão de protocolos clínicos	17
5. Realizam visitas com os profissionais das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, quando solicitados.	14

A Tabela 2 dispõe de duas relações frente ao apoio Matricial: a) o tempo de atuação do gerente e a realização o apoio matricial à AB; e, b) a formação complementar e a realização do apoio matricial à AB. Nos casos em que o gestor atua entre um e quatro anos, 55,6% dos CEO tiveram ações de apoio matricial desenvolvidas junto às ESB da atenção básica. Nos casos em que o gestor apresenta menos de um ano as ações de apoio matricial foram de 33,3%.

O estudo de Pasquim e Arruda (2013), que buscou identificar os desafios para o Apoio Matricial com o NASF, do ponto de vista dos trabalhadores de saúde, identificou um conjunto de impasses acerca da implementação do apoio matricial que vão desde a escassez de profissionais com formação favorável (considerar que ainda é uma atividade nova no âmbito do SUS), à precarização do trabalho que eleva a rotatividade dos atores na rede de serviços. Contudo, os autores apontam que tais impasses podem ser reconhecidos essencialmente de ordem política e que sua superação depende da valorização dos trabalhadores da saúde e da retomada dos princípios da Reforma Sanitária.

Nos serviços em que os gestores apresentaram formação complementar nas áreas de Saúde coletiva e Gestão Pública verificou-se uma condição mais favorável ao desenvolvimento do apoio matricial, onde 53,3% dos CEO com este perfil de gestor conseguiram realizar ações de matriciamento. Uma possibilidade de análise é que gestores com formações que dialogam mais tematicamente as diretrizes do SUS e da gestão pública se aproximam de saberes que extrapolam a formação acadêmica das profissões de saúde tradicionais voltadas para fragmentação das práticas clínicas.

Esta formação isolada dos e pouco articulado aos princípios do SUS deve necessariamente ser repensada, porque não inclui as diretrizes do Apoio Matricial, é insuficiente para os profissionais atuarem como gestores que exercem práticas apoiadoras e não ressalta a importância da democratização das relações interprofissionais através da instituição de espaços de cogestão. (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009).

Almeida Filho (2013), ressalta de forma mais atenuada que a formação em saúde no Brasil ainda está estruturada no modelo disciplinar de ensino e fundamentada nas ciências biológicas como fonte principal de conhecimento. Na melhor das hipóteses, treina técnicos competentes, porém, pouco comprometidos com as políticas públicas e as transformações sociais necessárias

à promoção de condições de saúde adequadas. Na prática, os sujeitos formados nesse modelo revelam-se desconhecedores, quando não antagonistas do SUS.

Torna-se imprescindível conectar a política de formação em serviço com as diretrizes do Apoio Matricial para além de se repensar a formação acadêmica em si. Alguns estudos apontam que essa prática ainda é incipiente ou, em muitos casos, nem adotada, o que dificulta e desmobiliza as mudanças no processo de trabalho possibilitando a coexistência da fragmentação do cuidado e da corresponsabilização (DIMENSTEIN et al., 2009; FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009; AZEVEDO, et al., 2013).

Tabela 2 - Caracterização do apoio matricial dos CEO da Paraíba.

a) Relação entre o tempo de atuação do gerente e a realização do apoio matricial à AB						
	SIM		NÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Menos de um ano	6	33,3	12	66,7	18	100
1 a 4 anos	15	55,6	12	44,4	27	100
5 anos ou mais	3	37,5	5	62,5	8	100
b) Relação entre a formação complementar e a realização apoio matricial à AB						
	SIM		NÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Saúde Coletiva ou Gestão Pública	8	53,3	7	46,7	15	100
Outras Áreas	11	39,3	17	60,7	28	100
Não Tem Formação	5	50	5	50	10	100

Com a aplicação do teste Qui-Quadrado (0,000), rejeita a hipótese nula de igualdade da relação do tempo de atuação do gerente e a realização do apoio matricial à AB, portanto, percebe-se que existe diferença entre o tempo de atuação do gerente e a realização do apoio matricial à AB, logo foram significativos para o estudo.

Com a aplicação do teste Qui-Quadrado (0,000), rejeita a hipótese nula de igualdade da relação entre a formação complementar e a realização do apoio matricial à AB, portanto, percebe-se que existe diferença entre a formação complementar e a realização do apoio matricial à AB, logo foram significativos para o estudo.

Já quando existe ausência da realização do apoio matricial, nos dois casos, não rejeita a hipótese nula, logo, não existem diferenças tanto em relação do tempo de atuação do gerente, quanto na formação complementar em relação à realização do apoio matricial à AB.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O apoio matricial é uma ferramenta essencial para a prática da gestão dos serviços de saúde, no caso deste estudo, os de atenção secundária de saúde bucal, com possibilidades de qualificar o processo de trabalho de forma solidária e comunicativa na busca de ampliar o acesso da população aos serviços e melhorar a qualidade das ofertas. No entanto, o apoio matricial nos CEO deve ser realizado de forma sistematizada, numa perspectiva de favorecer a constituição de redes de cuidado em saúde bucal.

No estudo proposto observou-se que fatores ligados ao perfil do gestor dos CEO permitiram compreender que existem comportamentos diferentes na realização do apoio matricial além das características demandadas, tanto dos CEO e suas necessidades de apoio, quanto ao apoio produzido pelos centros junto às ESB.

Deste modo, os achados deste estudo apontam para elementos que desfavorecem práticas horizontais como o apoio matricial quando evidencia-se a baixa permanência dos gestores frente aos serviços, em grande parte acumulando funções de clínica, além da baixa frequência de formação complementar nas áreas de saúde coletiva e gestão pública.

Apesar de não se evidenciar uma institucionalidade efetiva de ações de apoio matricial nos CEO da Paraíba, vale a pena ressaltar que essa inovação gerencial é de suma importância, uma vez que promove uma reorganização dos serviços de saúde através de novos arranjos organizacionais, podendo, assim, estudos como este promover a reflexão sobre esta ferramenta uma vez que no âmbito da saúde bucal ainda são raros as pesquisas que tratam das práticas de apoio matricial pelos trabalhadores da área. Essa lacuna existente indica a necessidade de esforços de pesquisa mais abrangentes e de caráter mais analítico. Com o 2º Ciclo do PMAQ/CEO será possível comparar se houve mudanças favoráveis neste cenário.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, [online], Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1677-1682, June 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600019>.

AZEVEDO, D. M.; GONDIM, M. C. S. M.; SILVA, D. S. Apoio Matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território. **R. pesq.: cuid. fundam.** [online], Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3311-3322, jan./mar. 2013. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1951/pdf_689.

BEIGUELMAN, B. **Curso Prático de Bioestatística**. 4ed. Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Genética, 1996. 242 p.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o Apoio Matricial na atenção básica. **Psicol. ciênc. e prof.** [online], Brasília, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932008000300015>.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988. República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf.

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, DF, 2004. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm.

BRASIL. Portaria nº 599, de 23 de março 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. Brasília, DF, 2006. **Diário Oficial da União**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 406, de 08 de março de 2012. Institui a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) e redefine o fluxo para a gestão das informações estratégicas no âmbito do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Departamento de Informática do SUS. Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0406_08_03_2012.html.

BISPO JÚNIOR, J. P; MOREIRA, D. C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cad. Saúde Pública**, [online], Rio de Janeiro, v. 33 n. 9, Set. 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00108116>.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, [online], Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200018>.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu)**, [online], v. 18, p. 983-995, 2014. Suppl1.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>.

CRUZ, D. F. *et al.* A Linha do Cuidado em Saúde Bucal em João Pessoa. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 11, n. 2, p. 291-295, abr./jun. 2011. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/790e/ca23cf7adef7118aace3a8d1ab4331c31999.pdf>.

DIMENSTEIN, M. *et al.* O Apoio Matricial em unidade de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e soc.** [online], São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000100007>.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciênc. saúde coletiva*, [online], Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, jan./fev. 2009. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100018>.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra-referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc Cuid Saúde**, v. 7, n.1, p. 65-72, jan./mar. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v7i1.4908>.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES, H.M. Integralidade na Assistência à Saúde: A organização das Linhas do Cuidado in “Pensar BH: política social”, N. 7, julho/setembro de 2003.

GOES, P. S. A. *et al.* Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 18, n. 1, p. 1-11, e3433, 2018. <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3433/pdf>.

[GODOI, H.](#); [MELLO, A. L. S. F.](#); [CAETANO, J. C.](#) Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [online], Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 318-332. Fev. 2014. ISSN 0102-311X. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084513>.

LUCENA, E. H. G. *et al.* Condições associadas a atividade de planejamento nos centros de especialidades odontológicas. **Univ. odontol**, v. 38, n. 80, ene./jun. 2019. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.caap>.

MADARNAS Y, JOY A, VERMA S, Sehdev S, LAM W, SIDERIS L. Models of care for early-stage breast cancer in Canada. **Curr Oncol**, v. 18, p. S10-19, May 2011. Suppl 1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3119896/>.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas: Mimeo, 2003.

OLIVEIRA, J. L. C. **Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes**. 2005. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP, São Paulo, 2005. <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/110661/000228492.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciênc. saúde coletiva**, [online], Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 229-238. Jan. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013>.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Avaliação de estratégias inovadoras na organização da atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, Feb. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000083>.

PASQUIM, H. M.; ARRUDA, M. S. B. Núcleo de apoio à saúde da família: revisão narrativa sobre o Apoio Matricial na atenção básica. **Corpus et Scientia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 34-44, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/corpusetscientia/article/view/289/251>.

PINTO, I. C. M.; TEIXEIRA, C. F. Formulação da política de gestão do trabalho e educação na saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. **Cad. Saúde Pública**, [online], Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1777-1788, Set. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000900011>.

RODRIGUES, L. A.; VIEIRA, J.D.M.; LEITE, I.C.G. Avaliação do fluxo de referência para um centro de especialidades odontológicas implantado em cidade de médio porte na região Sudeste. **Cad. saúde colet.**, [online], Rio de Janeiro, v. 21, n.1, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2013000100007>.

SHEAFF, R; HALLIDAY, J; OVRETVEIT, J; BYNG, R; EXWORTHY, M; PECKHAM,

S, *et al.* **Integration and continuity of primary care**: polyclinics and alternatives – a patient-centred analysis of how organisation constrains care co-ordination. Southampton: NIHR Journals Library, 2015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK311225/>.

Análise das Características Estruturais e do Processo de Trabalho dos Centros de Especialidades Odontológicas do Maranhão

Guilherme de Jesus Souza Sirino
Izabel Cristina Vieira de Oliveira
Judith Rafaelle de Oliveira Pinho
Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz
Rejane Christine de Sousa Queiroz

RESUMO

O acompanhamento dos serviços de saúde permite identificar problemas, subsidiando a melhoria da qualidade da assistência prestada. No contexto da saúde bucal, os serviços especializados prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) representam um eixo importante da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). O objetivo do presente estudo foi caracterizar a estrutura e o processo de trabalho dos CEO do estado do Maranhão, comparando com o Brasil, e descrever as diferenças entre os CEO que atendem por demanda espontânea e referenciada. Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal que incluiu dados obtidos do 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO) acerca da estrutura e processo de trabalho dos CEO do Maranhão e do Brasil. Foram realizadas análises comparativas entre os CEO do Maranhão e do Brasil, bem como entre os estabelecimentos do Maranhão e do Brasil que atendem exclusivamente por demanda espontânea, mista (espontânea e referenciada) e referenciada. Nos 26 CEO avaliados no Maranhão, houve uma predominância de CEO do tipo II (84,62%) e o mesmo ocorreu no Brasil (50,86%). O acesso aos estabelecimentos se dava, principalmente, por demanda mista (61,54%), diferente do Brasil, onde a demanda mais frequente (57,31%) era exclusivamente referenciada. Em comparação ao Brasil (4,83), o Maranhão (3,96) apresentou menor média de cadeiras odontológicas. No Maranhão, os centros que atendem exclusivamente por demanda referenciada apresentaram melhores condições estruturais tanto no Maranhão quanto no país. Concluiu-se que os CEO do Maranhão apresentaram necessidades de melhorias estruturais, ampliação da oferta de serviço e que as unidades que atendem exclusivamente por demanda referenciada apresentaram melhor estrutura e processo de trabalho tanto o estado quanto a nível nacional.

Palavras-chave: Atenção secundária à saúde. Serviços de Saúde. Integralidade em Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Antes do Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços de atenção secundária à saúde bucal não eram uma realidade brasileira até o surgimento do Programa Brasil Sorridente em 2004. Este programa surgiu como parte da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de assegurar a atenção odontológica de forma integral, ampliando seu acesso a toda população brasileira (BRASIL, 2004).

Neste contexto, alguns eixos foram propostos a partir da PNSB, abrangendo o eixo de estruturação, que inclui diversas medidas, entre as quais a reorganização da atenção primária em

saúde bucal, ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a qualificação e expansão da atenção especializada (BRASIL, 2004a; PUCCA JUNIOR, 2009; GOES E MOYSÉS, 2012; MACHADO, 2015). Assim, conforme a Portaria nº 1.570/GM, de 29 de julho de 2004 (BRASIL, 2004b), foram implantados centros que ofertariam serviços de saúde bucal especializados, em conformidade com a realidade epidemiológica da região e/ou município no qual estivesse inserido. Os procedimentos ofertados seriam então complementares àqueles já executados pelas equipes na atenção primária, mas realizados em unidades de média complexidade denominadas Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (HERKRATH, 2013; FREITAS, 2016).

Como centros de referência, os CEO podem ser divididos em tipos I, II e III, apresentando 3, 4 a 6, ou 7 ou mais cadeiras odontológicas, respectivamente (BRASIL, 2006a; SALIBA, 2010). Além disso, devem funcionar 40 horas semanais e ofertar serviços especializados incluindo, diagnóstico bucal (direcionado especialmente à detecção precoce do câncer de boca), cirurgia oral menor, procedimentos endodônticos, periodontais e restauradores, além do atendimento a pacientes com necessidades especiais (BRASIL, 2006a, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, BRASIL, 2006b). Adicionalmente, podem ofertar serviços de implantes dentários, reabilitação protética e até mesmo tratamento ortodôntico, desde que estejam em conformidade com a necessidade de assistência odontológica daquela população (BRASIL, 2010).

Para atingir a integralidade na atenção odontológica, é fundamental que esses centros sejam implantados (CHAVES, 2010) e continuamente avaliados em relação à qualidade na prestação dos serviços (LIMA, 2010). Faz-se necessário que o SUS funcione como uma rede integrada onde o indivíduo consiga ser acompanhado nos diferentes pontos de atenção à saúde sem que tenha interrupções (OLIVEIRA, 2016). A integralidade depende do fluxo de informações entre os níveis básico, secundário e terciário, que só pode ser conseguido por meio do referenciamento e contra-referenciamento de dados. Adicionalmente, o processo organizacional do trabalho também deve ser avaliado, uma vez que a organização das demandas implica em um desafio para equipe e gestores no município (ROCHA E GOES, 2008).

Sabe-se que dependendo da região do Brasil, da demanda de serviços e da realidade epidemiológica, o tempo de implantação, o tipo de centro e o fluxo de dados podem variar, mas a identificação do perfil epidemiológico de cada estado pode ajudar em um atendimento mais eficiente (HERKRATH, 2013).

Estudos têm reforçado a importância da coleta de informações sobre os CEO, a fim de entender suas fragilidades e possibilitar avanços no país (FREITAS, 2016; RIOS E COLUSSI, 2019). Deficiências no processo de referência e contra-referência têm sido reportadas nas regiões Norte, Sudeste (VAZQUEZ, 2014) e também no Distrito Federal (BASSO, 2019). No entanto, há escassez de estudos sobre a estrutura, processo de trabalho e principalmente, referência e contra-referência no estado do Maranhão. Portanto, o objetivo do presente estudo foi caracterizar a estrutura e o processo de trabalho dos CEO do estado do Maranhão, comparando com o Brasil, e descrever as diferenças entre os CEO que atendem por demanda espontânea e referenciada.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal que utilizou informações provenientes do banco de dados da avaliação externa do 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), realizado em 2013, quando o estado do Maranhão possuía 28 CEO.

O PMAQ é um programa elaborado pelo Ministério da Saúde com objetivo de realizar o monitoramento e avaliação dos processos de saúde e resultados provenientes da atenção à saúde pública. A partir destes dados tem-se por intuito alcançar melhorias no acesso e na qualidade dos serviços prestados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). O programa está pautado em quatro fases principais em um fluxo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade, consistindo em: Adesão/Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa e Recontratualização. Nesse contexto, os CEO foram inseridos neste processo de avaliação a partir de dois instrumentos: a Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AMAQ-CEO) e, posteriormente, a avaliação externa (*in loco*) com entrevistas com gestor/gerente, cirurgião-dentista e usuários do CEO.

Para condução do presente estudo utilizou-se um recorte do banco de dados, sendo consideradas informações provenientes da avaliação externa dos CEO no estado do Maranhão e comparados com o consolidado do Brasil. Foram analisados os dados de 26 CEO, uma vez que dois estavam em processo de reforma e não foram avaliados.

Para caracterização da estrutura e do processo de trabalho dos CEO do Maranhão, considerou-se as seguintes variáveis: tipo de CEO (I, II ou III); média de cadeiras odontológicas e cirurgiões-dentistas atendendo nas especialidades mínimas (Cirurgia oral, Estomatologia, Endodontia, Periodontia e Pacientes com Necessidades Especiais); oferta de outras especialidades além das mínimas (sim ou não); localização dentro de faculdade/universidade (sim ou não); tipo de imóvel (próprio ou alugado); condições adequadas da sala de espera (sim ou não); condições adequadas dos consultórios (sim ou não); existência de escovódromo (sim ou não); existência de laboratório de prótese (sim ou não); existência de sala de radiologia (sim ou não); necessidade de reparo (sim ou não); necessidade de apoio de outros profissionais (sim ou não); tipo de demanda atendida pelo CEO (somente espontânea, mista ou somente referenciada); critério utilizado pela atenção básica para o referenciamento (ordem de chegada, estratificação de risco e prioridades de programas); marcação de consulta pela unidade básica (ordem de chegada, estratificação de risco ou prioridades de programas); paciente receber ficha de referência na unidade básica para o CEO (sim ou não) e forma como é realizada a contra-referência pelo CEO (ficha específica, sistema informatizado, prontuário eletrônico, nenhuma ação específica ou outra).

As variáveis escolhidas determinam a adequação/inadequação da atenção ofertada pelo CEO, uma vez que descrevem a oferta de serviços pelas unidades, como ocorre o acesso aos estabelecimentos e o processo de oferta da atenção nos centros.

Para análise estatística utilizou-se o SPSS 20.0 software. Inicialmente, foram conduzidas análises descritivas dos CEO do Maranhão para avaliação do perfil das unidades do estado,

sendo apresentados valores absolutos e porcentagem. Estimou-se também a média (quantidade de cadeiras ou dentistas/número de CEO) e desvio-padrão das variáveis quantitativas (número de cadeiras odontológicas e cirurgião-dentistas atendendo nas especialidades mínimas) do Maranhão e do Brasil. Em seguida, foi realizada a comparação do perfil dos CEO do Maranhão com o do Brasil. Considerando a importância do processo de referência e contra-referência no atendimento nestes centros, foi realizada análise comparativa entre os CEO do Maranhão que atendem exclusivamente por demanda referenciada com aqueles que atendem por demanda mista (espontânea e referenciada). Os resultados foram apresentados em forma de tabelas.

3 RESULTADOS

Durante a avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-CEO dois dos 28 CEO localizados no estado do Maranhão encontravam-se em reforma. Sendo assim, os resultados apresentados correspondem aos 26 CEO no Maranhão. A Tabela 1 apresenta a análise comparativa entre as características dos CEO localizados no Maranhão e em todo o Brasil. No estado, os CEO do tipo II foram registrados com maior frequência (84,62%), assim como no país (50,86%). A maior parte apresentava sala de espera (57,69%) e consultórios (96,15%) em condições adequadas, tal qual foi observado no Brasil. O acesso à maioria (61,54%) se dava por demanda mista (espontânea e referenciada), enquanto em todo o país o acesso à maioria (57,31%) ocorria por demanda exclusivamente referenciada.

Tabela 1. Análise comparativa entre as características dos CEO localizados no Maranhão e em todo o Brasil.

Características	Maranhão		Brasil	
	N	%	N	%
Tipo de CEO				
CEO Tipo I	3	11,54	349	37,45
CEO Tipo II	22	84,62	474	50,86
CEO Tipo III	1	3,85	109	11,70
Oferta de outras especialidades além das mínimas				
Sim	22	84,62	728	78,11
Não	4	15,38	204	21,89
Localização dentro de Universidade/Faculdade				
Sim	0	0	21	2,25
Não	26	100,00	911	97,75
Tipo de imóvel				
Próprio	17	65,38	682	73,18
Alugado	9	34,62	202	21,67
Outro	0	0,00	48	5,15
Sala de espera em condições adequadas				

Sim	15	57,69	686	73,61
Não	11	42,31	246	26,39
Consultórios em condições adequadas				
Sim	25	96,15	815	87,45
Não	1	3,85	117	12,55
Possui escovódromo				
Sim	7	26,92	236	25,32
Não	19	73,08	696	74,68
Possui laboratório de prótese				
Sim	12	46,15	325	34,87
Não	14	53,85	607	65,13
Possui sala de Radiologia				
Sim	13	50,00	440	47,21
Não	13	50,00	492	52,79
Necessidade de reparo				
Sim	18	69,23	552	59,23
Não	8	30,77	380	40,77
Necessidade de outros profissionais para auxiliar/apoiar casos complexos				
Sim	12	46,15	605	65,05
Não	14	53,85	325	34,95
O acesso ao CEO se dá por meio de demanda				
Somente espontânea	0	0,00	12	1,29
Mista (espontânea e referenciada)	16	61,54	385	41,40
Somente referenciada	10	38,46	533	57,31
Consulta marcada pela unidade básica de saúde				
Sim	5	19,23	312	33,55
Não	21	80,77	618	66,45
Paciente recebe ficha de referência na unidade básica para o CEO				
Sim	26	100,00	700	75,27
Não	0	0,00	230	24,73
Critério da atenção básica para o encaminhamento do usuário para o CEO				
Ordem de chegada	18	69,23	452	48,60
Estratificação de risco	1	3,85	323	34,73
Prioridades de programas	1	3,85	64	6,88
Não soube/ não respondeu	6	23,08	91	9,78
Forma como é realizada a contrarreferência				
Através de ficha específica	15	57,69	802	86,24
Através de sistema informatizado	1	3,85	8	0,86
Através de prontuário eletrônico	0	0	7	0,75
Nenhuma ação específica	6	23,08	61	6,56
Outra	4	15,38	52	5,59

A Tabela 2 apresenta a média de cadeiras odontológicas e cirurgiões-dentistas atuando nas especialidades odontológicas mínimas nos CEO do Maranhão e Brasil. A média de cadeiras odontológicas no Maranhão foi de 3,96, inferior à média nacional de 4,83 cadeiras. Endodontia foi a especialidade que apresentou maior média, tanto no estado do Maranhão (1,73) quanto no Brasil (2,57). A Estomatologia apresentou menor média no estado (0,42) e no país (0,88).

Tabela 2. Média de cadeiras odontológicas e cirurgiões-dentistas atuando nas especialidades odontológicas mínimas nos CEO do Maranhão e Brasil.

Variáveis	Maranhão	Brasil
	Média (±DP)	Média (±DP)
Cadeiras odontológicas	3,96 (0,87)	4,83 (2,37)
Cirurgiões-dentistas atuando em Cirurgia Oral	1,42 (0,50)	1,62 (1,61)
Cirurgiões-dentistas atuando Endodontia	1,73 (0,82)	2,57 (3,43)
Cirurgiões-dentistas atuando Estomatologia	0,42 (0,64)	0,88 (1,96)
Cirurgiões-dentistas atuando PNE	1,03 (0,82)	1,44 (2,27)
Cirurgiões-dentistas atuando Periodontia	1,15 (0,46)	1,59 (2,36)

DP – desvio padrão. PNE - Pacientes com necessidades especiais.

A Tabela 3 apresenta a análise comparativa entre as características dos CEO do Maranhão e Brasil que atendem por demanda espontânea, mista (espontânea e referenciada) e referenciada, a fim de verificar diferenças entre as características dos CEO do Maranhão e do Brasil que atendiam por demanda espontânea, mista e referenciada. Observou-se que os CEO no Maranhão que atendiam exclusivamente por demanda referenciada apresentavam maior percentual de salas (70%) e consultórios (100%) em condições adequadas e menor percentual de estabelecimentos com necessidade de reparo (60%). Resultados similares foram observados a nível nacional acerca da adequação das salas de espera (76,74%) e consultórios (88,93%) e também em relação à necessidade de reparo (58,72%).

Tabela 3. Análise comparativa entre as características dos CEO do Maranhão e Brasil que atendem por demanda espontânea, mista (espontânea e referenciada) e referenciada.

Características	Maranhão						Brasil					
	Espontânea		Mista		Referenciada		Espontânea		Mista		Referenciada	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tipo de CEO												
CEO Tipo I	0	0,00	2	12,50	1	10,00	7	58,33	156	40,52	185	34,71
CEO Tipo II	0	0,00	14	87,50	8	80,00	5	41,67	194	50,39	274	51,41
CEO Tipo III	0	0,00	0	0,00	1	10,00	0	0,00	35	9,09	74	13,88
Oferta de outras especialidades além das mínimas												
Sim	0	0,00	14	87,50	8	80,00	10	83,33	298	77,40	418	78,42
Não	0	0,00	2	12,50	2	20,00	2	16,67	87	22,60	115	21,58
Localização dentro de Universidade/Faculdade												
Sim	0	0,00	0	0	0	0	0	0,00	7	1,82	14	2,63
Não	0	0,00	16	100,00	10	100,00	12	100,00	378	98,18	519	97,37
Tipo de imóvel												
Próprio	0	0,00	10	62,50	7	70,00	7	58,33	279	72,47	394	73,92
Alugado	0	0,00	6	37,50	3	30,00	4	33,33	87	22,60	111	20,83
Outro	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	8,33	19	4,94	28	5,25
Sala de espera em condições adequadas												
Sim	0	0,00	8	50,00	7	70,00	7	58,33	269	69,87	409	76,74
Não	0	0,00	8	50,00	3	30,00	5	41,67	116	39,13	124	23,26
Consultórios em condições adequadas												
Sim	0	0,00	15	93,75	10	100,00	12	100,00	327	84,94	474	88,93
Não	0	0,00	1	6,25	0	0,00	0	0,00	58	15,06	59	11,07
Possui escovódromo												
Sim	0	0,00	4	25,00	3	30,00	3	25,00	101	26,23	131	24,58
Não	0	0,00	12	75,00	7	70,00	9	75,00	284	73,77	402	75,42
Possui laboratório de prótese												
Sim	0	0,00	6	37,50	6	60,00	3	25,00	139	36,10	183	34,36
Não	0	0,00	10	62,50	4	40,00	9	75,00	246	63,90	350	65,67

Possui sala de Radiologia

Sim	0	0,00	10	62,50	3	30,00	3	25,00	159	41,30	278	51,78
Não	0	0,00	6	37,50	7	70,00	9	75,00	226	58,70	257	48,22

Necessidade de reparo

Sim	0	0,00	12	75,00	6	60,00	9	75,00	228	59,22	313	58,72
Não	0	0,00	4	25,00	4	40,00	3	25,00	157	40,78	220	41,28

Necessidade de outros profissionais para auxiliar/apoiar casos complexos

Sim	0	0,00	5	31,25	7	70,00	6	50,00	267	69,35	332	62,29
Não	0	0,00	11	68,75	3	30,00	6	50,00	118	65	201	37,71

Consulta marcada pela unidade básica de saúde

Sim	0	0,00	1	6,25	4	40,00	0	0,00	108	28,05	204	38,27
Não	0	0,00	15	95,75	6	60,00	12	100,00	277	71,95	329	61,73

Paciente recebe ficha de referência na unidade básica para o CEO

Sim	0	0,00	16	100,0	10	100,0	2	16,67	336	87,27	362	67,92
Não	0	0,00	0	0,00	0	0,00	10	83,33	49	12,73	171	32,08

Critério da atenção básica para o encaminhamento do usuário para o CEO

Ordem de chegada	0	0,00	9	56,25	9	90,00	5	41,67	178	46,23	269	50,47
Estratificação de risco	0	0,00	1	6,25	0	0,00	0	0,00	141	36,62	182	34,15
Prioridades de programas	0	0,00	1	6,25	0	0,00	1	8,33	27	7,01	36	6,75
Não soube/ não respondeu	0	0,00	5	31,25	1	10,00	6	50,00	39	10,13	46	8,63

Forma como é realizada a contrarreferência

Através de ficha específica	0	0,00	9	56,25	6	60,00	2	16,67	319	82,86	481	90,24
Através de sistema informatizado	0	0,00	1	6,25	0	0,00	0	0,00	2	0,52	6	1,13
Através de prontuário eletrônico	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,26	6	1,13
Nenhuma ação específica	0	0,00	4	25,00	2	20,00	6	50,00	38	9,87	17	3,19
Outra	0	0,00	2	12,50	2	20,00	4	33,33	25	6,46	23	4,32

4 DISCUSSÃO

A avaliação continuada de atenção a saúde gera subsídios para aprimoramento da qualidade da assistência prestada, estrutura do local, identificação de problemas a serem sanados, além de melhorar o atendimento à demanda (MARTINS et al., 2015). Nesse sentido, o PMAQ tem por intuito incentivar a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. O que é extremamente relevante no contexto da atenção à saúde bucal, já que os últimos levantamentos epidemiológicos das condições de saúde bucal da população brasileira mostraram alta prevalência de agravos bucais, tais como cárie dentária e perda dental (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2004; MINISTÉRIO DA SAUDE, 2012). Aliado a isso, tem-se uma alta demanda acumulada, gerada por um modelo de saúde biomédico prévio, pautado em intervenções invasivas. Além disso, ressalta-se o fato da política nacional de saúde bucal ser relativamente recente no contexto do Sistema Único de Saúde, estando ainda em processo de aplicação e descentralização pelo Brasil (COSTA et al., 2013).

No Brasil têm sido identificadas significativas desigualdades socioeconômicas e geográficas em relação à prevalência de problemas bucais e acesso a serviços odontológicos (COSTA et al., 2013). De forma geral, nota-se maior desigualdade na região Nordeste do país, com menor oferta de serviços de saúde, em especial serviços odontológicos (PERES et al., 2012). Portanto, a caracterização da atenção odontológica especializada no estado do Maranhão, feita no presente estudo, permite identificar problemas a serem sanados a fim de aprimorar a qualidade da assistência prestada e incentivar a descentralização dos serviços nas regiões com menor acesso para reduzir tais desigualdades. A caracterização dos CEO, evidenciada no presente estudo, salienta problemas que podem afetar a qualidade do atendimento prestado. Além disso, a menor média de cadeiras odontológicas e de profissionais no estado do Maranhão em comparação com o Brasil ressalta esta desigualdade.

Em relação ao atendimento, nota-se que uma porcentagem considerável dos CEO do estado do Maranhão (46,15%) relatou necessitar do apoio de outros profissionais para resolução de casos mais complexos. É importante salientar que tal resultado não revela necessariamente uma fragilidade do CEO, pois em alguns casos faz-se necessário a interação com a atenção terciária. Apesar disso, considerando a constante evolução tecnológica presente no campo da Odontologia, pode-se inferir a necessidade de educação continuada dos profissionais para aprimoramento de técnicas, materiais e capacidades, reduzindo assim a necessidade de apoio e facilitando o processo de atendimento no que lhe for de competência (ALMEIDA et al., 2016).

Em quase todos os CEO do Maranhão os pacientes recebem uma ficha de referência da atenção básica para o CEO, na expectativa da resolução ou diagnóstico de casos não sanados pela atenção básica. Portanto, espera-se destes estabelecimentos competências necessárias para resolução de casos mais complexos. Além disso, que contribua para o cumprimento do princípio da integralidade do SUS, o qual preconiza um conjunto articulado de ações preventivas e curativas, a nível individual e coletivo, exigido para cada paciente em todos os níveis de complexidade (COHN, 2008).

No que se refere ao princípio da integralidade, o sistema de referência e contra-referência tem por intuito ser uma ferramenta de articulação e integração entre a atenção básica e níveis mais

complexos de atenção, o qual inclui os CEO (SILVA E GOTTEMS, 2017). Dessa forma, a atenção básica caracteriza-se como “porta de entrada” do sistema, no qual casos de maior complexidade são referenciados para tratamento nos CEO. No entanto, devido à alta demanda por procedimentos mais complexos, ainda ocorrem atendimentos por demanda espontânea. De fato, tem sido relatado que o agendamento de consulta odontológica na atenção básica tem menor prevalência nas regiões Nordeste e Norte, ressaltando o caráter de atendimento por demanda espontânea/livre (CASOTTI et al., 2014).

Em geral, nota-se que os principais problemas dos CEO no Maranhão estão relacionados à estrutura. Má condição de limpeza da sala de espera, necessidade de reparo e ausência de escovódromo e sala de radiologia, o que ressalta a necessidade de investimentos para melhoria dessa estrutura. Esses aspectos podem levar à insatisfação com o serviço por parte do paciente (MARTINS, 2015) e conseqüentemente, impactar negativamente na experiência de resolução dos problemas bucais, assim como o retorno ao serviço. Portanto, espera-se que essas melhorias possam otimizar o atendimento, reduzindo assim o acúmulo de agravos bucais e aprimoramento do acesso a estes serviços.

Identificou-se menor média de cadeiras odontológicas e de dentistas nas especialidades mínimas, no estado do Maranhão em comparação com o restante do Brasil. Isto pode explicar, em parte, a maior prevalência de problemas bucais nesta região do Brasil, devido à alta demanda não tratada, mas também o menor acesso aos serviços odontológicos (PERES et al., 2012).

Apesar do alto número de equipes de atenção básica na região Nordeste do Brasil (SCHERER & SCHERER, 2015), em relação ao restante do país, nota-se a necessidade de ampliação da assistência especializada, o que poderia levar a redução da prevalência ou minimização dos danos das doenças bucais, bem como na redução da demanda acumulada. Tal fato remete ao princípio da equidade no SUS, cujo maior apoio com serviços deveria ser dado para essas regiões com maior necessidade de atenção a saúde bucal.

No entanto, a ampliação dos CEO não é suficiente, já que questões estruturais foram identificadas no estado do Maranhão. De fato, segundo relatório da avaliação externa do PMAQ-CEO, a região Nordeste apresentou menor frequência de CEO com salas de espera em boas condições de limpeza, comparada às demais regiões do Brasil (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2016). No entanto, apenas a região Norte apresentou menor proporção de consultórios em boas condições do que o Nordeste.

No estado do Maranhão, somente 38,5% dos CEO atendem exclusivamente por demanda referenciada. Observa-se que, estes estabelecimentos apresentaram melhores condições estruturais e de processo de trabalho. Além de necessitarem de menos reparos estruturais na unidade.

Alguns estudos reforçam que o sistema de referência mostra-se capaz de contribuir com a melhoria do atendimento ao usuário e aprimorar o processo organizacional de atenção à saúde (ERDMANN, 2013; SOUZA, 2015). Percebe-se que o respeito a esta rede de atenção a saúde favorece melhoria da qualidade da unidade de saúde, assim como do processo de atendimento no estado do Maranhão.

A avaliação da atenção à saúde por parte de profissionais e gestores permite caracterizar o serviço, entender o processo de atendimento, identificar deficiências e, conseqüentemente aprimorar a qualidade do serviço (NICKEL, 2014). A avaliação continuada permite ainda identificar mudanças ocorridas ao longo do tempo. Portanto, espera-se que as informações geradas pelo PMAQ sejam utilizadas para melhoria da atenção a saúde, e não apenas como instrumento de controle dos serviços. Em especial, a oferta e avaliação desses serviços na região Nordeste, o qual se caracteriza por uma maior prevalência de agravos bucais e menor uso de serviços odontológicos, permite identificar problemas para aumentar o acesso e reduzir desigualdades sociodemográficas relacionadas à saúde bucal.

O presente estudo pode ser utilizado como subsídio, por gestores e profissionais, para identificação dos aspectos a serem melhorados nos CEO do Maranhão. No entanto, têm-se como limitação dos resultados, a opinião e resposta limitadas de gestores e dentistas das unidades que podem não refletir o pensamento de toda a equipe de atendimento.

5 CONCLUSÕES

Os CEO do Maranhão, em sua maioria, são compostos por 4 a 6 cadeiras odontológicas, apresentam consultórios e salas de espera em boas condições e atendem por demanda mista. Também é identificada a necessidade de reparos estruturais e de apoio de outros profissionais para resolução de casos mais complexos na maior parte dos estabelecimentos.

Em comparação com o Brasil, os CEO do Maranhão apresentaram piores condições de estrutura e processo de trabalho, evidenciando menores médias de cadeiras odontológicas e profissionais nas especialidades mínimas, além de menor frequência de atendimento exclusivamente por demanda referenciada.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. R. S.; BIZERRIL, D. O.; SALDANHA, K. G. H.; ALMEIDA, M. E. L. Educação permanente em saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Rev. ABENO**, Londrina, v. 16, n. 2, p. 7-15, abr./jun. 2016. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/abeno/v16n2/a03v16n2.pdf>.
- BASSO, M.B. *et al.* A construção da rede de atenção à saúde bucal no Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2155-2165, June 2019. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n6/1413-8123-csc-24-06-2155.pdf>.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação geral de saúde bucal. **Nota técnica: Portaria 718/SAS**. Brasília: MS; 2010. http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_portaria718_sas4.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 599, de 23 de março 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. Brasília, DF, 2006. **Diário Oficial da União**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1570, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Brasília: **Diário Oficial da União**, 30 jul. 2004b p. 71. Seção 1. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570_29_07_2004.html.
- 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. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm.
- CASOTTI, E. *et al.* Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 140-157, Out. 2014. <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0140.pdf>.
- CHAVES, S. C. L.; BARROS, S. G.; CRUZ, D. N.; FIGUEIREDO, A. C. L. F.; MOURA, B. L. A.; CANGUSSU, M. C. T. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Rev. Saúde Pública**. [online]. São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1005-1013. Oct. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000041>.
- COHN, A. Os princípios do Sistema Único de Saúde e a atenção básica: o perigo mora ao lado. **Cad. Saúde Pública**, [online], Rio de Janeiro, v. 24, suppl.1, p. s23-24, 2008. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/06.pdf>.
- COSTA, S. M.; ABREU, M. H. N. G.; VASCONCELOS, M.; LIMA, R. C. G. S.; VERDI, M.; FERREIRA, E. F. Desigualdades na distribuição da carie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 461-470, Feb. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/17.pdf>.
- ERDMANN, A.L. *et al.* A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [online], Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 131-139, jan./feb. 2013. https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf.
- FREITAS, C. H. S. M. *et al.* Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 131-143, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080011>.

GOES, P.S.A.; MOYSÉS S.J. (orgs.) **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. Porto Alegre: Artes Médicas; 2012. 248 p. Impresso ISBN: 9788536701707. E-Book ISBN: 9788536701714.

HERKRATH, F. J. *et al.* Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sócio demográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. **Saúde debate** [online], Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 148-58, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000100017>.

LIMA, A.C.S.; CABRAL, E. D.; VASCONCELOS, M. M. V. B. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [online], Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 991-1002, maio 2010. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/21.pdf>.

MACHADO, F. C. A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. A. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1149-1163, Abr. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00532014>.

MARTINS, A. M. E. B. L.; FERREIRA, R. C.; SANTOS, P. E.; CARREIRO, D. L.; SOUZA, J. G. S.; FERREIRA, E. F. Insatisfação dos usuários com a assistência odontológica: estudo domiciliar populacional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p. 51, Aug. 2015. https://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005659.pdf.

MINISTERIO DA SAUDE. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal - resultados principais**. Brasília, 2011. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf.

MINISTERIO DA SAUDE. **Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais**. Recife: Editora UFPE, 2016b. 100 p. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/RELAT%C3%93RIO_1%C2%BA+Ciclo+-+PMAQ_CEO.pdf/fede7926-f16e-4c6e-81ab-320ad01b30b5.

MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. In: (Org.). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). **Manual Instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas 2º Ciclo (2015-2016)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 35 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_PMAQ_CEO_2_ciclo.pdf.

MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília, 2005. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf.

MOURA, F. R. R.; BISSACOTTI, P. R. C.; BASTOS, F. A.; SANTOS, R. B.; DENARCO, F. F.; TOVO, M. F. Processo de trabalho do sistema de referência e contra-referência da área da Odontologia. **Rev ABENO**, v. 10, n. 1, p. 29-36. 2010. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/5/5>.

NICKEL, D. A. *et al.* O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [online], Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2619-2630, Dec. 2014. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v30n12/0102-311X-csp-30-12-02619.pdf>.

OLIVEIRA, N. R. C. (org.) **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA, São Luís, MA, 2016. 42 p. http://repcursos.unasus.ufma.br/rede_atencao/modulo1/und1/media/pdf/livro.pdf.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; BRASIL. Ministério da Saúde. *A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde*, 11. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2006b. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf.

PERES, M. A.; ISER, B. P. M.; BOING, A. F.; YOKOTA, R. T. C.; MALTA, D. C.; PERES, K. G. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do sistema de vigilância de fatores de risco e proteção de doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL). **Cad. Saúde Pública**, [online], Rio de Janeiro, v. 28, p. 90-100, 2012. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v28s0/10.pdf>.

PUCCA JÚNIOR, G. A. *et al.* Oral health policies in Brazil. **Braz. oral res.**, São Paulo, v. 23, supl. 1, p. 9-16, June 2009. <https://www.scielo.br/pdf/bor/v23s1/03.pdf>.

RIOS, L. F. R.; COLUSSI, C. F. Avaliação normativa dos Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2014. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 122-136, jan./mar. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n120/0103-1104-sdeb-43-120-0122.pdf>.

ROCHA, R. A. C. P.; GOES, P.S.A. 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**, [online], Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2871-2880, Dec. 2008. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/16.pdf>.

SALIBA N.A.; MOIMAZ, S.A.S.; FADEL, C.B.; BINO, L.S. Saúde Bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional. **Rev Odontol Bras Central** v. 18, n. 48, p. 62-66. Abr. 2010. <http://files.bvs.br/upload/S/0104-7914/2010/v19n48/a0013.pdf>.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p. 98, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005961.pdf.

SILVA, H. E. C.; GOTTEMS, L. B. D. Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. **Ciênc saúde coletiva**. [online], Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2645-2657, Aug. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n8/1413-8123-csc-22-08-2645.pdf>.

SOUZA, G.C.A. *et al.* Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. Universidad Nacional de Colombia. **Rev. salud pública**, v. 17, n. 3, p.416-428, 18 nov. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n3.44305>.

VAZQUEZ, F. L. *et.al.* Referência e Contrarreferência na atenção Secundária em odontologia em Campinas, SP, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, [online], Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 245-256. Jan. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1986>.

Elaboração De Guia De Orientação Sobre O Preenchimento Da Matriz De Intervenção Para Gestores Dos Centros De Especialidades Odontológicas

Isabella Oliveira Santos

Avaliadora do 2º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Danielle Tupinambá Emmi

Coordenadora do Estado do Pará no 1º e 2º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas.

RESUMO

Introdução: Um Guia de orientação tem a finalidade de estabelecer uma sequência de ações que permitam esclarecer dúvidas e facilitar a compreensão dos objetivos de determinado instrumento para orientar o preenchimento de forma adequada. A partir da vivência e análise dos materiais apresentados pelos gestores dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no 2º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO), observou-se que muitos não apresentavam a matriz de intervenção, ou apresentavam-na preenchida de forma incorreta. **Objetivos:** Conhecer a realidade local do Pará em relação à autoavaliação e planejamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) participantes do 1º ciclo do PMAQ-CEO. E ainda, construir um instrumento de Educação Permanente em Saúde (EPS), com o intuito de orientar o preenchimento da matriz de intervenção para melhorar o processo de trabalho das equipes do CEO. **Métodos:** Realizou-se estudo transversal, descritivo, utilizando-se dados do 1º ciclo do PMAQ-CEO. Para elaboração do guia de orientação como instrumento de apoio e intervenção, utilizou-se de orientações e informações fundamentais para auxiliar no correto preenchimento da matriz de intervenção da Autoavaliação. **Resultados:** O guia de orientação contribui para a execução e preenchimento da matriz de intervenção da Autoavaliação, fazendo-se com que estas sejam preenchidas com maior autonomia e propriedade pelos gestores e equipe, para que assim, as metas sugeridas sejam factíveis e exequíveis, e que assim efetivamente saiam do papel, materializando-se dentro dos serviços de saúde bucal especializada do Sistema Único de Saúde (SUS). **Conclusão:** Espera-se que o Guia possa contribuir para a indução de melhorias, na reorganização dos processos de trabalho e na qualidade dos serviços de assistência odontológica em saúde bucal do SUS.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Autoavaliação. Saúde Bucal.

ABSTRACT

Introduction: The Guidance Guide has the purpose of establishing a sequence of actions that allow clarifying doubts and facilitating the understanding of the objectives of a given instrument to

guide the completion appropriately. From the experience and analysis of the materials presented by the managers of the Dental Specialty Centers (CEO) in the 2nd Cycle of the Access and Quality Improvement Program of the Dental Specialty Centers (PMAQ / CEO), it was observed that many did not present the intervention matrix, or had it filled out incorrectly. **Objectives:** To know the local reality of Pará in relation to the self-assessment and planning of the Dental Specialty Centers (CEO) participating in the 1st cycle of PMAQ-CEO. Also, build an instrument of Permanent Education in Health (EPS), in order to guide the completion of the intervention matrix to improve the work process of the CEO teams. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was performed using data from the 1st cycle of PMAQ-CEO. To elaborate the orientation guide as a support and intervention instrument, we used fundamental guidelines and information to assist in the correct completion of the Self-Assessment intervention matrix. **Results:** The guidance guide contributes to the execution and fulfillment of the Self-Assessment intervention matrix, making it more autonomously and properly filled by managers and staff, so that the suggested goals are feasible and achievable, and thus effectively get out of paper, materializing within the specialized oral health services of the Unified Health System (SUS). **Conclusion:** The Guide contributes to the induction of improvements, the reorganization of work processes and the quality of dental health care services of SUS.

Keywords: Health Assessment. Self-Assessment. Oral Health.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o artigo 196 da Constituição da República, a saúde ao ser instaurada como fundamental aos brasileiros, consolidou a indução da melhoria progressiva dos serviços de saúde, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença, para um modelo de atenção integral à saúde (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) ao afirmar que os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) devem se constituir de referência especializada para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ratifica a importância da existência de um bom relacionamento entre ambos, influenciando diretamente no processo de trabalho, no apoio matricial e nas atividades de educação permanente das equipes de saúde bucal e conseqüentemente na produção de avaliações em saúde (FIGUEIREDO; GOES; e MARTELLI, 2016a).

A compreensão sobre avaliação em saúde, seu arcabouço teórico e o grau de institucionalização nos serviços, influencia diretamente nas escolhas durante o processo de tomada de decisão (GOES, MOYSÉS, 2012).

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) surgiu no âmbito do “Saúde Mais Perto de Você”, como uma das principais estratégias indutoras da qualidade do Ministério da Saúde (MS). Apresentando-se com diversos objetivos entre eles a institucionalização da cultura de avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017a).

Os processos autoavaliativos devem ser constituídos não apenas pela identificação de

problemas, mas também pela realização de intervenções no sentido de superá-los. Partindo-se desse pressuposto, destaca-se a importância da realização dos processos autoavaliativos. No entanto, deve-se atentar para a necessidade de sua realização fazer-se de maneira dialógica, reflexiva e em equipe (BRASIL, 2017b).

Com a realização da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas do 2º Ciclo do PMAQ-CEO, durante a coleta de dados e a entrega dos documentos essenciais, a vivência da autora como avaliadora permitiu observar que na grande maioria dos CEO, somente o Instrumento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AMAQ-CEO) eram confeccionados, restando ainda a montagem da Matriz de Intervenção. Isso demonstrou que os processos autoavaliativos não estavam sendo construídos em sua totalidade, e sim de maneira mecanizada, não sendo realizado em equipe um processo de autoanálise e autogestão, contribuindo para que não se atingisse o objetivo principal de sua realização, que se constrói na busca de melhorar o padrão de qualidade dos serviços de atenção secundária em saúde bucal, por meio da reorganização dos processos de trabalho das equipes dos CEO.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), formulada com base em ideologias e movimentos de mudança na educação na saúde resultantes de concepções pedagógicas baseadas no Método Paulo Freire, busca melhorar os processos de trabalho com a realização de atividades de educação no dia a dia dos serviços. A Educação Permanente em Saúde (EPS) consta como estrutura da Política Nacional de Educação e Desenvolvimento para o SUS, introduzida em 2003 e vigente desde 2004, por meio de portarias e outros instrumentos de gestão do Ministério da Saúde (MS) (ALMEIDA *et al.*, 2019).

As atividades de Educação Permanente em Saúde (EPS), ao possuírem como objetivo principal a busca da melhoria da qualidade dos serviços em saúde prestados à sociedade, constrói-se como um importante instrumento de reorganização e melhoria dos processos de trabalho (QUINTANA; ROSCHKE e RIBEIRO; 2017).

Segundo Moran (2017), aprende-se desde o nascimento a partir de situações concretas, que pouco a pouco consegue-se ampliar e generalizar (processo indutivo), e a partir de ideias ou teorias para testá-las depois no concreto (processo dedutivo), “[...] não apenas para nos adaptarmos à realidade, mas, sobretudo, para transformar, para nela intervir, recriando-a”.

Na obra *Pedagogia da Autonomia*, Freire (1996) utiliza-se de uma linguagem poética e política para fazer uma análise crítica aos educadores sobre a prática do ensinar, destacando questões essenciais para a formação dos professores, entendendo-os como sujeitos que aprendem a ensinar nas relações que estabelecem com os alunos. Ao assumirem-se como educadores educandos, vão refletindo criticamente sobre as práticas pedagógicas e recriando novos caminhos para ela. Nesse sentido, a práxis freiriana coloca a necessidade de processos educativos que se direcionem para a humanização, por meio de um método de ensinar e aprender, alimentado pela pesquisa e pela problematização (SCOS; PAULA, 2013).

O trabalho em saúde constrói-se em uma ação coletiva, envolvendo diversos sujeitos e requer domínio e interação de saberes técnico-científicos múltiplos. Na relação entre trabalho e educação no âmbito da saúde, é necessária, tanto a compreensão de todo o processo de trabalho nessa área, quanto a competência para intervir nos problemas de saúde e nos mais diferentes contextos socioculturais arranjos (D'ÁVILA *et al.*, 2014).

Assim, este estudo surge com o objetivo de conhecer a realidade em saúde bucal do Estado do Pará, e contribuir com a gestão dos CEO em relação à temática dos processos autoavaliativos e à montagem da Matriz de Intervenção, fundamental para o planejamento na tomada de decisão do dia a dia dos serviços dos CEO. O estudo contou também com a confecção de um subproduto, um material de apoio, que poderá ser utilizado como instrumento de Educação Permanente em Saúde (EPS), melhorando o processo de trabalho dos profissionais dos CEO.

2 MÉTODOS

Realizou-se estudo transversal, descritivo, utilizando-se de dados secundários originados do Módulo II da Avaliação Externa do 1º ciclo do PMAQ-CEO do estado do Pará, referente aos profissionais (Cirurgiões-Dentistas e Gestores) de cada CEO participante.

Toda a fundamentação argumentativa acerca da necessidade de construção do Guia de Orientação sobre o preenchimento da matriz de intervenção para gestores dos CEO se concretizou a partir da análise dos microdados da Avaliação Externa do 1º ciclo do PMAQ/CEO, mediante o acesso ao site do Departamento de Atenção Básica (DAB/SUS) e a vivência de avaliação externa no 2ª ciclo do Programa.

No Pará foram avaliados 29 CEO no 1º ciclo do PMAQ-CEO, sendo que 28 estabelecimentos responderam o Módulo II.

No quadro abaixo se apresenta um recorte das informações disponibilizadas no Módulo II – Entrevista na Unidade de Saúde com o Gerente e/ou Cirurgião-Dentista dos Centros de Especialidades Odontológicas, respectivamente, fundamentais ao processo de análise do estudo em questão.

QUADRO 1 - Planejamento e ações da gestão para organização do processo de trabalho do CEO

SUBDIMENSÃO	VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
II.6 - Planejamento e ações da gestão para organização do processo de trabalho do CEO.	Planejamento e Gestão	Questão VIII.6.6. Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe do CEO nos últimos seis meses?	1 - Sim 2 - Não
II.6 - Planejamento e ações da gestão para organização do processo de trabalho do CEO.	Planejamento e Gestão	Questão VIII.6.7.1. Qual o instrumento/fonte utilizada?	<p>II.6.7.1 AMAQ-CEO (1-Sim / 2-Não / 998-Não se aplica)</p> <p>II.6.7.1/1 Existe documento que comprove? (1-Sim / 2-Não / 998-Não se aplica)</p> <p>I.6.7.2 Instrumento desenvolvido pelo município/equipe (1 Sim / 2 Não / 998-Não se aplica)</p> <p>II.6.7.2/1 Existe documento que comprove? (1-Sim / 2-Não / 998-Não se aplica)</p> <p>II.6.7.3 Instrumento desenvolvido pelo Estado (1-Sim / 2-Não / 998-Não se aplica)</p> <p>II.6.7.3/1 Existe documento que comprove? (1-Sim / 2-Não / 998-Não se aplica)</p> <p>II.6.7.4 Outro(s) (1-Sim / 2-Não / 998-Não se aplica)</p> <p>II.6.7.4/1 Existe documento que comprove? (1-Sim / 2-Não / 998-Não se aplica)</p>

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo.

QUADRO 2 - Planejamento e reunião da equipe do CEO.

SUBDIMENSÃO	VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
II.18. Planejamento e reunião da equipe do CEO.	Planejamento e Gestão	II.18.3.4. A equipe do CEO planeja/programa suas atividades considerando:	II.18.3.4. Os desafios apontados a partir da autoavaliação/AMAQ? (1-Sim / 2-Não / 998-Não se aplica)

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo.

O Guia de Orientação sobre o preenchimento da Matriz de Intervenção para gestores dos Centros de Especialidades Odontológicas CEO, produto do estudo em destaque (Apêndice A), se construiu como um importante material de Educação Permanente em Saúde (EPS), elaborado em formato multimídia, a partir da análise e recortes do Instrumento - Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AMAQ-CEO), Material de

Apoio à Autoavaliação para os CEO, além de se fundamentar a partir do Tutorial de Preenchimento da Autoavaliação da Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AMAQ-CEO), ambos disponibilizados pelo Banco de dados do Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, em seu website.

Ademais, o guia de orientação construído utilizou-se do acompanhamento da WebPalestra - Matriz de Intervenção PMAQ-AB do Telessaúde de Santa Catarina, disponível e publicado pelo Canal Telessaúde Santa Catarina: <https://www.youtube.com/watch?v=Hgj-kKzdw2E>.

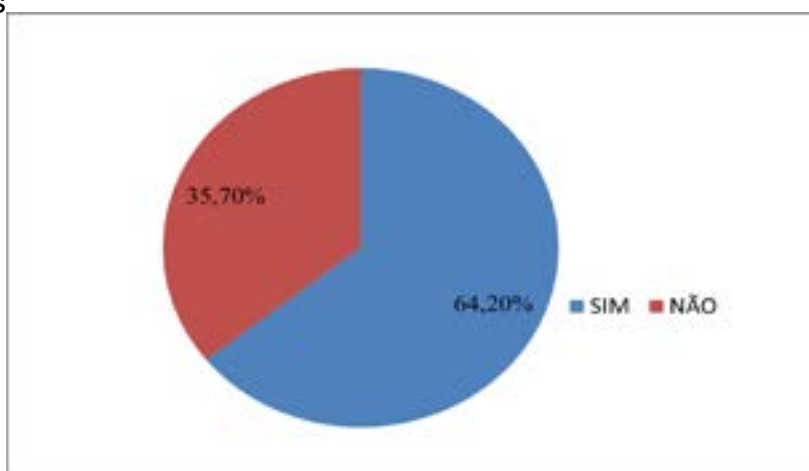
A ferramenta foi produzida utilizando-se também o Software de Edição Movie Maker. E, para construção da personagem principal do instrumento de Educação Permanente em Saúde (EPS), utilizou-se o aplicativo Dollify.

Como neste estudo foram utilizados dados secundários de domínio público, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, não sendo possível identificar os participantes, não houve a necessidade de registro e avaliação pelo Sistema CEP (Comitês de Ética em Pesquisa) / CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). Porém, a Pesquisa original foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o registro nº 740.974 e CAAE 23458213.0.0000.5208.

3 RESULTADOS

Após análise dos microdados obtidos a partir da Avaliação Externa do 1º Ciclo do PMAQ-CEO referentes ao Módulo II dos CEO avaliados no Estado do Pará, possibilitou-se conhecer a realidade da assistência especializada em saúde bucal dos CEO da região, em relação à temática da autoavaliação em saúde, observando-se que de um total de 28 CEO analisados, 18 CEO (64,2%) responderam positivamente e 10 CEO (35,7%), responderam não realizar processos autoavaliativos de forma periódica pela equipe do CEO (Gráfico 1).

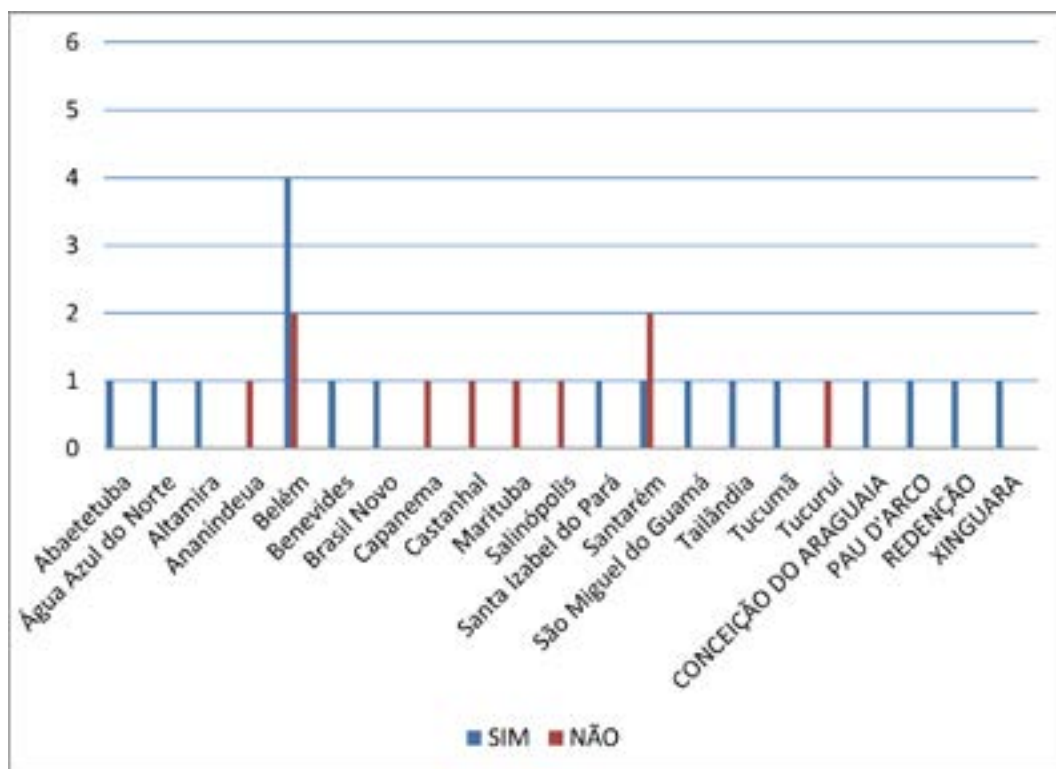
GRÁFICO 1- Realização de algum processo de autoavaliação pela equipe do CEO nos últimos seis meses



Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo.

Por meio da apreciação dos microdados da AE-PMAQ/CEO/SUS/1ºCiclo, não é possível se obter a qualidade desses processos autoavaliativos realizados, visto que esta análise pelo instrumento se faz de maneira quantitativa. Apresenta-se em seguida esta análise referente à realização de processo de autoavaliação pela equipe do CEO nos últimos seis meses, individualmente, avaliando-se os resultados apresentados pelos CEO do estado do Pará participantes do 1ºCiclo do PMAQ/CEO/SUS/1ºCiclo (Gráfico 2).

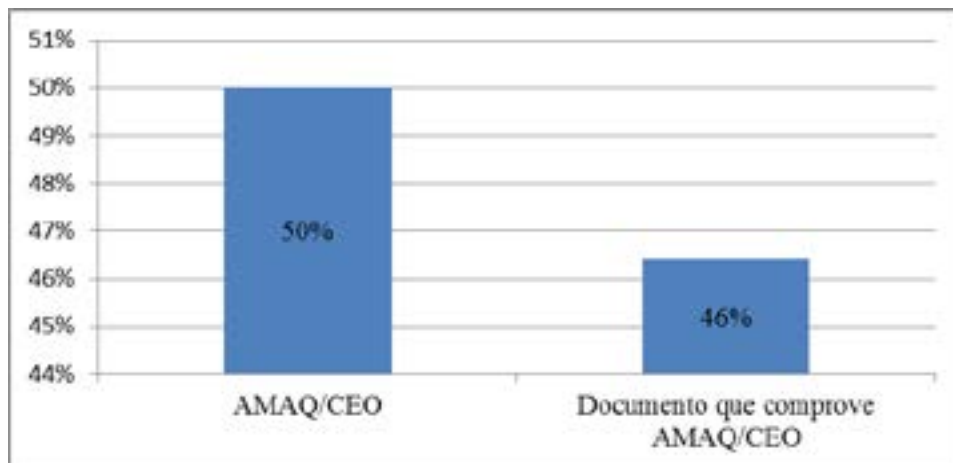
GRÁFICO 2 – Realização de algum processo de autoavaliação pela equipe do CEO nos últimos seis meses.



Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1ºCiclo.

Em relação aos tópicos VIII.6.7.1. e VIII.6.7.1/1, respectivamente, que referem-se à realização ou não da AMAQ/CEO e à apresentação de documento que comprove sua realização, observou-se que apenas 14 CEO, ou seja, (50%) dos CEO analisados afirmaram utilizar a AMAQ/CEO como instrumento de autoavaliação dos processos de trabalho das equipes. Em relação à apresentação do documento que comprove a realização do AMAQ/CEO, apenas 13 CEO (46,4%) apresentaram a documentação que comprovasse a sua realização (Gráfico 3). Este recorte do questionário do instrumento da avaliação externa pode ser observado na íntegra conforme o Anexo 01.

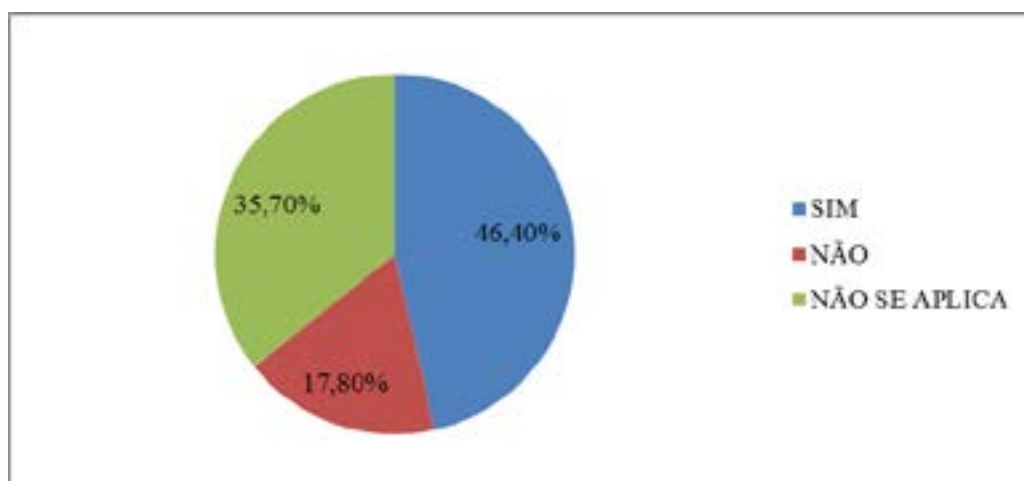
GRÁFICO 3 - Qual o instrumento/fonte utilizada? AMAQ/CEO? Documento de comprove AMAQ/CEO?



Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1ºCiclo.

Em relação ao subitem II.19.3.4, observou-se que 13 CEO responderam positivamente, ou seja, (46,4%) dos CEO avaliados consideraram os desafios apontados a partir da autoavaliação/AMAQ, ao programarem/planejarem as suas atividades. E ainda 05 CEO (17,8%) responderam negativamente, afirmando não realizarem qualquer uma de suas atividades planejadas e/ou programadas, considerando-se os desafios apontados a partir da autoavaliação/AMAQ. E por último, 10 CEO (35,7%) do total de 28 CEO avaliados no estado do Pará para o Módulo II, foram classificados como não se aplica, entendendo-se que responderam anteriormente, à pergunta do questionário de forma negativa, fazendo-se com que a questão (pergunta) seguinte não fosse realizada, invalidando-a, e por isso esses respondentes sendo considerados como “não se aplica” (Gráfico4). Este recorte do questionário do instrumento da avaliação externa pode ser observado na íntegra conforme o Anexo 02.

GRÁFICO 4 - A equipe do CEO planeja /programa suas atividades considerando os desafios apontados a partir da autoavaliação/AMAQ?



Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1ºCiclo.

4 DISCUSSÃO

A avaliação das ações e serviços é um grande desafio às autoridades de saúde. Na busca de sua melhor condução, deve-se entender a saúde como um direito e que a saúde bucal é parte da saúde geral, onde a informação pode ser importante para a prática em saúde, e conseqüentemente na tomada de decisão. Assim, torna-se indispensável a realização de atividades de avaliação em saúde a fim de se buscar a melhoria da qualidade dos serviços e dos programas de saúde bucal (FIGUEIREDO; GOES e MARTELLI, 2016b; GOES et al., 2018).

Um processo de avaliação em saúde pode ter diversas repercussões na formação de um maior encorajamento para a tomada de decisão dos gestores dos CEO. Um elemento fundamental seria a construção de estratégias participativas com a cientificidade necessária (CHAVES; MOYSÉS, 2016).

A medida que ações podem ser planejadas considerando o processo reflexivo da autoavaliação, e sua execução é fundamental para a composição da nota no processo de certificação das equipes em programas de avaliação em saúde como o PMAQ-CEO, se transformam em ferramentas importantes para a melhoria dos serviços de assistência especializada em saúde bucal.

O estudo em questão proporcionou a elaboração de um guia de orientação para o preenchimento da matriz de intervenção, que possibilita a transformação e melhoria dos processos de trabalho dos profissionais dos CEO e, conseqüentemente, a melhoria do desempenho dos CEO.

O preenchimento adequado do instrumento de autoavaliação permite um processo reflexivo da equipe de atores do serviço, das atitudes do dia a dia do trabalho, para o planejamento de ações concretas e de intervenção. Nesse sentido, os processos autoavaliativos ganham destaque.

No estado do Pará, os dados do 1º ciclo do PMAQ-CEO, mostraram que 64,2% realizaram autoavaliação em saúde e que apenas 46,4% dos estabelecimentos planejavam suas ações considerando os desafios apontados na autoavaliação. Pode-se então observar que a prática de autoavaliação ainda não é tão frequente entre os CEO do Pará. Nesse contexto, destaca-se que os processos autoavaliativos devem ser constituídos não apenas pela identificação de problemas, mas também pela realização de intervenções no sentido de superá-los (BRASIL, 2017b).

Os resultados mostraram também que apenas 50% dos CEO utilizou-se do AMAQ-CEO para realizar a autoavaliação. Apesar da existência de tutoriais e manuais explicativos sobre a temática, o preenchimento deste instrumento apresenta percentual baixo, possivelmente pela dificuldade de entendimento dos profissionais sobre o assunto, que muitas vezes pela árdua rotina de trabalho, não conseguem participar ou promover oficinas de aperfeiçoamento e treinamento que enfatizem a importância desta ação para melhoria dos processos de trabalho dos serviços.

Sendo assim, o presente trabalho surge com esse importante papel, de aproximar os profissionais dos CEO dos processos autoavaliativos, por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS), indispensável para a melhoria dos serviços de assistência odontológica especializada em saúde bucal no SUS.

A EPS ao significar a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se entrelaçam

no dia a dia dos serviços de saúde, propõe que os processos de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais da saúde se referenciem nas necessidades de saúde das populações, da gestão e do controle social em saúde, e tenham como objetivos a transformação e reorganização dos processos de trabalho (GIGANTE; CAMPOS; 2016).

Estratégias essas que podem ser experimentadas com o produto proposto, visto que a intervenção contribuirá para a obtenção de um olhar mais amplo sobre o serviço e as suas necessidades, estimulando os gestores para a construção da AMAQ-CEO e da Matriz de Intervenção, fazendo-se com que estas sejam preenchidas com maior autonomia e propriedade pela equipe, e que as metas sugeridas sejam factíveis e exequíveis, e assim efetivamente saiam do papel, e se materializem dentro dos serviços de saúde bucal especializada do SUS.

5 CONCLUSÕES / CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) surgiu com a importante missão de induzir a Institucionalização da Avaliação em Saúde e possibilitou o conhecimento da realidade dos serviços de saúde especializados das diferentes regiões do Brasil.

No Estado do Pará, os dados do 1ª ciclo do PMAQ-CEO referentes à realização da autoavaliação pelos CEO mostraram que apenas 64,2% dos CEO realizavam a autoavaliação e que 46,4% utilizavam os desafios registrados, para planejar as ações. Além disso, apesar do Ministério da Saúde oferecer um instrumento para autoavaliação dos serviços - a AMAQ, esse ainda é pouco utilizado e valorizado.

Neste contexto, o produto originado deste trabalho poderá contribuir para a consolidação da capacidade avaliativa de todos os profissionais das equipes dos CEO, constituindo ferramenta de Educação Permanente em Saúde (EPS), que ao ser aplicado no cotidiano dos serviços de atenção especializada em saúde bucal proporcionará um momento para autoavaliação, reflexão, autoanálise e ensino-aprendizagem, auxiliando no planejamento e na tomada de decisão do dia a dia de trabalho das equipes. Assim, apresenta grande importância para a indução de melhorias, na reorganização dos processos de trabalho e na qualidade dos serviços de assistência odontológica em saúde bucal do SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. M. C.; SANTOS, R. M. M.; SAMPAIO, D. M. N.; VILELA, A. B. A. Planejamento e desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde na perspectiva do PMAQ-AB. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 43, n. spe 1, p. 77-85, Ago 2019. <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43nspe1/0103-1104-sdeb-43-spe01-0077.pdf>.

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. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (Pmaq-CEO): manual instrutivo 2º Ciclo (2015-2017)**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 43 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_pmaqceo_preliminar.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Material de Apoio à Autoavaliação para os Centros de Especialidades Odontológicas (AMAQ-CEO). Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq_ceo_2ciclo_25_1_18.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Tutorial de Preenchimento da Autoavaliação da Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AMAQ-CEO). Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. <https://amaq.lais.huol.ufrn.br/>.

CHAVES, S.; MOYSÉS, S. Política e saúde: conceitos básicos e abordagens teórico-metodológicas para análise política em saúde bucal. In: Chaves S. C. L. **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 13-46. <http://books.scielo.org/id/5smtc/pdf/chaves-9788523220297-02.pdf>.

D'ÁVILA, L. S.; ASSIS, L. N.; MELO, M. B.; BRANT, L. C. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. [online], Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 401-416, Feb. 2014. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00401.pdf>.

FIGUEIREDO, N; GOES, P. S. A; MARTELLI, P. (org). **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, 2016. 268 p. https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7.

FIGUEIREDO, N; GOES, P. S. A; MARTELLI, P. J. L. (org.) **Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais**. Recife: Editora UFPE, 2016b. 100 p. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/RELAT%C3%93RIO_1%C2%BA+Ciclo+_PMAQ_CEO.pdf/fede7926-f16e-4c6e-81ab-320ad01b30b5.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. *Trab. educ. saúde*, [online]. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 747-763, set./dez. 2016. <https://www.scielo.br/pdf/tes/v14n3/1678-1007-tes-14-03-0747.pdf>.

GOES, P. S. A. *et al.* Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 18, n. 1, p. 1-11, e3433, 2018. <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3433/pdf>.

GOES, P.S.A.; MOYSÉS S.J. (orgs.) **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. Porto Alegre: Artes Médicas; 2012. 248 p. Impresso ISBN: 9788536701707. E-Book ISBN: 9788536701714.

GOUVEIA, G. D. (10 de Maio de 2017). 1 VÍDEO (57 min). Matriz de Intervenção PMAQ-AB. Acesso em 15 de Agosto de 2019, disponível em Publicado pelo Canal Telessaúde Santa Catarina: <https://www.youtube.com/watch?v=Hgk-kKzdw2E>

MORAN, J. Metodologias ativas para uma aprendizagem mais profunda. In: BACICH, L; MORAN, J. Metodologias ativas para uma educação inovadora: Uma abordagem teórico- prática. 1ª Ed. Penso: 2017, p. 2 – 4.

QUINTANA, P. B.; ROSCHKE, M. A. C.; RIBEIRO, E. C. O. Educação Permanente Processo de Trabalho e Qualidade de Serviço na Saúde. Tradução livre por Fernando Cardoso Nascimento – Jornalista MT-DRT 05489; 2017.

SCOS, J. ; PAULA, L. C. A prática pedagógica na perspectiva problematizadora de Paulo Freire. Editora PUC-PR; 2013.

SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS ASSISTIDOS NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DA REGIÃO NORTE DO BRASIL

Izabelly Esteves Bittencourt Martins
Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Janete Maria Rebelo Vieira
Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Érika Barbara Abreu Fonseca Thomaz
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Erivan Clementino Gualberto Júnior
Universidade Federal do Amazonas - UFAM

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar a satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO da região Norte do Brasil, por meio de dados coletados na avaliação externa do 1º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas - PMAQ-CEO. Para a metodologia foram selecionadas 06 variáveis do instrumento de avaliação externa provenientes do módulo III, denominado “verificação da percepção e satisfação do usuário”. Os resultados demonstraram boa avaliação dos CEO da região Norte do país, porém de acordo com o Relatório do 1º Ciclo AVE-PMAQ/CEO (2016), apenas 22% deles possuem algum tipo de registro sobre a satisfação dos usuários e menos da metade (49,1%) estabelece canais de comunicação com os usuários como estratégias de monitoramento/avaliação. Apesar destes números, esse tipo de avaliação não deve ser desacreditada, pois ainda pode ser considerada uma medida de qualidade do atendimento prestado pelos serviços de saúde. Neste contexto, a relevância do presente estudo está pautada em dois aspectos: um deles é o fato de não haver literatura suficiente sobre avaliação de serviços da atenção secundária de saúde bucal no Brasil e o outro diz respeito à utilização da satisfação do usuário como ferramenta de avaliação. Desse modo, novas pesquisas com enfoque na satisfação do usuário deveriam ser realizadas como intuito de colaborar na identificação de falhas que causam ineficácia no atendimento dos CEO e na implementação de ações em prol de uma assistência de qualidade.

Palavras-chave: Satisfação do paciente. Qualidade da assistência à saúde. Saúde bucal.

ABSTRACT

This study aimed to assess the satisfaction of users assisted at the Dental Specialties Centers - CEO of the Northern region of Brazil, using data collected in the external evaluation of the 1st Cycle of the National Program for Improving Access and Quality in the Dental Specialties Centers - PMAQ-CEO. For the methodology, 06 variables were selected from the external evaluation instrument from module III, called “verification of user perception and satisfaction”. The results showed a good

evaluation of the CEOs of the North region of the country, however, only 22% of them have some type of record on user satisfaction and less than half (49.1%) establish communication channels with users as monitoring strategies /evaluation. Despite these numbers, this sort of evaluation should not be discredited because it can still be considered a measure of quality of care provided by health services. In this context, the relevance of the present study is based on two aspects: one is the fact that there is not enough literature on the evaluation of secondary oral health care services in Brazil and the other concerns the use of user satisfaction as a tool for evaluation. Thus, new research focused on user satisfaction should be carried out in order to collaborate in the identification of failures that cause ineffectiveness in serving CEOs and in implementing actions in favor of quality assistance.

Keywords: Patient satisfaction. Quality of health care. Oral health.

1 INTRODUÇÃO

A saúde é direito de todos e dever do Estado, a Constituição Brasileira de 1988 garante o acesso universal e igualitário às ações e serviços da atenção à saúde no país. Para isso o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado, e apesar dos significativos avanços que conquistou ao longo dos anos desde sua implementação, ainda há questões a serem discutidas visando uma melhor compreensão dos problemas existentes para que esses obstáculos possam ser superados (SOARES, 2012; TADDEO, 2012; MAGALHÃES, ASSIS e SILVA, 2016).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. Por meio dessa política pública, que também visa ao acesso universal e à integralidade da atenção à saúde bucal, surgiram os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), instituídos pelas Portarias de n. 599 e n. 600, ambas publicadas pelo Ministério da Saúde em 2006. Representativos dos serviços secundários de saúde bucal, os CEO devem ser avaliados de acordo com o objetivo para o qual foram criados: melhorar o atendimento em todas suas dimensões (KITAMURA et al., 2016).

Diante do aumento crescente da demanda e da procura por tratamento odontológico na rede pública de saúde, alicerçadas pelo Programa Brasil Sorridente do governo federal, faz-se necessária a análise da qualidade da atenção em odontologia, de modo a verificar a sua capacidade de resolubilidade face à realidade atual no Brasil (SILVA e GOTTEMS, 2017). Então, no que se refere ao valor dos estudos da qualidade em saúde, a satisfação do usuário pode ser considerada tão indispensável para a avaliação da qualidade como o desempenho e a administração dos sistemas de cuidados de saúde. As percepções dos pacientes são igualmente vitais para a avaliação do serviço ofertado (LIMA, CABRAL e VASCONCELOS, 2010).

Nesse contexto, surgiu a necessidade de avaliar a satisfação do usuário como um indicador de resultado, o qual vem ganhando importância crescente na área da saúde como um exercício na luta constante pela cidadania desde o período pós 2ª Guerra Mundial, quando o usuário passou a fazer parte do processo de avaliação em saúde, como parte interessada e corresponsável pelas questões pertinentes à qualidade de assistência (LIMA, CABRAL E VASCONCELOS, 2010). Um

dos modelos de avaliação consistia em um universo de três dimensões à qualidade: conhecimento técnico-científico, relações interpessoais entre os profissionais e o paciente e amenidades, isto é, condições de conforto e estética das instalações e equipamentos no local onde a prestação ocorre. Posteriormente, outro modelo ampliou o conceito de qualidade, utilizando o que chamou de “sete pilares da qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990). Sendo assim, considerando o nível de satisfação do usuário, a avaliação da qualidade de assistência à saúde deve aferir o ajuste do serviço à demanda e ser capaz de detectar em que medida esse serviço atende às expectativas do paciente. Esta avaliação é considerada imprescindível para orientar gestores quanto às ações de saúde desenvolvidas (LIMA, CABRAL E VASCONCELOS, 2010).

Desta forma, a possibilidade de participação da população nos serviços de saúde foi significativamente ampliada, no entanto, ainda há um descompasso entre as conquistas obtidas no plano legal e a prática cotidiana nos serviços de saúde (VÁZQUEZ, 2003; SOARES, 2012). Para a participação ativa da população é necessário a percepção da saúde como um direito. Para eles a obrigatoriedade institucional da participação torna-a menos efetiva se comparada à participação socialmente construída. A participação da sociedade civil em reivindicações e mobilizações políticas é voluntária, e, muitas vezes, não há para isso suporte estrutural ou mesmo incentivo moral, essa questão somada à frustração pelo não reconhecimento da importância da ação social política, configuram importantes obstáculos para a mobilização social e usufruto do direito a saúde de forma ampla e digna (COELHO, 2012; SOARES, 2012; TADDEO, 2012; MAGALHÃES, ASSIS e SILVA, 2016).

Apesar da preocupação sobre a qualidade em saúde sob a ótica dos usuários, existe uma carência de instrumentos validados para realização das pesquisas, especificamente na área da odontologia, as quais são mais comumente realizadas nas instituições de Ensino Superior e em serviços de atenção básica, porém raramente nos serviços de atenção secundária (LIMA, CABRAL E VASCONCELOS, 2010). Em vista do papel social dos CEO em reduzir as iniquidades de acesso aos serviços odontológicos especializados e, assim, propiciar reduções na morbidade relacionada à saúde bucal, esses serviços devem ser avaliados em prol da melhoria contínua do seu desempenho. 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) como objeto desses estudos como estratégia de qualificação dos serviços especializados em saúde bucal. Desta forma, não há até então, metodologias consistentes capazes de identificar fragilidades e potencialidades que sirvam de subsídio para a gestão (GOES et al., 2010; MACHADO, SILVA e FERREIRA, 2015).

Dentro dessa perspectiva, o presente estudo objetivou avaliar a satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO da região Norte do Brasil, por meio de dados coletados na avaliação externa do 1º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas - PMAQ-CEO.

2 MÉTODO

Os procedimentos para a realização desta pesquisa respeitaram as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, consideradas as observâncias éticas contempladas na Resolução Nº 466, 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Foram utilizados dados da 1ª avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), sendo o mesmo submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/UFPE) e aprovado com o número de CAAE: 23458213.0.0000.5208.

O presente estudo de caráter quantitativo e descritivo, teve como população alvo os usuários dos CEO da região Norte do país, entrevistados no levantamento de dados disponibilizados no relatório do 1º Ciclo AVE-PMAQ/CEO (2016).

Foram selecionadas para este estudo, variáveis do instrumento de avaliação externa para os CEO provenientes do módulo III, denominado “verificação da percepção e satisfação do usuário” (Tabela 01), onde foi preconizada a aplicação do instrumento para 10 usuários presentes em cada uma das 59 unidade da região Norte na data da avaliação, sendo que esses usuários deveriam ter, no mínimo, 18 anos de idade, estar em tratamento ou com tratamento concluído no último ano naquele CEO, após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Tabela 01 - Descrição das variáveis do instrumento de avaliação externa do 1º ciclo PMAQ/CEO selecionadas para este estudo.

Nº	Códigos das questões (Módulo III PMAQ/CEO 1º ciclo)	Variáveis
001	III.2.4	O horário de funcionamento deste CEO atende às suas necessidades?
002	III.3.3	Quanto tempo o senhor(a) esperou para iniciar o tratamento neste CEO?
003	III.4.1	Como foi o seu acolhimento ao procurar o serviço do CEO?
004	III.4.2	O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?
505	III.5.1	Com relação ao conforto, como o senhor (a) se sente durante o atendimento no consultório?
606	III.8.7	Na sua opinião, de forma geral o atendimento que o(a) senhor(a) recebe neste CEO é?

Fonte: Relatório do 1º Ciclo AVE-PMAQ/CEO, 2016.

3 RESULTADOS

Na avaliação externa PMAQ/CEO 1º Ciclo foram entrevistados 59 CEO da região Norte do país, distribuídos pelos estados de Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins.

A primeira variável analisada referente ao horário de funcionamento dos CEO atender às necessidades dos usuários (Tabela 02), demonstrou que o horário de funcionamento parece atender às necessidades da população alvo em todos os estados, porém os estados Roraima (75%) e Amapá (73,9%) são os que menos atendem a essa necessidade, comparado aos demais.

Tabela 02 – O horário de funcionamento deste CEO atende às necessidades dos usuários?

Região	Norte						
Estados	RO	AC	AM	RR	PA	AP	TO
Horário de funcionamento atende às necessidades							
n	59	9	61	3	256	17	54
(%)	(88,1)	(90,0)	(95,3)	(75,0)	(96,2)	(73,9)	(93,1)

Fonte: Relatório do 1º Ciclo AVE-PMAQ/CEO, 2016.

O tempo de espera para o início do tratamento menor que sete dias foi observado nos estados do Amazonas (54,7) e do Pará (53,8%). O estado com período de espera superior a um ano foi o Acre (10,0) (tabela 3).

Tabela 03 – Quanto tempo o usuário esperou para iniciar o tratamento no CEO?

Região	Estados						
Norte	RO	AC	AM	RR	PA	AP	TO
Tempo de espera para início do tratamento							
n (%)							
<7 dias	23(34,3)	3(30,0)	35(54,7)	1(1,25)	143(53,8)	6(26,1)	23(39,7)
7-30 dias	25(37,3)	2(20,0)	17(26,6)	1(1,25)	82(30,8)	7(30,4)	23(39,7)
1-3 semanas	11(16,4)	1(10,0)	5(7,8)	1(1,25)	33(12,4)	9(39,1)	5(8,6)

3-6 meses	4(6,0)	2(20,0)	2(3,1)	1(1,25)	6(2,3)	0(0,0)	3(5,2)
6-12 meses	2(3,0)	1(10,0)	2(3,1)	0(0,0)	2(0,7)	0(0,0)	3(5,2)
>1 ano	2(3,0)	1(10,0)	3(4,7)	0(0,0)	0(0,0)	1(4,3)	1(1,7)

Fonte: Relatório do 1º Ciclo AVE-PMAQ/CEO, 2016

Na tabela 04, as variáveis 03, 04 e 05 são descritas, e o acolhimento foi considerado “muito bom” por pelo menos a metade dos usuários avaliados nos estados do Amazonas (51,5%) e Acre (50,0%). Porém, o acolhimento considerado “muito ruim” foi registrado apenas no estado de Tocantins (1,7%). Quanto a aceitabilidade, se os pacientes se sentem respeitados pelos profissionais pelos seus hábitos, costumes, religião, as regiões apresentaram valores semelhantes com percentuais acima de 90%, com exceção dos estados de Amazonas (89,0%) e Amapá (73,9%). No critério de conforto no consultório, enquanto o estado de Tocantins (24,1%) apresentou números menores neste quesito, o estado de Roraima (100%) foi o melhor avaliado.

Tabela 04 – Sobre o acolhimento do usuário ao procurar o serviço do CEO, quanto ao usuário se sentir respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião e com relação ao conforto do mesmo durante o atendimento no consultório.

Região Norte	Estados						
	RO	AC	AM	RR	PA	AP	TO
Acolhimento do usuário ao procurar o serviço do CEO							
Muito bom							
n	21	5	33	1	120	8	28
(%)	(31,3)	(50,0)	(51,5)	(25,0)	(45,1)	(34,8)	(48,3)
Bom							
n	39	5	30	3	116	9	28
(%)	(58,2)	(50,0)	(46,9)	(75,0)	(43,6)	(39,1)	(48,3)

Razoável							
n	7	0	1	0	28	6	1
(%)	(10,4)	(0,0)	(1,5)	(0,0)	(10,5)	(26,1)	(1,7)
Ruim							
n	0	0	0	0	1	0	1
(%)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,4)	(0,0)	(1,7)
Muito ruim							
n	0	0	0	0	0	0	1
(%)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(1,7)
Sentir-se respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião							
n	65	10	57	4	258	17	56
(%)	(97,0)	(100,0)	(89,0)	(100,0)	(97,0)	(73,9)	(96,5)

Conforto do mesmo durante o atendimento no consultório

	RO	AC	AM	RR	PA	AP	TO
Muito bom							
n(%)	18(26,9)	7(70,0)	25(39,0)	4(100,0)	90(33,8)	6(24,1)	14(24,1)
Bom							
n(%)	43(64,8)	2(20,0)	35(54,7)	0(0,0)	130(48,8)	13(56,5)	39(67,2)
Razoável							
n(%)	6(8,9)	1(10,0)	3(4,7)	0(0,0)	42(15,8)	4(17,4)	3(5,2)
Ruim							
n(%)	0(0,0)	0(0,0)	1(1,56)	0(0,0)	3(1,1)	0(0,0)	1(1,7)
Muito ruim							
n(%)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(1,7)

Fonte: Relatório do 1º Ciclo AVE-PMAQ/CEO, 2016.

A avaliação do atendimento recebido nos CEO da região Norte foi em sua maioria classificada como “Bom”. Os maiores percentuais de CEO avaliados como “muito bom” foram nos estados do Acre (50,0%) e Roraima (50,0%), e nenhum CEO recebeu o conceito “Muito ruim” (Tabela 5).

Tabela 05 – Sobre como o usuário avalia o atendimento no CEO.

Região	Estados						
Norte							
Como o usuário avalia o atendimento no CEO	RO	AC	AM	RR	PA	AP	TO
Muito bom							
n(%)	16(23,9)	5(50,0)	24(37,5)	2(50,0)	85(32,0)	7(30,4)	17(29,3)
Bom							
n(%)	43(64,2)	5(50,0)	36(56,3)	2(50,0)	156(58,6)	9(39,1)	39(67,2)
Razoável							
n(%)	8(11,9)	0(0,0)	4(6,2)	0(0,0)	24(9,0)	6(26,1)	2(3,4)
Ruim							
n(%)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,4)	1(4,4)	0(0,0)
Muito ruim							
n(%)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)

Fonte: Relatório do 1º Ciclo AVE-PMAQ/CEO, 2016.

4 DISCUSSÃO

No presente estudo, foram contempladas seis variáveis do instrumento de avaliação externa para os CEO provenientes do módulo III, denominado “verificação da percepção e satisfação do usuário”. Em relação à satisfação do usuário, foi detectada uma boa avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas da região Norte do país, uma vez que a satisfação do paciente pode ser definida como as avaliações positivas individuais de distintas dimensões do cuidado à saúde. Importante ressaltar que segundo o Relatório do 1º Ciclo AVE-PMAQ/CEO (2016), apenas

22% dos CEO da região Norte possuem algum tipo de registro sobre a satisfação dos usuários e menos da metade (49,1%) estabelece canais de comunicação com os usuários, como estratégias de monitoramento/avaliação (LIMA, CABRAL E VASCONCELOS, 2010; FIGUEIREDO, GOES e MARTELLI, 2016).

A avaliação positiva de serviços sob a ótica dos usuários também foi um resultado encontrado em outras pesquisas, como por exemplo, a dos autores Lima, Cabral e Vasconcelos (2010) e Kitamura et al. (2016). No entanto, o receio de sanção no atendimento e o sentimento de gratidão do usuário pelo serviço gratuito, a impossibilidade de acesso a outro serviço, ou a proximidade do posto à sua residência constituem fatores que explicariam tal avaliação por pacientes de países cujos serviços públicos de atenção à saúde são predominantemente utilizados por usuários de baixa renda, podendo ser considerados um viés na avaliação da satisfação do usuário (LIMA, CABRAL E VASCONCELOS, 2010). Em outras palavras, em contextos muito desiguais, para certos segmentos da população, a dificuldade usual de conseguir atendimento resulta em baixa expectativa e o simples fato de ser atendido já pode produzir satisfação. (VAISTMAN e ANDRADE, 2005)

Neste sentido, a investigação da satisfação do usuário quanto à qualidade de assistência à saúde deveria aferir o ajuste do serviço à demanda e ser capaz de detectar em que medida esse serviço atende às expectativas do paciente (MACHADO, SILVA e FERREIRA, 2015), sendo importante compreender a forma de avaliação e entendimento que o usuário tem sobre o SUS, seja como um direito ou como favor, para que assim possa ser construída uma ferramenta de transformação da sociedade (VAISTMAN e ANDRADE, 2005).

Apesar do esforço das investigações de estudos anteriores, ainda se sabe pouco sobre a natureza ou o número de fatores que influenciam a satisfação. Desse modo, esses vieses podem ter tido alguma influência na boa avaliação que os usuários fizeram desses serviços. Mesmo assim, esse tipo de avaliação não deve ser desconsiderado, pois ainda é uma medida de qualidade do atendimento prestado pelos serviços de saúde (VAISTMAN e ANDRADE, 2005).

Assim como no estudo de Kitamura et al. (2016), quanto à insatisfação com o atendimento público odontológico, esta pode estar relacionada mais à diminuição da oferta e à demora em receber o atendimento, do que com a avaliação da capacidade técnica do profissional envolvido ou dos equipamentos utilizados. A variável 02 corrobora com esses achados, onde dentre os estados da região norte apenas dois, Amazonas e Pará, relataram tempo de espera para início do tratamento menor que 7 dias em mais de 50% dos entrevistados.

Longas filas de espera, necessidade de chegar muito cedo para obtenção de uma ficha e favorecimento de vagas no serviço de saúde, assim como cobertura insuficiente, demanda reprimida e o fato de ser usuário exclusivo da rede pública, podem estar intimamente relacionados à percepção do usuário sobre a dificuldade para obtenção de uma vaga para o atendimento (LIMA, CABRAL E VASCONCELOS, 2010).

No quesito das relações humanas, que pode ser observado nas variáveis 03, 04 e 05 que falam sobre o acolhimento do usuário ao procurar o serviço do CEO, quanto ao usuário se sentir

respeitado (a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião e com relação ao conforto do mesmo durante o atendimento no consultório, pode-se inferir que os usuários dos CEO estão satisfeitos nessa dimensão. Assim como no estudo realizado por Magalhães et al. (2015), diferente de um mau atendimento no momento da consulta que resultaria em uma relação fria e desumanizada, provocando o desinteresse por parte do usuário, o atendimento recebido pelos usuários nos CEO da região repercute diretamente na avaliação da satisfação. Onde esta, dependendo do tipo de acolhimento que cada indivíduo recebeu, torna possível perceber não apenas a valorização de mãos habilidosas e tecnologia de alta complexidade, mas também de mãos carinhosas e sensíveis às reais necessidades dos indivíduos (MAGALHAES et al., 2015).

A elevada frequência de satisfação dos usuários corrobora com os achados da literatura. Entretanto, para melhor compreensão dos resultados encontrados, há necessidade de identificar outros fatores associados, que não foram considerados nesse estudo. A escassez de publicações sobre avaliação de atenção especializada em saúde bucal é evidente, neste contexto, a iniciativa de política pública nacional representada pelo PMAQ-CEO, traz consigo a expectativa positiva de novos incentivos para a realização de estudos de indicadores de produção, gestão, processo de trabalho e satisfação do usuário (KITAMURA et al., 2016).

Cabe ressaltar que a natureza deste trabalho impõe sua principal limitação. O presente estudo por ser de caráter descritivo não poderá embasar a tomada de decisão para a solução do problema aqui apresentado. Este estudo pretende contribuir como subsidio a outros trabalhos que busquem se aprofundar no tema da satisfação dos usuários assistidos pela atenção secundária.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relevância do presente estudo esta pautada em dois aspectos: um deles é o fato de não haver literatura suficiente sobre avaliação de serviços da atenção secundária de saúde bucal no Brasil; o outro diz respeito à utilização da satisfação do usuário como ferramenta de avaliação. Desse modo, novas pesquisas com enfoque na satisfação do usuário deveriam ser realizadas como intuito de colaborar na identificação de falhas que causam ineficácia no atendimento dos CEO e na implementação de ações em prol de uma assistência de qualidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Saúde Bucal. 2017. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Instrumento_Avaliacao_Externa_AB_SB.pdf. Acesso em: 30 novembro de 2019.

COELHO, J. S. Building Social Participation on the Brazilian Health System: a constant rethinking that seeks fairness and transformation. **Saúde Soc.** [online], São Paulo, v. 21, supl.1, p.138-151, Maio 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/12.pdf>.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med.** v. 114, n. 11, p.1115-8, Nov. 1990. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-2241519>.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. (orgs.) **Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais.** Recife: Editora UFPE, 2016. 100 p. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/RELAT%C3%93RIO_1%C2%BA+Ciclo+-+PMAQ_CEO.pdf/fede7926-f16e-4c6e-81ab-320ad01b30b5.

GOES, P.S.A.; FIGUEIREDO, N.; NEVES, J.C.; SILVEIRA, F.M.M.; COSTA, J.F.R.; PUCCA JÚNIOR, G.A.; ROSALES, M.S. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 28, p. 81s-89s, 2012. Supl. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300009>.

KITAMURA, E. S. *et al.* Patient satisfaction evaluation at the Specialized Dental Centers in the Southeast Macro-region of Minas Gerais, Brazil, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**; Brasília, v. 25, n. 1, p. 137-148, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000100014>.

LIMA, A.C.S.; CABRAL, E. D.; VASCONCELOS, M. M. V. B. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [online], Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 991-1002, maio 2010. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/21.pdf>.

MACHADO, F. C. A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. A. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1149-1163, Abr. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00532014>.

MAGALHÃES, M. N.; ASSIS, T. A. L.; SILVA, N. O. Conhecendo o SUS e facilitando o processo de empoderamento dos usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas do agreste alagoano. **Temas em Saúde**. p. 404-415, João Pessoa, 2016. <http://temasensaude.com/wp-content/uploads/2016/12/conesf17.pdf>.

MAGALHÃES, B. G.; OLIVEIRA, R. S.; GÓES, P. S. A.; FIGUEIREDO, N. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. **Cad. saúde colet.** [online], Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 76-85, 2015. <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n1/1414-462X-cadsc-23-01-00076.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 599, de 23 de março 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. Brasília, DF, 2006. **Diário Oficial da União**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº. 600, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos centros de especialidades odontológicas. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**. 24 mar., 2006. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0600_23_03_2006_comp.html.

SILVA, H. E. C.; GOTTEMS, L. B. D. Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. **Ciênc saúde coletiva**. [online],

Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2645-2657, Aug. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n8/1413-8123-csc-22-08-2645.pdf>.

SOARES, S. P. **Uma Análise Bioética Sobre o Processo de Empoderamento do Usuário como Ferramenta para Inclusão na Saúde**. 2012. 160 f. Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Bioética. Universidade de Brasília – UnB. Brasília, 2012. https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12584/1/2012_SheilaPereiraSoares.pdf.

TADDEO, P. S. *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. saúde coletiva**. [online], Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 2923-2930, Nov. 2012. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a08.pdf>.

VAISTMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. [online], Rio de Janeiro v. 10, n. 3, p. 599-613, Set. 2005. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0405/pdfs/IS25\(4\)107.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0405/pdfs/IS25(4)107.pdf).

VÁZQUEZ, M. L. *et al.* Social participation in health: concepts of users and community leaders in two municipalities of Northeastern Brazil. **Cad. Saúde Pública**. [online], Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 579-591, mar./abr. 2003. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v19n2/15424.pdf>.

Alta Rotatividade Do Cargo De Gerência Do Ceo No Estado De Rondônia

Lorena Ferreira Rego
Avaliadora

Yan Nogueira Leite de Freitas
Colaborador Externo
Universidade Federal do Amazonas/UFAM

Erivan Clementino Gualberto Júnior
Coordenador Estadual
Universidade Federal do Amazonas/UFAM

Érika Barbara Abreu Fonseca Thomaz
Coordenadora Macro
Universidade Federal do Maranhão/UFMA

RESUMO

A análise do trabalho do gerente é fundamental para o avanço das melhorias nos serviços ofertados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Durante a avaliação externa do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ – CEO), no estado de Rondônia, percebeu-se uma grande rotatividade dos profissionais no cargo de gerente. Logo, o estudo em questão buscou avaliar, de forma descritiva, a alta rotatividade dos gerentes nos CEO a nível nacional e no estado de Rondônia, a partir dos dados do primeiro ciclo do PMAQ-CEO. Para a metodologia foram selecionadas cinco variáveis do instrumento de avaliação externa para os CEO, provenientes do módulo II, no qual foi realizada a entrevista com profissionais (o gerente e pelo menos um cirurgião dentista do CEO) que tinham por objetivo obter informações sobre o processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário. Os resultados mostram que em alguns CEO não existe a figura do gerente ou essa função não é exercida com exclusividade. Além disso, os planos de carreira e a gratificação por desempenho são realizados pela minoria dos CEO e apenas 15% dos gerentes do Brasil têm formação em gestão pública. Apenas 14,3% dos profissionais recebem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho no Estado de Rondônia. Os números apresentados aqui sugerem que os problemas encontrados na gerência do CEO são semelhantes em todo o país. A desqualificação dos gerentes, acúmulo de atividades, falta de apoio, planejamento e plano de carreiras consolidado podem estar associados à alta rotatividade dos profissionais nos cargos de gerência, o que se configura como um dos principais empecilhos para o fortalecimento da gestão no CEO.

Palavras-chave: Saúde pública. Sistema único de saúde. Gestão em saúde.

ABSTRACT

The analysis of the manager's work is fundamental for the advancement of improvements in the services offered in the Dental Specialization Centers (CEO). During the external evaluation of the second cycle of the National Program for Access and Quality Improvement of the Centers of Dental Specialties (PMAQ - CEO) in the state of Rondônia noticed the turnover of professionals in the position of manager. Thus, the study in question sought to descriptively evaluate the high turnover

of managers in CEOs at the national level and in the state of Rondônia, based on data from the first cycle of PMAQ-CEO. For the methodology, 05 variables were selected from the external evaluation instrument for CEOs from module II, in which the interview was conducted with professionals (the manager and at least one CEO dentist) who had the objective of obtaining information about the company's work processes, staff and the organization of user care. The results show that in some CEOs there is no manager figure or this role is not performed exclusively. In addition, career plans and performance bonuses are carried out by the minority of CEOs and only 15% of managers in Brazil have a public management background. Only 14.3% of professionals receive incentive, bonus, financial reward for performance in the state of Rondônia. The figures presented here suggest that the reality of the high turnover of CEO management is a nationwide phenomenon. The disqualification of managers, accumulation of activities, lack of support, planning and consolidated career plan may be associated with the high turnover of professionals in management positions, which constitutes one of the main obstacles to strengthening management in the CEO.

Keywords: Public health. Unified health system. Health management.

1 INTRODUÇÃO

Com a instituição do SUS, anuncia-se no Brasil um novo modelo para as políticas públicas de saúde onde o objetivo é oferecer assistência à população orientando-se por princípios organizativos (ALMEIDA, 2000). A oferta de serviços de Saúde Bucal na atenção primária, por sua vez, inicia seu processo de consolidação com a regulamentação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família, que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios (BALDANI et al., 2005). Já a expansão da rede assistencial odontológica no nível secundário de atenção ocorreu após o lançamento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004) (MAIA et al., 2010).

O Programa Brasil Sorridente propõe a reorganização da prática assistencial e da qualificação dos serviços oferecidos, a fim de superar desigualdades em saúde. Nesse sentido, o Brasil Sorridente passou a organizar e estruturar a Atenção Secundária por meio da criação e implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), classificados em três tipos: Tipo I, quando apresentam 3 cadeiras odontológicas, Tipo II, quando apresentam entre 4 a 6 cadeiras, e Tipo III, a partir de 7 cadeiras. Os CEO devem funcionar por 40 horas semanais e ofertar minimamente atendimento nas 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 atendimento a pacientes com necessidades especiais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A avaliação é parte do processo de planejamento/gestão dos serviços públicos e deve servir para direcionar ou redirecionar, a execução de ações, atividades e ou programas de saúde. Além disso, deve constituir-se em um suporte para tomada de decisões dirigidas às atividades realizadas (HARTZ, 1997). Tão importante quanto a avaliação é a utilização dos resultados e seu uso sobre as intervenções. No entanto, o desenvolvimento de uma cultura de avaliação demanda apoio de gestores e pessoas capacitadas para a avaliação. Como exemplo de uma tentativa de institucionalização da avaliação no serviço de saúde, podemos citar o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas – PMAQ/CEO

(FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016b).

Com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade dos CEO, o Ministério da Saúde propôs o PMAQ/CEO no contexto da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), sendo produto de um processo de pactuação dos gestores do SUS que debateram e formularam soluções para viabilizar um Programa que permitisse a ampliação do acesso e melhoria da qualidade dos CEO em todo o Brasil. Neste cenário, procurou-se verificar in loco um conjunto de padrões de qualidade de estrutura e processo de trabalho dos CEO, no âmbito do PMAQ/CEO, visando subsidiar o processo de certificação de qualidade e a tomada de decisão na definição de parâmetros de qualidade para melhoria e expansão das ações de atenção e prevenção em todo território nacional. O 1º. ciclo do PMAQ/CEO foi organizado em quatro fases que se complementam e que formam um ciclo contínuo, estabelecidos em: 1ª Fase - Adesão e Contratualização; 2ª. Fase - Desenvolvimento; 3ª Fase - Avaliação Externa e; 4ª Fase - Recontratualização. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O PMAQ-CEO (2013) constitui-se como instrumento para induzir processos que ampliem a capacidade do poder público em ofertar serviços que assegurem acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). O 2º Ciclo do programa foi organizado em três fases (1- Adesão e Contratualização, 2- Certificação, 3- Recontratualização) e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento. Nos dois ciclos do PMAQ-CEO, para a certificação dos CEO foram utilizados três componentes: avaliação externa, avaliação dos indicadores de saúde contratualizados e autoavaliação. A avaliação externa consiste na observação da infraestrutura do CEO (módulo I), entrevista com o gerente do CEO e com um cirurgião-dentista do CEO (módulo II), entrevista com 10 usuários (módulo III) e verificação de documentos. Neste processo, o módulo II permite avaliar a participação do gerente no processo de trabalho dos CEO, bem como sua formação profissional e vínculo com o cargo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Entende-se que o gerente do CEO deve ser um profissional capacitado para administrar um serviço de saúde formado na área de saúde bucal e com experiência ou qualificação em gestão pública e/ou de serviços de saúde (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016a).

A implementação de um sistema regionalizado, hierarquizado e participativo, proposto pelo SUS, coloca o gestor em uma posição de destaque, pois, na tentativa de alcançar as metas descritas no planejamento, ele deve fazer a análise do processo de trabalho, identificar problemas e buscar soluções para reorganização das práticas de saúde. Dessa maneira, os centros especializados devem contar com uma gestão comprometida e capaz de atender às demandas locais. A precarização das relações de trabalho e também a baixa capacidade dos governos municipais ficam evidentes nos resultados da Avaliação Externa do 1º Ciclo. Portanto, estratégias voltadas para a educação continuada e estruturação de um plano de carreira no SUS, incluindo os cargos de gerência, podem ser importantes para evitar a ocorrência da rotatividade, promover a continuidade e garantir que os recursos investidos no profissional sejam melhor aplicados (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016b).

Em meio às dificuldades encontradas pelo Programa para a qualificação da Atenção Especializada em Saúde Bucal, salienta-se a instabilidade e elevada rotatividade dos profissionais,

comprometendo a integração dos profissionais e continuidade do serviço, faz-se lembrar que cabe aos gestores a estruturação da gerência do CEO (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Para continuar fazendo parte do Programa, os CEO devem manter o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), alimentar constantemente o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e possuir a quantidade mínima de cadeiras odontológicas de acordo com o Tipo de CEO (BRASIL, 2006).

Durante o segundo ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-CEO, no Estado de Rondônia, foi observado que a grande maioria dos gerentes não tinha conhecimento sobre as características do local que administravam, acumulavam funções ou ocupavam a função por indicação política. Além disso, notou-se que os mesmos permaneciam por pouco tempo no cargo. Portanto, conhecer as variáveis relacionadas a essa problemática representa um ponto de partida importante para a tomada de decisão no que diz respeito à gestão dos CEO no estado de Rondônia. Logo, o estudo em questão buscou avaliar, de forma descritiva, a alta rotatividade dos gerentes nos CEO a nível nacional e no estado de Rondônia, a partir dos dados do primeiro ciclo do PMAQ-CEO.

2 MÉTODOS

Após perceber a rotatividade dos gerentes nos CEO pesquisados no Estado de Rondônia durante o 2º Ciclo da avaliação externa, procurou-se identificar possíveis fatores que pudessem ajudar a compreender este problema. Para isso foram avaliados os dados do 1º Ciclo do programa. Trata-se de um estudo de natureza descritiva a partir das informações obtidas no levantamento de dados disponibilizados no Relatório do 1º Ciclo AVE-PMAQ/CEO (2016). A população do estudo foi composta pelos gerentes de todo o país, entrevistados durante o 1º Ciclo AVE-PMAQ/CEO (2016). Foram escolhidas 5 variáveis do instrumento de avaliação externa PMAQ-CEO pertencentes ao módulo II que trata da entrevista com gerente do CEO (Quadro 01).

Quadro 01 - Variáveis do instrumento de avaliação externa do 1º ciclo PMAQ/CEO selecionadas para este estudo.

Nº	CÓDIGO DAS QUESTÕES (MÓDULO II PMAQ/CEO 1º CICLO)	VARIÁVEIS
01	VIII.1.4	O CEO possui gerente?
02	VIII.3.1	O gerente do CEO possui ou está em formação complementar?
03	VIII.5.1	Os profissionais do CEO têm plano de carreira?
04	VIII.5.6	Os profissionais recebem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho?
05	VIII.6.2	O CEO recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?

Fonte: Relatório do 1º Ciclo AVE-PMAQ/CEO (2016)

Os procedimentos para a realização desta pesquisa respeitaram as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, consideradas as observâncias éticas contempladas na Resolução Nº 466, 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetido ao comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/UFPE) e aprovado com o número de CAAE: 23458213.0.0000.5208.

3 RESULTADOS

No módulo II da Avaliação Externa do 1º Ciclo os gerentes dos CEO responderam 98 perguntas, sendo questionados, dentre outros, a respeito de dados pessoais, informações sobre a equipe do CEO, ações da gestão no processo de trabalho no CEO, apoio matricial e funcionamento do CEO.

A tabela 01 apresenta os resultados da variável 01 sobre a existência ou não de gerente no CEO avaliado, assim como se o mesmo associava a atividade clínica ao exercício da sua função como gerente. No Estado de Rondônia a maioria dos gerentes acumulavam funções clínicas, enquanto no Brasil metade dos gerentes atuavam de forma exclusiva.

Tabela 01 - O CEO possui gerente?

Região	Sim, acumula com atividade clínica		Sim, exclusivo como gerente		Não há gerente	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RO	5	71,4	2	28,6	0	0,0
Brasil	347	37,5	464	50,2	114	12,3

Fonte: Relatório do 1º Ciclo AVE-PMAQ/CEO (2016).

A tabela 02 refere-se à formação complementar do gerente. Em Rondônia, a maioria dos gerentes não possuíam qualquer formação. No Brasil, a maioria dos gerentes possuía formação diferente das perguntadas na entrevista.

Tabela 02 - O gerente do CEO possui ou está em formação complementar?

Região	Saúde Coletiva	Gestão Pública	Outra formação	Nenhuma forma	Não se aplica
	%	%	%	%	%
RO	0,0	14,3	28,6	57,1	0,0
Brasil	19,3	15,1	32,4	23,2	10,0

Fonte: Relatório do 1º Ciclo AVE-PMAQ/CEO (2016).

A tabela 03 apresenta o percentual de profissionais dos CEO que tinham plano de carreira. O número de profissionais que tinham plano de carreira foi maior em Rondônia se comparado ao restante do Brasil.

Tabela 03 - Os profissionais do CEO têm plano de carreira?

Região	Nº	%
RO	6	85,7
Brasil	327	35,1

Fonte: Relatório do 1º Ciclo AVE-PMAQ/CEO (2016).

Na tabela 04 apresenta-se o recebimento de incentivo, gratificação e prêmio financeiro por desempenho por parte da equipe do CEO. Os resultados mostram que a quantidade de profissionais que recebiam incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho era pouco menor do que os profissionais dos outros estados brasileiros.

Tabela 04 - Os profissionais recebem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho?

Região	Nº	%
RO	1	14,3
Brasil	176	18,9

Fonte: Relatório do 1º Ciclo AVE-PMAQ/CEO (2016).

A tabela 05 diz respeito ao recebimento de apoio do gerente para o planejamento e organização do processo de trabalho. Tanto em Rondônia quanto no Brasil a maioria dos gerentes respondeu receber apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho.

Tabela 05 - O CEO recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?

Região	Sim		Não		Não se aplica	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RO	4	57,1	1	14,3	2	28,6
Brasil	582	62,9	136	14,7	207	22,4

Fonte: Relatório do 1º Ciclo AVE-PMAQ/CEO (2016).

4 DISCUSSÃO

Este trabalho avaliou possíveis fatores relacionados a alta rotatividade dos gerentes dos CEO em Rondônia a partir de cinco variáveis que discutiram o tema durante o 1º Ciclo do PMAQ/CEO, contrapondo os resultados de Rondônia com os do Brasil. Destas cinco variáveis, em três Rondônia apresenta números próximos a média do Brasil, em uma delas (Os profissionais do CEO têm plano de carreira?) Rondônia apresentou-se acima da média nacional, porém mostrou uma proporção de gerentes que acumula a gerência do CEO com atividade clínica também acima da média nacional. Os números apresentados aqui sugerem que a realidade da alta rotatividade da gerência do CEO é um fenômeno que abrange todo o país.

O desempenho dos CEO é influenciado por características contextuais dos locais onde estão implantados e por formas de organização e gerenciamento dos processos de trabalho (MACHADO, SILVA E FERREIRA, 2015). A atual proposta de gestão das Unidades Básicas de Saúde (UBS) exige do gerente o desempenho de atividades internas e externas à unidade de trabalho, sempre comprometidos com o resultado (PENNA *et al.*, 2004). O cargo de gerente requer um profissional com demandas multidisciplinares, pois este precisa ter competência para gerenciar uma equipe de saúde e atender as perspectivas dos usuários, superando limitações e baseando-se nos princípios do SUS (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009). O processo de organização dos serviços de saúde tem o gerente como um instrumento articulador para a efetivação das políticas de saúde (CIAMPONE; KURCGANT, 2005). Todas estas funções inerentes ao cargo de gerente podem estar comprometidas com a não dedicação exclusiva dos gerentes apontada no relatório final do 1º. Ciclo de Avaliação, o que por sua vez pode repercutir na qualidade do serviço prestado pelo CEO.

Os dados coletados do 1º Ciclo do PMAQ-CEO mostram a superposição de papéis e, em alguns casos, ausência da figura do gerente. Fatos também constatados por Penna *et al.* (2004), quando mostram que, geralmente, os gerentes são profissionais de saúde que viram na gerência oportunidade de ascensão na carreira e que aprendem a administrar na prática, sem treinamento, o que, muitas vezes, pode levar a um acúmulo de funções, pois o profissional assume a gerência, mas continua a exercer atividades próprias, de sua profissão de origem.

O relatório final do 1º Ciclo do PMAQ-CEO, também aponta que em função das mudanças políticas, muitos gerentes exercem suas funções sem conhecer de fato o que estão coordenando e não tem familiaridade com as particularidades da gestão dos serviços específicos. Além disso, constatou-se superposição de papéis e, em alguns casos, ausência da figura do gerente (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016b). Fatos que vão de acordo com o que observamos na avaliação externa em Rondônia e que também constataram Penna *et al.* (2004), quando mostram que, geralmente, os gerentes das UBS são profissionais de saúde que viram na gerência oportunidade de ascensão na carreira e que aprendem a administrar na prática, sem treinamento, o que, muitas vezes, pode levar a um acúmulo de funções, pois o profissional assume a gerência, mas continua a exercer atividades próprias, de sua profissão de origem.

A resolubilidade das unidades de saúde depende do apoio e da inter-relação entre diversos setores, em função de oferecer assistência de qualidade aos usuários do sistema. Logo, o processo comunicativo é primordial para que a intersetorialidade aconteça na prática, entretanto, observa-se

que esta prática parece pouco real (PENNA *et al.*, 2004). Para Martins e Waclawovsky (2015), a falta de planejamento pode comprometer seriamente a gestão, acarretando em ações desnecessárias e que não atendam aos interesses dos usuários. Os autores lembram ainda que o planejamento tem papel vital no direcionamento de ações para que se alcancem os objetivos traçados, para eles, sem planejamento, as atividades ocorrem por inércia e os serviços funcionam de maneira desarticulada.

Em relação ao apoio da gestão, é importante notar que os gerentes têm recebido apoio ao planejamento e organização do processo de trabalho, em 50,8% na região Norte. Entende-se que o apoio matricial é fundamental à integração entre serviços, a qual pode favorecer uma melhor interface entre a Atenção Básica e a Atenção Secundária, entretanto os resultados do 1º Ciclo mostram que ele não está presente na maioria dos estados da região Norte. Os planos de carreira estão implantados em 35,1% CEO do Brasil, porém quanto ao recebimento de incentivo financeiro por desempenho aos profissionais, a minoria dos CEO o realiza. Sobre a qualificação dos profissionais do CEO, os dados revelam que 28,8% dos gerentes da região Norte não possui qualquer formação complementar e apenas 15% dos gerentes de CEO no país têm formação em gestão pública (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016b).

A pesquisa de Mesquita *et al.* (2013) diz que o salário foi considerado o maior fator gerador de insatisfação por parte dos gerentes, por não ser coerente com a responsabilidade e funções desempenhadas. O Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) é que orienta e disciplina a trajetória do trabalhador em sua carreira, promovendo oportunidades de qualificação profissional (CASTRO, 2012; BRASIL, 2006). Quando agregado a outros subsídios, como a gratificação, a avaliação de desempenho e a progressão por qualificação, é um importante instrumento de gestão (SEIDL *et al.*, 2014) que valoriza o trabalhador, auxiliando na sua fixação no cargo e, conseqüentemente, consolidando o SUS (MORA; RIZZOTTO, 2015). Além disso, o PCCS mostrou-se como um grande incentivador para os profissionais buscarem aperfeiçoamento profissional, pois está ligado à motivação do servidor, visto que viabiliza o crescimento profissional (MENDES *et al.*, 2018).

De acordo com Alves *et al.* (2004), em decorrência do despreparo do quadro gerencial, percebem-se graves distorções na atuação dos gerentes nos serviços de saúde, expressas por meio de algumas dificuldades observadas em seu cotidiano de trabalho, como falta de compreensão das estratégias governamentais e adoção de uma postura de liderança. Soma-se à deficiência na assimilação de informações - base para a formulação de estratégias e para a tomada de decisão - a falta de autonomia financeira e a intensa burocratização dos serviços públicos.

A formação inapropriada dos gestores impacta na forma como o modelo de atenção atual vem acontecendo nos municípios brasileiros e conseqüentemente na retribuição financeira. Além disso, a instabilidade política do cargo leva a uma alta rotatividade de profissionais que não se fixam na função, prejudicando a continuidade da gestão e exigindo gastos de recursos financeiros públicos na capacitação de novos profissionais (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016a).

Um bom plano de carreiras e proteção aos profissionais envolvidos que se volte para a qualidade e o aperfeiçoamento dos serviços, através de uma política de valorização profissional que se incide com um plano de carreira justo e vínculos empregatícios mais fortalecidos torna-se uma ferramenta relevante na tentativa de contrapor-se aos aspectos negativos inerentes ao cargo

de gerente do CEO (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016b).

Cabe ressaltar que o presente trabalho apresenta limitações como o fato de que a realidade epidemiológica, social, cultural e econômica encontrada nos CEO do Brasil variam e diferenciam-se da realidade na qual se encontra o estado de Rondônia. Além disso, o número da amostra de Rondônia é inferior ao do Brasil. Outro ponto de limitação é o fato da análise descritiva em si não subsidiar a tomada de decisão para a solução do problema.

5 CONCLUSÃO

A desqualificação dos gerentes, acúmulo de atividades, falta de apoio, planejamento e plano de carreiras consolidado podem estar associados à alta rotatividade dos profissionais nos cargos de gerência o que se configura como um dos principais empecilhos para o fortalecimento da gestão no CEO. As variáveis avaliadas parecem clarificar que os CEO de Rondônia enfrentam problemas semelhantes aos CEO de todo território nacional e que estes problemas parecem similares aos encontrados nos mais diversos setores do serviço público, como a falta de continuidade da prestação de serviço e a desvalorização profissional. Logo, estratégias voltadas para a estruturação de um plano de carreira são importantes para evitar a ocorrência da rotatividade, promover a continuidade e garantir que os recursos investidos sejam melhor aplicados. Por meio da avaliação de variáveis que pudessem justificar a alta rotatividade nos cargos de gerência, este trabalho pretende representar o ponto de partida para estudos que busquem as associações entre as variáveis estudadas e o desfecho investigado, a fim de contribuir com o planejamento de ações capazes de diminuir a alta rotatividade na gestão dos CEO.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. v. 24, n. 54, p. 6-21, jan./abr. 2000.
- ALVES, M.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Rev. bras. enferm.**, [online], Brasília (DF), v. 57, n. 4, p. 441-6, jul./ago. 2004. <https://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a11.pdf>.
- BALDANI, M. H; FADEL, C. B; POSSAMAI, T; QUEIROZ, M. G. S. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. [online], Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, jul./ago. 2005. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/05.pdf>.
- BRASIL. Portaria nº 599, de 23 de março 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**. Brasília, DF, 2006. Acesso em: maio de 2019. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html.
- 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. Acesso em: junho de 2019. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm.
- CASTRO, J. L. Saúde e trabalho: direitos do trabalhador da saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 86-101, mar./jun. 2012. <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/55695>.
- CIAMPONE, M. H. T.; KURCGANT, P. A pesquisa na área de gerenciamento em enfermagem no Brasil. **Rev. bras. enferm.**, [online], Brasília, v. 58, n. 2, p. 161-4, mar./abr. 2005. <https://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a06.pdf>.
- FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. supl. 1, p. 1541-1552; set./out. 2009. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a28v14s1.pdf>.
- FIGUEIREDO, N; GOES, P. S. A; MARTELLI, P. (org). **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, 2016. 268 p. https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_+PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7.
- FIGUEIREDO, N; GOES, P. S. A; MARTELLI, P. J. L. (org.) **Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais**. Recife: Editora UFPE, 2016b. 100 p. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/RELAT%C3%93RIO_1%C2%BA+Ciclo+-+PMAQ_CEO.pdf/fede7926-f16e-4c6e-81ab-320ad01b30b5.
- HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação**

- de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. 132 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/3zcft/pdf/hartz-8585676361.pdf>.
- PENNA, C. M. M.; ALVES, M.; BRITO, M. J. M.; ABREU, T.; SOARES, C. E. O trabalho do gerente no cotidiano das unidades básicas de saúde. **REME – Rev. Min. Enf.**, v. 8, n. 4, p. 455-463, out./dez. 2004. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/705>.
- MACHADO, F. C. A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. A. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1149-1163, Abr. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00532014>.
- MAIA, L. S.; KORNIS, G. E. M. A Reorganização da Atenção à Saúde Bucal frente aos Incentivos Federais: A Experiência Fluminense. **Rev. APS**. Juiz de Fora. v. 13, n. 1, p. 84-95, jan./mar. 2010. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14366>.
- MARTINS, C. C.; WACLAWOVSKY, A. J. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS**, v. 4, n. 1. p. 100-109, jan./jun. 2015. <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/157>.
- MENDES, T. M. C. *et al.* Planos de cargos, carreiras e salários: perspectivas de profissionais de saúde do Centro-Oeste do Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.42, n. 119, p. 849-861, out./dez. 2018. <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n119/0103-1104-sdeb-42-119-0849.pdf>.
- MESQUITA, D.T.; MOREIRA, A. C. A.; XIMENES NETO, F. R. G. Satisfação profissional do gerente na estratégia saúde da família. **Rev. adm. saúde.**, v. 15, n. 59, p. 63-70, abr./jun. 2013. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-704507>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal – CECOL/UFPE. **Manual de Orientações Gerais para o Trabalho de Campo do PMAQ-CEO 2ºCiclo- Avaliação Externa**. Recife/PE. 2018. 21 p. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/1181966/1715042/Manual+de+Orienta%C3%A7%C3%B5es+Gerais-PMAQ-CEO.pdf/ef893007-8813-4732-bdf8-5d9fa557a810>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. In: (Org.). **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO): Manual Instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas 2º Ciclo (2015-2016)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 35 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_PMAQ_CEO_2_ciclo.pdf.
- MORA, C. T. R.; RIZZOTTO, M. L. F. Gestão do trabalho nos hospitais da 9ª região de saúde do Paraná. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1018-1032, oct./dec. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103110420151070695>.
- SEIDL, H. *et al.* Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 38, n. esp. p. 94-108, out. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S008>.

Canais De Comunicação Dos Usuários Atendidos Nos Centros De Especialidades Odontológicas Do Nordeste Na Perspectiva Dos Gestores: Avaliação Do PMAQ-CEO 1º Ciclo

Luisiane de Avila Silva

Avaliadora externa. Universidade Federal da Paraíba

Andreia Medeiros Rodrigues Cardoso

Coordenadora estadual da Avaliação externa na Paraíba
Centro Universitário de João Pessoa.

1 INTRODUÇÃO

O termo comunicar é proveniente do latim – *communicare* – e significa “colocar em comum” (ORÍÁ, 2004). De tal modo que a comunicação pode ser entendida como prática social que advém da interação entre seres humanos, expressa por meio da fala (aspecto verbal), escrita, comportamentos gestuais, distância entre os participantes e toque (aspectos não verbais) (FERMINO et al, 2007).

Assim a comunicação, dentro de uma perspectiva dialógica e educativa, deve ser entendida e direcionada para ocorrência de processos de comunicação que se transformem em formas de argumentação e de opinião, diferente dos processos de comunicação voltados para o exercício do poder de dominação, de manipulação e de coerção (OLIVEIRA, 2004).

As políticas públicas adquirem visibilidade quando efetivamente saem do papel, circulam e são apropriadas, convertidas em saberes e práticas pela população a que se destinam, e considera-se que a comunicação é parte inseparável nesse processo. Por este aspecto, podemos dizer que a natureza e a característica da comunicação são determinantes da qualidade e do sucesso da política em questão (ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J.M. 2007).

As Conferências, fóruns de debate entre todos os segmentos da sociedade com a finalidade de avaliar a situação de saúde do Estado, iniciaram durante o governo Vargas como um fórum estritamente técnico. A partir da década de 1980 passaram a contar com a representação de vários segmentos sociais que, a cada quatro anos, se reúnem para avaliar e propor diretrizes para as políticas nacionais, estaduais e municipais de saúde. A 11ª e a 12ª Conferências Nacionais de Saúde, realizadas em 2000 e 2003, respectivamente, enfatizaram a importância estratégica das ações de comunicação e informação para garantir a participação e o controle social da sociedade nas ações e nas políticas públicas de saúde. Foi assim que a comunicação, na 12ª Conferência, apareceu como um dos dez eixos temáticos ali apresentados e discutidos (RANGEL, 2004).

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, novos arranjos na relação entre trabalhador e população passaram a fazer parte da atenção à saúde, destacando-se a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação comunitária na organização e gestão dos serviços (CORIOLANO-MARINUS,2014). Dessa forma, no senso comum, a ideia de

participação é automaticamente ligada à ideia de democracia (TRETTEL,2015).

O direito ao acesso universal foi proveniente de reivindicações do movimento da Reforma Sanitária Brasileira nos anos 70, da 8ª Conferência Nacional de Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde Bucal (CNSB), iniciadas em 1986 (COSTA, 2006). No campo da Odontologia, em 2004, foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), intitulada Brasil Sorridente, criada em conformidade com os princípios doutrinários e organizativos do SUS e que visa à melhoria da saúde da população e à redução das desigualdades, ampliando e reorganizando o acesso à Atenção Secundária.

Esse processo ocorreu através da criação e implantação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), estabelecimentos de saúde que prestam serviços de média complexidade em saúde bucal com o objetivo de dar continuidade ao cuidado ofertado na Atenção Básica, garantindo a referência e contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal nesse nível de atenção (LUCENA, 2013). Embora o acesso dos brasileiros ao serviço público odontológico tenha melhorado nos últimos anos, de acordo com os dados da PNSB, havia ainda um grande nó crítico quanto ao acesso a serviços especializados (BRASIL, 2006).

Assim como o Brasil Sorridente, os CEO representam um aumento da diversidade de procedimentos disponíveis com o objetivo de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, ampliando o acesso ao nível secundário de atenção (BRASIL, 2006).

O Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) foi instituído pela portaria de nº 1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011, com o objetivo principal de estimular a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da atenção básica. Corresponde à negociação e pactuação entre as três esferas de governo, a gestão do SUS e o Ministério da Saúde. O PMAQ está organizado em quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa; e recontratualização (BRASIL, 2012).

O PMAQ CEO foi instituído no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal por meio da Portaria GM/MS nº 261, de 21 de fevereiro de 2013, e teve suas normas revisadas pela Portaria GM/MS nº 1.599, de 30 de setembro de 2015. O PMAQ-CEO insere-se em um contexto no qual o governo federal, progressivamente, se compromete e desenvolve ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS (BRASIL, 2017).

Em 2013, o Governo Federal ampliou o PMAQ aos CEO como estratégia de qualificação dos serviços especializados em saúde bucal. A ação de avaliar um programa está relacionada a necessidade de conhecer e identificar, tomar decisões, alterar e corrigir situações que podem ser melhoradas na busca de atingir o preconizado (BRASIL, 2013). O instrumento de avaliação externa do PMAQ-CEO contempla elementos relacionados a algumas características físicas que serão observados pelo avaliador de qualidade e a elementos relacionados à organização do processo de trabalho que serão verificados mediante entrevista com gerente do serviço e com profissionais de saúde (BRASIL, 2017).

Durante a entrevista com o gerente do serviço, na dimensão/bloco de perguntas V do questionário são avaliados diversos aspectos: acesso, utilização, marcação de consulta no CEO, acolhimento, vínculo e responsabilização, satisfação e participação do usuário. Neste bloco é examinada a presença ou não de comunicação entre os usuários e o CEO e a relevância dessas opiniões (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, todos os atores são valorizados, inclusive, os usuários. A força política dos usuários aumentou e pode estar relacionada ao aumento da capacidade de assimilação de conhecimento e informação, ampliando a conquista de espaços e a capacidade de argumentação. Os canais e tecnologias de informação e comunicação podem ser utilizadas por eles e possibilitar trocas de informação entre os diferentes atores envolvidos (MORAES, 2009).

Justifica-se, portanto, conhecer a existência ou não de canais de comunicação dos usuários dos CEO com a gestão destes, como relevante aspecto norteador da organização e do planejamento das ações na atenção secundária em saúde bucal. Diante do exposto, o objetivo do presente trabalho foi identificar quais canais de comunicação são utilizados pelos usuários atendidos nos CEO do Nordeste e se a gestão considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho, por meio do banco de dados da Avaliação PMAQ/CEO primeiro ciclo.

2 DESENVOLVIMENTO

A metodologia utilizada no estudo documental exploratório teve uma abordagem quantitativa e procedimento estatístico descritivo, por meio da análise de banco de dados secundários.

No primeiro ciclo de avaliações do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ-CEO), em 2014, 354 CEO do Nordeste foram avaliados e incluídos nesse estudo, tendo o instrumento de coleta de dados, na fase de avaliação externa, subdividido em 3 módulos: I- Observação no CEO, para avaliação da infraestrutura; II-Entrevista com gestor e um Cirurgião-Dentista, para avaliação do processo de trabalho; III-Entrevista com usuário, para avaliação de acesso e uso dos serviços no CEO (GOES, 2018).

Como resultado das avaliações dos CEO da região Nordeste, foi construído o banco de dados de domínio público, com o compilado da coleta referente ao 1º ciclo do PMAQ-CEO do instrumento – entrevista com o gerente, módulo II, contendo, dentre inúmeras informações, as relativas à Participação, Controle Social e Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário conforme quadro 1.

Quadro 1 – Variáveis extraídas da Avaliação Externa do PMAQ-CEO 1º ciclo utilizadas nesse estudo. (BRASIL, 2014).

PERGUNTAS	CÓDIGO	CATEGORIA	
O CEO realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário?	II.15.1	Sim	
		Não	
Existe documento que comprove	II. 15.1/1	Sim	
		Não	
		Não se aplica	
O CEO dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões?	II.15.2	Sim	
		Não	
Quais os canais de comunicação disponibilizados?	II.15.3.1	Telefone do CEO	Sim
			Não
			Não se aplica
	II.15.3.2	Telefone da Ouvidoria	Sim
			Não
			Não se aplica
	II.15.3.3	E-mail do CEO	Sim
			Não
			Não se aplica
	II.15.3.3	Site disponível ao Usuário	Sim
			Não
			Não se aplica
	II.15.3.4	Livros ou formulários	Sim
			Não
			Não se aplica
II.15.3.5			
A gestão do CEO considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?	II.15.4	Sim	
		Não	
		Não se aplica	

Os dados sobre mecanismos de avaliação de satisfação do usuário eram selecionados de acordo com a disponibilidade ou não e da sua comprovação. Os dados correspondentes aos tipos de canais de comunicação disponibilizados poderiam ser assinalados de forma cumulativa,

uma vez que os CEO poderiam apresentar todos as formas questionadas, sem necessidade de comprovação. Além desses dados, informações sobre a gestão do CEO considerando a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho foram incluídas, constante no Questionário II, no item 15.4, com a finalidade de compreender a efetividade da comunicação entre usuários e o CEO.

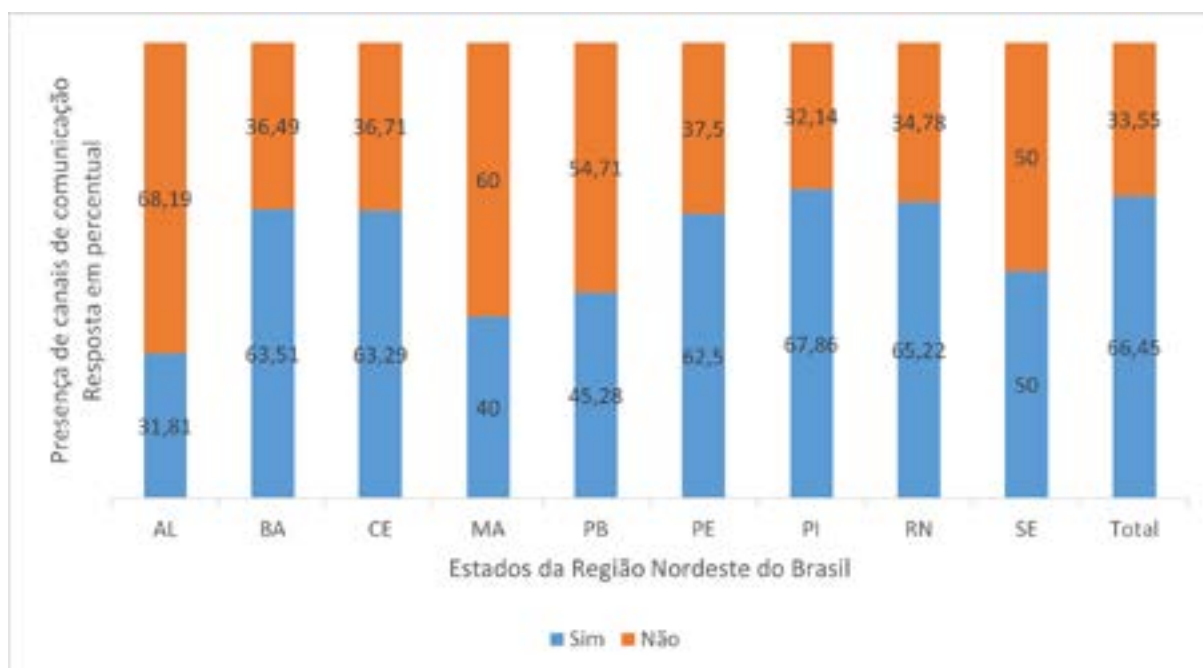
Os dados foram tabulados em software de planilha eletrônica Office Excel®365 e analisados por meio de estatística descritiva em programa estatístico SPSS®, versão 18.

Na região Nordeste do Brasil, o 1º ciclo do PMAQ CEO avaliou 354 CEO nos nove estados, sendo: 22 em Alagoas, 74 na Bahia, 79 no Ceará, 25 no Maranhão, 53 na Paraíba, 40 em Pernambuco, 28 no Piauí, 23 no Rio Grande do Norte e dez em Sergipe. Desses 354, quando perguntado ao gerente do CEO ou ao profissional que pudesse representá-lo se o CEO realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário, 202 (57,06%) relataram ter algum tipo de mecanismo de avaliação da satisfação dos usuários (Figura 1).

Entretanto, há serviços desprovidos de canais de comunicação com a população, o que pode ser fruto de falta de necessidade sentida pelos profissionais e gestores e à baixa adesão dos municípios ao processo de informatização nos serviços de saúde.

Dos 202 CEO do Nordeste que tinham mecanismos de avaliação, 177 (87,62%) apresentavam alguma forma de comprovação como a presença de número de telefone/e-mail da ouvidoria exposto, caixa de sugestões e livros ou formulários disponíveis para os usuários expressarem as suas opiniões, queixa, sugestões ou reclamações, conforme demonstrado na figura 2.

Figura 1 – Distribuição dos CEO, nos estados do Nordeste, que dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas sem necessidade de comprovação, Brasil 2014.



Quando questionados sobre quais canais de comunicação disponibilizavam (telefone do CEO, telefone/e-mail da ouvidoria, e-mail do CEO, site disponível ou livros ou formulários), as respostas foram variadas e estão demonstradas na figura 2 e na Tabela 1.

Considerando o uso de tecnologias da informação (TI), o e-mail do CEO foi disponibilizado em 37 (16,02%) dos 231 CEO nordestinos dotados de mecanismo de avaliação pelo usuário, enquanto a presença de algum site disponível ao usuário, com a possibilidade de ser da Prefeitura, das secretarias de saúde ou do próprio CEO, foi verificada em 21 (9,09%) e o uso de livros ou formulários como canais de comunicação foi verificado em 92 (39,82%) dos CEO da região Nordeste.

A presença maior de livros do que de meios eletrônicos pode estar relacionada à herança cultural dos registros realizados nos livros de ocorrência em Unidades Básicas de Saúde e nos Hospitais. Trabalha-se com o entendimento de que ter acesso às informações e às TI é fundamental, mas não suficiente ao enfrentamento das desigualdades em saúde ainda existentes, o que inclui a desigual inclusão digital de segmentos da sociedade brasileira diretamente envolvidos na definição das políticas de saúde: gestores, prestadores, trabalhadores e usuários. Soma-se a isso, a falta de necessidade sentida pelos profissionais e gestores e à baixa adesão dos municípios ao processo de informatização, além de desafios de ordem cultural já que muitos aplicativos se encontram na língua inglesa (MORAES et al, 2009).

No entanto, quando comparado ao e-mail ou ligação telefônica para a Ouvidoria, os livros podem permitir a ausência do anonimato nas sugestões ou reclamações ali presentes, pois todas as pessoas podem ter acesso às informações, além da possibilidade de ter danos ou ser extraviado. Portanto, é fundamental estimular a implantação e a difusão dos canais que facilitem e garantam a comunicação entre usuários, profissionais da saúde e gestores, proporcionando o aprimoramento contínuo de práticas e processos desenvolvidos nos CEO.

Pode-se atribuir a esse resultado os obstáculos tecnológicos e políticos e de ordem cultural, como a presença de linguagem diferente da nacional, dificuldade em atualização, entre os participantes do estudo (Moraes et al., 2009). Tal quadro poderia ser modificado a possibilidade de investimentos ou aquisição de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e com a educação permanente dos profissionais do CEO sobre a necessidade do controle social para o planejamento e qualificação dos serviços.

Por isso, muitos serviços de saúde apresentam preocupação em colocar meios físicos ou eletrônicos e formais para o recebimento de sugestões e críticas por parte da população atendida. Entretanto, é muito importante estimular o diálogo, informar, motivar, planejar e ter o retorno para tornar a comunicação mais clara e efetiva entre usuários, profissionais da saúde e gestores, proporcionando um melhor processo de trabalho e eficiência nas ações planejadas (BRASIL, 2014).

Figura 2 – Tipos de canais de comunicação presentes nos CEO nos estados do Nordeste, Brasil 2014.



O canal de comunicação dos usuários mais frequente nos CEO dos estados nordestinos foi o telefone da ouvidoria 70,99% dos CEO (figura 2). A existência de Ouvidoria está prevista no artigo 5º, caput, da Lei n. 9.961/2000 - trata-se de órgão que funciona como canal de comunicação entre a sociedade e o serviço, um canal direto entre usuários do SUS, a gestão municipal e a Agência Nacional de Saúde (ANS) (BRASIL, 2019a).

São considerados elementos essenciais para a avaliação do PMAQ AB e estratégicos no PMAQ CEO os mecanismos de participação e interação dos usuários, nos quais se verifica se estes conseguem fazer reclamações ou sugestões e se tem retorno, bem como se existe o telefone da ouvidoria (BRASIL, 2018).

Em 2011, o Disque Saúde passou por uma mudança, com a substituição do número 0800-611997 pelo número 136. A estratégia buscou facilitar a memorização do contato e, por consequência, ampliar o uso deste instrumento participativo, com a possibilidade de criação de uma identidade nacional para o serviço. O Disque Saúde busca atuar como canal de disseminação de informações, de estímulo à participação comunitária e ferramenta de gestão estratégica contribuindo, dessa forma, para melhorias no SUS, a partir dos anseios da população. Historicamente, sua existência pode garantir a internalização das demandas sociais na agência ou em qualquer órgão da administração pública (TRETTEL, 2015).

Apresença do telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde é item exigido nos estabelecimentos de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar (BRASIL, 2019b). Nos termos do artigo 37 do Decreto nº 7.508/11, o qual busca promover uma gestão que tenha como centro o cidadão, sua participação na definição das políticas de saúde e no seu controle, acesso à informação e disseminação de informações em saúde, conforto, respeito à intimidade e aos seus direitos e garantias constitucionais, e apoiar movimentos de mobilização social em defesa do SUS.

Nesse sentido, este estudo apresenta como limitação a falta de literatura específica sobre o tema no nível secundário de atenção à saúde. E, esclarece sobre a utilização dos diferentes canais de comunicação nos CEO contribuindo para novos direcionamentos da literatura e das práticas de gestão/cuidado realizadas nos CEO.

Tabela 1 – Tipos de canais de comunicação disponibilizados nos CEO dos estados da região Nordeste do Brasil que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões, Brasil, 2014.

Estados	Tipos de canais de comunicação									
	Telefone do CEO		Telefone/e-mail da Ouvidoria		E-mail do CEO		Site disponível ao usuário		Livros ou formulários	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
AL	3,3(4)	4,6(5)	3,0(5)	6,0(4)	2,7(1)	4,1(8)	0,0(0)	4,3(9)	2,2(2)	5,0(7)
BA	25,4(31)	18,3(20)	19,5(32)	28,4(19)	27,0(10)	21,1(41)	14,3(3)	22,9(48)	22,8(21)	21,6(30)
CE	20,5(25)	33,0(36)	29,9(49)	17,9(12)	40,5(15)	23,7(46)	47,6(10)	24,3(51)	32,6(30)	22,3(31)
MA	3,3 (4)	4,6(5)	3,7(6)	4,5(3)	0,0(0)	4,6(9)	4,8(1)	3,8(8)	7,6(7)	1,4(2)
PB	15,6(19)	9,2(10)	10,4(17)	17,9(12)	10,8(4)	12,9(25)	9,5(2)	12,9(27)	5,4(5)	17,3(24)
PE	12,3(15)	13,8(15)	15,2(25)	7,5(5)	8,1(3)	13,9(27)	4,8(1)	13,8(29)	9,8(9)	15,2(21)
PI	8,2(10)	7,3(8)	8,5(14)	6,0(4)	0,0(0)	9,3(18)	9,5(2)	7,6(16)	7,6(7)	7,9(11)
RN	7,4(9)	6,4(7)	5,5(9)	10,4(7)	8,1(3)	6,7(13)	9,5(2)	6,7(14)	8,7(8)	5,8(8)
SE	4,1(5)	2,8(3)	4,3(7)	1,5(1)	2,7(1)	3,6(7)	0,0(0)	3,8(8)	3,3(3)	3,6(5)
Total	122	109	164	67	37	194	21	210	92	139

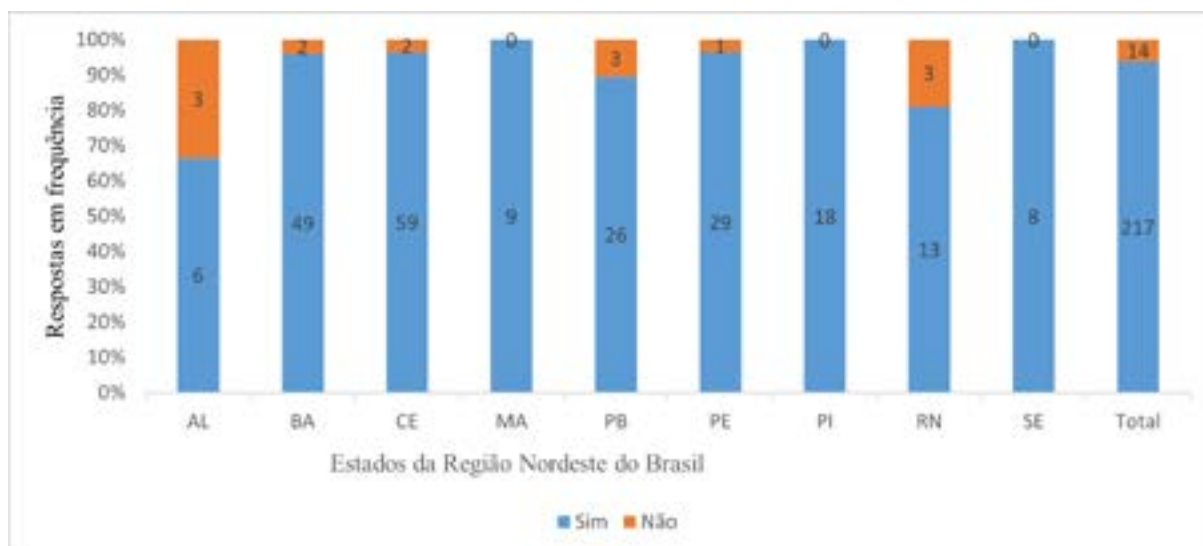
A opinião dos usuários para a reorganização e qualificação do processo de trabalho foi considerada em 217 CEO do Nordeste, ficando assim distribuídos nas equipes do CEO: 2,8% em Alagoas, 22,6% na Bahia, 27,2% no Ceará, 4,1% no Maranhão, 12,0% na Paraíba, 13,4% em Pernambuco, 8,3% no Piauí, 6,0% no Rio Grande do Norte e 3,7% em Sergipe (figura 3).

A realização de avaliações pode ser um importante argumento para subsidiar o planejamento e a tomada de decisão é uma alternativa para buscar soluções que visem superar as barreiras de acesso aos serviços de saúde bucal (MACHADO et al, 2015). Torna-se clara, portanto, a necessidade de estimular profissionais e gestores a considerarem a opinião dos usuários como aspecto fundamental na organização dos serviços, incorporando o controle social.

Na entrevista com o gerente é exigida a comprovação se o CEO realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário. Entretanto, o questionamento sobre a participação popular através dos canais de comunicação do CEO na reorganização e qualificação do processo de trabalho não necessita de nenhum tipo de comprovação, o que evidencia uma limitação quando analisada essa variável isoladamente. A solicitação desta comprovação seria interessante, com a apresentação de atas de reunião de planejamento ou outra forma de registro que permita a verificação da informação.

Desse modo, os dados encontrados a partir da participação popular geram impacto na tomada de decisão da gestão e no planejamento do CEO, o que demonstra a importância da oferta e garantia dos canais de comunicação e a necessidade de utilização dos mesmos pelos profissionais e gestores no processo de cuidado em saúde. E, evidencia uma falha no instrumento de avaliação quando não solicita comprovação do uso da opinião dos usuários para o planejamento das atividades do CEO.

Figura 3 – Frequência de CEO dos estados da região Nordeste do Brasil que consideram a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho, Brasil, 2014.



3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os CEO apresentam como canais de comunicação utilizados pelos usuários: telefone do CEO, telefone/e-mail da ouvidoria, e-mail do CEO, site disponível ao usuário e livros ou formulário, sendo a forma predominante nos estados da região Nordeste o uso do telefone da Ouvidoria. A gestão considera a opinião do usuário em grande parte dos CEO para a reorganização e qualificação do processo de trabalho, entretanto não há comprovação sobre essa prática.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J.M. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. 152 p. (Coleção Temas em Saúde). ISBN: 978-85-7541-125-4. <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/comsau.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 599, de 23 de março 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. Brasília, DF, 2006. Diário Oficial da União. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) - Manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 62 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978- 85-334-1899-8. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PMAQ Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Manual instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. Brasília, 2013; 34 p. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria- -Geral do SUS. **Ouvidoria Ativa do SUS: ampliando a escuta e o acesso à informação do cidadão**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/14/compendio-ouvidoria-ativa.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (Pmaq-CEO): manual instrutivo 2º Ciclo (2015-2017)**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 43 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_pmaqceo_preliminar.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Nota Metodológica da Certificação das Equipes da Atenção Básica**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Terceiro Ciclo, Brasília DF, 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/nota_metodologica_certificacao.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde, **História da Ouvidoria**. Disponível em: <<http://saude.sp.gov.br/ouvidoria-da-secretaria-da-saude-de-sao-paulo/historia-da-ouvidoria/a-importancia-da-ouvidoria-do-sus>>. Acesso em 01 de novembro de 2019.a

BRASIL. Ministério da Saúde, **Ouvidoria do SUS**. Disponível em <http://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/ouvidoria-do-sus>. Acesso em 30 de outubro de 2019.b

COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. (orgs.) **A política nacional de saúde bucal no Brasil**: registro de uma conquista histórica. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde 11, Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS, 2006. 67 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf.

CORIOLO-MARINUS, M. W. L.; QUEIROGA, B. A. M.; RUIZ-MORENO, L.; LIMA, L. S. Comunicação nas práticas em saúde: Revisão integrativa da literatura. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, oct./dec. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104->

FERMINO, T. Z.; CARVALHO, E. C. A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa. **Cogitare enferm.**, Porto Alegre, v. 12, n. 3, p. 287-295, jul./ago. 2007. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-16097>.

GOES, P. S. A. *et al.* Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 18, n. 1, p. 1-11, e3433, 2018. <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3433/pdf>.

LUCENA, E. H. G. **Análise descritiva da coordenação dos cuidados em saúde bucal pela Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família: O caso de João Pessoa/PB**. Dissertação (FS – Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/13781>.

MACHADO, F. C. A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. A. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciênc. saúde coletiva**, [online], Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1149-1163, Abr. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00532014>.

MORAES, I.H.S. *et al.* Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, [online], Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 879-888, June 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/en_23.pdf.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 56-69, maio/ago. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/06.pdf>.

ORIÁ, M. O. B; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J. F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional com o cliente hospitalizado. **Rev. Eletr. Enferm.** v. 06, n. 02, p. 292-297, 2004. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf.

RANGEL, M. L; MARQUES, T; COSTA, E. Oficina Nacional de Vigilância Sanitária: termo de referência. Salvador: **Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, 2004. 21 p. SANTOS.

TRETTEL, D. B; LEÃO, L. N. Teoria e prática da participação na agência nacional de saúde suplementar. **R. Dir. sanit.**, São Paulo, v. 15 n.3, p. 91-121, nov. 2014/fev. 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/97329>.

Utilização De Protocolos Odontológicos Para Encaminhamento De Pacientes No Estado Do Pará

Mayara Sabrina Luz Miranda

Avaliadora do 2º Ciclo do PPMAQ-CEO.
Universidade Federal do Pará.

Danielle Tupinambá Emmi

Coordenadora do Estado do Pará do 2º Ciclo do PMAQ-CEO.
Universidade Federal do Pará.

RESUMO

Introdução: A utilização de protocolos odontológicos para encaminhamento é de fundamental importância para o fluxo adequado de pacientes dentro da rede hierarquizada de serviços odontológicos no Sistema Único de Saúde (SUS). Os protocolos são ferramentas da gestão que têm a função de orientar as decisões dos profissionais e facilitar a referência e contrarreferência de pacientes entre a atenção primária e a atenção especializada. Muitos gestores e profissionais não estabelecem critérios claros para o encaminhamento e, não tem conhecimento sobre a utilidade e importância dessa ferramenta para a melhoria da rede hierarquizada de serviços. **Objetivo:** Conhecer a realidade do estado Pará com relação à utilização de protocolos clínicos de encaminhamento de pacientes entre a Atenção Básica e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal onde foram utilizados os microdados do Módulo II da etapa de Avaliação Externa (AE) do 1º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) de 28 CEO avaliados no Pará. Utilizou-se estatística descritiva para análise dos dados. **Resultados:** Observou-se que em relação ao critério utilizado para o encaminhamento das equipes de saúde bucal para os CEO a “ordem de chegada” é utilizada em 60,7% dos estabelecimentos. Em 71,4% dos CEO os pacientes referenciados para as especialidades de Cirurgia Oral, Endodontia, Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) e Periodontia possuíam a ficha de referência por escrito ou por meio eletrônico. Sobre a utilização de protocolos clínicos, as especialidades Cirurgia oral, Endodontia, PNE e Periodontia foram as que mais utilizaram esses protocolos (32,1%). **Conclusão:** A utilização de protocolos que orientem o encaminhamento dos pacientes para os CEO do estado do Pará ainda é deficiente. A educação permanente voltada para os profissionais e a criação de um protocolo único para o estado poderiam ser estratégias úteis para melhorar o fluxo da rede de atenção à saúde bucal.

Palavras-chave: Assistência Odontológica. Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Atenção Secundária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The use of dental protocols for referral is of fundamental importance for the proper flow of patients within the hierarchical network of dental services in the Unified Health System

(SUS). Protocols are management tools that have the function of guiding professionals' decisions and facilitating the referral and counter-referral of patients between primary and specialized care. Many managers and professionals do not establish clear criteria for referral and are unaware of the usefulness and importance of this tool for improving the hierarchical network of services. **Objective:** To know the reality of the state of Pará regarding the use of clinical referral protocols of patients between Primary Care and the Centers for Dental Specialties (CEO). **Methods:** This is a descriptive cross-sectional study. The microdata referring to the External Evaluation (EA) stage of the 1st Cycle of the Access and Quality Improvement Program of the Centers for Dental Specialties (PMAQ-CEO) was used. Descriptive analysis of the referral axis data of the 28 CEOs evaluated in Pará was performed. **Results:** Regarding the criteria used for referral of oral health teams to the CEOs, it was found that the "arrival order" is used in 60.7%. CEOs. In 71.4% of CEOs patients referred to the specialties of Oral Surgery, Endodontics, Patients with Special Needs (PNE) and Periodontics have the reference form written or electronically. Regarding the use of clinical protocols, the minimum specialties: Oral Surgery, Endodontics, PNE and Periodontics were the ones that most used these protocols (32.1%). **Conclusion:** The use of protocols that guide the referral of patients to the CEOs of the state of Pará is still deficient. Continuing education for professionals and the creation of a single state protocol could be useful strategies to improve the flow of the oral care network.

Keywords: Dental Care. Unified Health System. Primary Health Care. Secondary Care.

1 INTRODUÇÃO

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) podem ser considerados uma inovação dentro da Política Nacional de Saúde Bucal, o Brasil Sorridente. Algumas pesquisas realizadas após a sua implantação mostraram avanços na ampliação da oferta, cobertura e uso destes serviços e aumento do grau de satisfação dos usuários (LIMA *et al.*, 2010; MAGALHAES *et al.*, 2015).

Nos últimos anos têm crescido no Brasil as iniciativas para institucionalizar a avaliação em saúde, na intenção de fundamentar intervenções setoriais, mesmo que ainda com caráter prescritivo e burocrático (FELISBERTO *et al.*, 2012).

A avaliação dos serviços de saúde é uma importante ferramenta para administradores e órgãos de saúde. O processo de geração de informações deve servir de melhoria para a tomada de decisão e buscar utilizar a avaliação como indutor para melhorar a qualidade dos serviços e programas de saúde (GOES *et al.*, 2012)

Com o objetivo de induzir a melhoria do acesso e qualidade da Atenção Básica (AB), o Ministério da Saúde implantou por meio da portaria GM/ MS 1.654 de 19 de julho de 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e, mais recentemente, dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), apresentam-se como estratégia comprometida com a produção de mudanças no processo de trabalho das

equipes (BRASIL, 2012; 2013).

De acordo com o relatório do primeiro ciclo de Avaliação Externa do PMAQ- CEO o Pará possuía 32 CEO distribuídos em 25 municípios do Estado do Pará. Aderiram ao PMAQ-CEO 25 estabelecimentos, sendo 29 avaliados, e 03 CEO estavam em reforma estrutural não participando do processo de avaliação externa. Dos 29 CEO avaliados, 16 (55,2%) eram do tipo I; 8 (27,6%) do tipo II; 5 (17,2%) do tipo III (BRASIL, 2016).

O princípio da “Integralidade” em saúde, definido na Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990), o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos exigidos para cada caso e deve estar presente em todos os níveis de complexidade do sistema. Esse princípio incorpora a premissa de garantir atenção à saúde nos três níveis de saúde, configurando o conceito de rede de atenção à saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2002)

A rede de atenção à saúde é importante para resolubilidade nos serviços de saúde. O nível de atenção secundária tem de assegurar o acesso dos usuários à consulta e exames especializados, indispensáveis para os diagnósticos advindos da Atenção Primária à Saúde (APS) (SERRA; RODRIGUES, 2010).

O acesso à atenção odontológica apresenta desigualdades marcantes no Brasil, com indefinições sobre as funções do CEO perante os principais agravos bucais. Ademais, conflitos são observados na integração entre a APS e a atenção especializada, não apenas na referência inadequada, mas na chegada de usuários sem a devida adequação do meio bucal e promoção, funções atribuídas à APS (CHAVES, 2011).

Segundo Chaves e colaboradores (2010), é indispensável que haja uma rede de atenção primária estruturada e bem articulada, capaz de operacionalizar a referência e contrarreferência de usuários, para a garantia da integralidade na assistência à saúde bucal.

Os protocolos clínicos com definição de diretrizes terapêuticas e priorização de casos para referência são instrumentos importantes para organização do processo de trabalho no cuidado aos usuários (PROTASIO *et al.*, 2014).

A falta de utilização de protocolos clínicos na área odontológica pode ser um dos possíveis fatores para o inadequado encaminhamento de pacientes ao nível de atenção especializada. O desconhecimento dos profissionais e gestores ou mesmo a inexistência desses protocolos contribuem para a baixa utilização dessa ferramenta, contribuindo com a superlotação do serviço de atenção especializada, com demandas que poderiam ser solucionadas na atenção básica.

2 MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO E AMOSTRA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e com abordagem quantitativa, desenvolvido a partir de dados secundários obtidos da Avaliação Externa (AE) do 1º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), ocorrido entre

os anos de 2013 e 2015.

No 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-CEO foi realizado censo dos estabelecimentos implantados, totalizando 932 CEO em todo o país (GOES *et al.*, 2018). No estado do Pará 28 CEO passaram pelo processo de AE.

2.2 LOCAL DE ESTUDO, AMOSTRA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para este estudo foram utilizados os dados referentes ao Módulo II do instrumento de Avaliação Externa. O módulo II corresponde à entrevista com os profissionais do CEO (Gerente e pelo menos um Cirurgião-Dentista), com questões sobre processo de trabalho e sobre a organização do cuidado com o usuário. Este módulo foi respondido por 28 CEO do Pará, visto que em um dos estabelecimentos avaliados, o gerente não estava no local, inviabilizando as respostas referentes a este módulo.

Os critérios de inclusão e exclusão foram os mesmos adotados no Manual Instrutivo do PMAQ-CEO. Como critério de inclusão do profissional cirurgião- dentista, este deveria ser selecionado por meio de sorteio realizado pelo avaliador, não podendo ser indicado pelo gerente do CEO. Foram excluídos os estabelecimentos de saúde que até a data da AE estavam em reforma e os locais que não permitiram o acesso aos avaliadores após três tentativas de marcação de visita.

2.3 COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS

Os microdados do 1º ciclo da AE-PMAQ/CEO foram obtidos por meio do site do Departamento de Atenção Básica (DAB/ SUS). As informações do Módulo II- Entrevista com o Gerente do CEO e Profissional foram exportadas para o programa Microsoft Office 2010 para assim constituir um banco de dados.

Para fins de análise, foram selecionadas as variáveis referentes ao bloco 10 - “O CEO na rede de atenção à saúde: ordenamento e definição de fluxos”, selecionadas do Módulo II do Instrumento do PMAQ- CEO (Quadro 1).

Quadro 1– Perguntas selecionadas do Módulo II do Instrumento do PMAQ- CEO

Variável	Descrição	Categorização
Critério para o encaminhamento	Questão VIII.10.2: Qual critério utilizado pela equipe de saúde bucal da atenção básica para o encaminhamento do usuário para o CEO?	1- Por ordem de chegada 2- Estratificação de risco 3-Prioridade de programas 997- Não sabe/ não respondeu

Referência por meio escrito ou eletrônico	<p>Questões VIII.10.4.1- 4.10:</p> <p>O CEO recebe o usuário referenciado da unidade básica de saúde com o termo, por escrito ou por meio eletrônico, com a descrição do caso, critérios clínicos definidos e tratamentos clínicos prévios realizados?</p>	<p>1- Sim</p> <p>2- Não</p> <p>998- Não se aplica</p>
Protocolos clínicos pactuados de encaminhamento	<p>Questões VIII.10.5.1- 5.10:</p> <p>Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para as seguintes especialidades?</p>	<p>1- Sim</p> <p>2- Não</p>

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

2.4 ANÁLISE DE DADOS

Foi realizada análise descritiva no programa estatístico Statistical Package for Social Sciences – SPSS versão 25.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). A análise descritiva foi apresentada utilizando-se frequências absolutas e relativas.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa realizada com dados secundários de domínio público não foi necessária submissão para aprovação do Sistema CEP (Comitês de Ética em Pesquisa) / CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). Contudo, a pesquisa primária já havia sido submetida com o registro nº 740.974 sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), obtendo parecer favorável sob o CAAE 23458213.0.0000.5208. Foram obedecidos os requisitos referentes ao desenvolvimento de pesquisa com seres humanos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS

No 1º ciclo de AE do PMAQ- CEO foram avaliados 29 CEO no estado do Pará, tendo 28 CEO respondido o módulo II do Instrumento de Avaliação Externa. Onze (11) desses CEO estavam localizados nos sete municípios da Região Metropolitana de Belém. Os demais estabelecimentos estavam distribuídos em municípios de outras regiões do estado.

A “ordem de chegada” é utilizada como critério de encaminhamento em 60,7% dos CEO, seguido de 28,6% para estratificação de risco e 7,1% para prioridade de programas (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição da frequência quanto ao critério utilizado pela equipe de saúde bucal para o encaminhamento do usuário para o CEO. Pará, 2014.

Critério	n	%
Por ordem de chegada	17	60,7
Estratificação de risco	8	28,6
Prioridade de programas	2	7,1
Não sabe/não respondeu	1	3,6
Total	28	100,0

Fonte: Elaboração própria com dados AE- PMAQ-CEO/SUS/1º Ciclo

Em 71,4% dos CEO os pacientes referenciados para as especialidades de Cirurgia Oral, Endodontia, Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) e Periodontia possuíam a ficha de referência por escrito ou por meio eletrônico. Já nas especialidades de Estomatologia e Odontopediatria, em 46,4% dos CEO os usuários são referenciados com os termos (Tabela 2).

As taxas diminuem ao se verificar as especialidades de Prótese Dentária (39,3%), Radiologia (17,9%), Ortodontia (17,9%) e Implantodontia (3,6%). Foram encontradas altas taxas de “Não se aplica” nas especialidades da Radiologia (57,1%), Ortodontia/Ortopedia (82,1%) e Implantodontia (92,8%), isso ocorreu em virtude da não oferta dessas especialidades nos CEO no Pará (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da frequência quanto ao recebimento do usuário no CEO com o termo de referência por meio escrito ou eletrônico. Pará, 2014.

Especialidade	Sim		Não		Não se aplica	
	n	%	n	%	n	%
Cirurgia oral	20	71,4	8	28,6	0	0
Endodontia	20	71,4	8	28,6	0	0
PNE	20	71,4	8	28,6	0	0
Periodontia	20	71,4	8	28,6	0	0
Estomatologia	13	46,4	15	53,6	0	0
Radiologia	5	17,9	7	25	16	57,1
Odontopediatria	13	46,4	7	25	8	28,6
Prótese dentária	11	39,3	8	28,6	9	32,1
Implantodontia	1	3,6	1	3,6	26	92,8
Ortodontia/ortopedia	5	17,9	0	0	23	82,1

Fonte: Elaboração própria com dados AE- PMAQ-CEO/SUS/1º Ciclo.

As especialidades Cirurgia oral, Endodontia, PNE e Periodontia foram as que mais utilizaram protocolos (32,1%). Nas especialidades de Estomatologia e Odontopediatria esses protocolos foram utilizados em 28,6% dos CEO. Já na especialidade de Prótese Dentária a taxa encontrada foi de 21,4%. As especialidades de Implantodontia, Ortodontia e Radiologia mais uma vez apresentaram os menores percentuais com: 0,0%, 7,1% e 10,7%, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da frequência quanto à utilização de protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica ao CEO. Pará, 2014.

Especialidade	Sim		Não		Não se aplica	
	n	%	n	%	n	%
Cirurgia oral	9	32,1	19	67,9	0	0
Endodontia	9	32,1	19	67,9	0	0
PNE	9	32,1	19	67,9	0	0
Periodontia	9	32,1	19	67,9	0	0
Estomatologia	8	28,6	20	71,4	0	0
Radiologia	3	10,7	11	39,3	14	50
Odontopediatria	8	28,6	11	39,3	9	32,1
Prótese dentária	6	21,4	14	50	8	28,6
Implantodontia	0	0	2	7,1	26	92,9
Ortodontia/ortopedia	2	7,1	3	10,7	23	82,1

Fonte: Elaboração própria com dados AE- PMAQ-CEO/SUS/1º Ciclo.

4 DISCUSSÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) lançada em 2003 se constituiu como um conjunto de ações que buscou assegurar a integralidade da atenção odontológica (BRASIL, 2004). A criação dos CEO foi uma das principais estratégias para ampliar o acesso e qualificar a oferta de serviços na atenção de média complexidade.

É fundamental que os serviços de saúde sejam avaliados objetivando a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados. Nesse contexto surgiu o PMAQ-CEO, com o propósito de melhorar o acesso e qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (BRASIL, 2013). Além disso, os estudos sobre atenção secundária têm crescido e são importantes instrumentos de avaliação das ações desses serviços (FREITAS *et al.*, 2016).

O atendimento nos CEO deve ser norteado pela integralidade da atenção. A avaliação da integralidade é associada ou mesmo confundida com medidas de acesso. Dessa forma, o acesso dos usuários e sua trajetória entre os níveis de atenção, também chamada de “interface”, são primordiais para a efetivação desse e dos demais princípios do SUS (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Sabe-se que os CEO são unidades de saúde destinadas ao atendimento odontológico especializado, servindo de referência para a atenção primária.

No estudo de Freitas e colaboradores (2016) foi verificada uma produção acentuada de procedimentos básicos pela maioria dos CEO, os quais não são de competência da atenção especializada. Essa situação também foi identificada por Figueiredo e Goes (2009) em estudo com CEO do Estado de Pernambuco, sugerindo mais pesquisas relacionando a organização e articulação da rede de AB naquele estado.

Um efetivo sistema de referência e contrarreferência (RCR) é considerado o principal elemento para a integração das redes de saúde. Uma rede de atenção primária bem estruturada e articulada, que seja capaz de operacionalizar a referência e contrarreferência é indispensável para a garantia da integralidade na assistência à saúde bucal (CHAVES *et al.*, 2010).

No presente estudo, o objetivo central foi avaliar a utilização de protocolos clínicos para o encaminhamento dos pacientes da Atenção Básica para os CEO no Pará. Entretanto, para melhor entendimento foram abordados outros pontos relacionados a esse processo. Constatou-se que 60,7% dos pacientes tiveram acesso aos CEO utilizando o parâmetro “ordem de chegada” e apenas 28,6% por estratificação de risco. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), deve-se considerar a gravidade e sofrimento do paciente para realizar o atendimento.

Casotti e colaboradores (2014) afirmaram que os serviços de saúde bucal devem ser organizados de acordo com as necessidades da população, com pactuação de critérios de risco e vulnerabilidade, além de desenvolver protocolos de atenção.

As especialidades mínimas do CEO foram as que mais receberam os usuários com a referência, a exceção foi a especialidade de Estomatologia. Semelhante aos achados deste estudo, Lorena-Sobrinho e colaboradores (2015) também encontraram baixos percentuais de referência para as especialidades de Implantodontia e Ortodontia. Os autores acreditam que o motivo seja devido a recente incorporação destas especialidades, o que ocorreu por meio da Portaria 718 de 20 de Dezembro de 2010 (BRASIL, 2010). Contudo, afirmam que nas especialidades mínimas os resultados deveriam ter sido melhores, por se constituírem como especialidades obrigatórias dos CEO.

A utilização de protocolos clínicos pactuados que definem fluxos de encaminhamento de pacientes foi relatada em 32,1% dos CEO nas especialidades de Endodontia, Periodontia, Cirurgia oral menor e PNE. As especialidades de Estomatologia e Odontopediatria obtiveram um percentual de 28,6%.

Casotti e colaboradores (2014) relataram a existência de protocolos em 78% das equipes de saúde bucal com CEO. As regiões Norte (77,9%) e Nordeste (77,4%) foram as que apresentaram os menores percentuais. Esses autores também encontraram que a utilização de protocolos na especialidade de Prótese Dentária nas regiões Norte (25,8%) e Nordeste (27,4%) também apresentou as menores proporções, semelhante aos 21,4% encontrado em neste estudo.

A situação da especialidade de Estomatologia no estado do Pará é preocupante, visto que a referência de usuários foi 46,8% e a utilização de protocolos 28,6%. A utilização de protocolos nessa especialidade pode auxiliar os profissionais na detecção de lesões suspeitas de malignidade e direcionamento dos pacientes aos serviços especializados para realização do diagnóstico e tratamento.

Casotti e colaboradores (2014) também relataram preocupação com relação à demora e falta de acesso ao diagnóstico oral. A região Norte foi a que apresentou a pior condição de acesso ao paciente com suspeita de câncer oral (69%). A demora na região Norte foi outro ponto citado por esses autores, 63,8% dos pacientes chegaram a esperar por mais de um ano para ter acesso ao diagnóstico. Segundo esses autores, esses fatores explicam em parte a confirmação tardia do diagnóstico do câncer bucal (BIAZEVIC *et al.*, 2006; SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010).

Os protocolos clínicos com definição de diretrizes terapêuticas e priorização de casos para referência são instrumentos importantes para organização do processo de trabalho no cuidado aos usuários (PROTASIO *et al.*, 2014). Esses autores encontraram em seu estudo que 75% das unidades do estado da Paraíba não possuíam esses protocolos.

Protasio e colaboradores (2014) sugerem que a educação permanente pode ser utilizada para promover um melhor entendimento dos profissionais sobre o fluxo de RCR, principalmente os atores diretamente envolvidos, como trabalhadores das distintas redes e gestores. Além disso, deve-se aproximar os profissionais que atuam na Atenção Básica àqueles que atuam nos demais níveis da rede de serviços, por exemplo, através da cooperação horizontal.

A cooperação horizontal, uma estratégia já utilizada no PMAQ- AB (BRASIL, 2015) pode ser ampliada para os profissionais atuantes nos outros níveis da rede de atenção. Essa estratégia pode contribuir para a superação dos desafios existentes na gestão municipal e do processo de trabalho das equipes. Isso ocorre por meio da disseminação de saberes, conhecimentos técnicos, experiências vividas e práticas de gestão e cuidado aos usuários.

5 CONCLUSÃO

Os resultados apresentados demonstraram a frágil interface das equipes de saúde bucal da Atenção Básica e CEO do estado do Pará no que diz respeito ao fluxo de encaminhamento dos pacientes, com enfoque na utilização de protocolos clínicos. Foi possível perceber que os protocolos são mais utilizados nas especialidades obrigatórias e que, dentre essas, na especialidade de Estomatologia essa taxa é menor, o que gera preocupação para o diagnóstico precoce de câncer de boca.

A educação permanente pode ser utilizada como uma alternativa para melhorar o entendimento dos profissionais das equipes da Atenção Básica, dos CEO e de gestores de forma a refinar a atuação desses profissionais no fluxo de referência e contrarreferência. A cooperação horizontal também pode ser ampliada a outros níveis de atenção à saúde, visando disseminar a troca de conhecimento e experiências entre os profissionais da Rede de Atenção à Saúde

Uma estratégia válida seria a criação de um protocolo único para os CEO do estado, visando esclarecer e reformular o fluxo de encaminhamento de pacientes, além de estabelecer as competências de cada nível de atenção à saúde bucal.

Por fim, a expectativa é que os dados coletados no 2º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-CEO demonstrem a melhora não somente em relação ao encaminhamento e utilização de protocolos clínicos, mas o aprimoramento no processo de trabalho, a melhoria da estrutura dos CEOS e consequentemente maior satisfação dos usuários desses serviços.

REFERÊNCIAS

BIAZEVIC, M. G. H. *et al.* Tendências de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, Out. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/09.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2019.

BIAZEVIC, M. G. H.; CASTELLANOS, R. A.; ANTUNES, J. L. F.; CROSATO, E. M. Tendências de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, Out. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/09.pdf>.

BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 128, n. 182, p. 18055, 1990. https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1570, de 29 de julho de 2004. **Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias**. Brasília: Diário Oficial da União, 30 jul. 2004b p. 71. Seção 1. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570_29_07_2004.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica - n.º 17. Brasília, 92 p. 2008. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 718 de 20 de dezembro de 2010. **Altera a estrutura da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS**. Diário Oficial. República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2010. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0718_20_12_2010.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) - Manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 62 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978- 85-334-1899-8. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade PMAQ: Manual instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas**. Brasília, 2013; 34 p. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): **Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 - 2016)** [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015. 80 p. Disponível em: http://subpav.org/download/pmaq/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf. Acesso em: 12 nov. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. In: FIGUEIREDO, N; GOES, P. S. A; MARTELLI, P. J. L. (orgs.)

Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais.

Recife: Editora UFPE, 2016. 100 p. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/RELAT%C3%93RIO_1%C2%BA+Ciclo+-+PMAQ_CEO.pdf/fede7926-f16e-4c6e-81ab-320ad01b30b5. Acesso em: 10 nov. 2019.

CASOTTI, E.; CONTARATO, P. C.; FONSECA, A. B. M.; BORGES, P. K. O.; BALDANI, M. H. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 140-157, Out. 2014. <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0140.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2019.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p.143-154, jan. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/15.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Rev. Saúde Pública**. [online]. São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1005-1013. Oct. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000041>. Acesso em: 10 nov. 2019.

FELISBERTO, E *et al.* Institucionalização da avaliação em Saúde. In: MOYSÉS, S. M; GOES, P. S. A (Org.). **Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde Bucal**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 2012, p.149-156.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-267, Fev. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200004>. Acesso em 9 nov. 2019.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra-referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc Cuid Saúde**, v. 7, n.1, p. 65-72, jan./mar. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v7i1.4908>. Acesso em: 10 nov. 2019.

FREITAS, C. H. S. M. *et al.* Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 131-143, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080011>. Acesso em: 09 nov. 2019.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37–61, jan./abr. 2002. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Sistemas-MunicipaisSa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

GOES, P.S.A. *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 28, p. 81s-89s, 2012. Supl. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300009>. Acesso em: 10 nov. 2019.

GOES, P. S. A. *et al.* Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 18, n. 1, p. 1-11, e3433, 2018. <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3433/pdf>. Acesso em: 28 out. 2019.

LIMA, A.C.S.; CABRAL, E. D.; VASCONCELOS, M. M. V. B. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [online], Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 991-1002, maio 2010. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/21.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

LORENA-SOBRINHO, J. E. *et al.* Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 136-146, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00136.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2019.

MAGALHÃES, B. G. *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. **Cad. saúde colet.** [online], Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 76-85, 2015. <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n1/1414-462X-cadsc-23-01-00076.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

PROTASIO, A. P. L. *et al.* Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde debate**, [online]. Rio de Janeiro, v. 38, n. spe. p. 209-220, out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0209.pdf>.

SANTOS, L. C. O; BATISTA, O. M; CANGUSSU, M. C. T. S. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. **Braz j. otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 76, n. 4, p. 416-422, July/ago. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/bjorl/v76n4/en_v76n4a02.pdf. Acesso em: 10 nov. 2019.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, Supl. 3, p. 3579–3586, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a33.pdf>. Acesso em: 10 Nov. 2019.

Formação Dos Cirurgiões-Dentistas Em Centro De Especialidades Odontológicas Por Região De Saúde Na Bahia

Wagner Couto Assis

Avaliador externo do segundo ciclo do PMAQ-CEO,
Cirurgião-Dentista.

Sônia Cristina Lima Chaves

Doutora em Saúde Pública, Professora da
Universidade Federal da Bahia.

Cezar Augusto Casotti

Professor Titular do Curso de Odontologia da,
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

1 INTRODUÇÃO

A inserção do Cirurgião-Dentista (CD) no Sistema Único de Saúde (SUS), através da equipe de saúde bucal ocorreu quase vinte anos após a realização da I Conferência Nacional de Saúde Bucal e do I Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal, realizados 1986 (ROSSI; CHAVES, 2015). Assim, a grande mudança no mercado odontológico brasileiro ocorreu após a inclusão em 2004 da política de saúde bucal (Brasil Sorridente) no SUS (SAN MARTIN et al., 2018).

A partir desse momento as políticas públicas expandiram o acesso a saúde bucal na atenção básica e na média e alta complexidade, com a implementação dos CEO. Dessa forma, cirurgiões-dentistas com especialização também encontraram seu espaço no setor público (PIRES, 2015), tendo em vista que o Ministério da Saúde (MS) sugere que os profissionais que atuam nos CEO tenham preferencialmente especialização nas áreas em que desempenhavam suas atividades clínicas (BRASIL, 2010).

Antes do lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), a assistência odontológica era precária com atividades pontuais e os procedimentos odontológicos especializados eram escassos. Os Centros de Especialidades Odontológicas na média e alta complexidade possibilitou a reorganização do serviço odontológico e a oferta no serviço público das especialidades odontológicas (ROSSI; CHAVES, 2015). Portanto, os CEO foram criados para se tornar referência para a atenção básica, ofertando, integrados ao planejamento, as especialidades de periodontia, diagnóstico bucal, endodontia, cirurgia oral menor, odontopediatria, ortodontia, implantodontia, estomatologia, prótese e pacientes com necessidades especiais (OLIVEIRA et al., 2015).

Aliado a implantação das políticas de saúde bucal, o cenário da Odontologia brasileira passou por transformações relacionadas ao mercado de trabalho, tornando-o mais heterogêneo (BLEICHER, 2012). Desde então, o número de CD que trabalham no serviço público aumentou aproximadamente 50% (cerca de 65.560 profissionais em 2010), tornando-o o maior empregador de dentistas. Estima-se que cerca de 24% dos CD no Brasil tenham algum vínculo com o SUS, em tempo parcial ou integral (PUCCA, 2015).

Além disso, observa-se que houve grande qualificação dos CD para o mercado de trabalho, isso se deve principalmente à lógica do capitalismo na prestação de serviços e a concorrência de mercado, isto faz com que os CDs diversifiquem suas atuações (FRICHEMRUDER; HUGO; HILGERT, 2017). Assim, de acordo com o Conselho Federal de Odontologia (CFO) soma-se 118.349 cirurgiões-dentistas especialistas no Brasil, sendo a ortodontia, 23,13%, a especialização com o maior número de especialistas, seguida da endodontia, 13,54% e implantodontia 13,51%. Já as especialidades de estomatologia e pacientes com necessidades especiais juntas corresponde apenas 1,4% dos profissionais com formação específica (CFO, 2019).

A distribuição dos profissionais especializados é desigual no território nacional (COSTA, 2017). Nota-se elevada ligação entre o número de cursos de Odontologia e o número de CD presentes em cada estado, possivelmente pela permanência desses egressos no local onde foram graduados. O estado de São Paulo tem mais cursos do que toda a região Nordeste ou Sul, bem como o dobro de cursos do que a região Norte. Da mesma forma, a região Sul tem duas vezes mais cursos do que o Centro-Oeste e quase duas vezes mais que a região Norte (SAN MARTIN et al., 2018). Assim sendo as regiões brasileiras do Sul e Sudeste apresentam uma concentração de cirurgiões-dentistas, já o interior dos estados do Norte e Nordeste, os quais apresentam os menores números de cursos de Odontologia apresentar-se déficit (PARANHOS et al., 2009).

Ainda, após o término da graduação os cirurgiões–dentistas tendem a buscar uma educação continuada e acabam permanecendo nas regiões próximas de universidades e instituições de ensino que possibilitam a realização de cursos de pós-graduação (mestrado, doutorado ou cursos de especialização) (CHISINI et al., 2015). Assim, isso pode ser um reflexo do alto número de profissionais com especialização concentrados nas capitais brasileiras (SAN MARTIN et al., 2018).

Diante disso, o objetivo deste estudo é avaliar por regiões de saúde os Centros de Especialidades Odontológicas existentes no estado da Bahia com relação à formação dos cirurgiões-dentistas, tratamentos e equipamentos disponíveis por especialidades.

2 MÉTODO

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo realizado a partir de dados secundários do Programa de Melhoria e Acesso de Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas pmaq/ceo 1º ciclo.

O PMAQ/CEO foi organizado em quatro fases que se complementam e que formam um ciclo contínuo, estabelecidos em: 1ª Fase - Adesão e Contratualização; 2ª Fase - Desenvolvimento; 3ª Fase - Avaliação Externa e; 4ª Fase – Recontratualização. O processo de avaliação dos serviços é efetivado na terceira fase (Avaliação Externa) do PMAQ-CEO, a partir de três instrumentos: Módulo I – Observação do CEO; Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe e gerente; Módulo III – Entrevista com usuários. A Avaliação Externa do Programa do 1º Ciclo para a Melhoria do Acesso e Qualidade de Centros de Especialista em Odontologia consistiu na coleta de infor-

mações para analisar as condições de acesso e qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) que participam do Programa. Além disso, buscou-se reconhecer e valorizar os esforços e resultados dos CEO e do Conselho Estadual, Municipal e gestores do Distrito Federal na qualificação da saúde oral especializada (BRASIL,2013).

A Portaria nº 599/2006 classificou os CEO em função de seus recursos físico-estruturais, podem ser classificados em três tipos: CEO tipo I (3 cadeiras odontológicas) classificados como clínica especializada/ambulatório de especialidade que oferece serviços de odontologia gratuitos à população e realiza, no mínimo, as seguintes atividades: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Já o CEO Tipo II (4 a 6 cadeiras odontológicas); e CEO Tipo III (mais de 7 cadeiras odontológicas) de acordo com a Portaria MS/SAS nº 718, de 20 de dezembro de 2010, pode oferecer as especialidades obrigatórias e as especialidades de ortodontia e implantodontia com a realização de aparelho ortodôntico/ortopédico e implante dentário osteointegrado (incluindo a prótese sobre o implante). Ademais, o Ministério da Saúde recomenda que as especialidades presentes nos CEO devem ser exercidas por cirurgiões- dentistas especialistas na área de atuação (BRASIL, 2010).



Figura 1. Mapa das regiões de saúde do Estado da Bahia, 2012.

O processo de construção do Sistema Único de Saúde -SUS vem gradativamente caminhando para a descentralização da sua gestão, privilegiando a transferência de poder de decisão, responsabilidades e recursos para o âmbito municipal. Com a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 2001, revisada e reeditada em 2002 (NOAS 01/02, Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002) o processo de descentralização dá um passo significativo com a instituição do Plano Diretor de Regionalização - PDR como instrumento ordenador do processo em cada estado e no Distrito Federal. A Secretaria Estadual de Saúde da Bahia - SESAB, através da Superintendência de Planejamento e Monitoramento da Gestão Descentralizada de Saúde -SUDESC, assumiu a responsabilidade de coordenar a elaboração do Plano Diretor de Regionalização, em consonância com a Comissão Intergestora Bipartite -CIB estadual, a partir da delimitação de espaços

territoriais, o que implicou no estabelecimento de um modelo organizacional do sistema estadual de saúde. O processo da regionalização do SUS-BA (BAHIA, 2012).

Assim o estado da Bahia é composto por 417 municípios organizado em nove regiões de saúde: Norte (27 municípios), Sul (67 municípios), Leste (48 municípios), Oeste (37 municípios), Sudoeste (73 municípios), Nordeste (33 municípios), Extremo Sul (21 municípios), Centro-Norte (38 municípios) e Centro-Leste (73 municípios) (BAHIA, 2012).

2.2 LOCAL DE ESTUDO, POPULAÇÃO ALVO, FATORES DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DEFINIDO

Os dados foram coletados em 74 CEO da região da Bahia, no ano de 2014. Foram excluídos os que se encontravam fechados, em reforma, desabilitados pelo Ministério da Saúde ou que se recusaram a participar. O estudo do PMAQ-CEO selecionou um gestor, um profissional diferente daquele no cargo de gestão para ser entrevistado e responder aos instrumentos de coleta de dados.

2.3 COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DE DADOS

As informações foram obtidas a partir de dados secundários de amplo acesso, coletados mediante o acesso ao site do Departamento de Atenção Básica (DAB/SUS), dados do 1º ciclo da AE-PMAQ/CEO. Sendo assim os dados foram adquiridos através dos questionários estruturados, contidos no Módulo I – Observação do CEO, contendo variáveis sobre a caracterização e Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe e gerente, que apresentavam perguntas a respeito do tipo de estabelecimento, tratamentos disponibilizados por especialidade, insumos, equipamentos e formação dos cirurgiões-dentistas alocados nos Centros de Especialidades Odontológicas nas regiões de saúde da Bahia.

2.4 VARIÁVEIS

Quadro 1. Variáveis e categorias utilizadas nas análises.

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO	CATEGORIAS
Tipo de CEO	CEO tipo1	1
	CEO tipo2	2
	CEO tipo3	3
Macrorregiões	Centro-Leste Centro- Norte Extremo Sul Leste Nordeste Norte Oeste Sudoeste Sul	N total CEO por região de saúde
Número de cirurgiões dentistas segundo a formação e região de saúde	CIR - Cirurgia oral END - Endodontia EST - Estomatologia PNE - Paciente com necessidades especiais PER - Periodontia IMP - Implantodontia ODO - Odontopediatria ORT - Ortodontia/Ortopedia PRT - Próteses dentária RAD – Radiologia	G – Graduação A – Atualização E – Especialização
Distribuição dos cirurgiões-dentistas no estado da Bahia	CIR - Cirurgia oral END - Endodontia EST - Estomatologia PNE - Paciente com necessidades especiais PER - Periodontia IMP - Implantodontia ODO - Odontopediatria ORT - Ortodontia/Ortopedia PRT - Próteses dentária RAD – Radiologia	Capital Interior
Diagnóstico e tratamentos disponibilizado por especialidade nos CEO: Estomatologia	Diagnóstico câncer boca	1 = não 2 = sim
	Encaminha casos confirmados	1 = não 2 = sim
	Biópsia	1 = não 2 = sim
	Recebimento da biópsia	1 = até 30 dias 2= + 30 dias

Continuação		
VARIÁVEIS	CATEGORIAS	
Tratamentos disponíveis por especialidade nos CEO: Endodontia	Realiza endodontia	1 = uni ou birradicular 2 = 3 ou mais raízes
Tratamentos disponíveis nos CEO na Periodontia	Tratamentos de periodontites	1 = não 2 = sim
	Cirurgia periodontal	1 = não 2 = sim
	Lesão de furca	1 = não 2 = sim
	Volume gengival	1 = não 2 = sim
	Enxerto gengival	1 = não 2 = sim
Tratamentos disponíveis nos CEO na Cirurgia oral	Frenectomia	1 = não 2 = sim
	Supranumerários	1 = não 2 = sim
	Cirurgias pré-protéticas	1 = não 2 = sim
	Dentes retidos, inclusos	1 = não 2 = sim
	Lesão não neoplásicas	1 = não 2 = sim
	Apicectomia	1 = não 2 = sim
	Remoção de Tórus	1 = não 2 = sim
	Cirurgias cistos e tumores	1 = não 2 = sim
	ATM	1 = não 2 = sim
	Tracionamento ortodôntico	1 = não 2 = sim
Tratamentos disponíveis nos CEO para Pacientes com necessidades especiais	Tratamento completo para os Pacientes com Necessidades Especiais (PNE)	1 = não 2 = sim
O CEO disponibiliza equipamento rotatório	Equipamentos	1 = não 2 = sim
O CEO disponibiliza localizador Apical	Equipamentos	1 = não 2 = sim
O CEO disponibiliza os insumos/instrumentais necessários	Insumos/Instrumentais	1 = não 2 = sim
O CEO disponibiliza os equipamentos necessários	Equipamentos	1 = não 2 = sim
O CEO realiza Monitoramento das metas	Metas	1 = não 2 = sim

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

2.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram tabulados, organizados e analisados em planilhas no *software* Microsoft Office Excel® (versão 2016). Inicialmente identificou-se as regiões de saúde e os municípios que constitui as mesmas. Após obteve-se o tipo de CEO presentes em cada cidade, as especialidades odontológicas ofertadas, o número de cirurgiões-dentistas com graduação, atualização e especialização por região de saúde. Além disso, obteve-se dados dos procedimentos e equipamentos disponíveis nos CEO da Bahia. Na sequência promoveu-se as análises descritivas na qual foram calculados os valores absolutos e percentuais das variáveis analisadas.

Ademais, realizou-se o cálculo dos percentuais dos CEO por região de saúde e levou-se em consideração o número e os tipos de CEO existentes em cada região sanitária. Assim, calculou-se o número mínimo de profissionais que deveriam existir em cada região considerando que o CEO tipo 1, deveria apresentar um especialista, o CEO tipo 2, dois especialistas e o CEO tipo 3, três especialistas nas áreas de cirurgia oral, endodontia, estomatologia e pacientes com necessidades especiais. De tal modo, obteve-se o número de especialistas adequado para cada região e fez-se o cálculo de porcentagem que retrata a quantidade de profissionais com especialização nas especialidades mínimas nos CEO existentes em cada uma das regiões de saúde do estado da Bahia.

Para avaliar possíveis associações entre a distribuição de profissionais com formação especializada (curso de especialização, mestrado e doutorado) e graduação (graduação e atualização) atuando nos Centros de Especialidades Odontológicas criou-se a variável: CAPITAL (considerando os CEO da região de saúde Leste que envolve a capital e as cidades circunvizinhas) e INTERIOR (CEO das regiões de saúde: centro-leste, centro-norte, extremo sul, nordeste, norte, oeste, sudoeste e sul).

Além disso, para as variáveis, diagnóstico, tratamentos disponibilizados por especialidades nos CEO, equipamentos e insumos também adotou na análise as categorias capital e interior do estado.

A partir disso foram realizadas análises bivariadas onde os índices foram descritos conforme as variáveis dos usuários e do CEO. Para testar a homogeneidade entre as variáveis, foi utilizado o teste de qui quadrado de Pearson, com o auxílio do software estatístico Stata 9.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). Foi adotado o nível de significância estatística $p < 0,05$.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

Nessa pesquisa foram utilizados dados secundários de domínio público disponíveis no site do Ministério da Saúde, não sendo possível identificar os participantes, então não houve a necessidade de registro e avaliação pelo Sistema CEP (Comitês de Ética em Pesquisa) / CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa).

Ademais, a pesquisa do PMAQ/CEO obedeceu aos requisitos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, referente ao desenvolvimento de pesqui-

sa com seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, beneficência e da não maleficência. De tal modo, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), obtendo parecer favorável sob o CAAE 23458213.0.0000.5208.

3 RESULTADOS

No estado da Bahia, no ano de 2014 haviam 74 Centros de Especialidade Odontológicas em funcionamento, os quais encontra-se distribuídos pelas diferentes regiões de saúde (Tabela 1).

Tabela 1. Centros de Especialidades Odontológicas por região de saúde, tipo de contrato e número de especialistas por especialidade (n= 74). Bahia, 2014.

Regiões de saúde	Município	Tipo	Número de especialistas				
			CIR	END	EST	PER	PNE
Centro-leste n=11	Feira de Santana	2	1	2	1	3	-
	Boa Vista do Tupim	1	1	-	1	-	-
	Iraquara	1	1	-	-	1	-
	Itaberaba	2	2	2	1	1	1
	Iaçu	1	-	-	-	1	2
	Ruy Barbosa	1	-	-	-	1	-
	Utinga	1	-	-	-	1	-
	Ipirá	2	1	1	1	4	1
	Santo Estêvão	2	1	1	3	-	-
Centro norte n=5	Pintadas	1	-	1	-	1	2
	Itaeté	2	-	-	-	-	-
	Mairi	1	-	-	-	-	-
	Morro do Chapéu	2	-	1	-	1	-
	Capim Grosso	1	1	1	-	-	-
Extremo Sul n=8	Irecê	2	1	1	1	-	1
	Jacobina	1	-	1	-	1	-
	Eunápolis	2	1	1	-	-	-
	Itanhém	1	-	1	-	-	-
	Itabela	1	1	2	1	1	-
	Medeiros Neto	1	1	1	-	-	-
	Porto Seguro	2	2	3	-	-	1
	Alcobaça	1	-	1	-	-	-
Leste n=19	Prado	1	-	1	-	-	-
	Teixeira de Freitas	2	-	1	1	1	-
	Candeias	2	1	1	1	2	-
	S. Sebastião Passé	1	1	-	-	-	-
	São Félix	2	1	1	-	1	-
	Mata de São João	1	2	1	-	-	-

	Madre de Deus	1	-	-	-	-	-
	Pojuca	2	1	-	-	-	-
	Camaçari	3	1	4	1	5	1
	Vera Cruz	2	1	1	-	1	-
	Salvador	2	1	2	1	2	2
	Salvador	2	2	3	3	2	-
	Salvador	3	2	5	-	2	-
	Salvador	3	2	5	1	2	1
	Salvador	3	1	3	1	3	-

	Salvador	3	-	5	1	2	1
	Amargosa	1	-	2	-	-	-
	Lauro de Freitas	2	9	2	1	2	1
	Cachoeira	2	-	1	-	-	-
	Dias d'Ávila	1	7	1	1	2	1
	Santo Ant. de Jesus	1	-	2	-	1	-

**Nordeste
n=3**

	Alagoinhas	2	-	-	1	1	-
	Alagoinhas	2	1	-	1	-	-
	Catu	2	-	2	-	1	-

**Norte
n=5**

	Paulo Afonso	2	-	3	-	1	1
	Senhor do Bonfim	1	-	-	-	1	-
	Juazeiro	2	1	1	-	1	-
	Juazeiro	3	1	1	-	1	-
	Remanso	1	-	1	-	-	-

**Oeste
n=8**

	Correntina	2	-	-	-	-	-
	Canápolis	2	1	2	-	-	-
	Luís Ed. Magalhães	1	1	3	-	2	2
	Ibotirama	1	2	1	1	1	-
	Santa Rita Cássia	1	2	2	-	-	1
	Bom Jesus da Lapa	2	-	2	-	1	-
	São Desidério	1	1	2	1	1	-
	Santa Maria Vitória	2	-	3	-	1	-

**Sudoeste
n=8**

	Cândido Sales	1	1	-	-	-	-
	Caculé	2	-	1	1	-	-
	Nova Canaã	2	-	-	-	-	-
	Liv. Nossa Senhora	2	1	3	-	1	-
	Brumado	2	2	1	1	1	-
	Guanambi	2	2	2	-	1	1
	Itapetinga	2	1	1	-	1	-
	Vitória da Conquista	3	2	4	-	2	1

**Sul
n=7**

	Ipiaú	2	1	1	-	1	-
	Jaguaquara	2	3	1	-	1	-
	Wen. Guimarães	1	-	-	-	-	-

Itajuípe	2	-	2	-	1	-
Uma	1	1	1	-	-	-
Ilhéus	3	-	5	-	1	-
Itabuna	2	-	2	-	1	1

CIR: Cirurgia **END:** Endodontia **EST:** Estomatologia **PER:** Periodontia

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

De acordo com a tabela 1 ao avaliar o tipo de CEO no território sanitário da Bahia observou-se que prevaleceu o CEO tipo 2, 37 (50%), seguido CEO Tipo 1, 29 (39,2%) e CEO Tipo 3, 8(10,8%). Além disso, quando observado por região de saúde nota-se maior concentração de CEO na região Leste 19 (25,7%), seguida da região Centro-leste 11 (14,9%). No Estado da Bahia, o município que apresentou maior número de CEO foi Salvador, que é a capital do estado, em Salvador havia 6 CEO, sendo destes 4 do tipo 3.

No estado da Bahia, no ano de 2014, existiam 8 CEO do tipo 3, sendo que a região Leste concentra a quase totalidade dos CEO do tipo 3 (n=5), ficando 4 na cidade de Salvador.

Ainda de acordo com a Tabela 1, nenhum dos CEO existentes em municípios do estado da Bahia apresentou todos os profissionais com especialização nas áreas em que desempenhavam suas atividades conforme recomenda o Ministério da Saúde.

Quadro 2 – Distribuição da formação dos cirurgiões-dentistas que atuam nos CEO por região de saúde no estado da Bahia (n= 74). Bahia, 2014.

Regiões de saúde	n	Especialidades odontológicas oferecidas pelo ceo																													
		CIR			END			EST			PER			PNE			IMP			ODP			ORT			PRT			RAD		
		G	A	E	G	A	E	G	A	E	G	A	E	G	A	E	G	A	E	G	A	E	G	A	E	G	A	E	G	A	E
CentroLeste	11	-	4	7	-	8	7	1	5	7	1	1	13	3	5	6	-	-	-	1	2	8	-	-	-	1	5	3	5	20	32
Centro- Nor-te	5	1	1	2	2	-	4	1	2	1	2	1	2	2	2	1	-	-	-	1	2	2	-	-	-	2	2	-	3	-	6
Extremo Sul	8	1	4	5	2	4	11	2	3	2	2	5	2	-	7	1	-	-	-	-	-	4	-	-	-	1	3	4	1	-	1
Leste	19	2	5	32	1	7	39	4	1	11	4	2	27	3	17	7	-	-	-	1	-	6	-	-	1	-	2	11	3	2	4
Nordeste	3	-	2	1	-	2	2	-	-	1	-	1	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norte	5	-	3	2	-	2	6	-	5	-	-	1	4	1	3	1	-	-	-	2	1	1	-	1	-	-	-	3	-	-	-
Oeste	8	4	4	8	2	2	16	1	-	2	4	1	7	6	3	3	-	-	-	7	-	2	-	-	-	-	1	4	-	-	-
Sudoeste	8	5	8	9	3	5	12	1	-	2	4	-	6	7	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	-	5	5	-	1
Sul	7	-	8	5	-	1	12	2	2	-	1	5	5	2	10	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	1	1	2	-	1	-
TOTAL	74	13	39	71	10	31	109	12	18	26	18	16	67	24	53	22	-	-	-	14	5	23	-	1	4	8	14	32	17	23	44

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

G: Graduação **A:** Atualização **E:** Especialização; **CIR:** Cirurgia **END:** Endodontia **EST:** Estomatologia **PER:** Periodontia; **PNE:** Pacientes com necessidades especiais **IMP:** Implantodontia **ODP:** Odontopediatria **ORT:** Ortodontia **PRT:** Próteses dentária; **RAD:** Radiologia odontológica e imaginologia

Conforme observado no Quadro 2, no ano de 2014 existiam 714 cirurgiões-dentistas em exercício nos 74 CEO existentes no estado da Bahia. A região de saúde Leste apresentou o maior número de profissionais 210 (29,4%) e também com especialização 138(34,7%).

Ao avaliar a formação dos cirurgiões-dentistas que desempenham funções clínicas no CEO, verificou-se que 116 (16,2%) tinham graduação, 200 (28%) atualização e 398 (55,7%) especialização

Ainda de acordo com o Quadro 2, ao observar as especialidades disponíveis nos CEO, nota-se que a especialização que concentra maior número de profissionais é a endodontia 109 (27,4%), seguida da cirurgia oral 71(17,8%) e periodontia 67(16,8). Além disso, no Estado da Bahia, em 2014 dos 74 cirurgiões-dentistas que participaram da entrevista do PMAQ/CEO, 24 (35,3) eram especialistas em endodontia e trabalhavam em CEO localizados no interior do estado.

Embora, o Ministério da Saúde recomendando que os CEO Tipo 3 incluam os serviços de implantodontia, nas regiões de saúde analisadas não havia no serviço nenhum cirurgião-dentista especialista com esta formação. Identificou-se ainda que em todos os CEO Tipo 3, tanto do interior como da capital, o número de cirurgiões-dentistas com especialização em Ortodontia é insuficiente e não atende a necessidade do serviço.

Tabela 2 – Percentual de especialistas que atuam nos CEO por região de saúde. Bahia, 2014.

Regiões de Saúde	% de Especialistas por Especialidade				
	CIR	END	EST	PER	PNE
Centro Leste	43,7	43,7	43,7	81,2	37,5
Centro-Norte	28,5	57,1	14,2	28,5	14,2
Extremo Sul	45,4	100,0	18,1	18,1	9,0
Leste	82,0	100,0	28,2	69,2	17,9
Nordeste	16,6	33,3	16,6	16,6	-
Norte	22,2	66,6	-	44,4	11,1
Oeste	66,6	133,3	16,6	58,3	25,0
Sudoeste	56,2	75,0	12,5	37,5	12,5
Sul	38,4	92,3	-	38,4	7,6

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

CIR: Cirurgia **END:** Endodontia **EST:** Estomatologia **PER:** Periodontia

Ao analisar a proporção de profissionais com especialização segundo as regiões de saúde do Estado da Bahia foi possível verificar que somente a especialidade de endodontia nas regiões Leste, Oeste e Extremo Sul apresentou número de profissionais que atendem as recomendações da Portaria nº 599/2006 do Ministério da Saúde.

As regiões Nordeste e Centro-oeste exibiram os menores percentuais de profissionais com especialização e em todas as regiões analisadas as especialidades de estomatologia e pacientes

com necessidades especiais foram as que apresentam menores % com especialização, sendo que as regiões Norte e Sul não apresentavam nenhum profissional com especialização em estomatologia e a Nordeste em pacientes com necessidades especiais.

Ademais, as especialidades de cirurgia oral e periodontia também apresentam percentuais de especialistas não condizentes com as recomendações do Ministério da Saúde, principalmente nas regiões Norte, Centro-norte, Sul e Extremo sul, onde menos de 50% dos profissionais apresentavam especialização nas áreas em que desempenhavam.

Tabela 3 – Formação acadêmica dos profissionais que atuam no CEO na capital, e interior do estado da Bahia (n=74). Bahia,2014.

Especialidade	Capital	Região de saúde		RP	P
		Interior			
	n	%	n	%	
Cirurgia					
Graduação e Atualização	7	13,5	32	45,1	13,85
Especialização	45	86,5	39	54,9	
Endodontia					
Graduação e Atualização	8	19,5	39	36,8	3,66
Especialização	33	80,5	70	64,2	
Estomatologia					
Graduação e Atualização	5	31,3	11	68,8	4,48
Especialização	25	62,5	15	37,5	
Periodontia					
Graduação e Atualização	6	17,6	27	40,3	5,26
Especialização	28	82,4	40	59,7	
Necessidades Especiais					
Graduação e Atualização	20	26	7	31,8	0,295
Especialização	57	74	15	68,2	
Implantodontia					
Graduação e Atualização	-	-	-	-	-
Especialização	-	-	-	-	-
Odontopediatria					
Graduação e Atualização	1	5,3	6	26,1	3,249
Especialização	18	94,7	17	73,9	
Ortodontia					
Graduação e Atualização	-	-	1	25	0,313
Especialização	1	100	3	75	
Prótese					
Graduação e Atualização	2	9,1	11	34,4	4,560
Especialização	20	90,9	21	65,6	
Radiologia					
Graduação e Atualização	7	16,7	4	9,1	1,106
Especialização	35	83,3	40	90,9	

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

p-valor: Teste do qui-quadrado de Pearson. **RP:** Razão de Prevalência

De acordo com a Tabela 3, foram identificadas diferenças significativas ($p < 0,05$) entre o percentual de profissionais que atuam nos CEO da capital e interior do estado, segundo a formação acadêmica, nas especialidades de cirurgia oral menor, estomatologia periodontia e prótese dentária quando comparadas aos com Graduação e Atualização.

Tabela 4: Diagnóstico e tratamentos disponibilizados por especialidades nos CEO da capital e interior do estado da Bahia (n=74) Bahia, 2014.

Especialidade/Tratamento	Região de saúde				RP	P
	Capital		Interior			
	n	%	n	%		
Estomatologia						
Diagnóstico câncer boca						
Não	6	31,6	26	47,3	1,417	0,233
Sim	13	68,4	29	52,7		
Encaminha casos confirmados						
Não	3	15,8	21	38,2	3,231	0,072
Sim	16	84,2	34	61,8		
Biópsia						
Não	4	21,1	14	25,5	0,148	0,699
Sim	15	78,9	41	74,5		
Recebimento da biópsia						
Até 30 dias	6	26,1	7	26,9	0,004	0,947
+30 dias	17	73,9	19	73,1		
Endodontia						
Tratamento endodôntico						
Uni ou birradicular	2	10,5	13	23,6	1,501	0,220
3 ou mais raízes	17	89,5	42	76,4		
Periodontia						
Tratamentos de periodontites						
Não	0	-	2	3,6	0,710	0,399
Sim	19	100	53	96,4		
Cirurgia periodontal						
Não	1	5,3	5	9,1	0,277	0,598
Sim	18	94,7	50	90,9		
Lesão de furca						
Não	4	21,1	25	45,5	3,528	0,060
Sim	15	78,9	30	54,5		
Volume gengival						
Não	3	15,8	12	21,8	0,317	0,573
Sim	16	84,2	43	78,2		
Enxerto gengival						
Não	15	78,9	46	83,6	0,214	0,643
Sim	4	21,1	9	16,4		
Cirurgia oral						
Frenectomia						
Não	2	10,5	10	18,2	0,609	0,435

Sim	17	89,5	45	81,8		
Supranumerários						
Não	0	-	4	7,3	1,460	0,226
Sim	19	100	51	92,7		
Cirurgias pré-protéticas						
Não	2	10,5	14	25,5	1,857	0,172
Sim	17	89,5	41	74,5		
Dentes retidos, inclusos						
Não	1	5,3	4	7,3	0,090	0,763
Sim	18	94,7	51	91,7		
Lesão não neoplásicas						
Não	4	21,1	33	60	8,568	0,003
Sim	15	78,9	22	40		
Apicectomia						
Não	9	47,4	38	69,1	2,875	0,089
Sim	10	52,6	17	30,9		
Remoção de Tórus						
Não	6	31,6	23	41,8	0,621	0,430
Sim	13	68,4	32	58,2		
Cirurgia cistos e tumores						
Não	1	5,3	15	27,3	4,038	0,044
Sim	18	94,7	40	72,7		
ATM						
Não	11	57,9	42	76,4	2,369	0,123
Sim	8	42,1	13	23,6		
Tratamento ortodôntico						
Não	14	73,7	46	83,6	0,911	0,339
Sim	5	26,3	9	16,4		
Pacientes com necessidades especiais						
Não	4	11,8	10	20	0,362	0,547
Sim	15	44,1	45	50		

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

p-valor: Teste do qui-quadrado de Pearson **RP:** Razão de Prevalência

Ao analisar a tabela 4, observa-se diferenças significativas ($p < 0,05$) entre os percentuais de CEO, da capital e interior do estado, que disponibilizam procedimentos clínicos em cirurgia oral: lesão não neoplásicas e cistos e tumores benignos.

Verificou-se ainda que o percentual de procedimentos ofertados nos CEO da capital é maior que nos do interior do estado, com exceção para o atendimento a pacientes com necessidades especiais, onde o percentual oferecido foi maior nos CEO do interior do estado.

Tabela 5. Equipamentos e insumos disponíveis nos CEO da capital e interior do estado da Bahia (n=74). Bahia,2014.

Equipamentos/Insumos	Região de saúde				RP	P
	Capital		Interior			
	n	%	n	%		
Utiliza equipamento rotatório						
Não	19	100	42	76,4	5,447	0,019
Sim	0	-	13	23,6		
Utiliza localizador apical						
Não	19	100	40	72,7	6,499	0,010
Sim	0	-	15	27,3		
Falta de insumos/instrumentais						
Não	10	52,6	29	52,7	5,187	0,994
Sim	9	47,4	26	47,3		
Falta de equipamento						
Não	9	47,4	23	41,8	0,177	0,673
Sim	10	52,6	32	58,2		
Monitoramento das metas						
Não	2	10,5	16	29,1	2,643	0,103
Sim	17	89,5	39	70,9		

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

p-valor: Teste do qui-quadrado de Pearson **RP:** Razão de Prevalência

Ao analisar a tabela 5 observa-se diferenças significativas ($p < 0,05$) entre os percentuais de CEO da capital e interior do estado que disponibilizam equipamento rotatório e localizador apical para a realização de procedimentos em endodontia.

4 DISCUSSÃO

O presente estudo observou que no estado da Bahia, predominou o CEO tipo II e a região de saúde Leste concentra o maior número de CEO e especialistas clínicos na atenção especializada em saúde bucal. Entre as especialidades disponíveis a endodontia apresenta o maior número de profissionais com especialização. Contudo, a existência de localizador apical e instrumento rotatório, que melhora e agiliza o atendimento nesta especialidade, foi muito baixa nestes serviços.

Ainda, no estado da Bahia, identificou-se diferenças significativas entre o número de especialistas em cirurgia oral menor, estomatologia, periodontia e prótese dentária que atuam em CEO na capital e cidades do interior. Diferenças significativas também foram identificadas entre os percentuais de procedimentos clínicos disponíveis para o tratamento de lesão não neoplásicas e cistos e tumores benignos, bem como de equipamento rotatório e localizador apical entre os CEO localizados na capital e interior do estado.

A região de saúde Leste, concentra o maior número de CEO e especialistas clínicos na atenção especializada em saúde bucal fato esse que pode ser justificado por ter a maior densidade demográfica (IBGE, 2010), além disso para distribuir as Equipes de Saúde Bucal, o Ministério da Saúde usa uma média de 3.000 habitantes por CD, assim entende-se que como essa região é densamente povoada a necessidade e a demanda de dentistas são maiores (PNSB,2004).

O desequilíbrio de CD especialistas entre as diferentes regiões baianas indicam necessidade de redistribuição dos serviços odontológicos para o interior, além da avaliação do número de profissionais que são constantemente formados (graduação e especialização) e para isto é necessário o planejamento da distribuição destes, levando em consideração as condições de saúde bucal e econômicas da população do estado da Bahia (SAN MARTIN et al.,2018).

Além disso, a desproporcionalidade na distribuição dos CD especialistas entre a capital do estado e as cidades do interior da Bahia pode ser explicada através dos fatores atrativos e fixadores proporcionados pelas capitais brasileiras, tais como, maior oportunidade de empregabilidade nas clínicas dentárias populares, onde foram amplamente instaladas, especialmente nas grandes cidades, e ainda a possibilidade de realização de cursos de pós- graduação (SAN MARTIN et al., 2018), tendo em vista que esta formação ampliam as chances de maior ganho salarial. (FRICHEBRUDER; HUGO; HILGERT, 2017).

A especialização é a forma mais frequente de pós-graduação entre os profissionais que atuam nos CEO da Bahia, esse resultado corrobora a um estudo realizado em 59 centros de especialidades odontológicas das 5 macrorregiões do país, onde 72,7% do total de entrevistados afirmaram ter cursado ou estar cursando pós-graduação (OLIVEIRA, 2015).

Entretanto, observa-se um número considerável de cirurgiões-dentistas, na Bahia sem formação específica na área de atuação e desempenham funções clínicas nos CEO, principalmente no interior do Estado. Assim, faz se necessário direcionamento dos CD com formação específica para regiões onde haja maior necessidade, talvez por meio de políticas que estimulem a se transferirem para estas regiões com remuneração adequada, condições de trabalho e previdenciárias satisfatórias, e vínculo efetivo (FARIA et al., 2011).

Os cursos *stricto* sensu proporcionam conhecimentos mais específicos e são voltados para atender as demandas do mercado de trabalho, com um currículo mais técnico das áreas clínicas praticadas pelos profissionais de odontologia oferecendo subsídios para as habilidades nos segmentos desejados (HIROOKA et al., 2017).

O cirurgião-dentista com a graduação é bastante versátil, podendo atuar com os mais diversos tratamentos que envolvem a região bucal. Entretanto, ao analisar quadros clínicos e dar diagnósticos, os especialistas apresentam maior domínio da área podendo reduzir o tempo gasto para resolver o problema e garantir um tratamento mais assertivo, diferente do CD generalista, que tem sua base voltada para o todo, enquanto, o especialista tende a focar em determinada área e se aprofundar em conhecimentos e práticas, aumentando seu aporte teórico e prático. (OLIVEIRA, 2015; HIROOKA et al.,2017).

A endodontia é a especialidade do CEO com maior número de profissionais, o que pode estar relacionado com a alta demanda de usuários e a necessidade de muitos atendimentos nessa especialidade. Este dado encontra-se em conformidade com outras pesquisas realizadas (MEDEIROS, 2007; SANMARTIN et al., 2018). Além disso, é a especialidade com maior disponibilidade de cursos de atualização e especialização no território nacional (COSTA et al., 2017).

No estado da Bahia, os CEO situados na capital disponibilizam maior número de procedimentos para tratamento de lesões neoplásicas e cistos benignos do que os do interior. As lesões não-malignas merecem atenção, a fim de se estabelecer diagnóstico e plano de tratamento adequados. Desse modo, além da remoção do estímulo causador, é importante, muitas vezes, a remoção completa da lesão. A remoção das lesões diminui as chances de alterações funcionais e de diferenciações de células com potencial para displasias que podem evoluir para malignidade. Assim, entende-se a necessidade de estimular a realização destes procedimentos nas cidades de pequeno porte do interior baiano. (CARDOSO et al, 2011).

Os CEO localizados na capital do estado da Bahia utilizam maior número de equipamentos que facilitam o trabalho dos CD e tratamento das lesões endodônticas. As variações anatômicas dos canais radiculares tornam-se um desafio para o adequado preparo químico/mecânico. A instrumentação automatizada de forma rotatória facilita esse processo, reduzindo o tempo e simplificando a técnica (PEREIRA et al., 2012).

Já o localizador foraminal visa determinar o comprimento de trabalho ideal, uma vez que mensura o canal do ponto coronal até a porção apical, onde realiza-se a instrumentação do canal. Diante disso, a precisão na determinação do comprimento de trabalho torna-se fundamental para o sucesso endodôntico, evitando consequências como formação de degraus na parede do canal, perfuração radicular, instrumentação e obturação inadequadas e pós-operatório doloroso (GUIMARÃES et al., 2014).

Assim, o sistema rotacional aliado ao localizador foraminal aumenta o índice de sucesso nos tratamentos endodônticos quando comparado ao sistema de limas Níquel-Titânio. Desse modo, estes equipamentos devem ser disponibilizados nos CEO e amplamente utilizados na média e alta complexidade em saúde bucal (PEREIRA et al., 2012).

Por fim, cabe destacar que os principais limites desse estudo se referem à análise de um banco de dados secundários que podem apresentar inconsistências não controláveis pelos pesquisadores. Sugere-se como questões para novas investigações a análise da carga horária real dos profissionais nos serviços especializados e a utilização dos serviços por especialidade

5 CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados percebe-se que há uma distribuição desigual entre o número de CEO existentes nas 9 regiões de saúde do Estado da Bahia. Identificou-se ainda uma maior concentração dos CEO tipo 3 na capital do estado. Portanto, faz-se necessário reorganizar a distribuição dos CEO e tipo nas diferentes regiões de saúde, numa perspectiva da regionalização em curso no Brasil.

Quanto a formação dos cirurgiões dentistas que atuam nos CEO baianos nota-se que há um número considerável de profissionais com a formação não específica na área de atuação, a exemplo do número de profissionais com graduação e atualização. As organizações profissionais, Ministérios da Educação e da Saúde devem se articular para o financiamento e formulação de proposta de cursos de pós-graduação *stricto sensu* com foco na rede pública no interior da Bahia, visando atender as necessidades identificadas de cirurgiões dentistas especialistas, principalmente nas áreas de estomatologia, pacientes com necessidades especiais, ortodontia e implantodontia com vistas a atender as demandas loco-regionais.

Por fim, sugere-se que a SESAB, como ente responsável pelo fomento e monitoramento das políticas do setor, busque alternativas para a formação continuada e educação permanente dos CD no estado que não possuem formação específica na área em que atuam, visando melhor qualificar a atenção disponibilizada aos usuários dos CEO.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Resolução CIB nº 275/2012. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais. SESAB: Salvador, 2012. http://siteantigo.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/vigilancia_epidemiologica/doencas_transmissiveis/arquivo/2013/04/17/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CIB%20275-2012_2.PDF.

BLEICHER, L. Precarização do trabalho do cirurgião-dentista na cidade de Salvador, Bahia. **Rev Baiana Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 668-682, jul./set. 2012. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/14259>.

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. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm.

BRASIL. Portaria nº 599, de 23 de março 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**. Brasília, DF, Seção 1, n. 58, 24 mar. 2006, p. 51. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 718, de 20 de dezembro de 2010. **Financiamento de novos procedimentos da tabela do SUS: aparelho ortodôntico / ortopédico e implante dentário osteointegrado, incluindo a prótese sobre o implante**. Republicada em 31-12-2010 por ter saído, no DOU nº 245, de 23-12-2010, Seção1, p. 109/122, com incorreção no original. Diário Oficial da União. 2010 Dez 31; Seção1:251, p. 100-13. http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_portaria718_sas4.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PMAQ Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Manual instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. Brasília, 2013; 34 p. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf.

BRASIL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_ceo.pdf.

CHISINI, L. A. *et al.* Vital pulp therapies in clinical practice: findings from a survey with dentist in Southern Brazil. **Braz. Dent. J.**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 6, p. 566-571, nov./dec. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bdj/v26n6/1806-4760-bdj-26-06-00566.pdf>.

COSTA, D. S.; ROCHA, M. P. O Cirurgião-Dentista e o Mercado de Trabalho no Brasil: Uma Revisão Sistemática da Literatura. **Id on LINE Rev. Mult. Psic.**, v. 11, n. 38, p. 102-114, 2017. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/883>.

CARDOSO, C. L. *et al.* Lesão periférica de células gigantes recorrente: relato de caso. **Odontol.**

Clín.-Cient., [online], Recife, v. 10, n. 1, p. 95-98, jan./mar. 2011. <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v10n1/a18v10n1.pdf>.

CFO. Conselho Federal de Odontologia. Especialistas e especialidades odontológicas no Brasil. Disponível em: CFO.com.br Acesso em 15 de nov 2019.

FRICHEMBRUDER, K.; HUGO, F. N.; HILGERT, J. B. Perfil e percepção de profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas do Rio Grande do Sul. **RFO-UPF**, Passo Fundo, v. 22, n. 1, p. 43-48, jan./abr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5335/rfo.v22i1.7109>.

GUIMARÃES, B. M. *et al.* O uso dos localizadores foraminais na endodontia: revisão de literatura. **Rev Odontol Bras Central**, v. 23, n. 64, 2014. <http://files.bvs.br/upload/S/0104-7914/2014/v23n64/a4571.pdf>.

HIROOKA, L. B. *et al.* Organização da saúde bucal em uma região do estado de São Paulo segundo a Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 2, p. 101-13, abr./jun. 2017. <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v74n2/a05v74n2.pdf>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **IBGE. Cidades@**. Salvador. Informações Estatísticas 2010. Disponível em: IBGE.com.br Acesso em 13 de nov 2019.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAUJO, M. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. **Mediações**, Londrina, v. 16, n. 1, p. 142-156, jan./jun. 2011. <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/7880/8495>.

MEDEIROS. E. **Os Centros de Especialidades Odontológicas como suporte da Atenção Básica**: Uma avaliação na perspectiva da integralidade. 2007. 173 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17036/1/EzildaM.pdf>.

OLIVEIRA, R. S. *et al.* Analysis of contractual relations and profile of dentists at dental specialty centers of low and high performance in Brazil. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 3, p. 792-802, Sept. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-00792.pdf>.

PARANHOS, L. R. *et al.* Análise do mercado de trabalho odontológico na região norte do Brasil. **Odonto**, São Bernardo do Campo-SP, v. 17, n. 34, p. 27-36, jul./dez. 2009. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/Odonto/article/view/1090/1116>.

PEREIRA, H. S. C.; SILVA, E. J. N. L.; COUTINHO FILHO, T. S. Movimento recíprocante em Endodontia: revisão de literatura. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 246-9, jul./dez. 2012. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v69n2/a23v69n2.pdf>.

PIRES, A. L. C. *et al.* Atenção secundária em saúde bucal no Rio Grande do Sul: análise descritiva da produção especializada em municípios com Centros de Especialidades Odontológicas com base no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde. **RFO-UPF**, Passo Fundo, v. 20, n. 3, p. 325-333, set./dez. 2015. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/5407>.

PUCCA JÚNIOR, G. A.; GABRIEL, M.; ARAUJO, M. E.; ALMEIDA, F. C. S. Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. **J Dent Res**, v. 94, n. 10, p. 1333-1337, Oct. 2015. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022034515599979>.

ROSSI, T. R. A.; CHAVES, S. C. L. Implementação da atenção especializada em saúde bucal em dois municípios na Bahia/Brasil. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 39, n, spe, p. 196-206, Dec. 2015. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005186>.

SAN MARTIN, A. S. *et al.* Distribuição dos cursos de Odontologia e de cirurgiões-dentistas no Brasil: uma visão do mercado de trabalho. **Rev. ABENO**, v. 18, n. 1, p. 63-73, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/399/370>.

Contrarreferência Em Saúde Bucal: Um Estudo A Partir Do Primeiro Ciclo Do Pmaq-Ceo

Wynnie Marie Lima de Carvalho

Cirurgiã-dentista (CD).

Avaliadora externa do segundo ciclo do PMAQ-CEO.

Carla Maria Lima Santos

Professora Adjunto na Universidade do Estado da Bahia

Thais Regis Aranha Rossi

Doutora em Saúde Pública.

Professora da Universidade do Estado da Bahia.
CD e pesquisadora da Universidade do Estado da Bahia.

1 INTRODUÇÃO

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), outubro de 1986, foi o primeiro espaço em que a problemática de saúde bucal (SB) da população foi exposta e discutida de forma pluralista, definindo a saúde bucal como indissociável da saúde geral do ser humano e propondo sua inserção no SUS (NARVAI E MANFREDINI, 2016).

No ano de 1990, a lei nº 8080 regulamenta a implantação SUS seguindo os princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social a fim de estruturar a saúde da população brasileira - A saúde é direito de todos e dever do Estado. Lei, Constituição Federal (Artigos 196 a 200).

No ano de 1994, surge o Programa de Saúde da Família (PSF), transformando-se em Estratégia de Saúde da Família (ESF) sendo prioritária para consolidação da atenção básica (AB). A ESF é baseada na atuação de uma equipe multiprofissional com cuidados centrados nas famílias, mas a saúde bucal só foi inserida nos anos 2000 (BENFICA, 2012).

O Ministério da Saúde (MS), no ano 2000, iniciou a discussão sobre a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse as condições de saúde bucal da população brasileira e subsidiasse o planejamento-avaliação de ações nessa área nos diferentes níveis de gestão do SUS, contribuindo na perspectiva da estruturação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica em saúde bucal (BRASIL, 2004).

A equipe de saúde bucal (ESB) no PSF possibilitou uma nova forma de planejamento e programação na atenção primária, representando a mudança do modelo curativista e mutilador para um modelo de vigilância em saúde centrado na promoção da saúde, prevenção de doenças e

agravos e proteção das estruturas dentárias. (PIMENTEL *et al.*, 2012).

Visando minimizar as desigualdades existentes, o Ministério da Saúde, lançou em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) que tem, entre outros objetivos, a ampliação do acesso à atenção secundária/especializada através dos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde responsáveis pela continuidade da linha do cuidado aos usuários oriundos da atenção primária. Estes devem realizar no mínimo procedimentos com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duro, endodontia e atendimentos aos pacientes com necessidades especiais (CHAVES *et al.*, 2011).

Os Centros de Especialidades Odontológicas podem se apresentar em três categorias distintas: CEO tipo I (com três cadeiras odontológicas), tipo II (com quatro a seis cadeiras odontológicas) e tipo III (com sete ou mais cadeiras odontológicas). Todos os CEO devem ofertar minimamente as cinco especialidades citadas anteriormente, e todas as cadeiras devem funcionar por 40 horas semanais (MACHADO, SILVA E FERREIRA, 2015; GONÇALVES, *et al.*, 2018).

Progressivamente, os esforços de expansão de cobertura e de ampliação do acesso foram articulados ao esforço de melhoria permanente da qualidade tanto dos serviços quanto do processo de trabalho e de gestão e das ações ofertadas aos usuários. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) é produto e síntese desse contexto e segue uma das principais diretrizes do Ministério da Saúde que é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população (BRASIL, 2013; BRASIL 2015).

Em fevereiro de 2013, o Governo federal expandiu o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) aos CEO (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ/CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal como estratégia de qualificação dos serviços especializados em saúde bucal (BRASIL, 2013).

A análise da avaliação externa do PMAQ/CEO se faz necessária para compreender o comportamento, o acesso e qualidade dos serviços, verificando a efetividade da integralidade do cuidado. A integralidade da atenção em saúde bucal pressupõe o fortalecimento da atenção básica e a ampliação do acesso aos níveis secundário e terciário da atenção (LIMÃO *et al.*, 2017).

A interdependência entre os níveis de atenção e profissionais se configura quando a atenção primária precisa de um local para referenciar os usuários que necessitam de tratamento especializado, enquanto que os profissionais da atenção secundária precisam contra referenciar os casos concluídos para a continuidade do acompanhamento de rotina na atenção primária, desta mesma maneira pode ocorrer quando existe necessidade de referência e contra referência para atenção terciária. (FRANCO, 2016).

A referência é representada pelo fluxo, por meio de encaminhamento do paciente com

necessidades de saúde complexas para centros de atenção especializada. O fluxo contrário, ou seja, o retorno do paciente ao nível da atenção primária é denominado contrarreferência. Esse fluxo é essencial para que se garanta um atendimento integral (FRATINI, SAUPE E MASSAROLI, 2008).

Segundo estudo de Morris e Burke (2001), a relação ideal entre os serviços de saúde bucal deve que todos os casos diagnosticados e que necessitem devem ser referenciados a um nível maior de complexidade, a integralidade – todo tratamento deve estar disponível e acessível, eficiência e eficácia – as referências devem ser apropriadas e oportunas, sendo a contrarreferência assegurada após o tratamento ou quando for necessário.

Sabe-se que muitos estudos sobre avaliação dos serviços avalia principalmente a produção ambulatorial ou o desempenho por metas, sendo que ainda há pouca literatura sobre relação entre os serviços de Atenção Básica (AB) e especializada em saúde bucal. Nos municípios de menor porte populacional e desenvolvimento humano, piores foram os desempenhos (FIGUEIREDO e GOES, 2009; GOES *et al.*, 2012).

Goes et al. (2012) relata que os municípios com maior população e com uma insuficiente cobertura de Equipes de Saúde Bucal na Saúde da Família apresentavam uma maior demanda espontânea de atenção básica aos CEO, o que pode comprometer a interação entre estes serviços.

Nesse sentido, considerando a importância da integração entre os serviços de saúde bucal e os dados da avaliação externa 1º ciclo do PMAQ/CEO, este estudo tem como objetivo descrever as principais características da contrarreferência nas práticas em saúde bucal, a partir dos olhares dos profissionais e usuários que atuam e frequentam os Centros de Especialidades Odontológicas da região da Bahia, 2014.

2 METODOLOGIA

Este estudo é do tipo descritivo e quantitativo, utilizando dados secundários obtidos da Avaliação Externa (AE) do 1º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), 2014.

O PMAQ/CEO foi organizado em quatro fases que se complementam e que formam um ciclo contínuo, estabelecidos em: 1ª Fase - Adesão e Contratualização; 2ª Fase - Desenvolvimento; 3ª Fase - Avaliação Externa e 4ª Fase Recontratualização. O processo de avaliação dos serviços é efetivado na terceira fase (Avaliação Externa) do PMAQ-CEO, a partir de três instrumentos: Módulo I – Observação do CEO; Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe e gerente; Módulo III – Entrevista com usuários (BRASIL, 2016).

A Avaliação Externa do Programa do 1º Ciclo para a Melhoria do Acesso e Qualidade de Centros de Especialidades em Odontologia consistiu na coleta de informações para analisar as condições de acesso e qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que participam do Programa. Buscou avaliar os resultados dos CEO e do Conselho Estadual, Municipal e gestores

do Distrito Federal na qualificação da Saúde Bucal especializada. O processo de avaliação externa permite: (i) Reforçar as práticas de cuidado, gestão e educação que contribuem para a permanente melhoria da Atenção Especializada em Saúde Bucal oferecida à população; (ii) Fortalecer ações e estratégias de gestão do SUS que qualifiquem o trabalho, condições e relações que visam apoiar o desenvolvimento do processo de trabalho do CEO; (iii) Subsidiar a reconstrução de CEO de forma singular, respeitando suas potencialidades e dificuldades (GOES, *et al.*, 2018).

O estudo foi realizado a partir de dados secundários de amplo acesso, coletados mediante o acesso ao site do Departamento de Atenção Básica (DAB/SUS), dados do 1º ciclo da AE-PMAQ/CEO (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo1ceo/>). As informações do Módulo I – Observação do CEO; Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe e gerente; Módulo III – Entrevista com usuários do Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas foram exportadas para o programa Microsoft Office Excel 2007 (Microsoft Corp., Estados Unidos).

As variáveis de caracterização do CEO foram extraídas do Módulo I – Observação do CEO, as de organização do serviço foram extraídas do Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe e gerente (Quadro 1).

Quadro 1. Variáveis e categorias para caracterização e organização dos Centros de Especialidades Odontológicas na Bahia, a partir do banco do PMAQ-CEO – 1 ciclo, 2014.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS
Tipo de CEO	I IIII
Quantidade de Dentistas Esp. Mínimas	Cirurgia oral Endodontia Estomatologia Paciente com necessidades especiais Periodontia
Quantidade de profissionais de nível médio que atuam no CEO	Técnico em saúde bucal Auxiliar em saúde bucal Técnico de prótese dentária
O CEO possui gerente	Sim, profissional acumula a atividade clínica e de gerente do CEO Sim, profissional atua exclusivamente como gerente do CEO Não há gerente
Quanto tempo é gerente do CEO	Menos de um ano 1 a 2 anos 3 a 4 anos 5 a 9 anos

O gerente possui ou está em formação	Sim, em saúde coletiva Sim, outros Não
Planejamento do processo de trabalho	Sim Não
Monitoramento das metas	Sim Não
A equipe do CEO recebe apoio de outros profissionais	Sim Não
Realiza matriciamento para ESB da AB	Sim Não
Frequência de apoio do CEO para AB	Semanal Mensal Trimestral Semestral Sem periodicidade definida
O CEO utiliza prontuário clínico?	Sim Não
O acesso ao CEO se dá por meio da demanda	Mista (Espontânea e Referenciada) Referenciada
Forma possível de agendar a consulta no CEO	A consulta é marcada pela unidade básica de saúde A consulta é marcada pelo próprio paciente junto à central de marcação de consultas especializadas O paciente recebe uma ficha de encaminhamento/referência na unidade básica de saúde e dirige-se ao CEO
Critério para encaminhamento pela AB	Por ordem de chegada Estratificação de risco Prioridade de programas
Vagas para atenção hospitalar	Sistema de cotas Sem número limitado
Média mensal de pacientes nível hospitalar	1 a 4 5 a 8

Fonte: elaboração própria

Procedeu-se a análise descritiva dos dados com auxílio do programa MINITAB 14. A análise descritiva foi apresentada em distribuição de frequências absoluta e relativa.

A variável de resposta utilizada para análise exploratória no presente estudo foi ter realizado contrarreferência. Para testar a homogeneidade entre as variáveis, foi utilizado o teste de qui

quadrado de Pearson e considerado o valor de p-valor < 0,05.

3 ASPECTOS ÉTICOS

Nessa pesquisa foram utilizados dados secundários de domínio público disponibilizados pelo Ministério da Saúde, não sendo possível identificar os participantes, então não houve a necessidade de registro e avaliação pelo Sistema CEP (Comitês de Ética em Pesquisa) / CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa).

Porém, a Pesquisa original com dados primários foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o registro nº 740.974 e CAAE 23458213.0.0000.5208.

4 RESULTADOS

Em toda a Bahia, dos 74 CEO analisados e caracterizados, 50% são do tipo II, 39,19% do tipo I e 10,81% tipo III (Tabela 1). Analisando as macrorregiões, a Leste que engloba a capital e região metropolitana apresentou maior número de CEO com 25,67%, seguido da Centro-Leste 14,86%. Todos os CEO da Bahia são municipais.

Quanto à análise da organização do serviço (Tabela 2), a existência de gerente não foi significante entre os CEO que relataram realizar contrarreferência. Quando o gerente atuava no serviço de 1 e 4 anos, isso estava relacionado a ocorrência de contrarreferência ($p = 0,008$). Quando havia monitoramento das metas e apoio recebido no CEO de outros profissionais existia também maior percentual contrarreferência ($p=0,049$ e $p= 0,04$, respectivamente). O matriciamento da equipe do CEO para equipe da atenção básica representou 67,79%, percentual menor que aqueles profissionais do CEO que não realizavam esta atividade, sem significância estatística. A frequência de apoio do CEO para AB ocorre mais mensalmente ou sem periodicidade definida e não apresentou diferença entre os grupos. Ambos os CEO pesquisados utilizam prontuário clínico. Ao analisar a variável do acesso, os resultados mostram que se dá mais por meio de demanda mista (referenciada e espontânea) ($p=0,08$). A forma de agendamento, os critérios para encaminhamento e as vagas ou cotas na atenção hospitalar não apresentaram diferenças entre os grupos.

Tabela 1 – Análise descritiva das variáveis de caracterização dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) na Bahia, 2014.

Caracterização dos CEO	n	%
Tipo de CEO		
I	29	39,19
II	37	50,00
III	8	10,81
Quantidade de Dentistas Esp. Mínimas		
Cirurgia oral	64	19,57
Endodontia	94	28,74
Estomatologia	37	11,33
Paciente com necessidades especiais	66	20,18
Periodontia	66	20,18
Quantidade de profissionais de nível médio que atuam no CEO		
Técnico em saúde bucal	24	9,41
Auxiliar em saúde bucal	202	79,21
Técnico de prótese dentária	29	11,38

Fonte: elaboração própria.

Tabela 2 – Análise descritiva das variáveis de organização dos serviços dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) na Bahia, 2014.

Organização do Serviço	CEO realiza contrarreferência?				
	Sim		Não		p-valor
	n	%	n	%	
O CEO possui gerente					
Sim, profissional acumula a atividade clínica e de gerente do CEO	15	25,42	37	30,08	0,148
Sim, profissional atua exclusivamente como gerente do CEO	35	59,32	55	44,71	
Não há gerente	9	15,26	31	25,21	

Quanto tempo é gerente do CEO					
Menos de um ano	12	24,00	30	34,48	0,008
1 a 2 anos	24	48,00	32	36,78	
3 a 4 anos	10	20,00	7	8,04	
5 a 9 anos	4	8,00	18	20,70	
O gerente possui ou está em formação					
Sim, em saúde coletiva	14	27,45	13	13,13	
Sim, outros	30	58,82	67	67,67	0,116
Não	7	13,73	19	19,20	
Planejamento do processo de trabalho					
Sim	49	83,05	100	81,30	0,774
Não	10	16,95	23	18,70	
Monitoramento das metas					
Sim	52	88,13	93	75,60	0,049
Não	7	11,87	30	24,40	
A equipe do CEO recebe apoio de outros profissionais					
Sim	18	60	62	78,48	0,04
Não	12	40	17	21,52	
Realiza matriciamento para ESB da AB					
Sim	40	67,79	91	73,98	0,384
Não	19	32,21	32	26,02	
Frequência de apoio do CEO para AB					
Semanal	5	12,50	12	13,18	
Mensal	9	22,50	14	15,38	0,624
Trimestral	1	2,5	4	4,39	
Semestral	0	0	4	4,39	
Sem periodicidade definida	25	62,50	57	62,66	
O CEO utiliza prontuário clínico?					
Sim	55	93,22	115	93,49	0,944
Não	4	6,78	8	6,51	
O acesso ao CEO se dá por meio da demanda					
Mista (Espontânea e Referenciada)	34	57,62	87	70,73	0,08
Referenciada	25	42,38	36	29,27	
Forma possível de agendar a consulta no CEO					

<i>A consulta é marcada pela unidade básica de saúde</i>					
Sim	15	25,42	30	24,39	0,88
Não	44	74,58	93	75,61	
<i>A consulta é marcada pelo próprio paciente junto à central de marcação de consultas especializadas</i>					
Sim	6	10,16	13	10,56	0,934
Não	53	89,84	110	89,44	
<i>O paciente recebe uma ficha de encaminhamento/referência na unidade básica de saúde e dirige-se ao CEO</i>					
Sim	53	89,83	118	95,93	0,106
Não	6	10,07	5	4,07	
Critério para encaminhamento pela AB					
Por ordem de chegada	37	67,27	58	52,72	
Estratificação de risco	17	30,90	48	43,63	0,264
Prioridade de programas	1	1,83	4	3,65	
Vagas para atenção hospitalar					
Sistema de cotas	15	25,42	30	24,39	0,88
Sem número limitado	44	74,58	93	75,61	
Média mensal de pacientes nível hospitalar					
1 a 4	53	89,83	118	95,93	0,106
5 a 8	6	10,07	5	4,07	

Fonte: elaboração própria.

5 DISCUSSÃO

A integralidade entre os serviços de saúde é um assunto que necessita ser pesquisado e discutido, visto que são vários estabelecimentos funcionando independentemente para garantir a assistência à saúde.

A relação entre atenção primária e secundária dos serviços odontológicos deve funcionar de forma integral para suprir as necessidades da população. Considerando as macrorregiões do Brasil até o ano de 2009, 38,50% dos CEO estavam implantados no Nordeste, 36,50% no Sudeste, 12,80% no Sul, 6,30% no Centro-Oeste e 5,81% na região Norte (CORTELLAZZI *et al.*, 2014).

No ano de 2014, a região Nordeste continua com maior quantidade de CEO, representando 357 unidades, seguido da região Sudeste com 337, tendo a região Norte a menor representação, 60 CEO (BRASIL, 2016). Em relação ao estado da Bahia, a macrorregião Leste é a que representa o maior percentual de CEO, com 25,67%, o que pode estar relacionado ao maior porte populacional

desta região - 4.863.025 habitantes (SESAB, 2013). Percebe-se que a presença de CEO varia entre municípios de pequeno, médio e grande porte, o que difere do estudo de Goes et al. (2012) cuja maioria estava localizada em municípios com mais de 100.000 habitantes.

Ao analisar o tipo de Centro de Especialidades Odontológicas do estado de Pernambuco, Figueiredo e Goes (2009) apontaram que os centros do Tipo I nenhum teve ótimo desempenho, os do Tipo II 46,20% tiveram desempenho bom e Tipo III teve desempenho ruim. A nível Brasil os CEO tipo II se destacam com desempenho bom/ótimo (CORTELLAZZI *et al.*, 2014). Nota-se que 100% dos serviços tem abrangência municipal, em que Figueiredo e Goes (2009) afirmam que quanto menor o município, pior seria seu desempenho.

Das especialidades mínimas, a endodontia é a que possui a maior quantidade de dentistas e conseqüentemente a maior carga horária semanal, o que pode estar relacionado com o cumprimento da meta de endodontia segundo estudo de Goes et al. (2012). Dos procedimentos registrados em um CEO da região de São Paulo, a especialidade mais expressiva também foi a endodontia representando 50,40% do total de procedimentos especializados (SALIBA *et al.*, 2013, VAZQUEZ *et al.*, 2014).

Freitas e colaboradores (2016) em seu estudo com CEO da Paraíba exibiu uma alta produção de procedimentos básicos como restauração com amálgama, restauração com ionômero de vidro, restauração a pino, acesso a polpa dentária e medicação, curativo de demora etc. Sendo assim muitos não cumpriram as metas preconizadas, mas produziram grande quantidade de procedimentos que são de competência da atenção básica. Os autores afirmam a importância de estudos de avaliação dos serviços de saúde bucal, tanto de caráter quantitativo quanto qualitativo, a fim de elucidar avanços e dificuldades nas relações entre os serviços.

Com relação ao fluxo dos atendimentos, este estudo confirma que a referência e a contrarreferência são realizadas através de ficha específica e por ordem de chegada. Souza *et al.*, (2015), mostram que os encaminhamentos dos usuários dos CEO da grande Natal são realizados pelos dentistas da AB, mas que apenas 0,9% dos usuários retornam por recomendação do dentista do CEO, a grande maioria retorna ao atendimento por vontade própria em terminar o tratamento iniciado e o desejo de ter um acompanhamento da sua situação de saúde bucal ou acaba concluindo o tratamento no CEO.

Na atenção hospitalar, Cruz *et al.*, (2016) relatam em hospital na Bahia que um terço dos indivíduos atendidos na sala de medicação não procurou outro serviço, retratando uma demanda espontânea considerável, quase 40% dos entrevistados não tiveram êxito na procura de outros serviços públicos de saúde antes de procurarem o hospital, ainda 51,1% não possuía ficha de referência. Percebe-se neste estudo que a média mensal de pacientes encaminhados representa de 1 a 4, onde não se tem um número limitado de vagas.

Vazquez et al. (2014) e Borghi et al. (2013), concordam que o tempo de início de tratamento normalmente é até um mês, bem como no presente estudo. A integração entre atenção primária (básica), secundária (especializada) e terciária (hospitalar) em saúde bucal é fundamental para efetivação da integralidade e resolutividade dos problemas dos usuários do Sistema Único de

Saúde (FRANCO, 2016). Os serviços de saúde vêm sendo constantemente discutidos devido à falta de comunicação, a ineficácia na gestão dos recursos, a perda da continuidade nos processos da assistência e diminuição da qualidade da atenção (SEGURA, 2002; NÚÑEZ, LORENZO E NAVARRETE, 2006).

6 CONCLUSÕES / CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da contrarreferência entre os serviços de saúde bucal mostra a importância da compreensão dos fluxos, da organização do serviço e da satisfação dos usuários. Pode – se pensar na construção de protocolos para assegurar a qualidade e a resolutividade dos atendimentos.

O estudo mostrou a importância de o gerente estar atuando no serviço a mais de um ano. O monitoramento das metas e o apoio recebido por outros profissionais, também garantem uma maior resposta de contrarreferência no CEO.

São necessários outros estudos para análise das interações entre os serviços de saúde bucal, há uma necessidade de avanços nas relações entre os profissionais, gestores e usuários. Embora existam dificuldades, o usuário sente- se grato por ser acolhido e por conseguir acesso aos serviços.

REFERÊNCIAS

BORGHI, G. N. *et al.* A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 18, n. 2, p. 154-159, maio/ago. 2013. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rfo/v18n2/a05v18n2.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório do 1o Ciclo da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO). 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/relatorio_1_ciclo_pmaq_ceo.pdf.

BRASIL. Portaria nº 261, de 21 de fevereiro de 2013. Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal. Diário Oficial da União 22 fev, 2013. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0261_21_02_2013.html.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p.143-154, jan. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/15.pdf>.

CONTEL-SEGURA, J. C. La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. **Aten Primaria**, v. 29, n. 8, p. 502-506. 15 de mayo, 2002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656702706203>.

CORTELLAZZI, K. L. *et al.* Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** v. 17, n. 4, p. 978-988, out-dez. 2014. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400040015>.

CRUZ, D. N. *et al.* Acesso, utilização e percepção dos usuários sobre um serviço hospitalar de emergência em Salvador, BA. **Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 15, n. 2, p. 186-198, maio/ago. 2016. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/15706>.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-267, Fev. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200004>.

FRANCO, A. C. M. **Portal CEO**: inovação tecnológica na avaliação da qualidade dos serviços de atenção especializada em saúde bucal. 2016. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, 2016. <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/26918>.

- FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra-referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc Cuid Saúde**, Universidade Estadual de Maringá, v. 7, n.1, p. 65-72, jan./mar. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v7i1.4908>.
- FREITAS, C. H. S. M. *et al.* Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 131-143, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080011>.
- GOES, P. S. A. *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 28, p. 81s-89s, 2012. Supl. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300009>.
- GOES, P. S. A. *et al.* Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 18, n. 1, p. 1-11, e3433, 2018. <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3433/pdf>.
- GONÇALVES, J. R. S. N. *et al.* Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 432-438, oct./dec. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201800040429>.
- LIMÃO, N. P. *et al.* Oferta da assistência odontológica especializada na Atenção Básica do Brasil, Nordeste e Paraíba. **REFACS**, [online], Uberaba, v. 5, p. 131-140, 2017. Supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/refacs.v5i0.1987>.
- MACHADO, F. C. A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. A. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1149-1163, Abr. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00532014>.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.
- MORRIS, A. J.; BURKE, F. J. T. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? **Br Dent J.**, v.191, n.12, p. 666-670, Dec. 2001. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/4801263.pdf>.
- NÚÑEZ, R. T.; LORENZO, I. V.; NAVARRETE, M. L. V. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gac Sanit**, [online], Barcelona, v. 20, n. 6, p. 485-95, nov./dic. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1157/13096516>.
- PIMENTEL, F.C. *et al.* Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 146-s157, 2012. Supl. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300015>.
- SALIBA, N. A. *et al.* Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. **Rev. odontol. UNESP** [online], v. 42, n. 5, p. 317-323, sept./oct. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rounesp/v42n5/01.pdf>.

SOUZA, G.C.A. *et al.* Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. Universidad Nacional de Colombia. **Rev. salud pública**, v. 17, n. 3, p.416-428, 18 nov. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n3.44305>.

VAZQUEZ, F. L. *et.al.* Referência e Contrarreferência na atenção Secundária em odontologia em Campinas, SP, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, [online], Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 245-256. Jan. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1986>.



CAPÍTULOS REGIÕES

SUL

SUDESTE



Principais Resultados Da Avaliação Da Qualidade Dos Centros De Especialidades Odontológicas Do Espírito Santo: Avaliação Externa-Pmaq/ Ceo 1.º Ciclo, 2014

Albina de Fátima Fanni Santos

Avaliador

Universidade Federal Fluminense/UFF – albinafanni@hotmail.com

Andrea Neiva

Tutor/coordenador(a) estadual

Universidade Federal Fluminense/UFF – andreaneiva@id.uff.br

Nilcema Figueredo

Coordenador macro

Universidade Federal de Pernambuco/UFPE – nilcema@gmail.com

RESUMO

O objetivo deste estudo foi comparar os resultados do cumprimento dos padrões essenciais obtidos pela avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades odontológicas (PMAQ/CEO) 1.º CICLO no Estado do Espírito Santo, região sudeste e do Brasil. O estudo apresenta uma análise quantitativa realizada a partir da avaliação externa dos CEO nos municípios do Espírito Santo com base na análise da estrutura, processo e resultado sob o ponto de vista dos padrões essenciais preconizados pelo Ministério de Saúde em dados quantitativos coletados pela observação e registro dos avaliadores. Trata-se de um estudo observacional, descritivo e inferencial de natureza quantitativa, desenvolvido a partir de dados secundários de domínio público. A avaliação externa do PMAQ/CEO no estado do Espírito Santo demonstrou que o estado do Espírito Santo se destacou no cenário nacional quanto à adoção de práticas de monitoramento de metas, utilização de prontuário clínico e realização de alguma forma de contra referência. Porém, à interface entre CEO e a Atenção Básica, mostrou-se problemática, visto que a maior proporção do acesso aos estabelecimentos de saúde bucal (44,4%) foi na forma mista (espontânea e referenciada), contrariando os critérios definidos nas portarias reguladoras. Apesar dos problemas de integralidade para os usuários que tiveram acesso aos serviços, os CEO se mostraram bem avaliados quanto à estrutura e ambiência. Não houve similaridade de resultados aos padrões essenciais para infraestrutura, organização do trabalho e qualidade dos serviços, havendo melhores resultados ao estado do Espírito Santo. Reconhece-se a importância do PMAQ/CEO para a institucionalização das avaliações da qualidade em saúde no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chaves: Saúde Bucal, Atenção Especializada, Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to compare the results of the fulfillment of the essential standards obtained by the external evaluation of the National Program for the Improvement of Access and Quality of Dental Specialties Centers (PMAQ / CEO) 1st CYCLE in the State of Espírito Santo, southeastern region and Brazil. The study presents a quantitative analysis carried out from the external evaluation of the CEOs in the municipalities of Espírito Santo based on the analysis of the structure, process and result from the point of view of the essential standards recommended by the Ministry of Health in quantitative data collected by observation and registration of the evaluators. This is an observational, descriptive and inferential study of a quantitative nature, developed from secondary data in the public domain. The external evaluation of the PMAQ / CEO in the state of Espírito Santo showed that the state of Espírito Santo stood out on the national scene in terms of adopting target monitoring practices,

using clinical records and performing some form of counter reference. However, the interface between CEO and Primary Care proved to be problematic, since the largest proportion of access to oral health establishments (44.4%) was in the mixed form (spontaneous and referenced), contrary to the criteria defined in the ordinances regulatory authorities. Despite the problems of comprehensiveness for users who had access to services, the CEOs were shown to be well evaluated in terms of structure and ambience. There was no similarity of results to the essential standards for infrastructure, work organization and quality of services, with better results for the state of Espírito Santo. The importance of the PMAQ / CEO for the institutionalization of health quality assessments in the Unified Health System is recognized.

Keywords: Oral Health. Specialized Care. Health Evaluation.

1 Introdução

Os problemas de saúde bucal entraram na agenda política brasileira em 2004, com a formulação e instituição da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)(BRASIL. Ministério da Saúde e Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal, 2004), que dentre outras ações programáticas pretenderam viabilizar a oferta da atenção secundária por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Os CEO são estabelecimentos especializados em saúde bucal, com ênfase em diagnóstico do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a pessoas com necessidades especiais. (CHAVES et al., 2010a).

Nas últimas décadas, cresceram no Brasil as iniciativas no sentido de institucionalizar a avaliação em saúde, como resultado da intenção de conferir racionalidade às intervenções setoriais. (FONSECA et al., 2016). Considerando o exposto, orientado por iniciativa do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), centrada na qualificação da Atenção Básica, fortalecendo a necessidade de ampliar e apoiar as ações já implementadas no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB), foi instituído no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, através da Portaria n.º 261/GM/MS, de 21 de fevereiro de 2013 o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade para os Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ/ CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal (BRASIL. Ministério da Saúde AND Secretaria de Atenção à Saúde AND Departamento de Atenção Básica, 2012).

Compreendendo os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) como principal estratégia à oferta de procedimentos especializados da PNSB, que se propõem a contribuir com o fortalecimento de rede de atenção integral em saúde bucal (NUNES et al., 2018a), estes devem ser avaliados objetivando a melhoria contínua da qualidade do serviço, aprimorando o atendimento em todas suas dimensões. A avaliação configura-se, então, como necessária, tanto para a tomada de decisões – e consequente reordenamento dos serviços de saúde – quanto para a melhoria da qualidade e vigilância em saúde bucal (WERNECK et al., 2018).

Alguns estudos de cunho acadêmico do 1.º ciclo foram feitos no âmbito geral (WERNECK et al., 2018; NUNES et al., 2018a) e apresentaram resultados advindos da avaliação externa PMAQ/CEO dos municípios brasileiros, como dados de estrutura, gestão e processos de trabalho bem

como a visão dos usuários entrevistados. Ressalta-se a importância do aprofundamento da realidade local para tomada de decisão baseada em evidências e a indução da ampliação e melhoria de qualidade dos CEO, promovendo a institucionalização de processos avaliativos no Sistema Único de Saúde.

O objetivo deste estudo foi comparar os resultados do cumprimento dos padrões essenciais obtidos pela avaliação externa PMAQ/CEO 1.º CICLO no Estado do Espírito Santo, região sudeste e do Brasil.

2 Métodos

A presente pesquisa trata-se de um estudo observacional, descritivo e inferencial de natureza quantitativa, desenvolvido a partir de dados secundários de domínio público. A pesquisa considerou todos os CEO incluídos na Avaliação Externa (AE) do 1.º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) (FIGUEIREDO et al., 2018). Contabilizou-se 932 estabelecimentos investigados, porém foram incluídos aqueles que responderam completamente os Módulos I, II e III do instrumento de avaliação externa. Assim, a amostra consistiu de 929 CEO neste estudo.

O instrumento utilizado para a realização da Avaliação Externa está organizado em três módulos:

Módulo I - Observação no CEO: objetiva avaliar as condições de estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos do estabelecimento

Módulo II - Entrevista com o gerente do CEO e um cirurgião dentista, de qualquer especialidade: objetiva obter informações sobre o processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado para os usuários.

Módulo III - Entrevista com usuários no CEO: visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços especializados de saúde bucal no que se refere ao seu acesso e utilização. A entrevista foi realizada na unidade de saúde, com até dez usuários de cada CEO que aderiu ao PMAQ-CEO. Foram incluídos no estudo os usuários maiores de 18 anos e não estar sendo atendido pela 1.º vez.

A avaliação externa (AE) é uma das fases operacionais do PMAQ/CEO, que considera as ações em saúde no campo das práticas sociais. Têm suas bases conceituais, teóricas e metodológicas na abordagem do modelo sistêmico donabediano estrutura-processo- resultados e da qualidade em saúde. Operacionalmente, consistiu na coleta de informações para analisar a condições de acesso e qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que participam do Programa (FIGUEIREDO et al., 2018), como a finalidade reconhecer e valorizar os esforços e resultados dos CEO e do Conselho Estadual, Municipal e gestores do Distrito Federal na qualificação da Atenção Especializada em Saúde Bucal, para formular juízos de valor das Unidades de Saúde pesquisadas para decisões a serem tomadas.

O local de estudo foi o estado do Espírito Santo, localizado na região sudeste do Brasil, cons-

titui-se no menor e menos populoso estado da região contando com uma população de 3.978.388 habitantes (IBGE, 2018) distribuída de forma bastante desigual entre seus 78 municípios. O estado cujo IDH é 0,74 (IBGE, 2018) ocupa a sétima posição no ranking nacional. Contudo, apresenta desigualdades regionais relevantes se considerarmos e inaceitáveis para o padrão de desenvolvimento econômico do estadual.(INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES, 2016).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) reformulado em 2011 dividiu o estado em quatro regiões de saúde: Norte, Central, Metropolitana e Sul. A nova divisão, seguindo um padrão horizontal, bem diferente da verticalização presente no PDR anterior. Essa nova opção considerou a necessidade de fortalecimento das regiões, o potencial de desenvolvimento e as facilidades no acesso aos serviços de saúde(ESPÍRITO SANTO, 2011).

A pesquisa considerou todos os CEO do Estado do Espírito Santo incluídos na Avaliação Externa (AE) do 1.º Ciclo do PMAQ-CEO, contabilizando 9 estabelecimentos de saúde. Os critérios de exclusão foram os CEO que até a data estabelecida para a avaliação estavam em reformas e CEO onde não se permitiu o acesso de avaliadores de qualidade após três tentativas de marcação da visita. Destes, foram incluídos os que responderam completamente os Módulos I, II e III do instrumento de avaliação externa (2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2013). Assim, a amostra consistiu de 9 CEO.

O estudo do PMAQ-CEO considerou a descrição do conjunto de dimensões verificadas através de observação direta, através de documentos comprobatórios e entrevistas com os atores envolvidos dos padrões de qualidade de estrutura e processos de trabalho, gerente e cirurgião-dentista do CEO avaliado, além de conhecer a percepção e satisfação dos usuários com relação ao acesso e utilização dos serviços a fim de avaliar os resultados. .

Realizou-se a coleta dos microdados do 1.º ciclo da avaliação externa do PMAQ/CEO, mediante o acesso ao site do Departamento de Atenção Básica (DAB/SUS). As informações dos Módulos I, II e III do Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas foram exportadas para o programa Microsoft Office Excel 2007 (Microsoft Corp., Estados Unidos).

Com base na necessidade de adequação dos critérios, parâmetros e ferramentas de avaliação, no primeiro ciclo do PMAQ-CEO os padrões de acesso e qualidade verificados para os CEO foram classificados como padrões essenciais, padrões estratégicos, padrões gerais e padrões obrigatórios. Os padrões essenciais estão relacionados a condições mínimas de acesso e qualidade. O não alcance de um conjunto mínimo de padrões de qualidade considerados essenciais, incorre na atribuição de desempenho ruim pelo processo de certificação do CEO(BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013).

O plano de análise foi elaborado com recorte dos dados agrupados dos CEO do estado do ES, da macrorregião sudeste e do Brasil para a finalidade pretendida referentes aos padrões essenciais definidos pelo programa, sua descrição e categorização estão descritos no Quadro 1.

São denominados de padrões mínimos porque não pretendem esgotar as possibilidades analíticas dos resultados gerados da mesma avaliação externa, mas possibilitar aos gestores de diferentes níveis e profissionais um olhar que lhe permitam compreender, de alguma forma, os des-

taques e desafios dos CEO do ES.

Estes dados advêm da descrição do conjunto de dimensões verificadas através de observação direta, através de documentos comprobatórios e entrevistas com os atores envolvidos dos padrões de qualidade de estrutura e processos de trabalho além de conhecer a percepção e satisfação dos usuários com relação ao acesso e utilização dos serviços a fim de avaliar os resultados.

Quadro 1 - Plano de análise do estudo

Subdimensão	Variável (padrão)	Descrição	Categorização	MÓDULO
Ações para Organização do Processo de Trabalho do CEO	Trabalhadores para atuação nas especialidades mínimas	Questão VII.3.4 Qual a quantidade de cirurgões dentistas que atuam nas especialidades mínimas?	1 Cirurgia Oral 2 Endodontia 3 Estomatologia 4 Pacientes com necessidades especiais 5 Periodontia	Módulo II
Funcionamento do CEO	Horário de funcionamento do CEO	Questão VII.7.1 Quais os turnos de atendimento do CEO?	Manhã Tarde Noite	Módulo II
Características Estruturais e Ambiente do CEO	Sobre a infraestrutura, o CEO possui:	Questão VII.9.1.12 Sala de espera	1 -Sim 2 - Não	Módulo I
Equipamentos, Instrumentais, Materiais, Insu- mos e Impressos no CEO	Sobre equipamentos e periféricos:	VII.12.5 Aparelho de RX Odontológico	Quantidade	Módulo I
		VII.12.8 Avental de chumbo com protetor de tireoide	Quantidade	Módulo I
		VII.12.13 Caneta de alta rotação	Quantidade	Módulo I
		VII.12.14 caneta de baixa rotação	Quantidade	Módulo I
		VII.12.15 Compressor odontológico	Quantidade	Módulo I
		VII.12.2 Amalgamador	Quantidade	Módulo I
		VII.12.21 Fotopolimerizador	Quantidade	Módulo I

Subdimensão	Variável (padrão)	Descrição	Categorização	MÓDULO
	Boletim de produção ambulatorial consolidado (BPA-C)	VII.15.4 em uso?	1 -Sim 2 - Não	Módulo I
	Boletim de produção ambulatorial individualizado (BPA-I)	VII.15.5 em uso?	1 -Sim 2 - Não	Módulo I
	Ficha de encaminhamento de referência e contrarreferência	VII.15.10 em uso?	1 -Sim 2 - Não	Módulo I
Acesso e Marcação de Consulta no CEO	Acesso	VIII.9.1 O acesso ao CEO se dá por meio da demanda:	1 Espontânea 2 Mista (Espontânea e Referenciada) 3 Referenciada	Módulo II
Planejamento das Ações da Equipe do CEO	Monitoramento e análises das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO	VIII.6.5 É realizado o monitoramento e análises das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO?	1 -Sim 2 - Não	Módulo II
Organização dos Prontuários no CEO	O CEO utiliza prontuário clínico	VIII.8.1 O CEO utiliza prontuário clínico?	1 -Sim 2 - Não	Módulo II
CEO na Rede de Atenção à Saúde	Contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica	VIII.10.6 Qual a forma que é realizada a contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica?	1 Através de ficha específica 2 Através de sistema informatizado 3 Através do prontuário eletrônico 4 Nenhuma ação específica 5 Outra	Módulo II

Subdimensão	Variável (padrão)	Descrição	Categorização	MÓDULO
Ambiência	De forma geral, o que o(a) senhor(a) acha das instalações deste CEO:	IX.8.2.2 Estão em boas condições de limpeza	1 -Sim 2 - Não	Módulo III
		IX.8.2.3 Tem a quantidade de cadeiras suficiente para as pessoas sentarem no local de espera	1 -Sim 2 - Não	Módulo III
Acesso e Marcação de Consulta no CEO	Marcação de consulta para o CEO feita pela UBS ou central de marcação de consulta	IX.3.1 Como o(a) senhor(a) fez para marcar consulta neste CEO?	1 Ligou para o CEO 2 A Unidade Básica marcou e avisou 3 Fez contato ou foi até a Secretaria de Saúde marcar 4 Fez contato ou foi até o setor de marcação de consultas 5 Recebeu a guia na UBS e fez a marcação direto no CEO 6 Outra	Módulo III

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1.º Ciclo

A análise dos dados foi descritiva, com auxílio do programa estatístico Statistical Package for Social Sciences – SPSS versão 25.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). A análise descritiva foi apresentada em distribuição de frequências, proporções e medidas de tendência central. Os dados foram classificados de forma sistemática, com sumarização dos mesmos para avaliar as características gerais dos CEO do estado do ES, da macrorregião e do Brasil com relação ao desempenho dos padrões essenciais.

Posteriormente foram realizadas análises bivariadas para a finalidade pretendida onde os índices foram descritos conforme as variáveis dos padrões essenciais dos CEO do Estado do Espírito Santo com os dados macrorregião e do Brasil. Para comparar resultados do cumprimento dos padrões essenciais obtidos, foi utilizado a razão de prevalência (RP) entre as variáveis.

Como nessa pesquisa foram utilizados dados secundários de domínio público disponibilizados pelo Ministério da Saúde, não sendo possível identificar os participantes, não houve a necessidade de registro e avaliação pelo Sistema CEP (Comitês de Ética em Pesquisa)/CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). Porém, a Pesquisa original foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Centro

3 Resultados

Nove CEO do estado do Espírito Santo participaram da AE-PMAQ-CEO. Os serviços estavam distribuídos nas regiões de saúde do estado da seguinte forma: 01 na Região Norte localizado no município de Nova Venécia, 01 na Região Central situado em Colatina, 02 na Região Metropolitana situados em Vitória e Vila Velha e 05 serviços distribuídos na Região Sul. Desses 05, 02 estavam localizados no município de Cachoeiro do Itapemirim, e os outros 03 estavam localizados respectivamente nos municípios de São José do Calçado, Castelo e Guaçuí.

A distribuição da frequência dos padrões essenciais dos Módulo I, II e III dos CEO do Estado do Espírito Santo, da Macrorregião sudeste e do Brasil se encontram nas tabelas 1, 2 e 3 respectivamente.

Tabela 1 – Distribuição da frequência dos padrões essenciais do Módulo I dos CEO do Estado do Espírito Santo, da Macrorregião sudeste e do Brasil, 2014. (Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1.º Ciclo)

Padrão	Categorias	Espírito Santo		Macrorregião sudeste		Brasil		Razão de prevalência % ES e Macrorregião	Razão de prevalência % ES e Brasil
		n	%	n	%	n	%		
Padrões essenciais do Módulo I – Observação no CEO (Condições de Funcionamento dos CEO)								Se %>1; ES maior Se %<1; ES menor Se %=1; ES igual	Se %>1; ES maior Se %<1; ES menor Se %=1; ES igual
Trabalhadores para atuação nas especialidades mínimas	Cirurgia Oral	9	100	330	97,9	908	97,4	1,021212121	1,026431718
	Endodontia	9	100	334	99,1	911	97,7	1,008982036	1,023051592
	Estomatologia	3	33,3	263	78,0	611	65,6	0,426695817	0,507947627
	Pacientes com necessidades especiais	6	66,6	311	92,3	837	89,8	0,721678457	0,741591398
	Periodontia	8	88,8	326	96,7	881	94,5	0,91796319	0,939405221
Horário de Funcionamento	Manhã	9	100	336	99,7	930	99,8	1,00297619	1,002150538
	Tarde	9	100	337	100,0	922	98,9	1	1,010845987
	Noite	3	33,3	81	24,0	178	19,1	1,385444444	1,743573034
Ambientes	Sala de espera	9	100	335	99,4	909	97,5	1,005970149	1,02530253
	Aparelho de RX Odontológico + Avental de chumbo com protetor de tireoide	8	88,8	293	86,9	796	85,4	1,021351536	1,039718593
	Caneta de alta rotação e caneta de baixa rotação	9	100	334	99,1	924	99,1	1,008982036	1,008658009
	Compressor odontológico	9	100	334	99,1	926	99,4	1,008982036	1,006479482
	Amalgamador	9	100	318	94,4	862	92,5	1,059748428	1,081206497
	Fotopolimerizador	9	100	334	99,1	910	97,6	1,008982036	1,024175824
Materiais impressos	Boletim de produção ambulatorial consolidado (BPA-C)	4	44,4	260	77,2	711	76,3	0,575492308	0,582008439
	Boletim de produção ambulatorial individualizado (BPA-I)	9	100	261	77,4	802	86,1	1,291187739	1,162094763
	Ficha de encaminhamento de referência e contra referência	9	100	322	95,5	859	92,2	1,046583851	1,084982538

Tabela 2 – Distribuição da frequência dos padrões essenciais do Módulo II dos CEO do Estado do Espírito Santo, da Macrorregião Sudeste e do Brasil, 2014. (Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1.º Ciclo)

Padrão	Categorias	Espírito Santo		Macrorregião sudeste		Brasil		Razão de prevalência % ES e macirregião		Razão de prevalência % ES e brasil	
		n	%	n	%	n	%	%	Se %>1 ; ES maior Se %<1 ; ES menor ; ES igual	Se %>1 ; ES maior Se %<1 ; ES menor Se %=1 ; ES igual	Se %>1 ; ES maior Se %<1 ; ES menor Se %=1 ; ES igual
Padrões essenciais do Módulo II – Entrevista com gerente do CEO, com cirurgião-dentista do CEO e verificação de documentos (Processo de Trabalho dos CEOs)											
Acesso	Espontânea	0	0	9	2,7	12	1,2	0		0	
	Mista (Espontânea e Referenciada)	4	44,4	129	38,3	387	41,5	1,159906977		1,069879518	
	Referenciada	5	55,5	199	59,1	533	57,1	0,939874372		0,971978984	
Procedimentos ofertados pelo CEO	Tratamento de periodontites (raspagem e alisamento radicular subgingival; cirurgia de acesso).	9	100	330	97,9	896	96,1	1,021212121		1,040178571	
	Atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental	9	100	327	97,0	897	96,2	1,03058104		1,039018952	
	Remoção de dentes retidos, inclusos e impactados	9	100	283	84,0	760	81,5	1,190812721		1,226315789	
Processo de Trabalho	Atividade de planejamento das ações do CEO	6	66,6	272	80,7	723	77,5	0,825154412		0,859354839	
	Reunião de equipe de CEO	8	88,8	248	73,6	714	76,6	1,206677419		1,15926893	
	Monitoramento e análises das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO	8	88,8	293	86,9	794	85,1	1,021351536		1,043478261	
	O CEO utiliza prontuário clínico	9	100	334	99,1	910	97,6	1,008982036		1,024590164	
	Contra referência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica	9	100	320	95,0	869	93,2	1,053125		1,072961373	

Tabela 3 – Distribuição da frequência dos padrões essenciais do Módulo III dos CEO do Estado do Espírito Santo, da Macrorregião Sudeste e do Brasil, 2014. (Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1.º Ciclo)

Padrão	Categorias	Espírito Santo		Macrorregião sudeste		Brasil		Razão de prevalência % ES e Macrorregião	Razão de prevalência % ES e Brasil
		n	%	n	%	n	%		
Padrões essenciais do Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com usuário (Satisfação do usuário)								Se %>1; ES maior	Se %>1; ES maior
								Se %<1; ES menor	Se %<1; ES menor
								Se %=1; ES igual	Se %=1; ES igual
Ambiência	O CEO está em boas condições de limpeza	84	93,3	3159	95,8	8461	95,0	0,973903967	0,982105263
	Tem a quantidade de cadeiras suficiente para as pessoas sentarem no local de espera	42	46,6	2516	74,6	6497	69,7	0,624664879	0,668579627
Acesso	Marcação de consulta para o CEO feita pela UBS ou central de marcação de consulta	19	21,1	1302	38,6	2899	31,1	0,546632124	0,678456592

4. Discussão

Condições de Funcionamento dos CEO

O estado do Espírito Santo possuía CEO em todas as suas quatro regiões de saúde com destaque para região Sul que concentrou mais da metade dos CEO. Vale salientar que esta região apresentava o maior número de municípios. De acordo com dos microdados do 1.º ciclo da AE-PMAQ/CEO (FIGUEREDO; GOES; MARTELLI, 2016). Todos os CEO do estado eram municipais sendo, portanto, referências somente para os municípios-polo. De tal forma que 89% dos municípios do estado não contavam com atenção especializada em saúde bucal. A região Sul apresentou a maior cobertura de atenção especializada de saúde bucal para o estado, pois 15% dos seus municípios apresentaram CEO.

Se considerarmos a densidade populacional dos municípios (IBGE, 2018) em relação à cobertura da atenção secundária em saúde bucal observamos que 77,7% dos municípios com até 100 mil habitantes contam com CEO. Por outro lado, apenas 11,1% dos municípios pequenos, ou seja, aqueles com até 25 mil habitantes, apresentaram esse tipo de serviço.

Os resultados da avaliação externa indicaram, portanto, dificuldades na implementação de planos de regionalização para melhoria do acesso à atenção especializada em saúde bucal no estado do Espírito Santo, o que tem permitido a existência de vazios assistenciais no campo da atenção secundária em saúde bucal. Isso sugere que a baixa capacidade de oferta dos serviços especializados pode comprometer, por conseguinte, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra referência 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. (GOES et al., 2012)

Em estudo anterior, (ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 211) identificaram que os municípios do Espírito Santo apresentavam grande dependência do governo estadual para o planejamento, financiamento, regulação e gestão em saúde. Além de apresentarem baixa capacidade técnica, demonstraram baixa capacidade de articulação política, contribuindo para perpetuar o quadro de dependência em relação ao governo estadual.

A criação de CEO regionais seria um possível caminho para a ampliação da cobertura da atenção especializada dos municípios do Espírito Santo. A importância da constituição de redes de atenção à saúde e a criação de CEO regionais através, por exemplo, da formação de consórcios municipais ((CHAVES et al., 2011);(CORTELLAZZI et al., 2014); (HERKRATH, 2018); (MEDEIROS, 2007) tem sido apontada como uma importante estratégia para ampliar a cobertura populacional das ações de atenção especializada em saúde bucal.

Em estudo realizado por (SILVA JUNIOR, 2019) que teve por objetivo analisar a implementação dos CEO regionais no Ceará apontou que a implantação dos Consórcio Público de Saúde como modalidade de gestão dos CEO regionais desencadeou melhorias importantes nos processos

de trabalho, na gestão, na qualidade da assistência e no acesso mais oportuno às especialidades dos municípios consorciados.

Desta forma, a criação de CEO regionais no estado do Espírito Santo pode ser uma estratégia importante para ampliação do acesso da população capixaba à atenção secundária em saúde bucal.

Dos CEO avaliados no ES, três (33,3%) fazem atendimento no período noturno. A flexibilização de horários com atendimentos em horário de almoço e nos finais de semana tem sido considerada uma prática em expansão nos CEO do Brasil ((RAMOS, 2014); (DEITOS, 2009)). O autor (RAMOS, 2014) avaliando os CEO da Grande Florianópolis, observaram que a maioria praticava uma flexibilização de horários, com atendimentos das 7h às 19h. Já o estudo de (DEITOS, 2009) que avaliou 59 CEO em uma pesquisa nacional mostrou que apenas 14,29% dos CEO ofereceriam atendimentos em horário noturno. Entretanto, segundo o autor, a oferta de serviço em horário flexível – horário de almoço e aos sábados - foi observada em 44,6% dos serviços.

Apesar de não ser uma obrigatoriedade prevista nas normas, o atendimento noturno nos CEO possibilita o atendimento a trabalhadores e estudantes que são impossibilitados de acessarem esses serviços no período diurno (CHAVES et al., 2010a). Logo, aspectos funcionais como horário de funcionamento atrelado às necessidades da população deveriam ser levados em consideração quando se pensa na ampliação do acesso aos serviços de atenção secundária em saúde bucal. Os resultados do AVE-PMAQ/CEO (2014) no país apontam um percentual (19%) dos CEO funcionando em período noturno resultados semelhantes (24%) também aparecem na região sudeste do país.

No que se refere à especialidade de Estomatologia e ao papel do CEO preconizado pela política, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca a maioria dos CEO do Estado (66%) não apresentou cirurgiões dentistas lotados nessa especialidade mínima. Estes achados também foram encontrados em outros estudos ((MEDEIROS, 2007); (DEITOS, 2009); (RAMOS, 2014)). Segundo a literatura, existe uma escassez de profissionais nos CEO com formação em estomatologia. Dos seis CEO avaliados por (RAMOS, 2014) na Grande Florianópolis foi verificado que, de um modo geral, não há um dentista exclusivo voltado para a especialidade de estomatologia atuando nesses serviços. O atendimento de estomatologia é realizado geralmente pelo CD responsável pela especialidade de cirurgia. Os resultados do primeiro ciclo AVE-PMAQ/CEO (2014) apontam que 34% dos CEO do país e 78% da macrorregião sudeste não apresentam cirurgiões dentistas que atuam na especialidade de Estomatologia.

A adequação da oferta de procedimentos essenciais pelos CEO do ES alcançou destaque no cenário nacional, tratamento de periodontites, atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e remoção de dentes retidos, inclusos e impactados foram relatados por 100% dos CEO.

Embora equipamentos, instrumentais e insumos estejam presentes nos CEO do país a falta de manutenção e reparo dos mesmos também é frequentemente relatada pela literatura ((RAMOS,

2014); (MEDEIROS, 2007) e (SILVA JUNIOR, 2019)). No caso do ES, houve problemas na adequação desses itens em apenas um CEO do Estado, em 97,6% deles, apresentou-se adequação dos 07 itens de equipamentos essenciais exigidos pelo padrão mínimo, os resultados encontrados nos CEO da macrorregião (95,7%) e do País (94,8%) demonstram que os equipamentos estão distribuídos de modo semelhante entre as regiões brasileiras. Resultados satisfatórios foram observados na adequação dos itens de materiais impressos essenciais para os CEO das mesmas regiões.

Planejamento das ações da equipe dos CEO; Organização dos Prontuários no CEO

Com relação ao planejamento de ações nos CEO, a avaliação externa observou que a maioria das equipes realizou o acompanhamento de metas, os resultados do ES (88%) se mostraram acima dos encontrados no país (85,1%) e macrorregião (86,9%). Resultados satisfatórios foram observados na adequação na utilização de prontuário clínico, acima de 95%, para os CEO e as mesmas regiões. Esses resultados mostraram que existe uma preocupação da gestão no monitoramento do desempenho do CEO, permitindo a análise dos resultados e, conseqüentemente, identificação e programação de estratégias de intervenção para o enfrentamento e ajustes.

Nesse sentido, destacamos a importância de incentivar a gerência desses serviços a dialogarem com as equipes para conscientizar sobre a importância das práticas de monitoramento de metas e autoavaliação com vistas a melhorar as condições e relações de trabalho ((NUNES et al., 2018b)).

Um caminho apontado pela literatura para superação desses desafios envolve, entre outros aspectos, o fomento à capacitação profissional ((SOUZA, 2009); (MEDEIROS, 2007); (OLIVEIRA et al., 2015); (FRICHEM BRUDER; HUGO; HILGERT, 2017)), bem como a existência de espaços de diálogo e discussão de temas referentes aos protocolos de encaminhamentos, produção dos serviços, atualizações clínicas e reuniões de equipe são estratégias fundamentais para a qualificação do processo de trabalho ((SOUZA, 2009); (SILVA JUNIOR, 2019)).

Ambiência, Acesso e Marcação de Consulta no CEO

A maior parte dos usuários atendidos nos CEO do ES foi referenciada para os serviços especializados (55,5%), realizados preferencialmente através de ficha de encaminhamento/referência na UBS, sendo que para 19% a marcação de consultas para o CEO foi feita pela UBS ou central de marcação. Esse resultado está em linha com os achados de outros estudos ((CHAVES et al., 2010b)(CHAVES; OLIVEIRA; SOARES, 2016); (MEDEIROS, 2007)), indicando uma continuidade no processo do cuidado na atenção de saúde bucal. Porém ainda há grande percentual (44,4%) de atendimento de usuários que acessam os serviços de forma mista (espontânea e referenciada), contrariando os critérios definidos nas portarias reguladoras. Estes achados demonstram fragilidades na interface entre atenção básica e CEO já que há o acesso aos CEO sem passar pela atenção básica. Estes resultados também foram relatados no estudo de (COSTA; CARNEIRO; OLIVEIRA, 2018). O autor apontou que problemas com a integração entre pontos de atenção constitui o mais grave impedimento da integralidade do cuidado e que a construção de protocolos de referência

bem definidos pode contribuir para uma melhor utilização dos serviços especializados, reduzindo a possibilidade de realização de procedimentos básicos nos CEO, e ofertando maior resolutividade dos serviços.

As deficiências nos processos de referência/contra referência geralmente são decorrentes da ausência desses protocolos e ou desconhecimento desses instrumentos pelos profissionais da atenção básica. (COSTA; CARNEIRO; OLIVEIRA, 2018), apontam os vários fatores que dificultam a integralidade do cuidado, entre eles: a existência de protocolo burocrático pouco conhecido pelos profissionais da atenção básica; a lógica individual de atendimento; pouca integração entre os profissionais dos dois níveis de atenção; e a baixa realização de contra referências. Houve destaque dos resultados do ES no cenário nacional já que para 100% dos CEO houve relato de alguma forma de realização de contrarreferência para as equipes de saúde bucal da atenção básica, diferentemente dos resultados nacionais (93,2%) e região sudeste (95%).

Em relação às características estruturais e ambiência, verificou-se que a maioria dos CEO do ES apresentaram locais satisfatórios e adequados ao atendimento, os itens com maior proporção de adequação, acima de 80%, foram boas condições de uso e limpeza. Entretanto os resultados do AE-PMAQ/CEO ((FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016)) indicaram que apesar boas características estruturais e de ambiência nos CEO do país em alguns casos a avaliação externa observou ocorrência de improvisos, insalubridade e outras inadequações quanto à espaço físico e biossegurança. Achados semelhantes de inadequações de estrutura foram encontrados nos CEO investigados por (RAMOS, 2014),(MEDEIROS, 2007) e (SOUZA, 2009). Os autores apontam que no Brasil há uma predominância de CEO alocados em serviços de saúde pré-existent, sem planejamento e execução de obras para as necessárias adequações.

Avaliações positivas dos CEO por usuários também foram relatadas por diversos autores. ((MEDEIROS, 2007)MEDEIROS, 2007, (CHAVES et al., 2010b); (MAGALHÃES et al., 2015); (NOGUEIRA; CHAVES; CANGUSSU, 2016); (KITAMURA et al., 2013); (COSTA; CARNEIRO; OLIVEIRA, 2018)). Em relação às características estruturais e ambiência, todos dos CEO tinham sala de espera em boas condições de limpeza e com boa ventilação ou climatização, porém em apenas 46,6% houve relato de lugares suficientes para os usuários aguardarem resultados superiores foram encontrados na região sudeste e Brasil.

5. Considerações finais

A avaliação externa do PMAQ/CEO no estado do Espírito Santo demonstrou que não houve similaridade de resultados de infraestrutura, da organização do trabalho e da qualidade dos serviços quantos aos padrões essenciais comparativamente aos estados da região sudeste e resultados nacionais. O Estado do Espírito Santo possui CEO em todas as suas regiões de saúde, apesar da presença de vazios assistências de acesso nas mesmas regiões sendo destaque a região Sul do estado pois concentra mais da metade do CEO, em razão do maior número de municípios populacional.

A interface entre CEO e a Atenção Básica, mostrou-se desqualificada persistindo, ainda, acesso aos serviços de forma mista (espontânea e referenciada). Há a necessidade de grande investimento em Educação Permanente dos trabalhadores de Saúde Bucal do SUS além de iniciativas dos gestores municipais na elaboração e coordenação dos fluxos de referência e contra referência.

Apesar dos problemas de integralidade para os usuários que tiveram acesso aos serviços, os CEO se mostraram foram bem avaliados quanto à estrutura e ambiência.

Houve destaque do ES também no cenário nacional com relação à adoção de práticas de monitoramento de metas, utilização de prontuário clínico e realização de alguma forma de contra referência. Resultados que apontam preocupação da gestão no monitoramento do desempenho do CEO e intenção a qualificação das condições e relações de trabalho. Também houve adequação da oferta de procedimentos essenciais em todos os CEO do ES.

Reflete-se sobre a relevância de avaliações sistemáticas dos serviços especializados de saúde bucal, que visem identificar necessidades de melhorias nos serviços e garantam cada vez mais a qualificação e resolubilidade da atenção em saúde bucal, e a importância do PMAQ/CEO como institucionalização das avaliações da qualidade em saúde. A consolidação desse importante e estruturante serviço de saúde bucal aponta para uma estratégia que diminua as desigualdades regionais dos padrões de acesso e qualidade, haja vista a caracterização das condições socioeconômicas dos usuários.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V; MELLO, G. A; IOZZI, F. L. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. In: VIANA, A. L. D e LIMA, L. D (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 117 – 172. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-599490>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) - Manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 62 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978- 85-334-1899-8. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) - Manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 62 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978- 85-334-1899-8. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. In: (Org.). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Manual Instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PMAQ Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Manual instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. Brasília, 2013; 34 p. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf.

BRASIL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_ceo.pdf.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p.143-154, jan. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/15.pdf>.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Rev. Saúde Pública**. [online]. São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1005-1013. Oct. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000041>.

CHAVES, S. C. L.; OLIVEIRA, T. S.; SOARES, C. L. M. Características da utilização de serviços públicos odontológicos em município de médio porte. **Rev. baiana saúde pública**, v. 40, n. 2, p. 315-335, abr./jun. 2016. <http://www.rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/912/1878>.

CORTELLAZZI, K.L. *et al.* Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** v. 17, n. 4, p. 978-988, out-dez. 2014. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400040015>.

COSTA, E. B.; CARNEIRO, J. D. B.; OLIVEIRA, A. M. G. Satisfação dos usuários assistidos em quatro centros regionais de especialidades odontológicas do Ceará, Brasil. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 631-645, jul./set. 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811807>.

DEITOS, A. R. **Avaliação na Atenção Especializada em Saúde Bucal**. 2009. 168 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) – Faculdade de Odontologia, São Paulo. p. 168, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23148/tde-26022010-085252/pt-br.php>.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde. Governo do Estado do Espírito Santo. PDR Plano Diretor de Regionalização da Saúde. Espírito Santo. 2011. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o/PDR_PlanodiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf. Acesso em: 17 de maio de 2019.

FONSECA, A. C. F. *et al.* Perspectivas da avaliação em saúde e o PMAQ/CEO: contribuições para o debate. In: FIGUEIREDO, N; GOES, P. S. A; MARTELLI, P. (orgs.) **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, 2016. 268 p. https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7.

FIGUEIREDO, N; GOES, P. S. A; MARTELLI, P. J. L. (orgs.) **Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais**. Recife: Editora UFPE, 2016. 100 p. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/RELAT%C3%93RIO_1%C2%BA+Ciclo+_PMAQ_CEO.pdf/fede7926-f16e-4c6e-81ab-320ad01b30b5.

FRICHEMBRUDER, K.; HUGO, F. N.; HILGERT, J. B. Perfil e percepção de profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas do Rio Grande do Sul. **RFO-UPF**, Passo Fundo, v. 22, n. 1, p. 43-48, jan./abr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5335/rfo.v22i1.7109>.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-267, Fev. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200004>.

GOES, P.S.A.; FIGUEIREDO, N.; NEVES, J.C.; SILVEIRA, F.M.M.; COSTA, J.F.R.; PUCCA JÚNIOR, G.A.; ROSALES, M.S. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 28, p. 81s-89s, 2012. Supl. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300009>.

GOES, P. S. A. *et al.* Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. **Pesq Bras Odontoped**

Clin Integr, v. 18, n. 1, p. 1-11, e3433, 2018. <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3433/pdf>.

HERKRATH, F. J. *et al.* Equity in the Accessibility to Specialized Care in Oral Health in Brazil: Analysis of PMAQ-CEO External Evaluation Data According to the User's Perspective., **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v.18, n.1, p. 3175, 2018. <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3175/pdf>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf.

IJSN. Instituto Jones dos Santos Neves. **Análise da situação dos municípios do Espírito Santo quanto à gestão municipal nas áreas de recursos humanos, comunicação e informática, educação, saúde, direitos humanos e segurança pública**. 75 p. Vitória, ES, 2016. <http://www.ijsn.es.gov.br/bibliotecaonline/Record/338209>.

KITAMURA, E. S.; BASTOS, R. R.; PALMA, P. V.; LEITE, I. C. G. Patient satisfaction evaluation at the Specialized Dental Centers in the Southeast Macro-region of Minas Gerais, Brazil, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**; Brasília, v. 25, n. 1, p. 137-148, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000100014>.

LIMA JÚNIOR, I. A. Estudo sobre a integração e coordenação assistencial entre os serviços de atenção primária e especializados em saúde bucal da área de planejamento da cidade do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

LIMA, R. C. D. et al. De rota em rota a Atenção Básica no Espírito Santo vai se (des) construindo. In: Fausto, M. C. R.; Fonseca, H. M. S. **Rotas da atenção básica no Brasil experiências do trabalho de campo: PMAQ AB**. Rio de Janeiro, RJ: Saberes Editora, 2013, p. 209 – 215.

MAGALHÃES, B. G.; OLIVEIRA, R. S.; GÓES, P. S. A.; FIGUEIREDO, N. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. **Cad. saúde colet.** [online], Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 76-85, 2015. <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n1/1414-462X-cadsc-23-01-00076.pdf>.

MEDEIROS, E. **Os centros de especialidades odontológicas como suporte da atenção Básica**: uma avaliação na perspectiva da integralidade. 2007. 173 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Centro de Ciência da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007. Disponível em: <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/123456789/17036>.

NUNES, M. F. et al. PMAQ - CEO External Evaluation: Revealing Indicators for Planning Services. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.18, n.1, p. 3178, 2018.

OLIVEIRA, R. S. *et al.* Analysis of contractual relations and profile of dentists at dental specialty centers of low and high performance in Brazil. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 3, p. 792-802, Sept.

2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-00792.pdf>.

RAMOS, E.D. Centro de Especialidades Odontológicas da Grande Florianópolis: Estrutura, Organização do Trabalho e Satisfação dos Usuários. Dissertação (mestrado em Odontologia). Universidade Federal de Santa Catarina. 2014. 90p.

SOBRINHO, J. E. L. et al. Management Models of Centers of Dental Specialties: Analysis from PMAQ-CEO. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.18, n.1, p. 3167, 2018.

SOUZA, Geórgia Costa de Araújo. Centros de Especialidades Odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2009.100 p.

WERNECK, M. A. F. et al. Clinical Analysis of Management Aspects of Centers for Dental Specialties. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.18, n.1, p. 3211, 201

O Ceo Na Rede De Atenção No Estado Do Rio De Janeiro: Análise A Partir Dos Dados Da Avaliação Externa Do PMAQ/CEO 1º Ciclo

Daniela Alvine Silva
Avaliadora

Andrea Neiva Silva
Tutora/Coordenadora Estadual
Universidade Federal Fluminense/UFF.

Nilcema Figueiredo
Coordenadora Macro
Universidade Federal de Pernambuco/UFPE

RESUMO

Objetivou-se analisar o acesso e a organização da demanda nos CEO do Estado do Rio de Janeiro através de estudo avaliativo, com abordagem quantitativa, a partir da análise de dados secundários dos CEO do estado do Rio de Janeiro obtidos da Avaliação Externa (AE) do 1º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Os resultados apontaram que houve predominância da demanda mista (espontânea e referenciada) nos CEO do estado (66%), sendo a forma predominante para a referência e contrarreferência. Em todas as regiões de saúde, a principal forma de agendamento de consulta foi a utilização da ficha de encaminhamento/referência (78,8%) entre UBS e CEO e o uso de ficha específica pelos CEO do estado para a realização de contrarreferência foi observado em 90,9% dos serviços, resultado superior ao encontrado nos CEO brasileiros (86,2%). Os achados deste estudo demonstram que o efetivo funcionamento dos CEO depende de uma adequada interface APS – CEO e da construção de redes de atenção no SUS fortalecidas.

Palavras-chave: Atenção Secundária à Saúde. Saúde Bucal. Avaliação de Serviços de Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the access and the organization of demand in the CEOs of Rio de Janeiro State through an evaluative study, with quantitative approach, from the secondary data analysis of the CEOs of Rio de Janeiro State obtained from the External Evaluation (AE), of the 1st Cycle of the Access and Quality Improvement Program of the Dental Specialty Centers (PMAQ-CEO). The results showed that there was a predominance of mixed demand (spontaneous and referenced) in the state CEOs (66%), being the predominant form for reference and counter-reference. In all health regions, the main form of appointment scheduling was the use of the referral

/ referral form (78.8%) between UBS and CEO, and the use of a specific form by state CEOs for counter-referral was observed. 90.9% of services, higher than the results found in Brazilian CEOs (86.2%). The findings of this study demonstrate that the effective functioning of CEOs depends on an adequate APS - CEO interface and the building of strengthened SUS networks.

Keywords: Secondary care. Oral Health. Health Services Research. Health Services Accessibility.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir de 2003, observou-se uma mudança na resposta do Estado em relação à política de saúde bucal, que deixou de ser coadjuvante para assumir destaque e prioridade na agenda do governo (MACHADO, 2011). Prova disso, é a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada Brasil Sorridente, que passa a vigorar no país a partir de 2004 com a proposta de impulsionar o cuidado assistencial odontológico público, tendo como principais diretrizes: a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal; com o planejamento e qualificação das ações e serviços de saúde bucal, que devem ser ofertados à população; e, ampliação do acesso aos tratamentos odontológicos básicos e especializados. Com isso reforçou-se a necessidade de qualificação da integração da odontologia no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) e assim é constituída a rede de saúde bucal a nível nacional por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (CAYETANO et al, 2019).

Um dos desafios do SUS era consolidar a assistência secundária à saúde em odontologia de forma a estabelecer a integralidade no sistema como um todo, proporcionando a devida interface entre APS e atenção secundária em saúde bucal (MORRIS & BURKE, 2001).

Embora o acesso dos brasileiros ao serviço público odontológico revelasse alguma melhoria, em especial devido a algumas iniciativas municipais, como em Curitiba, Poá, etc, havia ainda um grande nó crítico quanto ao acesso a serviços especializados. Dessa forma e em vistas de reduzir as iniquidades de acesso aos serviços odontológicos especializados e ampliar a assistência pública odontológica, fez-se necessária a criação de unidades de referência para a APS, chamadas de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (GONÇALVES, 2018).

O tratamento oferecido nos CEO deveria ser a continuidade do trabalho realizado pelas equipes de saúde bucal da rede de APS, no intuito de atender à demanda por procedimentos mais complexos, ampliando e qualificando a oferta de serviços odontológicos especializados e contrarreferenciando esses pacientes de volta às Unidades Básicas de Saúde (UBS) para concluírem os tratamentos, proporcionando a integralidade do cuidado desse usuário na rede de saúde bucal (MACHADO, 2015).

Desta forma, o princípio da integralidade do SUS poderia ser operacionalizado visando ao fortalecimento da rede de atenção em saúde bucal, bem como, pela oferta de outros serviços especializados, como os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), serviços de urgência e ainda a atenção terciária em saúde bucal (CAYETANO et al, 2019).

A organização da demanda de um serviço local de saúde tem como pressuposto a entrada dos usuários pela APS, devendo ser porta de entrada para os demais serviços de saúde da rede (STARFIELD, 2002). Sendo os encaminhamentos pactuados entre as equipes de saúde dos diferentes níveis de atenção, baseando-se em critérios e visando a diminuição de filas e barreiras de acesso, do tempo de espera por consulta e economia de recursos, assim, otimizando e melhorando a qualidade do serviço (SALIBA, 2013).

Faz-se necessária a criação de articulações entre os diferentes níveis de atenção, com intuito de que o usuário possa transitar sem barreiras e impasses para resolver suas demandas. Assim, a articulação entre as unidades de diferentes complexidades deve assegurar não somente o acesso, como também a continuidade do cuidado, de forma que haja a contrarreferência aos serviços de origem (SILVA & GOTTEMS, 2017).

Segundo Machado et al (2015), uma alternativa para superar as barreiras de acesso, organizar a demanda aos serviços de saúde bucal e conseqüentemente ser resolutivo e adequar o fluxo em relação as necessidades em saúde bucal dessa população, é a realização de avaliações que contribuam para o monitoramento e o planejamento de ações.

Portanto, torna-se necessário avaliar e fornecer informações sobre a rede de atenção em saúde bucal. Nesse sentido, a proposta institucional foi o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO) no âmbito nacional, representando uma estratégia de qualificação e avaliação dos serviços especializados em saúde bucal.

Tal programa tem como objetivo contribuir para a melhoria das práticas e do processo de trabalho, bem como para a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde bucal ofertados à população brasileira, além de verificar padrões de qualidade destes estabelecimentos de Saúde, também pode averiguar a relação destes com outros níveis de atenção (GOES, 2018).

Diante do exposto, esse estudo objetivou analisar o acesso e a organização da demanda nos CEO do Estado do Rio de Janeiro a partir dos dados do Primeiro Ciclo da Avaliação Externa do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas.

2 MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO

Realizou-se estudo avaliativo, com abordagem quantitativa, a partir da análise de dados secundários obtidos da Avaliação Externa do 1º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AE- PMAQ/CEO).

A avaliação externa foi uma das fases operacionais do PMAQ/CEO, que considerou as ações em saúde no campo das práticas sociais. Têm suas bases conceituais, teóricas e metodológicas na abordagem do modelo sistêmico donabediano estrutura-processo-resultados e da qualidade em saúde. Operacionalmente, consistiu na coleta de informações para analisar a condições de acesso e qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que participam do Programa,

com a finalidade de reconhecer e valorizar os esforços e resultados dos CEO e do Conselho Estadual, Municipal e gestores do Distrito Federal na qualificação da Atenção Especializada em Saúde Bucal (GOES et al, 2018).

2.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado com dados do PMAQ-CEO do estado do Rio de Janeiro, que envolveu 66 estabelecimentos de saúde, sendo eles: 01 (1,51%) na região da Baía da Ilha Grande, 04 (6,1%) na Baixada Litorânea, 04 (6,1%) na Centro-Sul, 14 (21,21%) na Médio Paraíba, 30 (45,4%) na Metropolitana I, 03 (4,5%) na Metropolitana II, 05 (7,6%) na Noroeste e 05 (7,6%) na Serrana. A região Norte do estado não teve CEO avaliado. Também foram utilizados os dados dos CEO da região Sudeste e do Brasil.

2.3 COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DADOS

Realizou-se coleta dos microdados do 1º ciclo da avaliação externa do PMAQ-CEO (AE-PMAQ/CEO), mediante o acesso ao site da Secretaria de Atenção Primária (SAPS/MS), das informações do Módulo II – Entrevista com Gerente do CEO do módulo II da Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas que posteriormente foram exportadas para o programa Microsoft Office Excel 2007 (Microsoft Corp., Estados Unidos).

Para compreender o acesso e a organização da demanda foram selecionadas questões das subdimensões do Módulo II: “caracterização da demanda e organização da agenda” e “o CEO na rede de atenção à saúde”. O Quadro 1 apresenta a descrição e a categorização relativa a cada item utilizado.

QUADRO 1 – Descrição das Variáveis analisadas no estudo.

Variável	Descrição	Categorização
II.9 Caracterização da demanda e Organização da agenda	II.9.1 O acesso ao CEO se dá por meio da demanda	1. Espontânea
		2. Referenciada
		3. Mista (Espontânea e Referenciada)
	II.9.2 Quais as ações desencadeadas a partir do atendimento realizado a demanda espontânea (obs: essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	1. Marca usuário na agenda do CEO
		2. Orienta e encaminha o usuário para a unidade básica de saúde de referência
		3. Nenhuma ação específica, apenas nega o atendimento.
4. Outro(s)		
II.10 O CEO na Rede de Atenção à Saúde	II.10.1 Qual(is) é (são) a(s) forma(s) possível(is) de agendar a consulta no CEO? (obs: essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	1. A consulta é marcada pela Unidade Básica de Saúde
		2. A consulta é marcada pelo próprio paciente junto à central de marcação de consultas especializadas
		3. O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/ referência na Unidade Básica de Saúde e dirige-se ao CEO
		4. Outra forma
	II.10.4 O CEO recebe o usuário referenciado da Unidade Básica de Saúde com o termo, por escrito ou por meio eletrônico, com a descrição do caso, critérios clínicos definidos e tratamentos clínicos prévios realizados?	Sim / Não Cirurgia Oral
		Sim / Não Endodontia
		Sim / Não Pacientes com necessidades especiais
		Sim / Não Periodontia
		Sim / Não Estomatologia
		Sim / Não Radiologia
		Sim / Não Ortodontia/ortopedia
		Sim / Não Implantodontia
		Sim / Não Prótese dentária
	Sim / Não Odontopediatria	
	II.10.5 Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da Atenção Básica aos CEO para as seguintes especialidades?	Sim / Não Cirurgia Oral
		Sim / Não Endodontia
		Sim / Não Pacientes com necessidades especiais
		Sim / Não Periodontia
		Sim / Não Estomatologia
		Sim / Não Radiologia
		Sim / Não Ortodontia/ortopedia
		Sim / Não Implantodontia
		Sim / Não Prótese dentária
	Sim / Não Odontopediatria	
	II.10.6 Qual a forma que é realizada a contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica?	1. Através de ficha específica
		2. Através de sistema informatizado
		3. Através do prontuário eletrônico
		4. Nenhuma ação específica
		5. Outra

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

2.4 ANÁLISE DE DADOS

Foi utilizado como referencial metodológico para a análise descritiva dos dados, o estudo anterior realizado por Saliba et al (2013), o qual verificou a organização da demanda de um CEO em âmbito local.

As análises estatísticas realizadas foram do tipo exploratória descritiva com a sumarização dos dados em frequências absolutas e relativas apresentada em tabelas, sendo comparados de acordo com as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, Região Sudeste e Brasil.

1.5 ASPECTOS ÉTICOS

Como nessa pesquisa foram utilizados dados secundários de domínio público disponibilizados pelo Ministério da Saúde, não houve a necessidade de registro e avaliação pelo Sistema CEP (Comitês de Ética em Pesquisa) / CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). Porém, a Pesquisa original foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o registro nº 740.974 e CAAE 23458213.0.0000.5208.

3 RESULTADOS

Os resultados apontaram que houve predominância da demanda mista (espontânea e referenciada) nos CEO do estado (66%). Por outro lado, a menor frequência desse tipo de demanda foi observada nas regiões Centro-Sul (50%) e Médio- Paraíba (50%). Nota-se, portanto, que o acesso através da demanda exclusivamente referenciada aos CEO do estado (33%) foi consideravelmente menor do que aquele observado na região sudeste (59,1%) e no Brasil (57,3%).

Mesmo considerando o elevado percentual de demanda mista nas regiões de saúde do RJ, que variou de 50 a 100%, verificou-se que a maioria das unidades tinha como conduta na demanda espontânea, orientar e encaminhar o usuário para unidade básica de referência (87%), mostrando que os CEO tentavam se inserir na rede de cuidado, recomendando aos usuários a utilizarem a APS como porta de entrada para o serviço, mesmo que, 66% dos serviços possibilitassem, por meio de demanda espontânea, a marcação direta na agenda do CEO (TABELA 1).

TABELA 1 – Distribuição da frequência do tipo de demanda e ações em relação à demanda espontânea ao CEO. Rio de Janeiro, 2014.

	CEO analisados	Tipo de demanda N (%)			Ações na Demanda Espontânea N (%)			
		Espontânea	Mista	Referenciada	Agenda o usuário no	Orienta e encaminha para a unidade	Nenhuma, apenas nega	Outro(s)
Baía da Ilha Grande	1	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Baixada Litorânea	4	0 (0%)	3 (75%)	1 (25%)	3 (75%)	4 (100%)	0 (0%)	1 (25%)
Centro-Sul	4	0 (0%)	2 (50%)	2 (50%)	3 (75%)	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)
Médio Paraíba	14	0 (0%)	7 (50%)	7 (50%)	11 (78%)	12 (85%)	0 (0%)	0 (0%)
Metropolitana I	30	0 (0%)	23 (76%)	7 (24%)	20 (66%)	26 (86%)	0 (0%)	1 (4%)
Metropolitana II	3	0 (0%)	2 (66%)	1 (33%)	1 (33%)	3 (100%)	0 (0%)	1 (33%)
Noroeste	5	0 (0%)	3 (60%)	2 (40%)	2 (40%)	5 (100%)	0 (0%)	1 (20%)
Serrana	5	0 (0%)	3 (60%)	2 (40%)	3 (60%)	4 (80%)	0 (0%)	1 (20%)
ESTADO DO RJ	66	0 (0%)	44 (66%)	22 (33%)	44 (66%)	58 (87%)	1 (2%)	5 (9%)
REGIÃO SUDESTE	337	9 (2,7%)	129 (38,3%)	199 (59,1%)	154 (45,7%)	302 (89,6%)	4 (1,2%)	46 (13,6%)
BRASIL	930	12(1,3%)	385 (41,4%)	533 (57,3%)	435 (46,8%)	837 (90%)	14 (1,5%)	125 (13,4%)

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da AE-PMAQ/CEO 1º Ciclo

Observou-se o uso da ficha de encaminhamento/referência entre UBS e CEO como a principal forma de agendamento de consulta pelo usuário em todas as regiões de saúde, sendo a forma menos relatada de agendamento àquela feita pelo próprio usuário através da central de marcações ou mesmo a inexistência de um percurso definido para realização do agendamento. As regiões da Baixada Litorânea, Médio Paraíba e Metropolitana I apresentaram os maiores percentuais de serviços em que a marcação de consulta nos CEO era realizada pela UBS apresentando, respectivamente, 75%, 57% e 56%, como podemos observar na tabela 2.

TABELA 2 – Distribuição da frequência da forma de agendamento ao CEO. Rio de Janeiro, 2014.

	CEO analisados	A consulta é marcada pela Unidade Básica de Saúde N(%)	A consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas N(%)	O usuário recebe uma ficha de encaminhamento / referência na Unidade Básica de Saúde e dirige-se ao CEO N(%)	Outra forma N(%)
Baía da Ilha Grande	1	0	1 (100%)	1 (100%)	0
Baixada Litorânea	4	3 (75%)	2 (50%)	4 (100%)	2 (50%)
Centro-Sul	4	0	0	4 (100%)	0
Médio Paraíba	14	8 (57%)	1 (15%)	11 (78%)	1 (8%)
Metropolitana I	30	17 (56%)	7 (24%)	20 (66%)	2 (7%)
Metropolitana II	3	1 (33%)	0	3 (100%)	2 (66%)
Noroeste	5	1 (20%)	2 (40%)	5 (100%)	0
Serrana	5	1 (20%)	2 (40%)	5 (100%)	0
ESTADO DO RJ	66	31 (47%)	15 (22,7%)	52 (78,8%)	7 (10,6%)
REGIÃO SUDESTE	337	146 (43,3%)	58 (17,2%)	221 (65,6%)	77 (22,8%)
BRASIL	930	312 (33,5%)	137 (14,7%)	700 (75,3%)	197 (21,2%)

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da AE-PMAQ/CEO 1º Ciclo

No estado do Rio de Janeiro observamos que, com exceção da Radiologia, o uso de ficha de referência para os CEO por parte das UBS do estado é superior ao observado nos CEO Brasil em quase todas as especialidades. Os maiores percentuais de uso dessas fichas pelas UBS do estado (em torno de 84%) foram observados nas especialidades de cirurgia oral, endodontia, paciente com necessidades especiais. Menores percentuais de uso foram observados nas especialidades não obrigatórias (radiologia, ortodontia/ortopedia e implantodontia). (Tabela 3)

TABELA 3: Distribuição da frequência de utilização de instrumento de referenciamento ao CEO segundo especialidade odontológica. Rio de Janeiro, 2014.

	Cirurgia Oral	Endodontia	Pacientes com necessidades	Periodontia	Estomatologia	Radiologia	Ortodontia/Ortopedia	Implantodontia	Prótese Dentária	Odontopediatria
Baía da Ilha Grande	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	0	0	0	0	1 (100%)
Baixada Litorânea	3 (75%)	3 (75%)	3 (75%)	3 (75%)	2 (50%)	0	0	0	1 (25%)	1 (25%)
Centro-Sul	4 (100%)	4 (100%)	4 (100%)	4 (100%)	3 (75%)	0	2 (50%)	0	3 (75%)	3 (75%)
Médio Paraíba	13 (92%)	13 (92%)	13 (92%)	13 (92%)	12 (85%)	3 (22%)	3 (22%)	2 (15%)	10 (71%)	9 (64%)
Metropolitana I	25 (85%)	25 (85%)	25 (85%)	25 (85%)	19 (63%)	8 (26%)	2 (3%)	1 (4%)	3 (10%)	11 (36%)
Metropolitana II	3 (100%)	3 (100%)	2 (66%)	3 (100%)	2 (66%)	0	1 (33%)	0	1 (33%)	2 (66%)
Noroeste	2 (40%)	2 (40%)	2 (40%)	2 (40%)	1 (20%)	1 (20%)	0	0	1 (20%)	1 (20%)
Serrana	5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)	4 (80%)	2 (40%)	0	0	0	1 (20%)
ESTADO DO RJ	56 (84%)	56 (84%)	55 (83%)	56 (84%)	44 (66%)	14 (21%)	8 (13%)	3 (5%)	19 (28%)	29 (43%)
BRASIL	751 (80%)	759 (81%)	703 (75%)	740 (80%)	547 (62%)	238 (25%)	95 (10%)	16 (2%)	455 (48%)	281 (30%)

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da AE-PMAQ/CEO 1º Ciclo

Com relação à implantação de protocolos clínicos de encaminhamento entre APS e CEO, foi observado no estado do Rio de Janeiro que os resultados foram, de um modo geral, superiores aos observados na região sudeste e no Brasil em várias especialidades. A maior implantação de protocolos clínicos foi observada nas especialidades de Cirurgia Oral (86%), Endodontia (86%), Periodontia (84%) e PNE (77%), semelhante aos identificados nos CEO do país. Considerando as regiões de saúde do estado, a maior implantação de protocolos clínicos de encaminhamento foi observada na Metropolitana II e Centro-Sul, já as regiões Serrana e Noroeste apresentaram os percentuais mais baixos de uso de protocolos dessa natureza (Tabela 4).

TABELA 4: Distribuição da frequência sobre o uso de protocolos clínicos pactuados entre os CEO e a atenção primária à saúde segundo especialidades odontológicas. Rio de Janeiro, 2014.

	Cirurgia oral	Endodontia	Pac. Necessidades Especiais	Periodontia	Estomatologia	Radiologia	Ortodontia/Ortopedia	Implantodontia	Prótese dentária	odontopediatria
Baia da ilha grande	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	0	0	0	0	0
Baixada litorânea	3 (75%)	3 (75%)	2 (50%)	3 (75%)	1 (25%)	0	0	0	0	1 (25%)
Centro-Sul	4 (100%)	4 (100%)	4 (100%)	4 (100%)	3 (75%)	0	0	0	3 (75%)	2 (50%)
Médio Paraiba	14 (100%)	14 (100%)	14 (100%)	14 (100%)	14 (100%)	6 (42%)	4 (29%)	3 (22%)	11 (78%)	10 (71%)
Metropolitana I	26(86%)	27 (90%)	23 (76%)	27 (90%)	25 (83%)	8 (26%)	10 (33%)	3 (9%)	7 (23%)	12 (39%)
Metropolitana II	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	0	1 (33%)	0	0	1 (33%)
Noroeste	3 (60%)	2 (40%)	2 (40%)	3 (60%)	0	0	1 (20%)	0	2 (40%)	1 (20%)
Serrana	1 (20%)	3 (60%)	2 (40%)	1 (20%)	1 (20%)	0	0	0	0	0
Estado do RJ	56 (86%)	56 (86%)	52 (77%)	56 (84%)	44 (71%)	14 (21%)	16 (24%)	3 (6%)	19 (29%)	29 (42%)
Região Sudeste	259 (76,8%)	267 (79,2%)	241 (71,5%)	260 (77,1%)	231 (77,1%)	53 (15,7%)	39 (11,6%)	5 (1,5%)	156 (46,3%)	89 (26,4%)
Brasil	570 (61,3%)	581 (62,5%)	535 (60,5%)	563 (60,5%)	470 (50,5%)	154 (16,6%)	81 (8,7%)	10 (1,1%)	358 (38,5%)	182 (19,6%)

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da AE-PMAQ/CEO 1º Ciclo

O uso de ficha específica pelos CEO do estado para a realização de contrarreferência foi observado em 90,9% dos serviços, resultado superior ao encontrado nos CEO brasileiros (86,2%). Nas regiões de saúde do estado, com exceção da Noroeste, os CEO realizavam a contrarreferência prioritariamente através de ficha específica, com percentuais de uso desse instrumento variando de 66% a 100%, já o sistema informatizado e o prontuário eletrônico como instrumentos de contrarreferência não foram citados como forma de contrarreferenciamento (TABELA 5).

TABELA 5: Distribuição da frequência à realização de contrarreferência pelos CEO para as equipes de saúde bucal da atenção básica. Rio de Janeiro, 2014.

	CEO analisados	Através de ficha específica	Através de sistema informatizado	Através do prontuário eletrônico	Nenhuma ação específica	Outra
Baía da Ilha Grande	1	1 (100%)	0	0	0	0
Baixada Litorânea	4	4 (100%)	0	0	0	0
Centro-Sul	4	4 (100%)	0	0	0	0
Médio Paraíba	14	13 (92%)	0	0	1 (8%)	0
Metropolitana I	30	29 (96%)	0	0	1 (4%)	0
Metropolitana II	3	2 (66%)	0	0	0	1 (33%)
Noroeste	5	2 (40%)	0	0	2 (40%)	1 (20%)
Serrana	5	5 (100%)	0	0	0	0
ESTADO DO RJ	66	60 (90,9%)	0	0	4 (6,1%)	2 (3,0%)
REGIÃO SUDESTE	337	300 (89%)	3 (0,9%)	3 (0,9%)	14 (4,1%)	17 (5,0%)
BRASIL	930	802 (86,2%)	8 (0,9%)	7 (7,0%)	52 (5,6%)	61 (5,6%)

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da AE-PMAQ/CEO 1º Ciclo

4 DISCUSSÃO

Os CEO são serviços de saúde secundários que visam reduzir as iniquidades de acesso aos serviços odontológicos especializados e, assim, propiciar reduções na morbidade relacionada à saúde bucal, como a perda dentária precoce e garantia da integralidade do cuidado em saúde bucal como direito de cidadania. Esses serviços devem ser avaliados em prol da melhoria contínua do seu desempenho e dos serviços ofertados para população, identificando potencialidades e fragilidades que subsidiem os processos de gerência/gestão (MACHADO et al, 2015).

Desta feita, este estudo tem sua importância, pois apresentou um detalhamento da organização demanda e do papel do CEO na rede de atenção no estado do Rio de Janeiro, de forma comparativa com os dados regionais e nacionais, e assim tais resultados podem subsidiar tomada de decisão com vistas a melhoria da qualidade.

Silva & Gottens (2017) aponta em seu estudo que o desenvolvimento do atendimento integral da atenção secundária à saúde está relacionado com um efetivo trabalho realizado pela APS. No entanto, a porta de entrada no SUS, no caso a APS, ainda apresenta dificuldades em garantir acesso adequado para o referenciamento à atenção secundária à saúde. O que pode ser observa-

do neste estudo, onde a maioria dos CEO recebe demanda mista (66%) e um número expressivo de serviços (66%) ainda possibilita, por meio da demanda espontânea, a marcação direta na agenda do CEO, não orientando que o usuário siga o fluxo ideal e retorne a sua UBS para ser referenciado.

Essa demanda espontânea atendida nos CEO parece refletir a insuficiência da cobertura da APS em alguns municípios do RJ, comprometendo a rede de cuidado e gerando incoerência na condução dos casos. O estudo de Silva (2017) complementa esse achado, onde demonstra que a implantação de CEO em locais onde a APS não está completamente estruturada expõe a atenção secundária a pressões da livre demanda e a realização no CEO de procedimentos básicos típicos da APS.

O que pode ser corroborado com os estudos de Kitamura (2013) e Júnior (2016), onde se observou que barreiras colocadas na APS, também se configuram como dificuldade para o usuário percorrer a rede, fazendo com que alguns CEO indicassem que a porta de entrada preferencial era o próprio serviço. Pode-se compreender esse referenciamento “impróprio” quando se analisa a rede de serviços local, processo de trabalho e organização do serviço, a falta de cumprimento de pactuações intermunicipais e até mesmo a necessidade em buscar atendimento onde o acesso ao sistema é mais fácil ou possível.

Os serviços de Atenção Primária e Secundária deveriam seguir uma interface ideal, onde são consideradas as características de equidade, integralidade e ser eficiente e eficaz, garantindo que a referência seja adequada à real necessidade e a contrarreferência, assegurada depois de finalizado ou em andamento o tratamento especializado (MORRIS & BURKE , 2001).

O relacionamento da APS com a atenção secundária à saúde não deve estar limitado a fluxos, mas sim envolver processos, sendo pautado por aspectos dinâmicos, democráticos e alicerçados na integralidade do acesso ao atendimento. Não deve existir uma sobreposição dos níveis de atenção, mas uma interação, para a implantação da atenção secundária em saúde bucal, consolidada na oferta de procedimentos de acordo com as necessidades da população, observando-se o porte populacional e os fatores socioeconômicos envolvidos (SILVA,2017).

No intuito de que a interface recomendada pelos SUS se realize, atendendo o usuário na sua integralidade, faz-se necessária a utilização de protocolos clínicos entre a atenção especializada e a APS, que transcendam o plano teórico e, respeitem a realidade prática e as particularidades de cada território (CHAVES, 2011).

Chaves (2011) aponta que a construção de protocolos de referência bem definidos poderia, também, contribuir para uma melhor utilização dos serviços especializados, reduzindo a possibilidade de realização de procedimentos básicos nos CEO, além disso, processos de matriciamento entre CEO e atenção primária para a definição sobre o acesso, sobre os fluxos de encaminhamento ou para discussão de casos clínicos deveria ser mais valorizado, proporcionando resolutividade e qualidade da rede de saúde bucal, além da otimização do tempo do usuário e dos dentistas.

O contrarreferenciamento é outro aspecto importante na integração dos níveis de atenção em saúde bucal. Os CEO são unidades de referência para a atenção primária à saúde para a

realização de procedimentos clínicos odontológicos de maior complexidade. Dessa forma, estabelece-se um sistema de referência e contra referência importante para a organização da demanda e atendimento às necessidades de saúde bucal da população. Para o alcance da integralidade, a estruturação desse tipo de sistema é fundamental nesse processo. Foi observado que 90,9% dos serviços contrarreferenciam o usuário para APS, o que condiz com o preconizado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, que determina que todos os procedimentos devem ser contrarreferenciados, para que o tratamento seja integral, havendo articulação entre as unidades de diferentes complexidades, assegurando não somente o acesso, como também a continuidade do cuidado, de forma que haja a contrarreferência aos serviços de origem.

O desafio para o SUS consiste em consolidar a assistência secundária à saúde em odontologia de forma a estabelecer a integralidade do cuidado no sistema como um todo (CHAVES, 2010), o que torna necessária a criação de redes de atenção com articulação entre os níveis de atenção por onde as informações e os usuários transitem sem barreiras, além de regulação do fluxo e organização da demanda.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O efetivo funcionamento dos CEO depende de uma adequada interface APS – CEO e da construção de redes de atenção no SUS fortalecidas. Com isso, qualificar a organização da demanda e a rede de atenção dos serviços odontológicos e conseqüentemente alcançar a integralidade do cuidado em saúde bucal.

Apesar dos resultados positivos do estado em relação aos CEO do Brasil no tocante ao referenciamento e contrarreferenciamento de usuários, é fundamental aprimorar a interface entre atenção primária e secundária em saúde bucal através da melhor organização do acesso aos CEO a partir do uso cada vez mais ampliado de protocolos clínicos de referência, da qualificação profissional e da gestão, já que o gerente é um dos atores que tem maior potencial de induzir mudanças nos serviços.

Além disso, o estreitamento das relações entre os profissionais do CEO e da APS através de ações de matriciamento como discussão de casos clínicos e ações de educação permanente podem ser contribuir para regular os fluxos, melhorar o acesso e a qualidade da atenção em saúde bucal. Os obstáculos encontrados são definitivamente os entraves da integralidade, transpor ou amenizá-los encurtaria o caminho para a resolução das necessidades em saúde bucal da população.

Espera-se que os resultados alcançados por esta pesquisa possam contribuir como ferramentas de gestão para maior efetividade da atenção secundária na rede de atenção à saúde. Assim como, levantar questões quanto ao funcionamento dos serviços, acessibilidade e a relação com outros níveis de atenção, com isso, devem subsidiar ações de planejamento no intuito de quebrar essas barreiras e proporcionar aos usuários respostas eficientes e adequadas para suas carências em saúde.

REFERÊNCIAS

- CAYETANO, M. H. *et al.* Brazilian National Oral Health Policy (Smiling Brazil): A rescue of history, learning and future. **Univ. odontol**, v. 38, n. 80, p. 01-23, ene./jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.pnsb>.
- CHAVES, S. C. L. *et al.* Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p.143-154, jan. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/15.pdf>.
- CHAVES, S. C. L. *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Rev. Saúde Pública**. [online]. São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1005-1013. Oct. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000041>.
- GOES, P. S. A. *et al.* Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 18, n. 1, p. 1-11, e3433, 2018.<http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3433/pdf>.
- GONÇALVES, J. R. S. N. *et al.* Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 432-438, oct./dec. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201800040429>.
- KITAMURA, E. S. *et al.* Patient satisfaction evaluation at the Specialized Dental Centers in the Southeast Macro-region of Minas Gerais, Brazil, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**; Brasília, v. 25, n. 1, p. 137-148, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000100014>.
- MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C.O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, jan./ mar. 2011. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300012>.
- MACHADO, F. C. A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. A. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1149-1163, Abr. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00532014>.
- MORRIS, A. J.; BURKE, F. J. T. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? **Br Dent J**, v.191, n.12, p. 666-670, Dec. 2001. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/4801263.pdf>.
- SALIBA, N. A. *et al.* Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. **Rev. odontol. UNESP** [online], v. 42, n. 5, p. 317-323, sept./oct. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rounesp/v42n5/01.pdf>.
- SILVA, H. E. C.; GOTTEMS, L. B. D. Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. **Ciênc saúde coletiva**. [online], Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2645-2657, Aug. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n8/1413-8123-csc-22-08-2645.pdf>.
- VAZQUEZ, F. L. *et al.* Referência e Contrarreferência na atenção Secundária em odontologia em Campinas, SP, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, [online], Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 245-256. Jan. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1986>.

Atenção Especializada Em Saúde Bucal No Triângulo Mineiro: Uma Análise A Partir Da Avaliação Externa Do Pmaq-Ceo

Juliana Pereira da Silva Faquim
Avaliador / Universidade Federal de Uberlândia

Mara Vasconcelos
Tutora-coordenadora estadual
Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

A criação dos Centros de Especialidades Odontológicas busca enfrentar o desafio de ampliar a oferta dos serviços de média e alta complexidade na rede pública. O objetivo desse estudo foi caracterizar a oferta de serviços odontológicos por Centros de Especialidades Odontológicas na região do Triângulo Mineiro em Minas Gerais. Trata-se de um estudo do tipo descritivo exploratório para levantamento de amostra. Os dados, processados em banco de dados criados pelo software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows versão 20.0, foram submetidos a análise descritiva para obtenção das frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e das medidas de tendência central e variabilidade para as variáveis quantitativas. Foram visitados 12 municípios da região do Triângulo Mineiro e 15 Centros de Especialidades Odontológicas, sendo 9 (60%) CEO do Tipo I, 6 (40%) do Tipo II e nenhum CEO do Tipo III; 6 (40%) tinham abrangência para apenas um município, enquanto 9 (60%) tinham abrangência para mais de um município. Em relação a todas as unidades visitadas, foram observadas média de 68% de cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal, média de 97,8% de escolarização de 6 a 14 anos, média de 10,577 de mortalidade infantil, média de 0,352 do IDHM e média de 4,079 de escovação dental supervisionada. Todas as unidades visitadas apresentavam profissionais auxiliares compondo a equipe de saúde bucal. O maior número é de auxiliares em saúde bucal em relação aos técnicos em saúde bucal, sendo que 40% das unidades não têm em suas equipes o técnico em saúde bucal. Conclui-se que existe um importante déficit na oferta de serviços de atenção especializada pelos Centros de Especialidades Odontológicas na região do Triângulo Mineiro. A ampliação da atenção secundária com a criação de novos Centros de Especialidades Odontológicas pode melhorar a atenção e a assistência à saúde bucal da população, ampliar o acesso reordenando os recursos disponíveis à população e fortalecer a Política Nacional de Saúde Bucal.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Atenção Terciária à Saúde. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The creation of Dental Specialty Centers seeks to meet the challenge of expanding the supply of medium and high complexity services in the public network. The aim of this study was to characterize the offer of dental services by Dental Specialist Centers in the Triangulo Mineiro region of Minas Gerais. This is an exploratory descriptive study for sample collection. The data, processed in a

database created by the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows version 20.0, were submitted to descriptive analysis to obtain the absolute and relative frequencies of categorical variables and measures of central tendency and variability for the variables. quantitative. Twelve municipalities in the Triângulo Mineiro region were visited and 15 Centers of Dental Specialties, being 9 (60%) Type I CEO, 6 (40%) Type II CEO and no Type III CEO; 6 (40%) covered only one municipality, while 9 (60%) covered more than one municipality. Regarding all the units visited, the following were observed average of 68% of population coverage estimated by the Basic Oral Health Teams, average of 97.8% of schooling from 6 to 14 years old, average of 10,577 child mortality, average of 0,352 IDHM and an average of 4,079 supervised tooth brushing. All units visited had auxiliary professionals composing the oral health team. The largest number are oral health assistants in relation to the oral health technicians, and 40% of the units do not have their oral health technician in their teams. It is concluded that there is a significant deficit in the provision of specialized care services by the Dental Specialty Centers in the Triângulo Mineiro region. The expansion of secondary care with the creation of new Centers of Dental Specialties can improve the attention and oral health care of the population, expand access by reordering the resources available to the population and strengthen the National Oral Health Policy.

Keywords: Oral Health. Tertiary Healthcare. Health Services Research. Health Services Accessibility.

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional da Saúde Bucal (PNSB), conhecida como Brasil Sorridente lançada em 2004 tem como objetivos melhorar as condições de saúde bucal da população, ampliar e qualificar a atenção básica, aumentar o acesso e ofertar maior número de serviços, assegurar atendimento na atenção secundária e terciária e promover ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal (BRASIL, 2004).

À medida que os serviços de saúde bucal foram se organizando institucionalmente através da PNSB, houve um aumento da cobertura e foi necessário expandir a atenção especializada em odontologia. A criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) busca enfrentar o desafio de ampliar a oferta dos serviços de média e alta complexidade e representa a oportunidade da integralidade das ações em saúde bucal, oferecendo à população o tratamento especializado na rede pública (BARTOLE, 2006).

Os Centros de Especialidades Odontológicas são estabelecimentos públicos de saúde, classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições da saúde bucal da população e visam a reorientar as ações, articulando a rede de atenção básica à rede de serviços especializados (FERRAZ, 2008). Eles devem ser preparados para ofertar minimamente as especialidades de diagnóstico bucal, com ênfase em detectar câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a pacientes com necessidades especiais. De acordo com 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 (BRASIL, 2006).

Em Minas Gerais são 84 Centros de Especialidades Odontológicas, sendo 15 deles na região do Triângulo Mineiro. O Triângulo Mineiro é uma das dez regiões de planejamento do estado de Minas Gerais, no sudeste do Brasil e é formado por 66 municípios com uma população total de 2.317.188 pessoas (IBGE, 2016).

Os 15 Centros de Especialidades Odontológicas estão localizados em 12 municípios, sendo Araguari (1), Araxá (1), Carmo do Paranaíba (1), Frutal (1), Lagoa Formosa (1), Patos de Minas (1), Patrocínio (1), Perdizes (1), Sacramento (1), Tupaciguara (1), Uberlândia (2) e Uberaba (3).

Nesse contexto, o objetivo desse estudo foi caracterizar a oferta de serviços odontológicos por Centros de Especialidades Odontológicas na região do Triângulo Mineiro em Minas Gerais, considerando o tipo de CEO, abrangência, especialidades ofertadas, quantidade de profissionais da equipe de saúde bucal, escolarização de 6 a 14 anos, índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) e os três indicadores de saúde bucal previstos nos Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2015 (Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal, Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada, Proporção de exodontia em relação aos procedimentos).

2. MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO COM BREVE REFERENCIAL METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo exploratório para levantamento de amostra. As pesquisas descritivas exploratórias exigem um levantamento de uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar para descrever fatos e fenômenos, torná-los mais explícitos ou construir hipóteses.

Parte da coleta de dados foi realizada através de visitas in loco nos Centros de Especialidades Odontológicas dos 12 municípios do Triângulo Mineiro, Minas Gerais. Essas visitas se deram entre setembro e dezembro de 2018, no contexto da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e tinham o objetivo de verificar in loco um conjunto de padrões de qualidade de estrutura e processo de trabalho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), no âmbito do PMAQ-CEO.

Para outra parte da coleta de dados foram usados os registros de sistemas de informação de saúde do DATASUS que disponibiliza várias informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária de municípios e regiões, o Caderno de Informações de Saúde do Ministério da Saúde e dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Além disso, documentos normativos e bases legais relativos aos Centros de Especialidades Odontológicas foram consultados.

As visitas in loco permitiram a coleta de dados primários relativos aos Centros de Especialidades Odontológicas, e os sistemas de informações permitiram o acesso a dados secundários para caracterizar os municípios visitados, com relação à população, abrangência e seus indicadores de saúde bucal.

2.2 LOCAL DE ESTUDO, POPULAÇÃO ALVO, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critério de inclusão foi definido todos os municípios do Triângulo Mineiro, Minas Gerais, que tinham Centros de Especialidades Odontológicas no ano da coleta dos dados (2018) nas suas respectivas redes de atenção à saúde bucal do Sistema Único de Saúde. E como critério de exclusão os demais municípios que não tinham Centros de Especialidades Odontológicas do Triângulo Mineiro, Minas Gerais.

Os 12 municípios visitados foram Araguari, Araxá, Carmo do Paranaíba, Frutal, Lagoa Formosa, Patos de Minas, Patrocínio, Perdizes, Sacramento, Tupaciguara, Uberlândia e Uberaba. O Triângulo Mineiro é uma das dez regiões de planejamento do Estado de Minas Gerais, no sudeste do Brasil e é formado por 66 municípios com uma população total de 2.317.188 pessoas (IBGE, 2016).

2.3 COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DADOS

Os dados primários referentes às visitas in loco nos municípios visitados foram coletados entre setembro e dezembro de 2018 utilizando entrevista estruturada com o gerente de cada unidade dos Centros de Especialidades Odontológicas.

A entrevista foi realizada em uma sala reservada no próprio local de trabalho para assegurar a privacidade. A pesquisadora recebeu treinamento para as entrevistas. O formulário continha questões sobre a identificação do tipo e abrangência do Centro de Especialidades Odontológicas, sobre as especialidades ofertadas e a quantidade de dentistas, técnicos e auxiliares em saúde bucal.

Esses dados que caracterizam a oferta de serviços odontológicos por Centros de Especialidades Odontológicas foram cotejados com dados secundários provenientes dos registros de sistemas de informação de saúde do DATASUS, Caderno de Informações de Saúde do Ministério da Saúde e dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) especialmente os três indicadores de saúde bucal previstos nos Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2015: a cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal, a média da ação coletiva de escovação dental supervisionada e a proporção de exodontia em relação aos procedimentos. Os dados numéricos foram transcritos para uma planilha para análise estatística.

2.4 ANÁLISE DE DADOS

Os dados, processados em banco de dados criados pelo software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows versão 20.0, foram submetidos a análise descritiva para obtenção das frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e das medidas de tendência central e variabilidade para as variáveis quantitativas. Análise estatística foi realizada para comparação entre CEO conforme sua abrangência municipal em relação às medidas de indicadores sociais e de saúde bucal, sendo utilizado o nível de significância de 5%.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco - Centro de Ciências da Saúde UFPE, registrado na Plataforma Brasil (CAAE: 3458213.0.0000.5208). A pesquisa cumpriu com os postulados éticos e exigências científicas fundamentais, preconizados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, conforme Parecer Consubstanciado.

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 1). Foi explicado aos participantes o caráter voluntário da pesquisa, a possibilidade de interromper sua participação em qualquer etapa do projeto e o direito à obtenção de todos os esclarecimentos sobre as características do estudo.

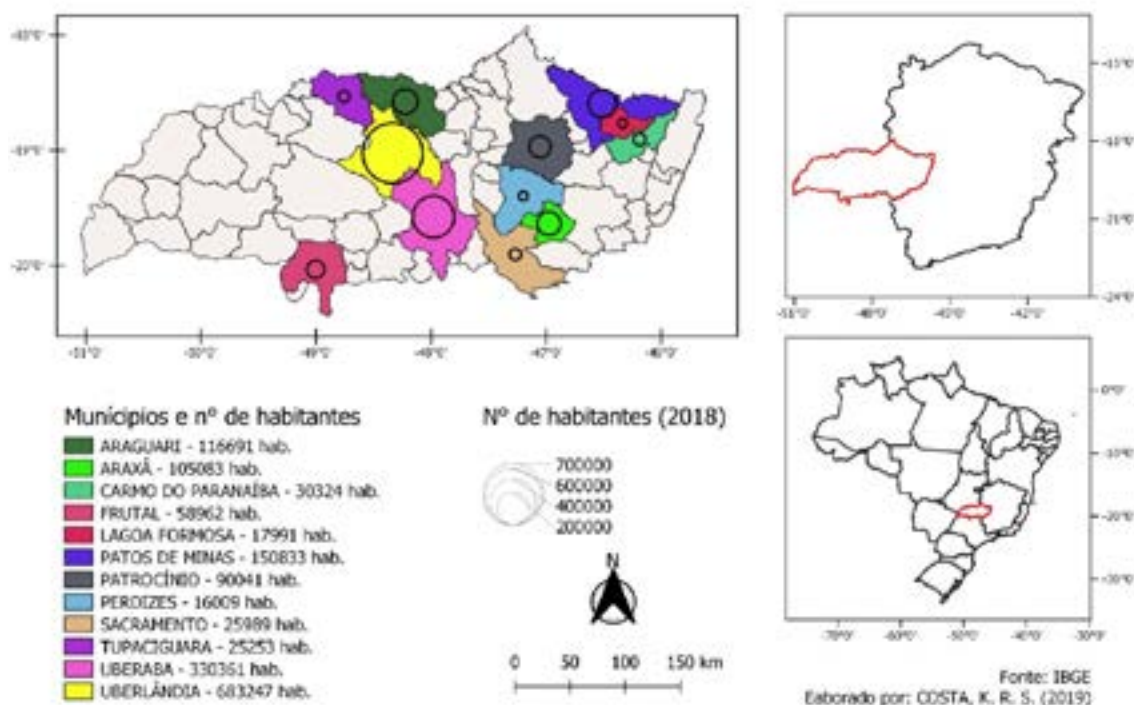
A confidencialidade, privacidade das informações e o sigilo dos participantes foram assegurados, informando-os ainda que a participação ou não na pesquisa não acarretaria nenhum benefício indevido, nem iria prejudicá-los de nenhuma.

3 RESULTADOS

Entre os meses de setembro e dezembro de 2018 foram visitados 12 municípios da região do Triângulo Mineiro (Figura 1) e 15 Centros de Especialidades Odontológicas, sendo 9 (60%) CEO do Tipo I, 6 (40%) do Tipo II e nenhum CEO do Tipo III; 6 (40%) tinham abrangência para apenas um município enquanto 9 (60%) tinham abrangência para mais de um município, variando entre 2 até no máximo 7 municípios (Tabela 1).

Figura 1: Municípios do Triângulo Mineiro com Centros de Especialidades Odontológicas.

Municípios do Triângulo Mineiro com Centros de Especialidades Odontológicas



De todos os Centros de Especialidades Odontológicas apenas 1 (6,7%) não ofertava as especialidades mínimas previstas, encontrava-se em unidade provisória e em reforma. Conforme a Portaria GM/MS no 1.599, de 30 de setembro de 2015, que dispõe sobre o PMAQ- CEO, o CEO deve ofertar as cinco especialidades mínimas (cirurgia, endodontia, periodontia, estomatologia e atendimento a pacientes com necessidades especiais), e essa garantia está prevista como compromisso dos gestores do CEO (Gestões estaduais, municipais ou do Distrito Federal).

Tabela 1: Tipo de Centro de Especialidade Odontológica (CEO) conforme abrangência municipal e quantitativo de profissionais nas especialidades mínimas. Região: Triângulo Mineiro, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	Tipo de CEO					
	Tipo I		Tipo II		Total	
	n	%	n	%	n	%
Abrangência municipal						
Sim	3	33,3	3	50,0	6	40,0
Não	6	66,7	3	50,0	9	60,0
Profissionais em Cirurgia						
Nenhum	0	0,0	1	16,7	1	6,6
1	5	55,6	2	33,3	7	46,7
2 ou mais	4	44,4	3	50,0	7	46,7
Profissionais em Endodontia						

Nenhum	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1	2	22,2	0	0,0	2	13,3
2 ou mais	7	77,8	6	100,0	13	86,7
Profissionais em Estomatologia						
Nenhum	0	0,0	1	16,7	1	6,7
1	6	66,7	3	50,0	9	60,0
2 ou mais	3	33,3	2	33,3	5	33,3
Profissionais para PNE						
Nenhum	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1	6	66,7	3	50,0	9	60,0
2 ou mais	3	33,3	3	50,0	6	40,0
Profissionais em Periodontia						
Nenhum	0	0,0	1	16,7	1	6,7
1	7	77,8	2	33,3	9	60,0
2 ou mais	2	22,8	3	50,0	5	33,3
Profissionais nas especialidades mínimas						
4 a 6	3	33,3	3	50,0	6	40,0
7 a 9	4	44,5	0	0,0	4	26,7
10 ou mais	2	22,2	3	50,0	5	33,3
Total	9	100,0	6	100,0	15	100,0

Na Tabela 2, em relação a oferta de especialidades além das mínimas obrigatórias, os dados mostram que a especialidade mais ofertada foi a odontopediatria com a presença em 60% (6) das unidades visitadas, seguida da prótese em 33,3% (5) e da Radiologia 20% (3). Além dessas, outras especialidades ofertadas foram prótese dentária, dentística, dor orofacial, ortodontia e urgência. Já em relação aos profissionais de categorias auxiliares, observou-se que as unidades visitadas apresentam maior número de profissionais auxiliares em saúde bucal do que técnicos em saúde bucal, todas as unidades têm auxiliares de saúde bucal, porém 40% das unidades não tem em suas equipes o técnico em saúde bucal.

Tabela 2: Tipo de Centro de Especialidade Odontológica (CEO) conforme oferta de especialidades além das mínimas obrigatórias e de profissionais de categorias auxiliares. Região: Triângulo Mineiro, Minas Gerais, 2019.

Especialidade	Tipo I		Tipo II		Total	
	n	%	n	%	n	%
Odontopediatria						
Sim	4	44,4	2	33,3	6	40,0
Não	5	55,6	4	66,7	9	60,0
Radiologia Sim	1	11,1	2	33,3	3	20,0
Não	8	88,9	4	66,7	12	80,0
Prótese dentária Sim	4	44,4	1	16,7	5	33,3
Não	5	55,6	5	83,3	10	66,7
Dentística Sim	1	11,1	0	0,0	1	6,7
Não	8	88,9	6	100,0	14	93,3
Dor orofacial Sim	1	11,1	0	0,0	1	6,7
Não	8	88,9	6	100,0	14	93,3
Ortodontia Sim	1	11,1	0	0,0	1	6,7
Não	8	88,9	6	100,0	14	93,3
Urgência Sim	1	11,1	0	0,0	1	6,7
Não	8	88,9	6	100,0	14	93,3
ASB*						
1 a 3	5	55,6	2	33,3	7	46,7
4 ou mais	4	44,4	4	66,7	8	53,3
TSB** Sim	6	66,7	3	50,0	9	60,0
Não	3	33,3	3	50,0	6	40,0
TPD*** Sim	2	22,2	0	0,0	2	13,3
Não	7	77,8	6	100,0	13	86,7
Total	9	100,0	6	100,0	15	100,0

*ASB Auxiliares de saúde bucal ** Técnicos de saúde bucal *** Técnicos de prótese dentária

O município de Araguari tem 116.691 habitantes (IBGE, 2018), possui um Centro de Especialidades Odontológicas, do Tipo II, é referência para 2 municípios e conta com 15 cirurgiões-dentistas atuando nas especialidades mínimas (cirurgia, endodontia, periodontia, estomatologia e atendimento a pacientes com necessidades especiais). Além dos cirurgiões-dentistas, a equipe de saúde bucal conta com 3 técnicos em saúde bucal e 5 auxiliares de saúde bucal.

O município de Araxá tem 105.083 habitantes (IBGE, 2018), possui um Centro de Especialidades Odontológicas, do Tipo II, é referência para 4 municípios e conta com 13 cirurgiões-dentistas atuando nas especialidades mínimas (cirurgia, endodontia, periodontia, estomatologia e atendimento a pacientes com necessidades especiais) e na radiologia. Além dos cirurgiões-dentistas, a equipe de saúde bucal conta com 8 auxiliares de saúde bucal.

O município de Carmo do Paranaíba tem 30.324 habitantes (IBGE, 2018), possui um Centro de Especialidades Odontológicas, do Tipo I, é referência para 6 municípios e conta com 6 cirurgiões-dentistas atuando nas especialidades mínimas (cirurgia, endodontia, periodontia, estomatologia e atendimento a pacientes com necessidades especiais) e odontopediatria e radiologia. Além dos cirurgiões-dentistas, a equipe de saúde bucal conta com 1 técnico em saúde bucal e 6 auxiliares de saúde bucal.

O município de Frutal tem 58.962 habitantes (IBGE, 2018), possui um Centro de Especialidades Odontológicas, do Tipo I, é referência para 2 municípios e conta com 8 cirurgiões-dentistas atuando nas especialidades mínimas (cirurgia, endodontia, periodontia, estomatologia e atendimento a pacientes com necessidades especiais) e na odontopediatria e prótese. Além dos cirurgiões-dentistas, a equipe de saúde bucal conta com 1 técnico em saúde bucal e 7 auxiliares de saúde bucal.

O município de Lagoa Formosa tem 17.991 habitantes (IBGE, 2018), possui um Centro de Especialidades Odontológicas, do Tipo I, é referência para 7 municípios e conta com 7 cirurgiões-dentistas atuando nas especialidades mínimas (cirurgia, endodontia, periodontia, estomatologia e atendimento a pacientes com necessidades especiais) e na prótese. Além dos cirurgiões-dentistas, a equipe de saúde bucal conta com 3 técnicos em saúde bucal e 1 auxiliar de saúde bucal.

O município de Patos de Minas tem 150.833 habitantes (IBGE, 2018), possui um Centro de Especialidades Odontológicas, do Tipo II, tem abrangência apenas municipal e conta com 13 cirurgiões-dentistas atuando nas especialidades mínimas (cirurgia, endodontia, periodontia, estomatologia e atendimento a pacientes com necessidades especiais) e na odontopediatria. Além dos cirurgiões-dentistas, a equipe de saúde bucal conta com 11 auxiliares de saúde bucal. O município de Patrocínio tem 90.041 habitantes (IBGE, 2018), possui um Centro de Especialidades Odontológicas, do Tipo II, é referência para 6 municípios e conta com 6 cirurgiões-dentistas atuando nas especialidades mínimas (cirurgia, endodontia, periodontia, estomatologia e atendimento a pacientes com necessidades especiais) e na radiologia e prótese. Além dos cirurgiões-dentistas, a equipe de saúde bucal conta com 4 auxiliares de saúde bucal. O município de Perdizes tem 16.009 habitantes (IBGE, 2018), possui um Centro de Especialidades Odontológicas, do Tipo I, é referência para 2 municípios e conta com 5 cirurgiões-dentistas atuando nas especialidades mínimas (cirurgia, endodontia, periodontia, estomatologia e atendimento a pacientes com necessidades especiais).

Além dos cirurgiões-dentistas, a equipe de saúde bucal conta com 3 auxiliares de saúde bucal.

O município de Sacramento tem 25.989 habitantes (IBGE, 2018), possui um Centro de Especialidades Odontológicas, do Tipo I, é referência para 1 município e conta com 10 cirurgiões-dentistas atuando nas especialidades mínimas (cirurgia, endodontia, periodontia, estomatologia e atendimento a pacientes com necessidades especiais) e na prótese. Além dos cirurgiões-dentistas, a equipe de saúde bucal conta com 8 auxiliares de saúde bucal e 1 técnico em prótese dentária.

O município de Tupaciguara tem 25.253 habitantes (IBGE, 2018), possui um Centro de Especialidades Odontológicas, do Tipo I, é referência para 4 municípios e conta com 6 cirurgiões-dentistas atuando nas especialidades mínimas (cirurgia, endodontia, periodontia, estomatologia e atendimento a pacientes com necessidades especiais). Além dos cirurgiões-dentistas, a equipe de saúde bucal conta com 2 técnicos em saúde bucal e 2 auxiliares de saúde bucal.

O município de Uberaba tem 330.361 habitantes (IBGE, 2018), possui três Centros de Especialidades Odontológicas. Um deles é do Tipo I, está localizado dentro de uma Universidade, é referência para 7 municípios e conta com 30 cirurgiões-dentistas atuando nas especialidades mínimas (cirurgia, endodontia, periodontia, estomatologia e atendimento a pacientes com necessidades especiais), além da odontopediatria, prótese, dentística especializada, dor orofacial, ortodontia. Além dos cirurgiões-dentistas, a equipe de saúde bucal conta com 2 técnicos em saúde bucal e 3 auxiliares de saúde bucal e 4 técnicos em prótese dentária. O segundo Centro de Especialidades Odontológicas é do Tipo II, tem abrangência apenas municipal e conta com 6 cirurgiões-dentistas atuando nas especialidades mínimas (cirurgia, endodontia, periodontia, estomatologia e atendimento a pacientes com necessidades especiais), e odontopediatria. Além dos cirurgiões-dentistas, a equipe de saúde bucal conta com 1 técnico em saúde bucal e 3 auxiliares de saúde bucal. O terceiro Centro de Especialidades Odontológicas de Uberaba é do Tipo II, tem abrangência apenas municipal e no momento da visita contava com 4 cirurgiões-dentistas atuando apenas nas especialidades de e atendimento a pacientes com necessidades especiais. Esse Centro de Especialidades Odontológicas estava atuando em uma unidade provisória e estava passando por reforma. Além dos cirurgiões-dentistas, a equipe de saúde bucal conta com 1 técnico em saúde bucal e 3 auxiliares de saúde bucal.

O município de Uberlândia tem 683.247 habitantes (IBGE, 2018), possui dois Centros de Especialidades Odontológicas. O primeiro é do Tipo I, tem abrangência apenas municipal e conta com 9 cirurgiões-dentistas atuando nas especialidades mínimas (cirurgia, endodontia, periodontia, estomatologia e atendimento a pacientes com necessidades especiais), além de urgência. Além dos cirurgiões-dentistas, a equipe de saúde bucal conta com 5 técnicos em saúde bucal e 1 auxiliar de saúde bucal. O segundo Centro de Especialidades Odontológicas também é do Tipo I, tem abrangência apenas municipal e conta com 7 cirurgiões-dentistas atuando nas especialidades mínimas (cirurgia, endodontia, periodontia, estomatologia e atendimento a pacientes com necessidades especiais), e odontopediatria. Além dos cirurgiões-dentistas, a equipe de saúde bucal conta com 9 auxiliares de saúde bucal.

Na Tabela 3, estão descritos três indicadores de saúde bucal (cobertura populacional estimada pelas EBSB, média de escovação dental supervisionada e a proporção de exodontia por outros procedimentos) e três indicadores sociais (escolarização de 6 a 14 anos, índice de desenvolvimento humano municipal e mortalidade infantil) fazendo a comparação entre a abrangência municipal e abrangência para além de um município. Apesar desses indicadores de saúde bucal e sociais não serem específicos dos Centros de Especialidades Odontológicas, eles foram apresentados com o objetivo de realizar uma análise descritiva e exploratória da região visitada.

Em relação a todas as unidades visitadas, foram observadas: média de 68% de cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal, média de 97,8% de escolarização de 6 a 14 anos e média de 10,577 de mortalidade infantil, que é a medida pela probabilidade de óbito até um ano de idade a cada mil nascidos vivos.

A média do IDHM para todos os municípios visitados foi de 0,352, porém foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre a média para os municípios com apenas abrangência municipal (0,513) e para aqueles com abrangência para além de um município (0,245). A média do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1, e quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano.

A média de escovação dental supervisionada para as unidades de abrangência para além de um município foi 5,235 e a média para as unidades com apenas abrangência municipal foi 2,345, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,018$). A média da ação coletiva de escovação dental supervisionada é um indicador de saúde bucal que estima a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal. Quanto maior o indicador, maior o acesso à orientação para prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal e taxas menores podem revelar a necessidade da priorização das ações preventivas.

Tabela 3: Abrangência municipal dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os indicadores de saúde bucal e sociais municipais. Região: Triângulo Mineiro, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	Abrangência Municipal do CEO				p	Total	
	Sim		Não			f	s
	f	s	f	s			
Cobertura populacional estimada pelas EBSB	0,618	0,253	0,721	0,225	0,422*	0,680	0,233
Média de escovação dental supervisionada	2,347	1,560	5,234	2,261	0,018*	4,079	2,436
Proporção de exodontia por outros procedimentos	5,098	3,960	4,446	1,561	1,000#	4,707	2,665
Escolarização de 6 a 14 anos	0,979	0,004	0,977	0,004	0,493*	0,978	0,004
IDHM	0,513	0,398	0,245	0,368	0,029*	0,352	0,390
Mortalidade infantil	10,410	1,547	10,688	7,621	0,099#	10,577	5,836

EBSB: Equipe Básica de Saúde Bucal. IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. f: Média. s: desvio padrão. p: Probabilidade do teste estatístico. *Teste t-student. #Teste Mann-Whitney.

4 DISCUSSÃO

O indicador de cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde atualmente é utilizado para o monitoramento do acesso aos serviços de saúde bucal na Atenção Primária, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse indicador consta no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2017-2021 e ele mede a cobertura e, portanto, a disponibilidade das Equipes de Saúde Bucal da atenção primária para a população residente de um determinado município. Uma maior cobertura das Equipes de Saúde Bucal da atenção básica indica maior potencial de oferta de serviços de odontologia básica para a população e também maior facilidade de acesso aos serviços odontológicos. Considera-se adequado que exista pelo menos uma Equipe de Saúde Bucal da atenção básica para cada grupo de 3000 pessoas residentes.

Estudo sobre desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma região de saúde da Bahia mostra que não somente as características estruturais, os indicadores sociodemográficos e a cobertura populacional de ESB determinam e/ou condicionam o desempenho dos serviços odontológicos de média complexidade. Deve-se considerar a existência de outros fatores que influenciam no cumprimento de metas, tais como: planejamento e gestão do serviço, referência e contrarreferência, acesso, acolhimento, vínculo e satisfação do usuário, bem como a resolutividade do serviço de saúde bucal da atenção básica (SANTANA et al., 2015).

Em relação a todas as unidades visitadas, a média de escolarização de 6 a 14 anos encontrada nesse estudo foi de 97,8% . Vários indicadores socioeconômicos influenciam a percepção sobre a saúde bucal, especialmente a renda domiciliar per capita, a classe social e a escolaridade

foram as responsáveis pelo maior gradiente na autoavaliação da saúde bucal de adultos no Brasil em 2013, dados que foram apontados na Pesquisa Nacional de Saúde sobre posição socioeconômica e autoavaliação da saúde bucal no Brasil (SOUSA et al., 2019). Além disso, a autoavaliação da saúde bucal tende a piorar entre os indivíduos menos escolarizados, e já as pessoas mais escolarizadas apresentam maior envolvimento no autocuidado e buscam mais frequentemente a resolução de problemas de saúde, além de usufruírem de melhores condições sociais e econômicas, como emprego, renda, posse de bens e acesso a serviços (MENDONÇA et al., (2012); GUARNIZO-HERRENO et al. (2014)).

Outro indicador importante levantado nos municípios visitados foi a taxa, ou coeficiente de mortalidade infantil, que é uma estimativa do risco de morte a que está exposta uma população de nascidos vivos em determinada área e período, antes de completar o primeiro ano de vida. A taxa de mortalidade infantil é um indicador de qualidade de vida e desenvolvimento, por expressar a situação de saúde de uma comunidade e as desigualdades de saúde entre grupos sociais e regiões (PEREIRA, 1995).

A média do IDHM para todos os municípios visitados foi de 0,352. Pesquisas mostram que, morar em um local com uma política pública saudável, a qual seja implementada de forma eficaz e que apresente um maior grau de coesão social tem um fator de proteção para a sua saúde bucal. Por exemplo, a proporção de dentes cariados e extraídos é nitidamente maior entre os municípios de baixo IDH, ocorrendo o inverso com a proporção de dentes restaurados. Dessa forma, a população de municípios de baixo IDH tem maior chance de ter dente cariado ou extraído, sendo que a proporção de perdas de elementos dentários em municípios de pior qualidade de vida é três vezes maior que em municípios com alto IDH (MOYSÉS, (2000); RONCALLI, (2008)).

Todas as unidades visitadas apresentam profissionais de categorias auxiliares compondo a equipe de saúde bucal. O maior número é de auxiliares em saúde bucal em relação aos técnicos em saúde bucal, sendo que 40% das unidades não têm em suas equipes o técnico em saúde bucal.

A Lei 11.889/2008, que regulamenta o exercício das profissões do técnico e do auxiliar em saúde bucal, determina que o técnico em saúde bucal, sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista, além de poder exercer todas as competências estabelecidas para o auxiliar de saúde bucal, têm as seguintes competências: I - participar do treinamento e capacitação de Auxiliar em Saúde Bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde; II - participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais; III - participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; IV - ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do cirurgião-dentista; V - fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista; VI - supervisionar, sob delegação do cirurgião-dentista, o trabalho dos auxiliares de saúde bucal; VII - realizar fotografias e tomadas de uso odontológicos exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas; VIII - inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista.

Dessa forma, a inserção do técnico em saúde bucal em uma equipe de saúde bucal pode significar um grande avanço e um novo espaço de construção de práticas e relações que possibilitam reorientar o processo de trabalho através do aumento de cobertura, maior alcance das medidas de caráter coletivo, maior efetividade na resposta às necessidades da população, aumento da produtividade melhor qualidade e melhoria na oferta dos serviços ofertados.

A colaboração interprofissional tem sido apontada como um recurso que pode ser mobilizado para elevar a efetividade dos sistemas de saúde. Como estratégia inovadora, ela pode desempenhar um importante papel para enfrentar problemas do modelo de atenção e da força de trabalho em saúde, contribuir para fortalecer o sistema de saúde e melhorar os resultados obtidos (WHO, 2010).

Uma das mudanças mais importantes na produção do cuidado em saúde é a reorganização do processo de trabalho substituindo a atuação isolada de profissionais pela atuação de equipes multiprofissionais (D' AUNNO, 1996). O emprego de equipes multiprofissionais no sistema de saúde é uma exigência que decorre das transformações econômicas, sociais e sanitárias que ocorreram no século XX e cuja consequência tem sido a mudança na estrutura demográfica das populações (transição demográfica) e nos padrões de morbimortalidade (transição epidemiológica) nas regiões mais desenvolvidas do mundo.

Um trabalho em equipe não ocorre tão somente por uma somatória técnica dos trabalhos parcelares, mas requer “articulação das ações, a interação dos agentes e a superação do isolamento dos saberes – e suas disciplinas” (PEDUZZI, 1998). Segundo HEINNEMAN (2002) a colaboração é o elemento que mais influencia o trabalho em equipe. A colaboração interprofissional nas equipes de saúde representa a estruturação da ação coletiva por meio de transmissão de informações e da tomada de decisões compartilhadas (D'AMOUR, 2005).

MATUDA e cols. (2015) em um estudo sobre colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família afirmaram que é nítida a necessidade de aperfeiçoar a gestão do trabalho dotando os serviços de mais recursos de apoio à colaboração interprofissional, que precisa ser entendida não apenas como um esforço individual e pessoal do trabalhador em saúde, mas também como um esforço coletivo e ampliado de diversos agentes (profissionais, gestores e usuários) e componentes do sistema (gestão do trabalho, sistema de informação, entre outros).

Quando os profissionais de uma equipe de saúde conseguem trabalhar em colaboração, esperam-se resultados positivos tanto para os pacientes como para os profissionais, as organizações e o sistema (SULLIVAN, 1998).

5 CONCLUSÕES / CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados nesse estudo caracterizam a oferta de serviços odontológicos especializados pelos 15 Centros de Especialidades Odontológicas distribuídos em 12 municípios da região do Triângulo Mineiro em Minas Gerais em relação ao tipo de CEO, abrangência, especialidades ofertadas, quantidade de profissionais da equipe de saúde bucal e alguns indicadores de

saúde bucal e sociais. Os resultados mostram a importância da oferta de serviços especializados fortalecendo a rede de apoio na referência e contra referência com os demais serviços e também indicam um importante déficit na oferta de serviços de atenção especializada na região. A ampliação da atenção secundária com a criação de novos Centros de Especialidades Odontológicas pode melhorar a atenção e a assistência à saúde bucal da população, ampliar o acesso reordenando os recursos disponíveis à população e fortalecer a Política Nacional de Saúde Bucal.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Helder Henrique Costa Pinheiro da Universidade Federal do Pará pelo apoio na análise estatística.

À Karen Regina Silva Costa, graduanda em Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, pela elaboração do Mapa dos Municípios do Triângulo Mineiro com Centros de Especialidades Odontológicas.

Aos Centros de Especialidades Odontológicas do Triângulo Mineiro pela oportunidade de coleta de dados.

Ao Centro Colaborador em Vigilância da Saúde Bucal do Ministério da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco que coordenou os trabalhos e ofertou o Curso de Especialização em Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde Bucal.

Às Coordenações Geral, Macrorregionais e Estaduais do PMAQ/CEO pela condução dos trabalhos que fortalecem e consolidam a Política Nacional de Saúde do Bucal do Brasil.

REFERÊNCIAS

BARTOLE, M. C. S. **Da boca cheia de dentes ao Brasil Sorridente: uma análise retórica da formulação da Política Nacional de Saúde Bucal**. 2006. 129 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006. <http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/get.php?id=330>.

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. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 599, de 23 de março 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. Brasília, DF, 2006. **Diário Oficial da União**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal - resultados principais**. Brasília, 2011. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) - Manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 62 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978- 85-334-1899-8. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PMAQ Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Manual instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. Brasília, 2013; 34 p. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf.

BRASIL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_ceo.pdf.

D'AMOUR, D. *et al.* The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **J Interprof Care**, London, v. 19, suppl. 1, p. 116-131, May 2005. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16096150/>.

D'AUNNO, T. Business as Usual? Changes in health care's workforce and organization of work. **Hosp Health Serv Adm**, v. 41, n. 1, p. 3-18, Spring 1996. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10154620/>.

FERRAZ, M. Â. Â. L. **Avaliação da referência e contra-referência nos centros de especialidades odontológicas em Teresina-Piauí**. 2008. 73p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde).

Universidade Federal do Piauí, 2008.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-267, Fev. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200004>.

GUARNIZO-HERREÑO, C. C; WATT, R. G.; FULLER, E.; STEELE, J. G.; SHEN, J.

MORRIS, S. *et al.* Socioeconomic position and subjective oral health: findings for the adult population in England, Wales and Northern Ireland. **BMC Public Health**; v. 14, p. 827-36, Aug. 2014. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4137102/pdf/12889_2014_Article_6946.pdf.

HEINNEMAN, G. D. Teams in health care settings. In: Heinneman G. D.; Zeis, A. M. editores. **Team performance in health care**. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, p. 3-18, 2002. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4615-0581-5>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) (2018). www.ibge.gov.br. Consultado em 17 de julho de 2019.

MATUDA, C. G.; PINTO, N. R. S.; MARTINS, C. L.; FRAZÃO, P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, [online], Rio de Janeiro, v. 20, n.8, p. 2511-2521, Aug. 2015. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2511.pdf>.

MENDONÇA, H. L. C; SZWARCOWALD, C. L., DAMACENA, G. N. Autoavaliação de saúde bucal: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica em quatro municípios do estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2005. **Cad. Saúde Pública**; [online], Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1927-38, Out. 2012. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v28n10/11.pdf>.

MOYSÉS, S. J. **Oral health and healthy cities: an analysis of intra-urban differentials in oral health outcomes in relation to “healthy cities” policies in Curitiba, Brazil**. [Thesis]. London: University College London; 2000. https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10107901/1/Oral_health_and_healthy_cities.pdf.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Campinas, 1998. 254f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. Capítulo 6, p. 105-143.

RONCALLI, A. G. Epidemiologia das desigualdades em saúde bucal com foco em famílias. In:

MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde bucal das famílias**: Trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 170-192.

SANTANA, D. A.; SANTOS, L. P. S.; CARVALHO, F. S.; CARVALHO, C. A. P. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia. **Cad. saúde colet.**, [online], Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 261-267. jul./set. 2015. <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n3/1414-462X-cadsc-1414-462X201400030122.pdf>.

SOUSA, J. L. *et al.* Posição socioeconômica e autoavaliação da saúde bucal no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, [online], Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, e00099518, 2019. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n6/1678-4464-csp-35-06-e00099518.pdf>.

SULLIVAN, T. J. Collaboration. A health care imperative. **New York: McGraw- Hill**; 1998. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practise**. Genebra: WHO/HRH/HPN/10.3; 2010. Acesso em 17/07/2019: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/ .



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – GERENTE / PROFISSIONAL DO CEO

Convidamos o (a) Sr. (a) a participar, como voluntário (a) da pesquisa intitulada *Avaliação externa: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO)*, que está sob responsabilidade do pesquisador PAULO SÁVIO ANGEIRAS DE GOES, residente a *Estrada do Arraial, 3085/404-Tamarineira/Recife, PE, CEP: 52051-380*, telefone: (81) 99175-5763, e-mail: paulosaviogoes@gmail.com, para contato com pesquisador responsável (inclusive ligações a cobrar)

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubricar as folhas e assinar ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr.(a) não será penalizado (a) de forma alguma. O (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

- A pesquisa tem como objetivo verificar *in loco* um conjunto de padrões de qualidade de estrutura e processo de trabalho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), no âmbito do PMAQ-CEO e sua participação consistirá em responder a entrevista através de questionário sobre a qualidade destes serviços, que terá duração em média de 30 minutos.
- O estudo poderá trazer risco de possível constrangimento para o senhor (a) frente a alguns questionamentos acerca da qualidade dos estabelecimentos de saúde investigados, no entanto, como será mantido absoluto sigilo, se minimiza tal risco, não gerando prejuízos para a atuação profissional ou para o usuário ao serviço.
- Informamos que neste trabalho não há benefícios diretos, entretanto, como benefícios indiretos, as informações prestadas pelo (a) senhor (a) poderão contribuir ao processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelos CEO; envolver, mobilizar e responsabilizar todos os atores envolvidos num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção especializada em saúde bucal; desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados; e, estimular a efetiva mudança do modelo de atenção em saúde bucal, o desenvolvimento dos trabalhadores, melhoria nas condições de trabalho.
- Os resultados serão encaminhados aos gestores do Sistema de Saúde, o que também servirá de base para melhoria da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, estimular a efetiva mudança do modelo de atenção em saúde bucal, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos e publicações técnicas - científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. As informações obtidas estarão sob absoluto sigilo e serão armazenadas por no mínimo por 5 (cinco) anos, sob a guarda do pesquisador responsável, armazenado no Laboratório de Gestão da Informação de Saúde Bucal do Centro Colaborador de Vigilância em Saúde Bucal do Ministério da Saúde na Universidade Federal de Pernambuco (LABGISB/CECOL/MS-UFPE).

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de despesas). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura pesquisador

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar da pesquisa intitulada Avaliação de efetividade de uma ferramenta webbased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

Avaliação Dos Fatores Condicionantes A Insatisfação No Trabalho De Cirurgiões Dentistas Nos Centros De Especialidades Odontológicas

Ludmilla Custódia Cardoso de Resende
Avaliadora

MARA VASCONCELOS
Tutora

MARCOS WERNECK
Coordenador Estadual

PAULO GOES
Coordenador Macro
Universidade Federal de Pernambuco-PE

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo evidenciar os fatores que contribuem para a precariedade do trabalho dos cirurgiões-dentistas de 08 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) do Leste e Norte de Minas Gerais. Métodos: Trata-se de um estudo quantitativo, de caráter descritivo. Os dados da pesquisa foram obtidos através da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ/CEO 2018 de oito Centros de Especialidades Odontológicas do Leste e Norte de Minas Gerais. As cidades avaliadas foram: Ipatinga, Governador Valadares, Timóteo, São Félix de Minas, Caratinga, Coronel Fabriciano, Teófilo Otoni e Águas Formosas. A amostra estudada foi composta por cirurgiões dentistas especialistas. Os dados avaliados na pesquisa foram: classificação do CEO, número de municípios atendidos pelo CEO, número de cirurgiões dentistas, vínculo trabalhista, plano de carreira, educação permanente, carga horária e média salarial para os endodontistas, realizou-se uma coleta de dados e análise separadamente, explicado pela alta demanda da especialidade e o não cumprimento de metas estabelecidas pelo programa Brasil sorridente para essa especialidade. Os dados levantados na pesquisa do PMAQ CEO 2018, apontam para flexibilização nas leis trabalhistas, como demonstrado em: tipo de vínculo trabalhista, plano de carreira, educação permanente, carga horária semanal, média salarial mensal e salário por hora trabalhada. Resultados da pesquisa apontam para uma insatisfação no trabalho dos cirurgiões dentistas que atuam nos Centro de Especialidades Odontológicas. Insatisfação influenciada significativamente pelas desigualdades nas relações de trabalho resultante das condições de precarização nos serviços do SUS.

Palavras-chave: Insatisfação no trabalho. precarização do trabalho; flexibilização. Centro de Especialidades Odontológicas.

ABSTRACT

The field research aimed to show the factors that contribute to the precarious work of dental surgeons of 08 Dental Specialties Centers (CEO) of the East and North of Minas Gerais. Methods: This is a

quantitative, descriptive study. The research data were obtained through the external evaluation of the 2nd cycle of PMAQ / CEO 2018 from eight Centers of Dental Specialties of the East and North of Minas Gerais. The cities evaluated were: Ipatinga, Governador Valadares, Timoteo, Sao Felix de Minas, Caratinga, Colonel Fabriciano, Teófilo Otoni and Águas Formosas. The sample studied consisted of specialist dental surgeons. The data evaluated in the survey were: CEO classification, number of municipalities served by the CEO, number of dental surgeons, employment relationship, career path, continuing education, workload and average salary for endodontists. analyze separately, explained by the high demand of the specialty and the non-fulfillment of the goals set by the smiling Brazil program for this specialty. The data collected in the PMAQ CEO 2018 survey point to easing in labor laws, as shown in: type of employment, career plan, continuing education, weekly workload, average monthly wage and hourly wage. Research results point to a dissatisfaction in the work of dentists who work in the Center of Dental Specialties. Dissatisfaction significantly influenced by inequalities in labor relations resulting from precarious conditions in SUS services.

Keywords: Job dissatisfaction. job insecurity; flexibility. Center for Dental Specialties.

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a prática odontológica no Brasil esteve voltada para o setor privado. A esfera pública, que até 1950 limitava-se à regulação da prática profissional. Entre o período de 1950 a 1998 passou a oferecer assistência odontológica apenas para os escolares, enquanto o restante da população ficava excluída e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores. Em 1998, foi realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)², demonstrando que 29,6 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao cirurgião-dentista, ou seja, 19,5% da população. A partir desses resultados, somados a um conjunto de determinantes, gerou-se um forte impulso, em 2004, para a criação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que tem como meta ampliar e melhorar a saúde bucal da população brasileira. MAGALHÃES et al. (2015); BRASIL (2011).

Com a implantação, em 2004, da política Nacional de Saúde Bucal, houve uma expansão da assistência odontológica para a população brasileira. As equipes de saúde bucal (ESB) foram incorporadas na estratégia Saúde da Família, assim como a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) para suprir a demanda de serviços especializados não ofertados pela atenção básica. MAGALHÃES et al. (2015); BRASIL (2011)

Os Centros de Especialidades Odontológicas 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 locoregional, ofertando obrigatoriamente as especialidades: periodontia; endodontia; atendimento a pacientes com necessidades especiais; diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer de boca e cirurgia oral menor. As demais especialidades podem ser ofertadas, desde que haja interesse do gestor. FIGUEIREDO; GOES (2009); BRASIL (2013),

Em função dos seus recursos físico-estruturais os Centros de Especialidades Odontológicas

classificam-se em três tipos: CEO tipo I (três cadeiras odontológicas); CEO tipo II (quatro a seis cadeiras Odontológicas); e CEO tipo III (sete ou mais cadeiras odontológicas). Devem funcionar 40 horas semanais, sendo o número de profissionais variável em função do tipo de serviço odontológico ofertado FIGUEIREDO, GOES (2009).

De acordo com o Relatório da pesquisa de campo do 1º Ciclo da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE/PMAQ/CEO) realizado por MARTELLI; GOES; FIGUEIREDO (2016), os usuários do serviço de atenção secundária estavam satisfeitos com o atendimento recebido pelos cirurgiões dentistas nos CEOS, enquanto os cirurgiões dentistas estavam descontentes com o trabalho realizado no CEO. Muitos desses profissionais estavam insatisfeitos com a avaliação externa do CEO, incluindo coordenadores de Saúde Bucal. De acordo com o relatório, essa insatisfação pode ser resultante de desigualdades salariais e falta de organização do serviço. FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI (2016).

O trabalho na área da saúde pode ser fonte de satisfação, mas também de insatisfação, com reflexos diretos na assistência em saúde e na vida do profissional. No mundo atual, além do crescimento do desemprego e do subemprego, também cresce a insatisfação naqueles que continuam a trabalhar. A literatura registra diversos estudos que mencionam a precarização do trabalho no SUS como causa de insatisfação do profissional nos serviços da atenção primária quanto secundária. SORATTO et. al. (2017). Segundo os pesquisadores, trabalhar em local não escolhido, sobrecarga de trabalho, conflitos internos, salários baixos, excesso de jornada de trabalho, falta de plano de carreira e inexistência de plano de carreira são fatores determinantes para a precarização no trabalho e a insatisfação dos profissionais.

Para MELO et al. (2016), é importante a compreensão da abrangência da noção de trabalho precário no SUS, que se caracteriza pela ausência de proteção social do trabalho e perdas de direitos trabalhistas assegurados constitucionalmente. Essas perdas caracterizam a fragilidade dos direitos trabalhistas, condicionantes de stress e, conseqüentemente, perda da qualidade dos serviços prestados aos usuários.

A precarização do trabalho nos serviços de saúde da rede pública resultando na insatisfação do trabalhador tem sido apontada como um desafio para a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009), ocupando lugar especial na agenda de ações de diversos atores sociais e órgãos governamentais nacionais e internacionais, como o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) (KALLEBERG, 2009; BRASIL, 2004; 2006, 2009; 2011).

BORSOI (2011), por sua vez, considera a precarização do trabalho, atualmente, como um resultado da flexibilização dos direitos trabalhistas. Segundo o pesquisador, todos os trabalhadores estão submetidos a algum tipo de precariedade laboral. Sua intensidade parece ser maior ou menor, dependendo da modalidade do vínculo de trabalho: terceirizado ou não terceirizado, formal ou informal.

De acordo com ARAÚJO; MORAIS (2019), a precarização do trabalho concorre para o crescimento do desemprego e a instabilidade no trabalho. Isso conduz à expansão do contingente de trabalhadores alienados de seus direitos e sujeitos às condições de trabalho instáveis, insatisfatórias e potencialmente de risco à saúde.

SEGUNDO KOSTER (2008) existem cerca de quinze formas de vínculos de trabalho no serviço público. São descritos nove tipos de vinculação de trabalhadores, sendo quatro formas diretas e cinco indiretas. Sendo relevante destacar que permanece a ocorrência em diversas situações de vinculação de pessoal por vias precárias como através de bolsa de trabalho, De acordo com contratos orais e informais.

SEIDL et al. (201) analisaram a gestão do trabalho na atenção básica a partir de entrevistas realizadas com profissionais das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em 2012. A análise foi realizada por porte populacional dos municípios, quanto ao tempo de atuação e formação profissional; educação permanente; formas de contratação e modalidade de vínculo trabalhista; e plano de carreiras e remuneração variável. Os resultados revelaram a importância da continuidade de esforços visando à desprecarização dos vínculos de trabalho, a implementação de planos de carreira, a formação e qualificação profissional e o fortalecimento da educação permanente.

A pesquisa de campo teve como objetivo mostrar os fatores que contribuem para a precarização no trabalho dos cirurgiões dentistas de 08 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) do Leste e Norte de Minas Gerais.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico, quantitativo, de caráter descritivo. Os dados da pesquisa foram obtidos da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ/CEO 2018 de oito Centros de Especialidades Odontológicas do Leste e Norte de Minas Gerais. As cidades avaliadas foram: Ipatinga, Governador Valadares, Timóteo, São Félix de Minas, Caratinga, Coronel Fabriciano, Teófilo Otoni e Águas Formosas. A amostra estudada foi composta por cirurgiões dentistas especialistas dos 08 CEOS avaliados.

Os dados levantados e avaliados na pesquisa foram: classificação do CEO, número de municípios atendidos pelo CEO, número de cirurgiões dentistas, vínculo trabalhista, plano de carreira, educação permanente, carga horária semanal, e média salarial. Tabela I.

Para os endodontistas, obteve-se uma amostra dos fatores condicionantes da precarização no CEO, explicado pela alta demanda da especialidade e o não cumprimento de metas da especialidade.

3 RESULTADOS

Conforme tabelas e gráficos apresentados abaixo, pode-se ver que dos oito CEOS avaliados, quatro deles contratam os profissionais através de concurso e contrato temporário, dois somente através de concurso público e dois somente através de contrato temporário. Somente um CEO realiza educação permanente. Quatro tem jornada de trabalho de vinte horas semanais e os outros quatro de 40 horas semanais. Todos divergem no número de cidades atendidas. A Média salarial diverge para todos os CEOS. Deduz-se que a implantação dos CEOS avaliados não obedeceu a nenhum critério que levassem em conta aspectos demográficos, sociais e econômicos, conforme apontam os dados coletados da avaliação externa do PMAQ 2018 e apresentados nos gráficos e tabelas seguintes:

Coleta de dados quantitativos para avaliação de fatores relacionados a insatisfação no trabalho do cirurgião dentista nos Centros de Especialidades odontológicas							
Cidades CEOS	Cidades atendidas	Dentistas	Vínculo trabalhista	Plano carreira	Carga horária	Educação permanente	Média salarial
São Félix de Minas TIPO I	8	3	Contrato temporário	Não	20	Não	R\$2.994,00
Agua Formosas CEO II	8	7	Contrato temporário	Não	40	Não	R\$ 2.994,00
Teófilo Otoni CEO tipo II	1	8	Concurso contrato temporário	Não	40	Não	R\$ 4.000,00
Caratinga CEO tipo II	1	7	Concurso	Sim	40	Não	R4.999,00
Cel. Fabriciano CEO tipo II	2	8	Concurso e contrato Temporario	Sim	40	Não	R\$ 4.999,00
Timóteo CEO tipo II	5	10	Concurso e Contrato temporário	Sim	20	Não	R\$ 4.999,00
Governador Valadares CEO tipo III	1	23	Concurso e contrato temporário	Sim	20	Sim	R\$6.000,00
Ipatinga CEO tipo III	1	18	Concurso	Sim	20	Não	R\$6.000,00

Tabela I

Coleta de dados quantitativos para avaliação de fatores relacionados a insatisfação no trabalho do cirurgião dentista endodontista nos Centros de Especialidades odontológicas

Cidades	idades atendidas	endodontistas	Plano carreira	Carga horária semanal	Média salarial
São Félix de Minas	8	1	não	20	R\$ 2.994,00
Águas Formosas	8	1	não	40	R\$ 2.994,00
Teófilo Otoni	1	2	não	40	R\$ 4.000,00
Caratinga	1	1	Não	40	R\$ 4.000,00
Coronel Fabriciano	2	2	não	20	R\$ 4.000,00
Timóteo	5	3	sim	20	R\$ 4.999,00
Ipatinga	1	7	sim	20	R\$ 8.999,00
Governador Valadares	1	4	não	20	R\$ 4.999,00

Tabela II

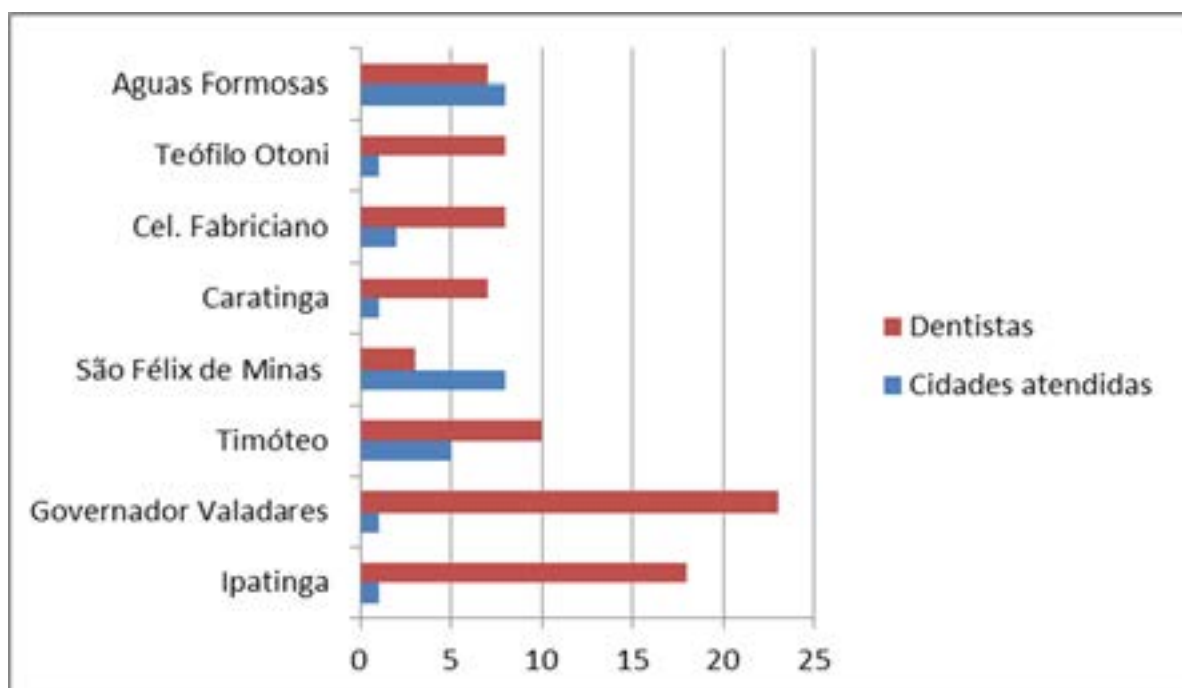


Gráfico I: número de cidades atendidas em cada CEO.

Cidades atendidas pelos CEO e salário/hora dos cirurgiões dentistas, exceto para a especialidade de endodontia

Cidades	Média salarial	Salário/hora
Ipatinga	R\$ 6.000,00	R\$ 66,66
Governador Valadares	R\$ 4.999,00	R\$ 55,54
Timóteo	R\$ 4.999,00	R\$ 55,54
São Félix de Minas	R\$ 2.994,00	R\$ 33,27
Caratinga	R\$ 4.999,00	R\$ 27,77
Cel. Fabriciano	R\$ 4.999,00	R\$ 27,77
Teófilo Otoni	R\$ 4.000,00	R\$ 22,22
Águas Formosas	R\$ 2.994,00	R\$ 16,33

Tabela III

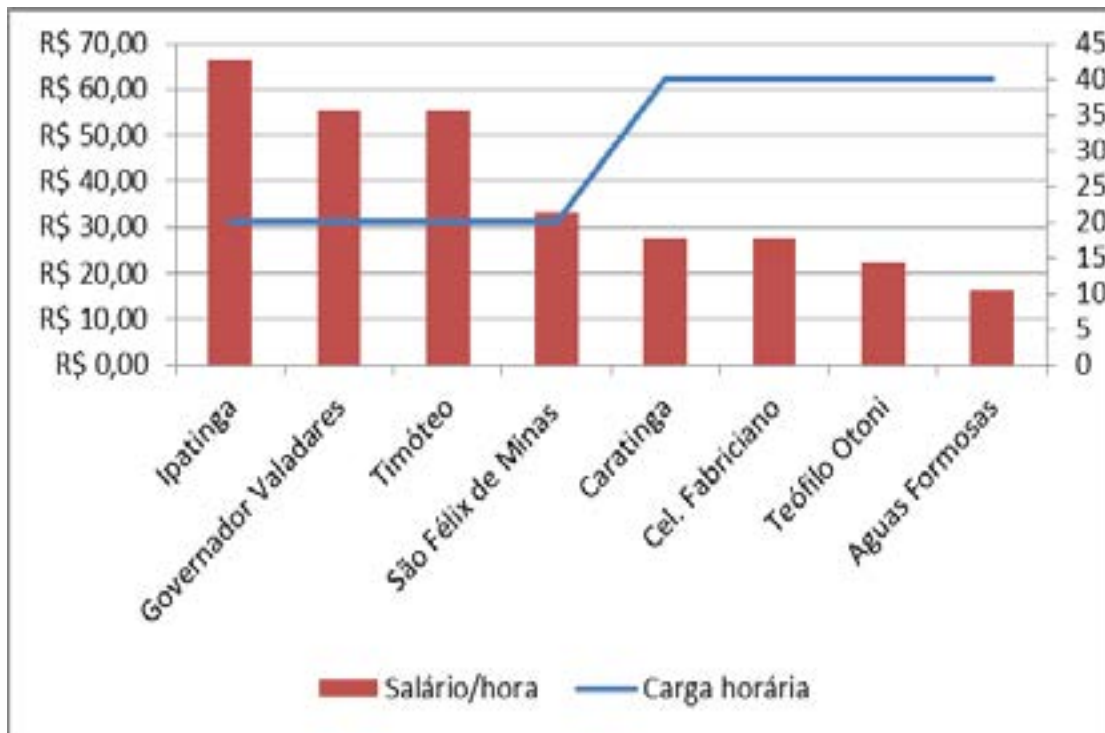


Gráfico II: Salário por hora trabalhada



Gráfico III: Vínculo trabalhista



Gráfico IV: Carga horária semana

Coleta quantitativa das condições de trabalho de endodontistas					
Cidades	Cidades atendidas	Endodontistas	Carga horária	Média salarial	Salário/Hora
Ipatinga	1	7	20	R\$ 8.999,00	R\$ 99,98
Timóteo	5	3	20	R\$ 4.999,00	R\$ 55,54
Governador Valadares	1	4	20	R\$ 4.999,00	R\$ 55,54
Teófilo Otoni	1	2	40	R\$ 4.000,00	R\$ 22,22
Caratinga	1	1	40	R\$ 4.999,00	R\$ 27,77
Coronel Fabriciano	2	2	20	R\$ 4.999,00	R\$ 55,54
São Félix de Minas	8	1	20	R\$ 2.994,00	R\$ 33,26
Águas formosas	8	1	40	R\$ 2.994,00	R\$ 16,63

Tabela IV

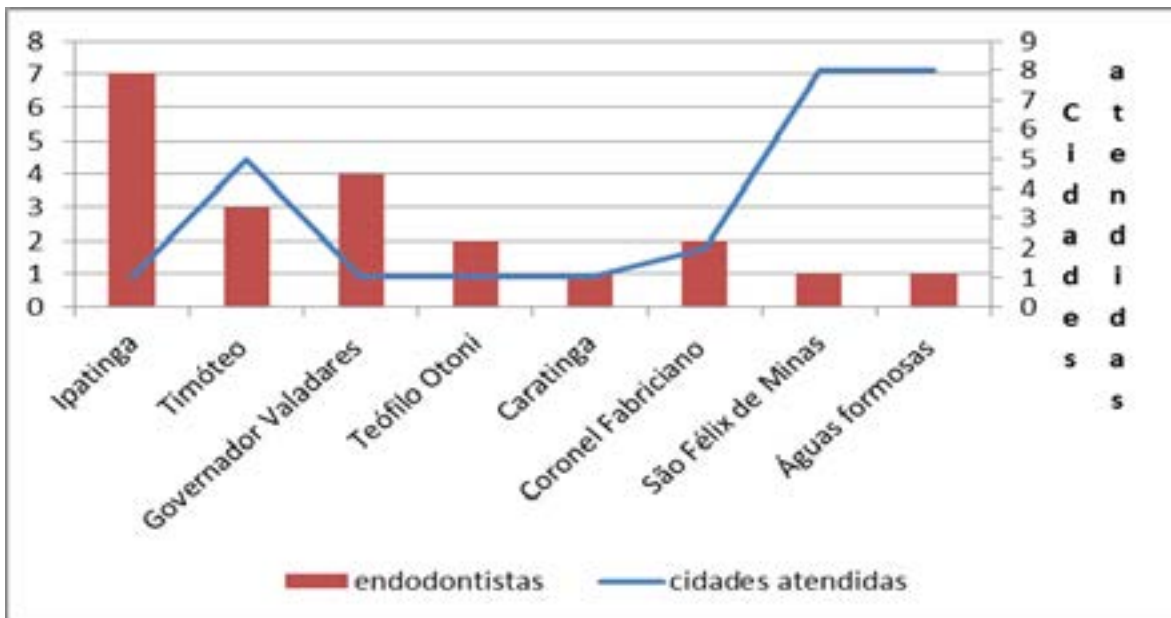


Gráfico V: Número de endodontistas para cada CEO e cidades atendidas

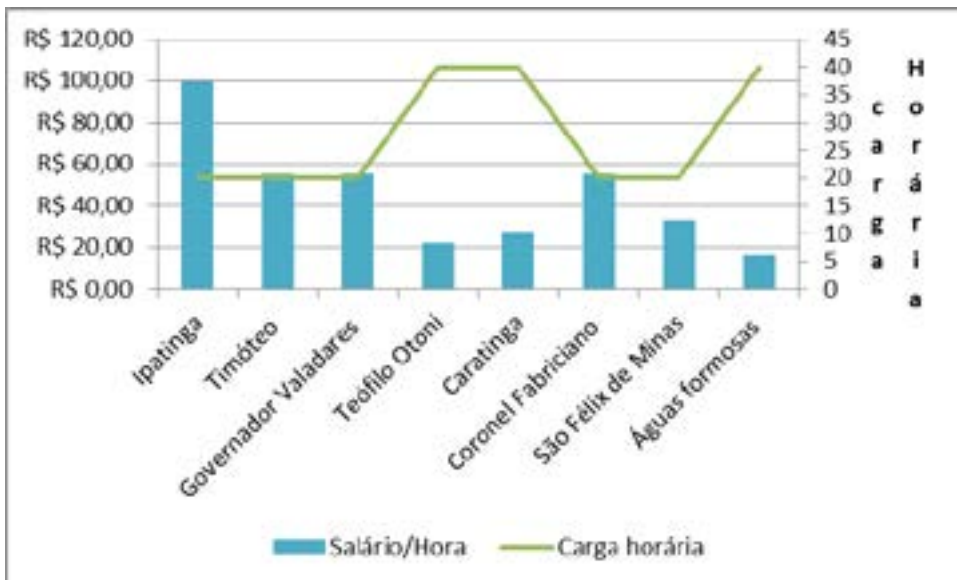


Gráfico VI: salário/ hora para a especialidade de endodontia

4 DISCUSSÃO

Diante das amostras explicitadas acima, constatou-se que os profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas estão submetidos há várias modalidades irregulares de contratação. Em todos os oito Centros de Especialidades avaliados pela autora, constatou-se irregularidades nas leis trabalhistas, tais como: salários desiguais para mesma carga horária de trabalho, contratos de trabalhos temporários, falta de educação permanente e de planos de carreiras. Todos esses fatores podem estar relacionados à insatisfação do profissional no trabalho como relatado por SORATTO et al.(2017), FIGUEIREDO; GOES, ; MARTELLI(2016)

A precarização do trabalho pode ser fonte de satisfação ou de insatisfação e as manifestações de insatisfação dos profissionais são significativamente influenciadas pelas condições de trabalho, por fragilidade na gestão e por problemas no âmbito nas relações de trabalho. Caracteriza-se pela ausência de proteção social do trabalho havendo perdas de direitos assegurados constitucionalmente BORSOI (2011).

Perdas dos direitos trabalhistas acarretam estresse pioram a qualidade dos serviços prestados aos usuários ARAÚJO et al. (2006)

Considerando os dados levantados na pesquisa há evidências de que os trabalhadores dos Centros de Especialidades Odontológicas podem estar desestimulados nas suas atividades laborais.

5 CONCLUSÕES / CONSIDERAÇÕES FINAIS

O país passa por um momento de grande transformação nas relações trabalhistas. Infelizmente, já não é mais possível manter leis criadas na primeira metade do último século do milênio passado. É inevitável que em breve haja uma profunda e necessária mudança. O trabalhador que insistir em não aceitar a transformação pela qual estamos passando e não tentar se adaptar a ela, provavelmente será mais um dos que ficarão vulneráveis à nova realidade que se apresenta.

Com a perda da arrecadação pelos municípios e aumento do número de escolas de odontologia, um maior número de profissionais desempregados estará disponível no mercado de trabalho. Conseqüentemente uma maior oferta de **mão de obra. E, em face** dessa realidade, só há duas possibilidades para o trabalhador: aceitar o vínculo de trabalho irregular ou o desemprego.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, L. M. *et al.* Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho no SUS. **Cad. RH Saúde**, v. 3, n. 1, p.163-173, Mar. 2006. http://capacidadeshumanas.org/trajetoriainstitucional-dosus/wp-content/uploads/2017/11/Parasubsidiaradiscussaosobreadesprecarizacao_Araujo.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS. Edição 2004/2005.** Brasília, 2004 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNASS_programa_nacional_avaliacao_servicos_saude_2004_2005.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: perguntas & respostas.** Brasília, 2006. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde.** 3. ed. Brasília, 2009. <http://cegetes.editora3e.com.br/Arquivos/GTRPS.pdf>.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do trabalho e da educação na saúde.** Brasília, CONASS, 2011. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.9.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal - resultados principais.** Brasília, 2011. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PMAQ Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Manual instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).** Brasília, 2013; 34 p. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf.

BORSOI, I. C. F. Vivendo para trabalhar: do trabalho degradado ao trabalho precarizado. **Convergência**, Toluca, México, v. 18, n. 55, p. 113-133, ene./abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/pdf/conver/v18n55/v18n55a5.pdf>. Acessado em 09 de novembro de 2019.

KALLEBERG, A. L. O crescimento do trabalho precário: um desafio global. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 69, p. 21-30, Feb. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v24n69/02.pdf>. Acessado em 09 de novembro de 2019.

KOSTER, I. **A Gestão do Trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde.** 2008. 208f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/>

[icict/4837/2/1047.pdf](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200004).

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-267, Fev. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200004>.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. (orgs.) **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, 2016. 268 p. https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7.

MAGALHÃES, B. G.; OLIVEIRA, R. S.; GÓES, P. S. A.; FIGUEIREDO, N. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. **Cad. saúde colet.** [online], Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 76-85, 2015. Acessado em: 20 de novembro de 2019. <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n1/1414-462X-cadsc-23-01-00076.pdf>

RIZZOTTO, M. L. F. *et al.* Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 237-251, Oct. 2014. <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0237.pdf>. acessado em 03 de novembro de 2019.

SORATTO, J. *et al.* Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, e2500016, 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e2500016.pdf>. Acessado em 09 de novembro de 2019.

SEIDL, H. *et al.* Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 38, n. esp. p. 94-108, out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0094.pdf>.

Diário de Campo dos avaliadores do PMAQ/CEO: Uma contribuição qualitativa

Marcia Yonamine Yanagita

Colaboradora (Avaliadora)

Departamento de Odontologia Social, FOU SP, São Paulo, SP

Mariana Gabriel

Profa. Dra.- Coordenadora

Faculdade de Odontologia, UMC, Mogi das Cruzes, SP

Fernanda Campos de Almeida Carrer

Profa. Dra.- Orientadora

Departamento de Odontologia Social, FOU SP, São Paulo, SP

Maria Ercília de Araujo

Profa. Dra. Titular- Orientadora

Departamento de Odontologia Social, FOU SP, São Paulo, SP

RESUMO

Diante do grande investimento no serviço público de saúde bucal, faz-se necessário uma boa gestão do sistema, auxiliando na tomada de decisões e melhoria da qualidade dos serviços. Neste contexto, os Centros de Especialidades Odontológicas foram avaliados quanto à estrutura, gestão, processo de trabalho e satisfação dos usuários, por meio de *check list* e questionários fechados. Além do preenchimento destes instrumentos de coleta de dados, os avaliadores externos foram instruídos a anotar suas percepções nos Diários de Campo, ao final de cada visita. Este procedimento permitiu o registro de informações que os instrumentos de coleta de dados não foram capazes de medir. Portanto, este trabalho teve como objetivo identificar e analisar as observações dos avaliadores externos do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade nos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), do estado de São Paulo, oferecendo abordagem subjetiva para complementar a avaliação quantitativa. Tratou-se de um estudo qualitativo que teve como fonte de coleta de dados os diários de campo preenchidos pelos avaliadores externos do 2º ciclo do PMAQ-CEO, sendo utilizado a Análise de conteúdo para estudo dos relatos. As anotações foram agrupadas em três categorias: Facilidades e Dificuldades encontradas em campo e Iniciativas implementadas pelos gestores para o enfrentamento das dificuldades locais. Apesar dos avanços na oferta dos serviços especializados em saúde bucal, observou-se a necessidade de melhorar a infraestrutura, oferecendo condições adequadas ao processo de trabalho e melhor qualidade de cuidado oferecido aos usuários. Verificou-se a importância da educação permanente em saúde, promovendo interação entre os profissionais dos diversos níveis de atenção para que possam refletir e construir juntos protocolos e fluxos dos usuários dentro da rede de cuidados. Constatou-se que estes relatos complementaram a avaliação quantitativa, dando visibilidade aos processos locais, com seu olhar qualitativo, proporcionando a sensação de pertencimento do processo aos avaliados. Sendo assim, o PMAQ-CEO pode se utilizar deste instrumento para qualificar o processo avaliativo, incluindo em seu escopo essa análise qualitativa para que a avaliação seja um indutor de transformações permanentes nos serviços de saúde bucal.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Análise qualitativa. Atenção secundária à saúde.

1 INTRODUÇÃO

A prática da avaliação, grande aliada da gestão, vem ganhando força em diferentes áreas do setor público, principalmente na saúde. Considerando diversos fatores, tais como complexidade do perfil epidemiológico, recursos financeiros escassos, mudanças na gestão dos serviços, existe a necessidade de conferir a efetividade, eficácia e eficiência de políticas e programas implementados.

Neste contexto, a saúde bucal recebeu grandes recursos financeiros para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), implementados pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)- Brasil Sorridente, em 2004, com objetivo de ampliar o acesso da população, ao atendimento odontológico especializado. Para tanto, os CEO servem como referências para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), prestando serviços de maior complexidade tecnológica como: cirurgia oral menor, diagnóstico do câncer de boca e outras doenças de tecidos moles, periodontia, atenção aos pacientes com necessidades especiais e endodontia (CARRER, et al., 2019).

Além disso, Souza, em 2009, citou que esta política, ao proporcionar o atendimento odontológico aos níveis de atenção secundário e terciário, adotou a integralidade do cuidado para reduzir as desigualdades, pois passou a oferecer, de maneira pública e universal, serviços antes executados exclusivamente pela iniciativa privada.

Considerando o grande investimento no sistema público de saúde bucal, faz-se necessário uma boa gestão do sistema, melhorando os processos, reduzindo custos, alcançando o máximo de eficiência dos programas e políticas. A prática de avaliação em serviços de saúde pode ser compreendida de duas maneiras, segundo Goes et al. (2012): a mais comum, que utiliza indicadores gerais de monitoramento, utilizada em situações pontuais, buscando gerar ações que garantam a melhoria da qualidade. E a pesquisa avaliativa, que estuda o desempenho dos serviços para a produção de recomendações que orientem soluções para os problemas identificados.

Portanto, em busca de avaliar os serviços de atenção especializada em saúde bucal prestados à população, o Ministério da Saúde, em parceria com Instituições de Ensino, desenvolveu o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade nos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Para a avaliação externa do Programa, foram verificadas questões relacionadas à estrutura, gestão e ao processo de trabalho das equipes de saúde bucal na atenção especializada, conhecendo a percepção de gestores, profissionais e a satisfação de usuários quanto ao acesso e utilização dos serviços (BRASIL, 2017; GOES et al., 2018).

A avaliação além de contribuir para os processos de tomada de decisão, enfrenta a complexidade do campo, portanto, nem sempre as informações obtidas nos processos avaliativos foram fornecidas somente pelos dados coletados dos instrumentos técnicos utilizados, mas também das percepções e trocas entre os atores envolvidos no encontro, descritas nos Diários de Campo dos avaliadores.

Em virtude das informações até aqui apresentadas, este trabalho estabeleceu como problema de pesquisa: Quais as informações os Diários de Campo apresentam? Estas informações são complementares a avaliação externa do PMAQ-CEO? Estes registros podem auxiliar na compreensão das práticas implementadas pelos serviços, frente às facilidades ou para

enfrentamento das barreiras locais?

O presente estudo visou propor o uso dos dados dos Diários de Campo para auxiliar nas avaliações de cada serviço, pois são rica fonte de informações e aprendizagem, fornecendo o olhar qualitativo, impactando nos processos de planejamento e decisões assertivas.

O objetivo deste trabalho foi identificar e analisar os registros dos Diários de Campo dos avaliadores externos do segundo ciclo do PMAQ-CEO, do estado de São Paulo, fornecendo elementos qualitativos para complementar o estudo quantitativo.

2 MÉTODOS

A Avaliação Externa do 2º ciclo do PMAQ-CEO que compõe a segunda fase do ciclo do Programa, teve Coordenação Geral pelo Centro Colaborador em Vigilância da Saúde Bucal do Ministério da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CECOL/MS/UFPE) e Coordenadores Macrorregionais- representantes das Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP).

Após o processo de seleção, os avaliadores externos (todos cirurgiões- dentistas) receberam treinamento em oficinas preparatórias presenciais, em 3 (três) pólos de capacitação, segundo macrorregião de atuação: São Paulo (Sul e Sudeste, exceto MG), Brasília (Norte, Centro Oeste e MG), Recife (Nordeste); sendo o de São Paulo, desenvolvido na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), nos dias 01 e 02 de outubro de 2018. Além da apresentação do Programa, foram dadas explicações sobre os questionários e ferramentas utilizadas para o registro dos dados, verificados *in loco*.

A princípio, o instrumento de avaliação externa foi organizado em três módulos: Módulo I- Observação e inspeção das estruturas, equipamentos, instrumentais e insumos para concluir se apresentavam condições de uso ou não; Módulo II- Entrevista com o gerente do CEO e um Cirurgião-dentista de qualquer especialidade, visando obter informações sobre processos de trabalho, organização do serviço e atendimento aos usuários; e Módulo III- Entrevista com 10 usuários do CEO, por serviço, para verificar a satisfação e percepção dos usuários sobre os serviços especializados de saúde bucal, em relação ao acesso e uso do serviço (BRASIL, 2018). As respostas do módulo I (*check list*) e dos módulos II e III (questionários fechados) foram registradas em *tablets*, com o aplicativo de coleta de dados instalado.

Os avaliadores também foram orientados a registrar, em seus Diários de Campo, ao final de cada visita, situações como recusa dos profissionais em responder o questionário; CEO fechado, em outro endereço ou sem o responsável; problemas com o GPS do tablet ou qualquer outra observação que julgasse pertinente (BRASIL, 2018; SEVERO, 2016). Também poderiam registrar neste campo, possíveis dificuldades, impressões e percepções vivenciadas, *in loco*. Estes relatos poderiam ser anotados em um caderno, posteriormente, digitados em arquivo *word*, anexadas eventuais fotos dos serviços e enviadas ao Coordenador Estadual do PMAQ-CEO.

Este estudo teve cunho qualitativo, baseado nas percepções dos avaliadores de qualidade durante o processo de avaliação externa do PMAQ-CEO 2º ciclo, do estado de São Paulo. A coleta

de dados foi realizada diretamente dos Diários de Campo dos avaliadores externos.

Para a análise dos dados, utilizou-se a Análise de conteúdo, realizando várias *leituras flutuantes*, apenas para familiarização do conteúdo. Foram feitos recortes de alguns trechos, transcritos e consolidados em uma planilha *excel*.

Os relatos dos avaliadores do estado de São Paulo foram separados em grupos por similaridade, com o objetivo de compilar, agrupar e categorizar os achados (BARDIN, 2002). Após leituras flutuantes, foram excluídos os relatos que trouxeram apenas informações técnicas e considerados apenas os que registraram informações qualitativas, posteriormente classificadas nas seguintes categorias: Facilidades e Dificuldades encontradas em campo pelos avaliadores externos e Iniciativas desenvolvidas pelos gestores para enfrentar as dificuldades locais.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, da Universidade Federal de Pernambuco/ Centro de Ciências em Saúde, sob o nº740.874.

3 RESULTADOS

A avaliação do PMAQ-CEO ocorreu no estado de São Paulo, de outubro a dezembro de 2018. Neste período, foram visitados 196 CEO, sendo que destes, 6 recusaram ser avaliados.

Os relatos dos avaliadores externos, registrados nos Diários de Campo, foram transcritos e identificados com sequência para cada serviço, seguindo a ordem cronológica de realização das visitas. Exemplo:

“Gerente participou do 1o PMAQ, tranquilo e organizado, tinha todos os documentos já separados para conferência e entrega” CEO3.

Após leituras flutuantes, foram excluídos os relatos que trouxeram apenas informações técnicas e considerados apenas os que registraram informações qualitativas, posteriormente classificadas nas seguintes categorias: Facilidades e Dificuldades encontradas em campo pelos avaliadores externos e Iniciativas desenvolvidas pelos gestores para enfrentar as dificuldades locais. Alguns relatos...

3.1 FACILIDADES ENCONTRADAS PELOS AVALIADORES EXTERNOS

“o CEO foi todo reformado, consultórios em salas individuais bem espaçosas, piso porcelanato, melhorou muito do ciclo 1” CEO1.

“o gerente é o mesmo do PMAQ1, o CEO foi ampliado com salas amplas, bem montadas... o espaço físico e a gestão melhoraram muito” CEO7.

“situada Secretaria de Saúde, Centro de Reabilitação, Ambulatório Médico e Centro de Especialidades Odontológicas. O CEO fica no segundo andar, com fácil acesso, através de rampa e recepção própria” CEO25.

“...gerente afirmou que o 1º ciclo do PMAQ foi fundamental para o desenvolvimento dos profissionais do CEO... Senti que a expectativa dos funcionários do CEO em relação ao 2º ciclo é que possamos com os dados coletados, demonstrar a importância e a necessidade do trabalho que realizam” CEO14.

“gerente organizada, receptiva, apresentou todos os documentos que se encontravam separados” CEO24.

“... dia produtivo, pudemos conversar com a gerente e coordenação sobre algumas práticas ainda não implantadas e sua importância para melhoria da gestão” CEO32.

“o AMAQ tem sido realizado a cada 6 meses, como instrumento de avaliação-planejamento. CEO, CEM e PA funcionando dentro do Quarteirão da Saúde. O CD pode utilizar o centro cirúrgico para atender seus pacientes sob sedação. Tem prontuário eletrônico instalado e integrado com atenção básica” CEO51.

“realiza reuniões periódicas da equipe e isso reflete no planejamento e condução das ações- gerenciam fila de espera, pactuam protocolos, cobertura de atendimento em todos os turnos da semana, matriciamento para AB, etc.” CEO55.

“o coordenador mostrou organização no relato das informações, além de planejar as ações em parceria com sua equipe” CEO71.

“a equipe utiliza a estratégia da gestão compartilhada a são pessoas muito abertas a críticas e sugestões que qualificam as suas ações” CEO80

“...equipe bem alinhada com a gestão do trabalho... os usuários ressaltaram extrema satisfação com os atendimentos prestados por toda equipe. Alguns equipamentos como localizador apical e motor endodôntico contribuíram com a gestão da fila de espera de endodontia. Destaque para o sistema de prontuário eletrônico muito bem integrado com os outros níveis de atenção e de bom manuseio de toda equipe” CEO163.

“os usuários avaliaram bem o serviço, mas uma me chamou atenção para necessidade de maior humanização do atendimento. Registrou queixa formal, percebeu melhora, mas não considera ideal” CEO164.

“... não possuem protocolos clínicos implantados e não realizam reunião de equipe. Apesar disso, a equipe parece compartilhar ações, inclusive com a gestão, portanto, há potencial para investir em apoio institucional” CEO167.

“quantas pessoas estão na fila de espera para serem atendidas para prótese dentária? O *tablet* só aceitou 900. Porém o correto é 10.079 pessoas para os 4 CEOs do município” CEO88

3.2 DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS AVALIADORES EXTERNOS

“o CEO continua com as mesmas instalações do PMAQ1, com 2 lances de escada na entrada, sem acessibilidade nem banheiro adaptado. Não realizaram AMAQ” CEO22.

“percebi que os funcionários ficaram desmotivados com a mudança de espaço físico e as instalações adaptadas. Não realizam reuniões de equipe e nem Matriz de Intervenção... local é dividido por divisórias e é barulhento” CEO29.

“um mesmo espaço abriga 3 consultórios do CEO e uma sala da AB. O gerente afirma que o serviço funciona adequadamente, com os pacientes sendo referenciados após passar pela AB. Esta junção da estrutura pode ter causado alguma confusão na hora das respostas dadas pelos pacientes” CEO105.

“acessibilidade foi o problema identificado na unidade. Apesar de haver rampa de acesso, as portas e corredores estão totalmente inadequados para receber cadeirantes ou pessoas com mobilidade reduzida” CEO149.

“dificuldade em entrar em contato com o gestor e recusa da avaliação. Situação revertida após contato da supervisora regional do PMAQ” CEO185.

“gerente não sabia da adesão ao PMAQ, não preencheu AMAQ e nem a Matriz de Intervenção. Acumula os cargos de coordenadora e gerencia o CRII, CIR, Odontopediatria, Casa da Esperança (PNE), PSA (PNE) e 5 equipes de prevenção. Relatou que não acredita neste processo de avaliação, pois não recebe nenhum benefício, nada muda” CEO58.

“o gestor não sabe responder algumas questões, não se mobiliza e não pareceu muito interessado para receber o PMAQ, a dentista entrevistada foi um pouco desinteressada, pareceu omitir e inventar informações” CEO125.

“a impressão que passou foi de desorientação total, desconhecimento do que significa o PMAQ (tanto que precisei explicar brevemente a respeito). Houve queixas importantes dos usuários em relação ao espaço físico” CEO46.

“uma das maiores barreiras relatadas pela gerente é a questão da gestão de pessoas, por tratar-se de dentistas mais antigos... são mais resistentes as mudanças propostas pela nova gestão” CEO35.

“me chamou atenção o fato de a gestora ter apenas o ensino médio e ser a coordenadora municipal de saúde bucal e gerente do CEO” CEO61.

“houve um ruído de comunicação em relação ao meu horário de chegada. Tal ocorrido se deu pela dificuldade de deslocamento até o município.... equipe estava desorientada, quadro de funcionários bastante antigo, modelo de atenção

extremamente retrógrado e totalmente centrado na conveniência do profissional, não há protocolos instituídos formalmente, não realizam reuniões de equipe, AB não possui ESB. Dificuldade em entrevistar 10 usuários” CEO62.

“cidade necessita de apoio para organizar suas ações, não possui ESB na ESF, ainda pratica o modelo incremental de atenção com dentistas nas escolas” CEO55.

“as agendas dos profissionais necessitam ser reorganizadas, devido a fila de espera quase insuperável, sendo que a entrevista com os usuários refletiu exatamente a realidade do serviço. Inicialmente, havia 5 usuários para atendimento (estes seriam os entrevistados) que se queixaram da demora na fila de espera do CEO” CEO68.

“o que me chamou atenção é que geralmente o paciente do CEO é satisfeito e aqui muitos estavam reclamando” CEO169.

“logo no início da avaliação, o *tablet* deu problema e eu não consegui resetar. Por isso, baixei o aplicativo em meu celular e realizei a avaliação. À noite, impossibilitado de transferir as avaliações para o *tablet*, precisei preencher uma nova avaliação, portanto, a localização pelo GPS no *tablet* não se refere ao do CEO” CEO84.

“...resposta-900, máximo permitido pelo *tablet*, porém o número correto é 3402...” CEO 144.

3.3 INICIATIVAS DESENVOLVIDAS PELOS GESTORES PARA ENFRENTAMENTO DAS DIFICULDADES LOCAIS

“atendimento na Odontopediatria é realizado numa sala distante da recepção...para evitar que as crianças que se encontram na sala de espera não se assustem com choros das crianças que estão em atendimento” CEO5.

“pacientes de prótese acessam os consultórios por porta próxima ao laboratório de prótese, preservando a individualidade dos mesmos e facilitando o processo de trabalho, otimizando recursos e funcionários” CEO15.

“devido a grande extensão de cobertura, para facilitar o acesso e diminuir o absenteísmo, endodontista, cirurgião e odontopediatra atendem em um ramal do CEO, a uma distância de 36 km da costa litorânea. Instalou também 3 pontos de urgência odontológica na costa sul, centro e norte, diminuindo a demanda por acolhimento nas UBS e CEOs, melhorando o agendamento programático” CEO17.

“o serviço é de excelência na oferta de reabilitação dental com implante, contudo, há demanda reprimida para reabilitação protética” CEO31.

“o AMAQ tem sido realizado a cada 6 meses, como instrumento de avaliação-planejamento. Prontuário eletrônico instalado” CEO51.

“CEO oferece, eventualmente, horários em período noturno para atendimento de prótese” CEO71.

“os pacientes são encaminhados direto da maternidade para o Bebê Sorriso, portanto, não passam pela AB” CEO196.

4 DISCUSSÃO

Os Diários de Campo, além das questões técnicas, descritivas, revelaram percepções dos avaliadores externos durante o trabalho de campo. Portanto, para a discussão, consideramos apenas aqueles que trouxeram relatos e observações, classificando-os, de acordo com as percepções dos avaliadores, nas seguintes categorias: Facilidades; Dificuldades e/ou Obstáculos enfrentados durante as visitas; e Iniciativas desenvolvidas pelos gestores para o enfrentamento das dificuldades locais.

Emmi et al. (2012) ressaltaram que estruturas adequadas favorecem a oferta de serviços com qualidade, contribuindo para o desenvolvimento dos processos de trabalho, influenciando seus resultados. Em seu estudo sobre o 1º ciclo do PMAQ/ CEO, constataram que cerca de 70% dos CEO no Brasil apresentaram características estruturais adequadas. Contudo, em alguns casos foram observados problemas de adequação da estrutura física, fato também relatados pelos avaliadores de qualidade do 2º ciclo, que se depararam com instalações provisórias, com problemas de manutenção, acesso, espaço, ventilação e acústica, falta de adequação a pacientes com necessidades especiais, necessitando de reparos estruturais.

Verificou-se que alguns CEOs compartilham espaços com outros equipamentos de saúde, como Centro de Especialidades Médicas, Centros de Reabilitação, Unidades Básicas de Saúde, Hospital Dia, Secretaria de Saúde, etc. Tal fato pode favorecer a rede de cuidados aos usuários, como nos casos em que os cirurgiões dentistas utilizam o centro cirúrgico para atendimento dos Pacientes com Necessidades Especiais (CEO51, CEO74). Por outro lado, Carrer et al, (2016), constataram que usuários, funcionários e profissionais parecem confundir os papéis da atenção primária e da média complexidade quando as unidades funcionam no mesmo prédio. Fato também observado no 2º ciclo do PMAQ-CEO, como uma avaliadora registrou: *“esta junção da estrutura pode ter causado alguma confusão na hora das respostas dadas pelos pacientes”* CEO105.

Além da necessidade de melhorar a infraestrutura, equipamentos e insumos, destacou-se a importância de investimento nos recursos humanos, conscientizando os profissionais de que fazem parte de um sistema de serviços organizado em rede. Segundo Santiago et al. (2016), os profissionais dos CEO necessitam compreender a importância e a natureza da atuação das equipes nos demais pontos de atenção e que estabeleçam com ela, formas integradas de trabalho, visando contemplar a integralidade do cuidado aos usuários.

Segundo Silva et al. (2016), é desejável que o gerente do CEO seja um profissional capacitado e formado na área da saúde bucal e com experiência ou qualificação em gestão pública e/ ou serviços de saúde, pois a gestão dos recursos humanos implica de forma qualitativa

no processo de trabalho e na organização dos serviços. Apesar desta afirmativa, observou-se serviços gerenciados por profissionais com outra formação acadêmica, coincidindo com os dados do primeiro ciclo do PMAQ. Alguns acumulam várias funções, administrando outras unidades de saúde ou desempenhando atividades assistenciais, sobrando menos tempo para se dedicarem à gestão do CEO. Consequentemente, quatro gestores não aderiram ao PMAQ, não preencheram o AMAQ (Manual de autoavaliação e planilhas para planos de intervenção) e nem a Matriz de Intervenção, sendo que um deles ainda relatou “não acreditar neste processo de avaliação, pois não recebe nenhum benefício, nada muda.”

Por outro lado, algumas iniciativas de melhoria foram identificadas, como instalação de prontuários eletrônicos permitindo compartilhamento de informações dos usuários com outros níveis de atenção; utilização dos instrumentos do PMAQ para planejamento estratégico e gestão anual, entre outros. O PMAQ pode ser utilizado pelos gestores como indutor destas mudanças, empoderando os trabalhadores, aumentando sua capacidade de intervenção na realidade (SEVERO et al., 2016).

Ainda em relação ao processo de trabalho, destaca-se a importância de realização sistemática de reuniões para elaboração de protocolos, planejamento, discussões de casos clínicos, regulação do fluxo dos usuários, capacitações e educação permanente, cursos e atualizações. De acordo com Silva et al. (2016), o trabalho entre os níveis de atenção pode ser fortalecido por meio de cooperação técnica e científica para a realização de capacitações, elaboração de protocolos, estabelecimento de fluxos e a implantação de um sistema integrado de informação, fortalecendo a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Os usuários entrevistados referiram dificuldades no acesso ao serviço, tanto geográfico quanto operacional. Contudo, uma vez dentro do fluxo, elogiaram o serviço, comparando a um particular. Observou-se investimento em instrumentos de pesquisa de satisfação dos usuários, melhorando o vínculo com estes ao considerar suas opiniões, queixas e sugestões na gestão dos serviços.

Em relação aos problemas técnicos, ocorreram dificuldades e limitações quanto ao instrumento utilizado no registro das informações, o *tablet*: Impossibilidade de registrar o número correto, pois a quantidade de dígitos do instrumento era inferior ao observado; mal funcionamento do geolocalizador; problemas ou dificuldade em transmitir os dados após as visitas, entre outros.

Certamente, o uso do Diário de Campo para registrar as experiências, vivências, sensações, dificuldades enfrentadas pelos avaliadores externos do PMAQ/CEO durante as visitas aos serviços, deu visibilidade aos processos locais. Diferente do *check list* utilizado para verificar infraestrutura e equipamentos ou do questionário com perguntas fechadas dirigido aos gerentes, profissionais e usuários.

São registros locais, feitos por profissionais especialistas em saúde pública, realizados após visitas *in loco*, compilados por Instituições de Ensino, parceiras deste projeto e enviados para o Ministério da Saúde- projeto grandioso, audacioso e rico de informações que podem e devem ser utilizadas para o conhecimento das dificuldades enfrentadas em cada ponto de prestação de

serviço especializado em saúde bucal. Como, apesar das dificuldades locais, regionais e políticas, procuram soluções para prestar serviços de qualidade à população.

As limitações deste estudo foram: possibilidade de exaustão dos avaliadores externos devido ao deslocamento aos serviços, deixando alguns diários em branco ou apenas com observações técnicas; Dificuldade de entrevistar o número de usuários estabelecidos no estudo; Responsabilidade do avaliador em planejar a logística da visita (estabelecer contato com os gestores dos CEO, planejar o deslocamento e hospedagem na cidade); Falta de avaliações sistemáticas e de entendimento, por parte das equipes e gestores dos CEO de que o processo avaliativo deve ser compreendido como oportunidade para aprendizado, orientações e colaboração universidade-trabalho e não como vigilância e punição.

5 CONCLUSÕES / CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos avanços na oferta dos serviços especializados em saúde bucal, observou-se a necessidade de melhorar a infraestrutura, oferecendo condições adequadas ao processo de trabalho e melhor qualidade do cuidado oferecido aos usuários. Destacou-se a importância da educação permanente em saúde, com capacitações e reuniões entre os trabalhadores e gestores para discussão e construção de protocolos, pois os profissionais qualificados e comprometidos com a gestão pública, refletem constantemente sobre seus processos de trabalho, melhorando a organização dos serviços e a interação entre os níveis de atenção, facilitando o fluxo dos usuários dentro da rede de serviços.

Na perspectiva de ampliar o acesso e melhorar a qualidade do cuidado aos usuários, seria importante também viabilizar o acesso dos gestores e profissionais aos resultados quantitativos e qualitativos do PMAQ-CEO, para que possam subsidiar suas ações; estabelecer processos contínuos de avaliação; investir na capacitação dos profissionais; incentivar processos regulares de autoavaliação dos serviços e realização de avaliações externas regulares.

O Diário de Campo revelou-se um instrumento muito eficaz para o registro de experiências vivenciadas em campo e que complementam as avaliações com sua abordagem qualitativa. Pode trazer registros descritivos, mas também de reflexões dos acontecimentos vivenciados. Também aproxima os avaliados, fazendo com que se sintam pertencentes ao processo, dando visibilidade às ações criativas que desenvolveram para contemplar os princípios e diretrizes do SUS, resultando em estratégias eficientes, eficazes, com foco na população.

Portanto, o Diário mostrou-se como um instrumento que pode ser aproveitado para aproximar o serviço ao processo de avaliação. Um espaço aberto para registro de informações importantes que não puderam ser anotadas nos instrumentos disponibilizados, mas que retratam as realidades locais, enriquecendo o processo com o olhar qualitativo. Sendo assim, o PMAQ-CEO pode se utilizar deste instrumento para qualificar o processo avaliativo, incluindo em seu escopo essa análise qualitativa para que a avaliação seja um indutor de transformações permanentes nos serviços de saúde bucal.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa, Portugal. Edições 70, LDA. 2002. 229 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (Pmaq-CEO). Manual Instrutivo 2º Ciclo (2015-2017)**. Brasília-DF. Ministério da Saúde, 2017. 40p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_pmaqceo_preliminar.pdf. Acesso em 24/05/2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância de Saúde Bucal (CECOL). **Manual de Orientações Gerais para o Trabalho de Campo do PMAQ-CEO 2º Ciclo Avaliação Externa**. Recife-PE, 2018. <https://www.ufpe.br/documents/1181966/1715042/Manual+de+Orienta%C3%A7%C3%B5es+Gerais-PMAQ-CEO.pdf/ef893007-8813-4732-bdf8-5d-9fa557a810>.
- CARRER, F. C. A. *et al.* O avaliador externo e o usuário do CEO: Narrativa de experiência durante o ciclo I do PMAQ-CEO. In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A.; MARTELLI, P.J.L. (Org.). **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, 2016. P. 16-26. Disponível em: file:///C:/Users/ARCENIO/Documents/pmaq%20ceo/TCC/Livro_Os%20caminhos%20da%20saúde%20bucal%20no%20Brasil%20_%20PMAQ-CEO.pdf. Acesso em: 09/08/2019.
- CARRER, F. C. A. *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): a maior política pública de saúde bucal do mundo. In: SILVA, D. P.; GABRIEL, M.; GALANTE, M. L.(orgs.). **SUS e Saúde Bucal no Brasil - Por um Futuro com Motivos para Sorrir**. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019, p. 23-31. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/2019/01/SUS-e-a-Sa%C3%BAde-Bucal-no-Brasil.pdf>.
- EMMI, D.T. *et al.* Análise da ambiência estrutural dos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. (orgs.). **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, 2016. p. 16-26. Acesso em: 09/08/2019. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7.
- GOES, P. S. A. *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 28, p. 81s-89s, 2012. Supl. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300009>.
- GOES, P. S. A. *et al.* Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 18, n. 1, p. 1-11, e3433, 2018. <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3433/pdf>.

SANTIAGO, B. M. *et al.* A Universidade, o CEO e o PMAQ-CEO. In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L.(orgs.). **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil.** Recife- PE, 2016, p. 49-62. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7. Acesso em: 24/06/2019.

SEVERO, A. F. R. *et al.* O caráter transformador do PMAQ-CEO e o avaliador externo: revelações, possibilidades e aprendizados. In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L.(orgs.). **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil.** Recife- PE, 2016, p. 167- 181. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7. Acesso em: 24/06/2019.

SILVA, A. N. *et al.* A Importância das Ações de Gestão na organização do trabalho nos CEO. In: In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L.(orgs.). **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil.** Recife- PE, 2016, p. 100-138. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7. Acesso em 16/05/2019.

SOUZA, G. C. A. **Centros de Especialidades Odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal.** Dissertação de Mestrado em Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2009. 105p. <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17054/1/GeorgiaCAS.pdf>.

Perfil e fatores relacionados ao desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) vinculados a Instituições de Ensino Superior no estado do Paraná

Pablo Guilherme Caldarelli

Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Fernando Neves Hugo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Juliana Schaia Rocha Orsi

Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)

Samuel Jorge Moysés

Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)

RESUMO

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) representam a atenção especializada em saúde bucal nas redes de atenção à saúde. Existem CEO com diferentes vínculos de gestão no estado do Paraná: municipal, estadual, de consórcios públicos de saúde e de Instituições de Ensino Superior (IES). Dessa forma, os objetivos do presente estudo foram avaliar o perfil dos CEO vinculados a IES no estado do Paraná e refletir sobre os fatores relacionados ao desempenho dos serviços. Trata-se de um estudo avaliativo, com abordagem quantitativa, a partir da análise de dados secundários de domínio público. Foram utilizadas informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e microdados obtidos da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). A análise do desempenho dos CEO foi realizada por meio do indicador de Cumprimento Global de Metas (CGM). Os CEO dos municípios de Londrina e Maringá obtiveram ótimo desempenho na avaliação realizada. Contudo, os CEO dos municípios de Ponta Grossa e Cascavel não apresentaram registros de procedimentos realizados, sendo classificados como ruins. Os CEO vinculados a IES possuem características organizacionais, de recursos humanos e estruturas físicas próprias, que tornam sua avaliação mais complexa e podem influenciar o seu desempenho.

Palavras-chave: atenção secundária à saúde. instituições acadêmicas. saúde bucal. avaliação em saúde.

ABSTRACT

The Dental Specialties Centers (CEO) represent specialized oral health care in healthcare networks. There are CEO with different management ties in the state of Paraná: municipal, state, public health consortiums and Higher Education Institutions (HEI). Thus, the objectives of this study were to evaluate the profile of CEO of HEI in the state of Parana and to reflect on factors related to service performance. This is an evaluative study, with a quantitative approach, based on the analysis of secondary data in the public domain. It was used information from the National Register of Health Establishments (CNES) and microdata obtained from the external evaluation of the National Program for Access and Quality Improvement of the Dental Specialty Centers (PMAQ-CEO). It was performed using the Global Goal Compliance indicator (CGM) to analyze CEO performance. The CEO of Londrina and Maringa performed very well in the evaluation. However, the CEO of Ponta

Grossa and Cascavel did not present data of procedures performed, being classified as bad. CEO of HEI have their own organizational, human resources and physical structure characteristics that make their assessment more complex and can influence their performance

Keywords: secondary care. schools. oral health. health evaluation.

1 INTRODUÇÃO

No modelo assistencial odontológico precedente ao Sistema Único de Saúde (SUS) prevaleciam procedimentos mutiladores e de baixa resolutividade, tendo como consequência níveis consideráveis de jovens com perdas dentárias e idosos edêntulos sem acesso à reabilitação (COSTA e CHAGAS, 2006; MACHADO et al., 2014). Diante desse cenário, com a reorganização dos serviços públicos de saúde no Brasil, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), instituídos a partir da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em 2004, representam a atenção especializada em saúde bucal nas redes de atenção à saúde e desenvolvem um importante papel na redução das iniquidades e das morbidades relacionadas à saúde bucal no país (BRASIL, 2004).

Os CEO são estabelecimentos de saúde inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e classificados como Clínicas Especializadas ou Ambulatórios de Especialidades. Eles ofertam serviços odontológicos gratuitos à população, devendo realizar, no mínimo, procedimentos de periodontia especializada, endodontia, atendimento a pacientes com necessidades especiais, cirurgia oral menor de tecidos moles e duros e o diagnóstico bucal com ênfase em diagnóstico e detecção do câncer bucal. Os requisitos para a implantação de um CEO estão relacionados com a presença de uma rede de atenção básica organizada, a realização da produção ambulatorial mínima mensal preconizada pela Portaria GM/MS nº 1.464 de 24 de junho de 2011 e ainda a adequação visual da unidade com os itens considerados obrigatórios (BRASIL, 2016). Os CEO podem ser classificados, de acordo com a estrutura, o recurso de custeio e a implantação, como Tipo I (três cadeiras odontológicas), Tipo II (quatro a seis cadeiras odontológicas) ou Tipo III (sete ou mais cadeiras odontológicas) (BRASIL, 2015; 2016).

Nesse contexto, até o ano de 2013 não havia no Brasil uma política de avaliação específica para os CEO. Para suprir a lacuna, o Governo Federal expandiu o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) aos CEO, criando o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) (BRASIL, 2013; GOES et al., 2018). O programa tem o intuito de qualificar os serviços especializados em saúde bucal, pelo fato de incorporar etapas como a contratualização, a autoavaliação e o planejamento de melhorias pelos próprios trabalhadores. Assim, o PMAQ-CEO se apresenta como uma importante estratégia para a produção de mudanças nos processos de trabalho dos serviços públicos de saúde bucal (CASOTTI et al., 2014; FIGUEIREDO et al., 2016a; GOES et al., 2018).

Especificamente no Paraná, em 2013, o estado contava com 50 CEO distribuídos em 38 municípios. Entretanto, em 2018, esse número foi ligeiramente ampliado, passando para 53 estabelecimentos, presentes em 42 municípios. A Portaria GM/MS nº 599 de 23 de março de 2006, que define a implantação, critérios, normas e requisitos para o credenciamento de CEO, estabelece que unidades de saúde de natureza jurídica pública, consórcios públicos de saúde de qualquer

natureza jurídica, serviços sociais autônomos e universidades de qualquer natureza jurídica podem credenciar-se como CEO (BRASIL, 2006). Nesse panorama, destaca-se a existência de CEO com diferentes vínculos de gestão no estado: municipal, estadual, de consórcios públicos de saúde e de Instituições de Ensino Superior (IES) (GONÇALVES et al., 2019).

Na avaliação externa do 1º Ciclo do PMAQ-CEO foram avaliados quatro CEO vinculados a IES no estado do Paraná (FIGUEIREDO et al., 2016a; 2016b). Esses serviços têm uma constituição singular, no sentido em que estão alocados em centros de formação, com a presença de profissionais (professores) e processos de trabalhos com características próprias. Contudo, considerando as especificidades desse tipo de vínculo, estudos que abordam a caracterização, avaliação e o desempenho dos CEO sob a gestão de IES são escassos na literatura.

Diante disso, os objetivos desse artigo foram avaliar o perfil dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) vinculados a IES no estado do Paraná e refletir sobre os fatores relacionados ao desempenho dos serviços.

2 MÉTODOS

Realizou-se um estudo avaliativo, com abordagem quantitativa, a partir da análise de dados secundários de domínio público. Foram utilizadas informações do CNES (CNES, 2019) e microdados obtidos da avaliação externa do 1º Ciclo do PMAQ-CEO (FIGUEIREDO et al., 2016b). Esses dados foram coletados mediante o acesso ao sítio eletrônico do Departamento de Atenção Básica (DAB/SUS). A avaliação externa é uma das fases operacionais do PMAQ/CEO que considera as ações em saúde no campo das práticas sociais. Têm suas bases conceituais, teóricas e metodológicas oriundas, dentre outras referências, da abordagem donabediana de modelo sistêmico (estrutura-processo-resultados) e da qualidade em saúde (GOES et al., 2018). Operacionalmente, consiste na coleta de informações para analisar a condições de acesso e qualidade dos CEO que participam do programa.

Para o presente estudo foram utilizados dados referentes ao Módulo I - Observação no CEO (condições de funcionamento) e ao Módulo II - Entrevista com gerente do CEO, com cirurgião-dentista do CEO e verificação de documentos (processo de trabalho do CEO), dos quatro CEO vinculados a IES do estado do Paraná participantes do 1º Ciclo da Avaliação Externa do PMAQCEO. Dessa forma, foram incluídos no estudo: CEO - Universidade Estadual de Londrina (UEL), CEO - Universidade Estadual de Maringá (UEM), CEO - Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) e CEO - Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) (Figura 1) (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016a).

Figura 1 - Distribuição geográfica dos CEO no estado do Paraná, por regional de saúde.



Fonte:FIGUEIREDO et al., 2016a.

O perfil dos CEO se traduz pelas características dos serviços e do contexto em que se encontram inseridos. Essas características foram obtidas da seguinte forma: a população dos municípios e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) obtidos por meio do Censo Demográfico de 2010, extraídos do Portal Cidades do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2010); o Produto Interno Bruto (PIB) per capita e a taxa de analfabetismo de 15 anos ou mais obtidos por meio Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico Social (IPARDES) (IPARDES, 2019); as variáveis como a cobertura de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de Equipes de Saúde Bucal (eSB) foram extraídas do sítio eletrônico do Departamento de Atenção Básica (DAB/SUS) do Ministério da Saúde, no histórico de cobertura da Saúde da Família, referente ao ano de 2014 (SIA/SUS, 2019).

Em relação à média de procedimentos mensais e desempenho dos CEO, foram coletados dados secundários do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a partir da série histórica mensal da produção de procedimentos realizados nos CEO no ano de 2014 (SIA/SUS, 2019). Destaca-se que nos dados do SIA/SUS não se encontram de forma individualizada as produções dos municípios por CEO. Dessa forma, na avaliação de procedimentos realizados foram consideradas as produções dos municípios em que CEO vinculados a IES no estado do Paraná estão alocados (Londrina, Maringá, Ponta Grossa e Cascavel).

A análise dos dados foi descritiva e os resultados foram apresentados em distribuição de frequências, proporções e medidas de tendência central. A avaliação do desempenho foi realizada por intermédio do indicador de cumprimento global de metas (CGM). Segundo FIGUEIREDO e GOES (2009), esse indicador corresponde ao quociente resultante da média mensal de procedimentos realizados de cada subgrupo de especialidades odontológicas pelo número de procedimentos correspondente à meta desse subgrupo multiplicado por 100, conforme disposto na Figura 1 (SANTANA et al., 2015).

Figura 2 - Equação para o Indicador de Cumprimento Global de Metas (CGM).

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

Os parâmetros que se encontram relacionados ao cumprimento Global de Metas estão dispostos na Tabela 1. Dessa forma, considerou-se a meta atingida quando o cumprimento percentual para cada subgrupo de procedimentos odontológicos foi igual ou superior a 100%. Portanto, o desempenho dos CEO foi classificado em: ruim (não atingiu nenhuma meta), regular (atingiu apenas uma meta), bom (atingiu duas metas) e ótimo (atingiu as três metas) (BRASIL, 2011).

Tabela 1 - Produção mínima mensal exigida para os diferentes tipos de CEO.

Procedimentos	Tipos de CEO		
	Tipo I	Tipo II	Tipo III
Periodontia	60	90	150
Endodontia	35	60	95
Cirurgia Oral	80	90	170

Fonte: Adaptado de Portaria GM/MS nº 1.464/2011 (BRASIL, 2011).

Considerando que para o presente estudo foram utilizados dados secundários de domínio público, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, não houve a necessidade de registro e avaliação por Comitê de Ética em Pesquisa e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP). Contudo, a pesquisa original foi conduzida dentro dos padrões éticos exigidos, sendo aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o registro nº 740.874 e CAAE 23458213.0.0000.5208.

3 RESULTADOS

A Tabela 2 apresenta a média de procedimentos mensais e desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) dos municípios de Londrina, Maringá, Ponta Grossa e Cascavel analisados por meio do indicador CGM, considerando o ano de 2014 como base. Observa-se que os CEO dos municípios de Londrina e Maringá (estadual e vinculado a IES) obtiveram ótimo desempenho na avaliação realizada. Em contrapartida, os CEO dos municípios de Ponta Grossa e Cascavel não apresentaram registros de procedimentos realizados nos subgrupos de

especialidades odontológicas durante todo o ano de 2014 no SIA/SUS. Dessa forma, os CEO desses dois municípios não atingiram nenhuma das metas e foram classificados como desempenho ruim, de acordo com o indicador de CGM.

Ainda de acordo com a Tabela 2, os CEO do município de Maringá apresentaram os melhores índices de CGM em todas as especialidades avaliadas (periodontia, endodontia e cirurgia oral), quando comparados aos CEO de Londrina. Destaca-se que o município de Maringá conta com três CEO e o município de Londrina com dois CEO. Em ambos os municípios a especialidade de periodontia foi a que apresentou a maior média de procedimentos realizados (971,7 em Maringá e 872,8 em Londrina) e a especialidade de endodontia a que apresentou a menor média (212,8 em Maringá e 72,5 em Londrina).

Tabela 2 - Média de procedimentos mensais e desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) dos municípios de Londrina, Maringá, Ponta Grossa e Cascavel analisados por meio do indicador de Cumprimento Global de Metas (CGM), 2014.

Município CEO	Procedimentos	Média mensal de procedimentos	Cumprimento Global de Metas (%)	Meta atingida	Classif.
Londrina	Periodontia	872,8	969,7%	Sim	Ótimo
	Endodontia	72,5	120,8%	Sim	
	Cirurgia Oral	113,5	126,1%	Sim	
Maringá	Periodontia	971,7	1079,6%	Sim	Ótimo
	Endodontia	212,8	354,6%	Sim	
	Cirurgia Oral	277,9	308,7%	Sim	
Ponta Grossa	Periodontia	0,0	00,0%	Não	Ruim
	Endodontia	0,0	00,0%	Não	
	Cirurgia Oral	0,0	00,0%	Não	
Cascavel	Periodontia	0,0	00,0%	Não	Ruim
	Endodontia	0,3	0,3%	Não	
	Cirurgia Oral	0,0	00,0%	Não	

O perfil e os dados estruturais dos CEO, descritos na Tabela 3, mostram que três CEO vinculados a IES no estado do Paraná são do tipo II (UEL, UEM e UEPG) e um do tipo III (UNIOESTE). No ano de 2014, dos quatro CEO avaliados dois apresentaram Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) habilitado (UEL e UEM). Em relação aos profissionais responsáveis pelo atendimento clínico em todos os CEO os procedimentos são realizados por professores vinculados à instituição. Contudo, no CEO-UEM os atendimentos clínicos também são realizados por profissionais contratados e estudantes de pós-graduação e no CEO-UNIOESTE por estudantes de pós-graduação.

Os dados da Tabela 3 ainda mostram que o CEO-UEL foi o primeiro centro vinculado a uma IES a habilitar o serviço de média complexidade em saúde bucal no estado do Paraná em 2006 e o CEO-UEM o último em 2012. Em uma consulta sobre situação atual dos CEO avaliados nesse estudo, observa-se que em 2019 o CEO-UEPG se encontra desabilitado, de acordo com o CNES.

Tabela 3 - Perfil e dados estruturais dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) vinculados a IES no estado do Paraná.

CEO	Data de Habilitação	Tipo CEO	LRPD*	Atendimento Clínico	Situação atual (2019)
UEL	19/01/2006	Tipo II	Sim	Professores	Ativo
				Professores	
UEM	26/04/2012	Tipo II	Sim	Contratados	Ativo
				Pós-Graduandos	
UEPG	09/10/2009	Tipo II	Não	Professores	Desabilitado
				Professores	
UNIOESTE	26/10/2010	Tipo III	Não	Pós-Graduandos	Ativo

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES). 1º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). *LRPD: Laboratório Regional de Prótese Dentária.

Em relação ao número de cirurgiões-dentistas por equipo, a Tabela 4 aponta que o CEO-UEL e o CEO-UNIOESTE apresentaram o maior número de profissionais, 30 e 15 cirurgiões-dentistas respectivamente. Na relação entre o número de cirurgiões-dentistas e equipos odontológicos, observa-se uma grande diferença entre os achados no CEO-UEL e no CEO-UEPG quando comparados aos demais. Isso devido ao fato do elevado número de equipos cadastrados no CNES, em que o CEO-UEL apresenta 136 equipos e CEO-UEPG 84 equipos. Esses valores podem estar relacionados à totalidade de cadeiras odontológicas presentes nas clínicas das IES e não àquelas especificamente utilizadas para os atendimentos do CEO. Quanto ao número de auxiliares (ASB) e técnico (TSB) em saúde bucal, os dados mostram que o CEO-UEM apresentou o maior número de profissionais, 2 ASB e 2 TSB, enquanto o CEO-UEPG não apresentou profissionais dessas categorias em sua equipe.

Tabela 4 - Distribuição dos profissionais nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) vinculados a IES no estado do Paraná, 2014.

CEO	Cirurgião-Dentista (CD) (n)	Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) (n)	Técnico em Saúde Bucal (TSB) (n)	Equipo Odontológico (n)	Relação CD / Equipo (%)
UEL	30	0	2	136	0,22
UEM	13	2	2	5	2,6
UEPG	14	0	0	84	0,16
UNIOESTE	15	2	0	10	1,5

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES), 2014. 1º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO)

A Tabela 5 descreve os indicadores socioeconômicos e a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal na ESF (eSB ESF) nos municípios em que estão localizados os CEO avaliados no estudo, referente ao ano de 2014.

Tabela 5 - Variáveis socioeconômicas e cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal na ESF (eSBESF) dos municípios em que se encontram os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) vinculados a IES no estado do Paraná, 2014.

Município (PR)	População	Cobertura ESF (%)	Cobertura eSBESF (%)	IDH	PIB per capita	Analfabetismo* (%)
Londrina	506 701	59,69%	12,84%	0,778	R\$ 33.375,00	4,51
Maringá	357 077	62,60%	23,25%	0,808	R\$ 39.996,00	3,27
Ponta Grossa	311 611	69,66%	14,59%	0,763	R\$ 38.035,00	3,69
Cascavel	286 205	25,96%	19,19%	0,782	R\$ 34.107,00	4,46

Fonte: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico Social (IPARDES); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Departamento de Atenção Básica (DAB). *Taxa de analfabetismo de 15 anos ou mais (%).

O município de Londrina-PR, onde se encontra o CEO-UEL, apresentou a maior taxa populacional (506.701 habitantes), o menor Produto Interno Bruto (PIB) per capita (R\$ 33.375,00), a maior taxa de analfabetismo de 15 anos ou mais (4,51%) e a menor cobertura de eSB ESF (12,84%). O município de Maringá, onde está localizado o CEO-UEM, apresentou o maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (0,808), o maior PIB per capita (R\$ 39.996,00), a menor taxa de analfabetismo de 15 anos ou mais (3,27%) e a maior cobertura de eSB ESF (23,25%). A cidade de Ponta Grossa-PR, onde se localiza o CEO-UEPG, apresentou o menor IDH (0,763) e a maior cobertura populacional da ESF (69,66%). Cascavel-PR, onde se encontra o CEO-UNIOESTE, foi a

cidade que apresentou a menor população (286.205 habitantes) e a menor cobertura populacional da ESF (25,96%).

4 DISCUSSÃO

A avaliação da qualidade dos serviços públicos de saúde é reconhecida como um importante movimento para os processos de gestão, considerando que passa pelos formatos que envolvem sua organização e sua efetivação (FIGUEIREDO et al., 2016a), e deve ser considerada como um processo contínuo. Nesse contexto, Carnut et al. (2008) apontam para uma lacuna no que se refere à avaliação de serviços públicos de saúde bucal no Brasil. Contudo, os autores ressaltam que há um esforço no sentido de desenvolver instrumentos válidos para esta finalidade.

Diante disso, o processo de avaliação externa do PMAQ-CEO exerce um papel fundamental ao produzir uma aproximação com a prática que ocorre nos serviços e se aprofundar em alguns campos do conhecimento, práticas de cuidado e diferentes modelos de gestão dos CEO (FIGUEIREDO et al., 2016a; GOES et al., 2018). Especificamente, a avaliação dos CEO vinculados a IES torna-se um grande desafio considerando a escassez de estudos e informações sobre esse tipo de gestão.

Em relação ao presente estudo, destaca-se como uma das principais limitações o fato de que as produções disponíveis no SIA/SUS não se apresentarem de forma individualizada por estabelecimento (SIA/SUS, 2019; GONÇALVES et al., 2018). Dessa forma, pode existir uma superestimação, subestimação, ou mesmo, impossibilidade de se avaliar o desempenho específico dos CEO vinculados a IES, uma vez que nos municípios sedes desses centros eles não são únicos.

Com base na metodologia adotada, a avaliação do desempenho dos CEO de Londrina e Maringá mostrou que os estabelecimentos dos municípios conseguiram obter um desempenho ótimo. Por outro lado, os de Ponta Grossa e Cascavel foram classificados com desempenho ruim, por não apresentarem registros de procedimentos realizados no SIA/SUS em 2014. Ressalta-se novamente que a utilização de dados secundários, provenientes dos sistemas de informações do SUS, pode resultar em estimativas enviesadas com consequentes erros de notificação (FIGUEIREDO e GOES, 2009; SANTANA et al., 2015; GONÇALVES et al., 2018). Entretanto, as informações oriundas desses sistemas de informação constituem fonte legítima para o planejamento, a gestão e a tomada de decisão dos gestores dos serviços públicos de saúde no Brasil, especialmente quando associadas a outras fontes documentais (THOMAZ et al., 2016; GONÇALVES et al., 2018). Além disso, o SIA/SUS mostra-se como um importante analisador do perfil da oferta de serviços ambulatoriais de um determinado grupo populacional-geográfico (SANTANA et al., 2015).

Quanto à impossibilidade de avaliação efetiva do desempenho dos CEO de Ponta Grossa e Cascavel, pela ausência de informações no SIA/SUS, Vidor et al. (2011) destacam que, de maneira geral, os municípios enfrentam dificuldades no desenvolvimento de sua capacidade técnica frente aos sistemas de informação em saúde, o que os leva a subutilizar, ou mesmo inutilizar, essas ferramentas. Os autores destacam ainda que o investimento na alimentação dos sistemas de informação é alto, uma vez que depende do afastamento dos profissionais das equipes de

saúde e de suas tarefas de assistência à saúde da população. De acordo com Lima (2004), o equivalente a aproximadamente 25% das horas trabalhadas e, conseqüentemente, do investimento financeiro aplicado às equipes das Unidades Básicas de Saúde é utilizado apenas no processo de consolidação de informações. Esses são alguns aspectos que podem estar relacionados com a não alimentação das informações sobre a produção mensal dos CEO nos dois municípios em questão.

Com relação aos aspectos socioeconômicos e geográficos, a literatura aponta que tais fatores influenciam as condições de saúde bucal de uma população (SPEZZIA et al., 2015; PARK et al., 2016). Dessa forma, esses aspectos devem ser considerados quando se avalia o desempenho dos serviços públicos de saúde (GONÇALVES et al., 2018). Ademais, quanto às IES, estudos recentes apontam o importante papel dessas instituições no desenvolvimento regional, tanto no processo de formação de uma população mais educada quanto na geração de conhecimento científico, inovações e cuidado em saúde. Neste contexto, as IES destacam-se como agentes locais importantes para o desenvolvimento de uma região (CHIARINI e VIEIRA, 2012; CALDARELLI et al., 2015).

Para Herkrath et al. (2012), que avaliaram os CEO frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, o desempenho dos CEO está relacionado às características sociais e demográficas dos municípios em que se encontram. Nesse sentido, de acordo com os resultados encontrados no presente estudo, foi possível observar que os CEO do município de Maringá, que apresentou o maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (0,808), o maior PIB *per capita* (R\$ 39.996,00) e a menor taxa de analfabetismo de 15 anos ou mais, obteve os melhores índices de CGM em todas as especialidades avaliadas (periodontia, endodontia e cirurgia oral), quando comparados aos CEO de Londrina. Estudos anteriores também encontraram resultados semelhantes, apontando que quanto maior o IDH municipal, melhor o desempenho dos serviços (FIGUEIREDO e GOES, 2009; HERKRATH et al., 2012). Esses autores ainda pontuam que como a taxa de alfabetização acima dos 15 anos e o rendimento *per capita* expandido são componentes que participam da construção do IDH, é razoável que as variáveis como o analfabetismo e o PIB *per capita* também se distribuam acompanhando a relação do IDH com o cumprimento das metas dos serviços.

O desempenho de um CEO também é influenciado pelas formas de organização, gerenciamento dos processos de trabalho e por características contextuais dos locais onde estão implantados (MACHADO et al., 2014). Quando comparado o desempenho dos CEO com a cobertura ESF, Goes et al. (2012) observaram que municípios com menor cobertura ESF obtiveram melhor cumprimento de atenção secundária em saúde bucal. Já no estudo de Gonçalves et al. (2018), realizado também no estado do Paraná, os resultados mostram que os municípios com maior cobertura ESF obtiveram melhor desempenho. Nessa mesma perspectiva, no presente estudo, quando se compara os desempenhos dos municípios avaliados, observa-se que a cidade de Maringá, que possui a segunda maior cobertura ESF e a maior de eSB/ESF obteve o melhor desempenho do CGM. Quanto à cobertura populacional de eSB na atenção básica, Santana et al. (2015) ao avaliarem essa variável, não detectaram uma relação com o desempenho dos CEO de uma Região de Saúde da Bahia. Porém, torna-se importante destacar que fatores como desarticulação da rede, dificuldades nos processos de referência e contrarreferência, a precarização dos vínculos na atenção básica devem ser analisados, pois podem prejudicar o acesso aos serviços de média

complexidade, causando demandas reprimidas (FREITAS et. al, 2016).

A estrutura física, humana e organizacional dos CEO são variáveis envolvidas na qualidade dos serviços prestados. Nesse sentido, a regulamentação vigente sobre os CEO determina o número mínimo de um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal por cadeira odontológica, sendo que o CEO deverá funcionar nos turnos matutino e vespertino e, durante esses períodos, sempre deverá haver profissionais de saúde à disposição no estabelecimento (BRASIL, 2006). A distribuição dos profissionais nos CEO vinculados a IES no estado do Paraná permitiu observar que essa proporção (1:1) não se faz presente em nenhum dos estabelecimentos avaliados, o que poderia influenciar a redução da produtividade e qualidade dos serviços prestados, além de aumentar o desgaste dos cirurgiões-dentistas (KOVALESKI et al., 2005).

Em todos os CEO vinculados a IES no estado do Paraná, os recursos humanos são compostos por cirurgiões-dentistas (professores) e profissionais da própria instituição. Também foi observado que alguns desses CEO contam com o atendimento de contratados e estudantes de pós-graduação, tornando a gestão e processo de trabalho desses estabelecimentos mais complexos. No contexto singular desses de serviços, destaca-se o importante papel que os CEO vinculados a IES podem exercer na integração ensino-serviço-comunidade, na perspectiva de atuarem como cenário de formação (graduação e pós-graduação) frente à mudança de perfil de complexidade das necessidades odontológicas da população brasileira.

Warmling et al. (2015) afirmam que a incorporação de vivências no nível da atenção especializada para contribuir nas reconfigurações das redes de atenção em saúde bucal do SUS é um dos desafios das IES para integrar-se aos serviços de saúde. Nesse sentido, existem algumas barreiras a serem superadas, como a reprodução da lógica da superespecialização em Odontologia nesse cenário de formação e os aspectos financeiros relacionados à implantação de CEO nas IES. Esses fatores podem influenciar negativamente ou sobrepor a intencionalidade do aprendizado e a experiência dos estudantes em serviços especializados. A presença de um CEO em uma IES pode ser bastante favorável para a integração ensino-serviço-comunidade, na dependência de como se dá o processo de gestão e as relações desse serviço com a formação na graduação e pós-graduação.

Por fim, reafirma-se a importância para as IES do espaço de trabalho nos CEO como local de prática e de aprendizagem para os profissionais em formação. O processo de trabalho desenvolvido pelos gestores e pelas equipes coloca-se como objeto de preocupação do ensino e enriquece, para os professores e para as IES, o enfoque político que ilumina o processo de formação em saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo possibilitaram avaliar o perfil dos CEO vinculados a IES no estado do Paraná e analisar a relação da estrutura e dos indicadores sociodemográficos dos municípios com o desempenho dos serviços. Nesse cenário, observou-se que os CEO vinculados a IES possuem características organizacionais, de recursos humanos e estruturas físicas que tornam seu processo de avaliação mais complexo e podem influenciar seu desempenho. Esta complexidade parece ter se refletido nos desempenhos díspares observados no presente trabalho.

Diante disso, considerando a dimensão e as limitações do presente estudo, são necessários novos estudos com formas alternativas de coleta e análise de dados, para uma avaliação mais detalhada do desempenho específico desses serviços, aprimorando a compreensão do panorama encontrado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 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, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 112. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html.

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. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: DF; 2016. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/acoes_politica_saude_bucal.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). **Manual Instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas 2º Ciclo (2015-2016)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 35 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_PMAQ_CEO_2_ciclo.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PMAQ Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Manual instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. Brasília, 2013; 34 p. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 599, de 23 de março 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. Brasília, DF, 2006. **Diário Oficial da União**. 24 mar. 2006. p. 51. Seção 1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html.

CALDARELLI, C. E.; CAMARA, M. R. G.; PERDIGÃO, C. Instituições de ensino superior e desenvolvimento econômico: o caso das universidades estaduais paranaenses. **planejamento e políticas públicas**, v. 44, n. 44, p. 87-112, jan./jun. 2015. http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4144/1/PPP_n44_Instituicoes.pdf.

CARNUT, L.; FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Avaliação do nível de satisfação dos usuários das urgências odontológicas da cidade do Recife. **Revista de Odontologia - UFES**, v.3, p.10-15, 2008.

CASOTTI, E. *et al.* Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 140-157, Out. 2014. <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0140.pdf>.

CHIARINI, T.; VIEIRA, K. P. Universidades como produtoras de conhecimento para o desenvolvimento econômico: sistema superior de ensino e as políticas de CT&I. R. **Revista Brasileira de Economia**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 1, p. 117-32, jan./mar. 2012. <https://www.scielo.br/pdf/rbe/v66n1/v66n1a06.pdf>.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde** [Internet]. Disponível em: <http://cnes>.

datasus.gov.br/. Acesso em: 04 nov. 2019.

COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. (orgs.) **A política nacional de saúde bucal no Brasil**: registro de uma conquista histórica. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde 11, Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS, 2006. 67 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-267, Fev. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200004>.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. (orgs.) **Os caminhos da saúde bucal no Brasil**: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife: Editora UFPE, 2016. 268 p. https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_+PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. (orgs.) **Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais**. Recife: Editora UFPE, 2016. 100 p. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/RELAT%C3%93RIO_1%C2%BA+Ciclo+_+PMAQ_CEO.pdf/fede7926-f16e-4c6e-81ab-320ad01b30b5.

FREITAS, C. H. S. M. *et al.* Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 131-143, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080011>.

GOES, P.S.A.; FIGUEIREDO, N.; NEVES, J.C.; SILVEIRA, F.M.M.; COSTA, J.F.R.; PUCCA JÚNIOR, G.A.; ROSALES, M.S. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 28, p. 81s-89s, 2012. Supl. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300009>.

GOES, P. S. A. *et al.* Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 18, n. 1, p. 1-11, e3433, 2018. <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3433/pdf>.

GONÇALVES, J.R.S.N.; DITTERICH, R.G.; GONÇALVES, R.N.; GAVINA, V.P.; SILVA, R.O.C.; GRAZIANI, G.F.; KUSMA, S.Z. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 432-438, oct./dec. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201800040429>.

GONÇALVES, J. R. S. N. *et al.* Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) como ponto de atenção na rede de saúde bucal no Paraná: uma análise dos resultados do PMAQ-CEO. *In*: DITTERICH, R. G.; GRAZIANI, G. F.; MOYSÉS, S. J. (Orgs.). **Caminhos e trajetórias da saúde bucal no estado do Paraná**. Londrina: INESCO, 2019. cap. 7, p. 197-212. http://www.inesco.org.br/publicacoes/livros/saude_bucal/#p=197.

HERKRATH, F. J. *et al.* Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sócio demográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. **Saúde debate** [online], Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 148-58, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000100017>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010** [Internet]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 04 nov. 2019.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Cadernos Municipais**. Disponível em: <http://www.ipardes.pr.gov.br/>. Acesso em: 04 nov. 2019.

KOVALESKI, D. F.; BOING, A. F.; FREITAS, S. F. T. Recursos humanos auxiliares em saúde bucal: retomando a temática. **Rev. odontol. UNESP**, Araraquara, v. 34, n. 4, p. 161-165, 2005. <https://www.revodontolunesp.com.br/article/588017b17f8c9d0a098b485e/pdf/rou-34-4-161.pdf>.

LIMA, M. V. A informática médica na atenção primária. In: DUNCAN, B.; SCHMIDT, B. B.; GIUGLIANI, E. R. J. (orgs.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2004; p.107-14.

MACHADO, F. C. A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. A. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1149-1163, Abr. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00532014>.

PARK, J. B. *et al.* Association between socioeconomic status and oral health behaviors: The 2008–2010 Korea national health and nutrition examination survey. **Exp Ther Med.**, v. 12, n. 4, p. 2657—64, Oct. 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5038881/pdf/etm-12-04-2657.pdf>.

SANTANA, D. A.; SANTOS, L. P. S.; CARVALHO, F. S; CARVALHO, C. A. P. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia. **Cad. saúde colet.**, [online], Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 261-267. jul./set. 2015. <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n3/1414-462X-cadsc-1414-462X201400030122.pdf>.

SIA/SUS. Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde. **Departamento da Atenção Básica** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://http://dab.saude.gov.br>. Acesso em: 04 nov. 2019.

SPEZZIA, S.; CARVALHEIRO, E. M.; TRINDADE, L. L. Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 1-2, p. 109-13, jan./jun. 2015. <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v72n1-2/a21v72n1-2.pdf>.

THOMAZ, E. B. A. F.; SOUSA, G. M. C.; QUEIROZ, R. C. S.; COIMBRA, L. C. Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, [online], Brasília, v. 25, n. 4, p. 807-818, out./dez. 2016. <https://www.scielo.br/pdf/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00807.pdf>.

VIDOR, A.C.; FISHER, P. D.; BORDIN, R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. **Rev. Saúde Pública** [online], São Paulo, v. 45, n. 1, p. 24-30, Fev. 2011. <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/71465/000777141.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

WARMLING, C. M. *et al.* O agir em competência para o cuidado especializado na saúde bucal. **Rev. ABENO**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 12-27, jan./jun. 2015. <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/abeno/v15n1/a03v15n1.pdf>.

Percepção do avaliador externo do PMAQ/CEO do Estado de Minas Gerais sobre sua postura e papel avaliativo durante o ciclo-2. Uma abordagem qualitativa.

Rafael Almeida Rocha
Mara Vasconcelos

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) foi considerada prioritária para o Governo Federal nos últimos anos. Os Centros de Especialidades Odontológicas são estabelecimentos públicos de saúde, classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade, preparados para oferecer à população serviços de diagnóstico bucal, com ênfase na detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. **OBJETIVO:** Este trabalho tem como objetivo averiguar através de uma abordagem qualitativa a percepção do avaliador externo durante o processo avaliativo no Ciclo-2 do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade – PMAQ-CEO. **MÉTODOS:** O presente estudo foi baseado nos fundamentos metodológicos da pesquisa qualitativa, caracterizando-se como estudo de caso cuja a amostra pesquisada foram os avaliadores externos do ciclo-2 do PMAQ-CEO do Estado de Minas Gerais. A abordagem foi realizada por meio de convite encaminhado por endereço eletrônico (e-mail) pelo próprio pesquisador. O conteúdo do e-mail apresentava em anexo o instrumento a ser respondido pelos avaliados. O instrumento empregado baseou-se em roteiro constituído de 24 itens elaborado a partir do diário de campo utilizado pelos avaliadores durante as visitas avaliativas aos CEO respectivamente pactuados. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** As percepções, histórias e sentimentos dos avaliadores em relação as visitas, contato com gestores, profissionais e usuários, acessibilidade aos CEO e experiências vividas foram informações importantes no processo de avaliação do PMAQ/CEO. Uma limitação desse estudo foi a amostra restrita com os avaliadores do Estado de Minas Gerais. Sugere-se um estudo com todos os avaliadores participantes do ciclo-2 do PMAQ-CEO para comparação e verificação dos itens estudados em todo território nacional. **CONCLUSÃO:** É importante conhecer a visão do avaliador externo como uma ferramenta que pode ser utilizada na construção dos próximos processos avaliativos, devido este indivíduo ser fundamental na coleta de dados precisa e correta, além de, ser o elo entre o serviço e os gestores.

Palavras-chave: Pesquisa sobre Serviços de Saúde, Serviços de Saúde Bucal, Atenção Secundária à Saúde

ABSTRACT

INTRODUCTION: The National Oral Health Policy (Brasil Sorridente) has been considered a priority for the Federal Government in recent years. Dental Specialist Centers are public health establishments, classified as Specialized Clinics or Specialist Outpatient Clinics, prepared to offer the population oral diagnosis services, with emphasis on the detection of oral cancer, specialized periodontics, minor soft and hard oral surgery, endodontics and care for people with special needs. **OBJECTIVE:** This paper aims to investigate through a qualitative approach the perception of the external evaluator during the evaluation process in Cycle-2 of the Access and Quality Improvement Program - PMAQ-CEO. **METHODS:** The present study was based on

the methodological foundations of the qualitative research, being characterized as a case study whose external sample was the external evaluators of the PMAQ-CEO of Minas Gerais State. The approach was carried out by invitation sent by email address by the researcher himself. The e-mail content contained the instrument to be answered by the respondents. The instrument used was based on a script consisting of 24 items prepared from the field diary used by the evaluators during the evaluative visits to the respective CEO agreed. **RESULTS AND DISCUSSION:** The evaluator's perceptions, histories and feelings regarding visits, contact with managers, professionals and users, accessibility to CEO and lived experiences were important information in the PMAQ / CEO evaluation process. A limitation of this study was the restricted sample with evaluators from the state of Minas Gerais. A study is suggested with all evaluators participating in PMAQ-CEO cycle-2 to compare and verify the items studied throughout the national territory. **CONCLUSION:** It is important to know the view of the external evaluator as a tool that can be used in the construction of the next evaluation processes, because this individual is fundamental in the accurate and correct data collection, besides being the link between the service and the managers.

Key Words: Health Services Evaluation, Dental Health Services, Secondary Care

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) foi considerada prioritária para o Governo Federal nos últimos anos, recebendo um aumento significativo de aplicação de recursos do Ministério da Saúde (MS). Mais de R\$ 1,2 bilhão foi investido entre 2003 e 2006, alcançando mais de R\$ 2,7 bilhões de 2007 a 2010 (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016; LINO *et al.*, 2014).

A ampliação da atenção básica a partir da Estratégia Saúde da Família e o acesso a tratamentos especializados, via Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), proporcionou uma melhoria ao acesso e redução dos indicadores de problemas odontológicos (GONÇALVES *et al.*, 2018; LINO *et al.*, 2014; MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015).

Os CEO são estabelecimentos públicos de saúde, classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. São preparados para oferecer à população serviços de diagnóstico bucal, com ênfase na detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais (COSTA; WERNECK; PALMIER, 2018; LINO *et al.*, 2014; WERNECK *et al.*, 2018).

O Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade para os Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO), instituído no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, através da Portaria nº 261/GM/MS, de 21 de fevereiro de 2013, tem como objetivo avaliar os CEO de todo o país. Este programa é organizado em quatro fases que se complementam e formam um ciclo contínuo, estabelecidos em: 1ª Fase - Adesão e Contratualização; 2ª Fase - Desenvolvimento; 3ª Fase - Avaliação Externa e; 4ª Fase – Recontratualização (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016).

O objetivo geral do programa foi verificar *in loco* um conjunto de padrões de qualidade de estrutura e processo de trabalho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), visando subsidiar o processo de certificação de qualidade e a tomada de decisão na definição de parâmetros de qualidade para melhoria e expansão das ações de atenção e prevenção em todo território nacional (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016; WERNECK *et al.*, 2018).

O primeiro ciclo do PMAQ ocorreu entre 2013 e 2014, e como resultado, foi publicado um relatório no ano de 2016 com a divulgação dos dados obtidos e apresentação da realidade e rotina dos CEO pesquisados.

Em 2014, o Brasil possuía 931 CEO, distribuídos em 780 dos 5.570 municípios do país. Desses CEO, 349 (37%) eram do tipo I, 474 (51%) do tipo II e 109 (12%) do tipo III. As regiões com maior quantidade de CEO implantados foram o Nordeste, com 357 (38%) e sudeste, com 337 (36%). A macrorregião Norte apresentou a menor quantidade com 60 (6%) (RIOS; COLUSSI, 2019). Estudos mostram que há uma desigualdade no acesso a atenção secundária nas regiões brasileiras, evidenciada por uma demanda de atendimento especializado em cidades de pequeno porte e regiões sem cobertura (COSTA; WERNECK; PALMIER, 2018; MARTINS *et al.*, 2016; RIOS; COLUSSI, 2019).

Em 2015, o Ministério da Saúde afirmou a existência de 1037 CEO em todo o país, e mais 150 em fase de construção, apresentando um aumento considerável de 4 vezes o número de atendimentos especializados de saúde bucal no SUS (Figura-1).

Figura-1. Distribuição de CEO no Brasil em 2015.

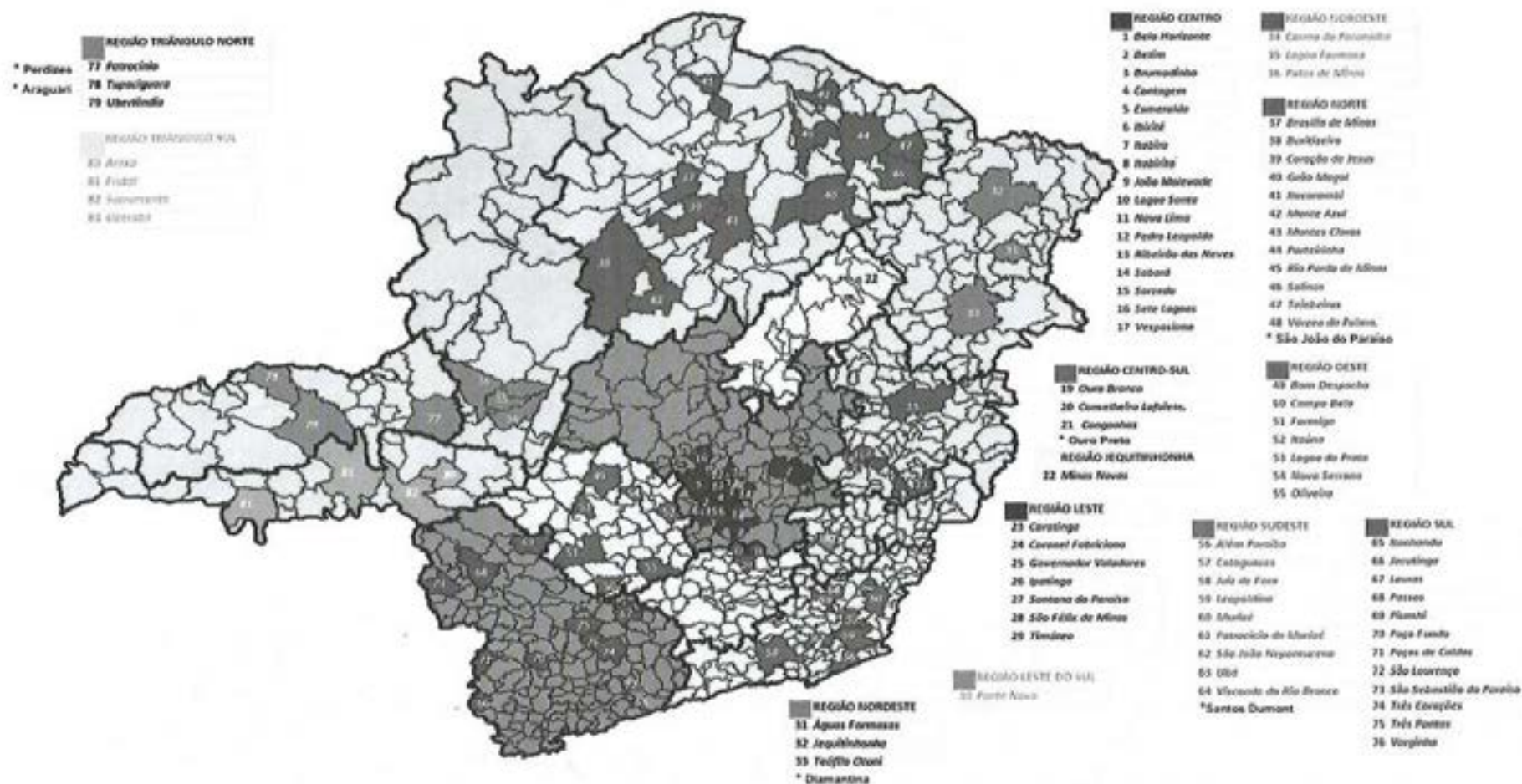


(BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

Atualmente, o segundo ciclo do PMAQ encontra-se no processamento de dados pelo Ministério da Saúde, que foram obtidos pelas avaliações externas no período de 10 de outubro a 15 de dezembro de 2018 pelos avaliadores externos.

No estado de Minas Gerais, foram avaliados 98 CEO pactuados neste ciclo (Figura-2).

Figura-2. Mapa de distribuição dos CEO por regiões do Estado de Minas Gerais.



O papel do avaliador externo está totalmente interligado ao objetivo doPMAQ, pois este, verifica presencialmente o funcionamento, ambiência e estrutura além da qualidade dos padrões dos serviços. Este personagem vivencia e experimenta todas as situações pertinentes ao serviço ao comunicar-se com o gerente, profissional e usuário do CEO. O planejamento, a gestão e a manutenção dos serviços de saúde bucal especializado no Sistema Único de Saúde necessita compreender o fundamental papel deste indivíduo na avaliação externa.

Este trabalho tem como objetivo averiguar através de uma abordagem qualitativa a percepção do avaliador externo durante o processo avaliativo no Ciclo-2 do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade – PMAQ-CEO.

2 OBJETIVO

1.1 Objetivo Geral

Verificar a percepção do avaliador externo do Ciclo-2 do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade – PMAQ-CEO do estado de Minas Gerais sobre sua experiência nas visitas avaliativas realizadas.

1.2 Objetivos Específicos

- I. Verificar se a acessibilidade durante as realizações das visitas interferiram no processo avaliativo;
- II. Investigar intercorrencias, facilidades e/ou dificuldade durante a realização da visita e aplicação dos módulos avaliativos;
- III. Observar se a capacitação fornecida pela coordenação do projeto e suporte dos coordenadores regionais e macrorregionais foram efetivas;
- IV. Identificar as experiências obtidas durante a realização das visitas;

3. METODOLOGIA

3.1 Delineamento do Estudo

O presente estudo foi baseado nos fundamentos metodológicos da pesquisa qualitativa, caracterizando-se como estudo de caso, cuja a amostra avaliada foram os avaliadores externos do ciclo-2 do PMAQ-CEO do Estado de Minas Gerais.

No Estado de Minas Gerais foram selecionados e capacitados sete avaliadores, distribuídos nas regiões Centro e Centro-Sul, Norte, Noroeste e Jequitinhonha, Leste e Nordeste, Sudeste e Leste do sul, Triângulo e Sul do Estado (Figura-2).

Após o processo de avaliação dos CEO, um avaliador deixou o programa.

Como critério de exclusão, o pesquisador realizador do estudo foi excluído da amostra do estudo.

Assim sendo, a amostra do estudo foi composta por 5 avaliadores externo participantes do ciclo-2 do PMAQ-CEO do estado de Minas Gerais. A abordagem foi realizada por meio de convite encaminhado por endereço eletrônico (e-mail) pelo próprio pesquisador. O conteúdo do e-mail apresentava em anexo o instrumento (questionário) a ser respondido pelos avaliados.

O instrumento empregado foi baseado no diário de campo elaborado pela coordenação geral do PMAQ. Neste diário devia conter o registro de cada visita realizada pelo avaliador externo, além das respostas obtidas pelo instrumento contido no Tablet. O questionário foi constituído de 24 itens.

As perguntas foram organizadas em quatro tópicos: Acessibilidade Geográfica; Realização da visita e Aplicação dos Módulos; Capacitação e Suporte; Experiências vivenciadas durante o processo avaliativo (Apêndice 1).

Este instrumento buscou captar a experiência de campo do avaliador, facilidades, dificuldades e intercorrências que possam ter acontecido durante as visitas, buscando conhecer a visão do avaliador neste processo avaliativo.

A avaliação dos dados foi realizada por um único pesquisador destacando as manifestações mais importantes em relação aos tópicos estudados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os avaliadores que retornaram o instrumento respondido foram um total de quatro (4), sendo três do sexo feminino e um do sexo masculino, nas faixas etárias entre 32 a 50 anos.

As percepções, histórias e sentimentos dos avaliadores em relação as visitas, contato com gestores, profissionais e usuários, acessibilidade aos CEO e experiências vividas são informações importantes no processo de avaliação do PMAQ/CEO.

Dessa forma, a avaliação dos resultados não deve ser somente de forma descritiva, mas também uma análise sobre a compreensão das respostas do avaliados em relação a acessibilidade, realização da visita e aplicação dos módulos, capacitação e suporte além de experiências que ocorreram durante todo processo avaliativo.

Acessibilidade Geográfica

Entre os avaliadores entrevistados, no tópico acessibilidade houve diferença no número de visitas de acordo com a região distribuída e localidade de origem do avaliador. Grandes centros como cidades presentes nas regiões Centro-Sul e Sul do Estado, apresentam mais de 1 CEO por cidade ou região, assim sendo, gerando mais visitas.

Apesar desta diferença, a acessibilidade não foi um impedimento para realização das visitas no estado de Minas Gerais.

Nas unidades visitadas não tive nenhuma dificuldade em relação ao acesso. (avaliador1)

Não houve nenhuma intercorrência. (avaliador3)

Somente 1 avaliador relatou maior dificuldade em relação ao acesso aos CEO devido a algumas estradas na região Norte do Estado não possuir pavimentação, sinalização adequada e longas distâncias a serem percorridas entre cidades onde seriam realizadas as visitas.

Sim. Acessibilidade a algumas cidades por meio de estradas de terra, falta de sinalização de trânsito, grandes distâncias entre um CEO e outro (avaliador4)

Visita e aplicação dos módulos

As visitas aos CEO pactuados buscaram observar características estruturais, ambiente do CEO, disponibilidade de equipamentos, materiais, insumos, instrumentais, assim como elementos relacionados a organização do processo de trabalho, que foram verificados mediante entrevista com gerente do serviço, com profissionais de saúde e usuários.

A coleta de dados foi realizada através de um Tablet, contendo um aplicativo específico instalado para compilação e repasse destes dados ao Ministério da Saúde.

Desta forma, em relação a intercorrências nas visitas e aplicação dos módulos utilizando o Tablet, dois avaliadores não apresentaram nenhum problema ou dificuldade durante a realização da visita.

Não. Apenas uma unidade estava em reforma, e estava funcionando em unidade provisória, mas a visita e a avaliação transcorreram normalmente. (avaliador1)

Entretanto, houve intercorrências e dificuldades apresentadas por outros 2 avaliadores em relação a ausência de gerente ou não colaboração do mesmo, falta materiais e documentos necessários durante a avaliação, além da falta de pré-seleção de usuários para entrevista.

Houve uma intercorrência no CEO X, porque a gerente não estava presente e pediu a um cirurgião- dentista para responder pela avaliação, mas nenhum material foi separado e a avaliação não foi realizada. (avaliador3)

Sim. Por motivos políticos, a gerente do CEO X não apresentou nenhum documento conforme solicitado previamente e não colaborou na pré-seleção dos usuários. (avaliador4)

Capacitação e Suporte

A Avaliação Externa do 2º ciclo do PMAQ-CEO, que compõe a segunda fase do ciclo do Programa, é caracterizada pelo levantamento de informações com base em instrumentos formulados pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (CGSB/MS) em com Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP) e aprovados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

Nesse processo de avaliação externa, cabe as IEP a responsabilidade de selecionar e capacitar os avaliadores de qualidade. Os quais irão *in loco*, em todos os CEO do Brasil, e aplicarão os instrumentos de Avaliação Externa para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelos profissionais e pela gestão.

Antes de realizar a Avaliação Externa nos CEO pactuados, os avaliadores externos foram capacitados em um encontro em Brasília - DF no início do ciclo e acompanhados por coordenadores macrorregionais e estaduais.

Nesta questão 3, os avaliadores ressaltaram a importância e relevância desta capacitação, assim como, citaram pontos positivos e de qualidade do suporte pelos coordenadores.

Destacaram o momento de formação de avaliadores, teste do equipamento (tablet e aplicativo), tempo de conhecimento do projeto e dedicação de tempo para o mesmo, além de uma forma de reconhecimento para o avaliador externo.

A capacitação foi essencial para conhecer e entender o funcionamento do aplicativo e como manusear o tablete. O suporte dado pelos coordenadores nacional e estadual foram essenciais para o transcorrer da avaliação. (avaliador3)

Foram essenciais no sentido de familiarizar os avaliadores com o aplicativo e com a própria equipe e coordenadores. (avaliador4)

Somente um avaliador relatou que a capacitação presencial não era essencial e que poderia ter sido realizada a distância.

Não foram essenciais, um curso em EAD supriria da mesma forma. (avaliador2)

Foi questionado dentro deste tópico se durante as visitas o suporte dos coordenadores (estadual e/ou macrorregional) foram efetivos. A resposta de três avaliadores foram que o suporte foi efetivo e apontaram a disponibilidade dos coordenadores como um ponto extremamente importante.

O suporte da coordenadora foi muito importante e ela estava sempre disponível (avaliador1)

Sim. Profa. Mara Vasconcelos, coordenadora de MG. (avaliador4)

Outra questão respondida pelos avaliadores entrevistados foi se houve alguma situação durante as visitas, em que não estava preparado para resolver. Somente um avaliador apontou uma situação neste tópico. Para os demais tudo ocorreu dentro na normalidade.

Sim, a visita CEO X que a gerente não estava, a coordenadora de saúde bucal não atendia o telefone para participar da avaliação. O cirurgião-dentista que ficou responsável por acompanhar a avaliação não sabia resolver essas questões e não sabia responder por eles. (avaliador3)

Experiências

No PMAQ-CEO os avaliadores externos foram instruídos a realizarem um diário de campo, ao final de cada visita. O diário registrou as impressões e percepções dos avaliadores no campo. Repleto de subjetividade, os diários revelaram as surpresas, angústias, alegrias, frustrações e aprendizados do avaliador externo, que ao chegar ao serviço, avaliava a estrutura física, conversava com gestores e profissionais e, ao ouvir o usuário, pôde perceber a realidade sob sua óptica (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016).

Este trabalho entendendo a necessidade de conhecer e explorar as experiências vividas pelos avaliadores externos, buscou em seu questionário, também, ouvir os relatos das avaliações.

Uma questão apresentada aos entrevistados foi se algum CEO lhe chamou mais atenção e por qual motivo. Em relação a pontos positivos, dois avaliadores relataram experiências edificantes.

Percebi algumas unidades mais coesas em relação às respostas e posturas entre os três grupos entrevistados (usuário/gerente/profissional). Quando isso acontecia, normalmente os indicadores dos processos estavam mais adequados, como por exemplo, referência e contra referência. (avaliador1) Sim, o CEO X. Me chamou atenção a estrutura, os funcionários, os profissionais e a organização.

(avaliador4)

Outros dois avaliadores relataram experiências negativas na questão acima apresentada.

Chamou atenção a má qualidade do serviço prestados pelos CEO sem gerente dentista e o descaso com a população. (avaliador2)

CEO X, o gerente é de cargo político, não tem nenhum conhecimento a respeito do SUS, PMAQ e não tem nenhuma formação. O coordenador de saúde bucal é Cirurgião-dentista, mas não entende nada de gestão, de CEO, PMAQ. O serviço não funciona como CEO, porque a porta de entrada é chegar e marcar atendimento. Não há um respeito de referência da atenção primária para secundária, nem contra referência. (avaliador3)

A próxima pergunta realizada foi expor um relato de gerente, profissional ou usuário que ficou marcado durante as realizações das visitas. Em relação aos gerentes e profissionais entrevistados nenhum avaliador fez comentário. Porém, em relação aos usuários, três avaliadores relataram experiências marcantes durante as avaliações.

Como se passou quase um ano já das visitas, fica muito difícil lembrar de relatos.

Mas de um usuário me marcou bastante, pois ele disse que esse CEO era um pedacinho do céu, e que os serviços daquela unidade eram os melhores do Brasil, talvez pela entonação, alegria e sinceridade ao colocar a unidade como a melhor do Brasil tenham me marcado. (avaliador1)

Nessas 24 visitas passei por muitas experiências marcantes com usuários, como gerente e profissional não tive nenhuma. Dentre muitas histórias escolhi a de uma usuária prostituta, aidética e prestes a perder a visão de um dos olhos por ter contraído herpes. Após a avaliação ela confiou a mim contar toda sua história de vida. Foi difícil ouvir todo relato. Senti privilegiada por ter feito a diferença em sua vida e ter tido a oportunidade de ajudá-la. Em um dos relatos ela disse que é muito grata ao atendimento recebido pelo SUS que através dele ela faz todo o acompanhamento desde de consultas médicas e odontológicas, recebe os medicamentos e todo o apoio necessário. (avaliador3)

O relato mais marcante que me foi dado foi de um paciente/usuário de Cidade X, o qual me disse que “nesse CEO só tem anjo”. (avaliador4)

Entre os participantes do estudo, um avaliador não apresentou nenhum comentário ou experiência marcante em suas avaliações.

Não teve nada marcante. (avaliador2)

As questões finais indagaram aos participantes deste trabalho se os mesmos voltariam a se candidatar como avaliador externo do PMAQ-CEO e se indicariam a outras pessoas a se candidatarem e participarem do programa.

Somente um avaliador respondeu que não voltaria a se candidatar como avaliador externo, devido, a atraso no repasses de bolsas.

Não. Por motivos de pagamento atrasado. (avaliador4)

Os demais entrevistados se prontificaram a se candidatar e participar do programa novamente.

Sim, claro. Sempre aprendo muito com o PMAQ, e essas experiências enriquecem muito minhas aulas na universidade. A melhor parte para mim é conversar com os usuários, eles costumam ser muito sinceros. Algumas unidades se preparam muito para a visita, com todos os documentos, às vezes o secretário de saúde vai receber, e o próprio preparo das equipes para nos receber já causa um movimento de melhora, organização do espaço físico, preparo de documentos, estimula as reuniões de equipe!!! Essas visitas são muito ricas e como um agente externo ao processo é possível ver os 3 aspectos: a estrutura, os processos de organização de trabalho e o resultado nas falas dos usuários!(avaliador1)

Voltaria para poder reavaliar os mesmos serviços para saber que mudanças ocorreram.(avaliador2)

Todos os participantes do estudo afirmaram que indicariam a experiência de participar como avaliador externo do PMAQ-CEO a outras pessoas.

Sim, claro, especialmente para quem trabalha com o tema avaliação de serviços de saúde pois é uma excelente oportunidade de aprendizado. (avaliador1)

Sim, para ter uma oportunidade de conhecer e trabalhar em uma política pública. (avaliador3)

Uma limitação desse estudo foi a amostra restrita com os avaliadores do Estado de Minas Gerais. Sugere-se um estudo com todos os avaliadores participantes do ciclo - 2 do PMAQ-CEO para comparação e verificação dos itens estudados em todo território nacional.

Outra dificuldade encontrada no estudo foi a obtenção dos dados através da devolução do instrumento respondido. Do total de avaliadores possíveis como amostra, um não respondeu o questionário. Pode-se destacar algumas desvantagens da pesquisa on-line como: percepção de spam, falta de habilidade do respondente, dependência de recursos tecnológicos e impessoalidade como justificativa deste resultado (GONÇALVES, 2008).

É importante conhecer a visão do avaliador externo como uma ferramenta que pode ser utilizada na construção dos próximos processos avaliativos, devido este indivíduo ser fundamental na coleta de dados precisa e correta, além de, ser o elo entre o serviço e os gestores.

6. CONCLUSÃO

A partir dos relatos obtidos nesse estudo, pode-se concluir que:

- A importância do programa PMAQ-CEO na avaliação dos centros de especialidades odontológicas e a participação dos avaliadores externos como parte do programa;
- A verificação *in loco* dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) realizada pelos avaliadores externos, fornece muito além de dados descritivos e quantitativos, mas experiências e situações pertinentes tornando o avaliador uma peça fundamental do processo avaliativo;
- A avaliação não deve ser somente de forma descritiva, mas também uma análise qualitativa na visão dos avaliadores externos em relação a acessibilidade, realização da visita e aplicação dos módulos, capacitação e suporte além de experiências que ocorreram durante todo processo avaliativo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 261, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2013** PMAQBrazil, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **CONHEÇA A POLÍTICA QUE FAZ MUITOS**

BRASILEIROS VOLTAREM A SORRIR. Brasília - DF: [s.n.]. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-23896>>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Orientações Gerais para o Trabalho de Campo do PMAQ-CEO 2º Ciclo Avaliação Externa**. RECIFE-PE: [s.n.].

COSTA, W. C. DA L. B.; WERNECK, M. A. F.; PALMIER, A. C. Secondary care in oral health in small municipalities: a cross-sectional evaluation of demand x access. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 66, n. 1, p. 70–76, 2018.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. Relatório do 1 Ciclo da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO). **Ministério Da Saúde**, 2016.

GONÇALVES, D. I. F. Pesquisas de marketing pela internet: as percepções sob a ótica dos entrevistados. **RAM. Revista de Administração Mackenzie**, v. 9, n. 7, p. 70–88, 2008.

GONÇALVES, J. R. DAS N. et al. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 432–438, 2018.

LINO, P. A. et al. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3879–3888, 2014. MACHADO, F. C. DE A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. Â. F. Factors related to the performance of Specialized Dental Care Centers. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1149–1163, 2015.

MARTINS, R. C. et al. Relationship between primary and secondary dental care in public health services in Brazil. **PLoS ONE**, v. 11, n. 10, p. 1–12, 2016.

RIOS, L. R. F.; COLUSSI, C. F. Análise da oferta de serviços na atenção especializada em saúde bucal no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2014*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 1, p. 1–7, 2019.

WERNECK, M. A. F. et al. Clinical analysis of management aspects of centers for dental specialties. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 18, n. 1, p. 1–12, 2018.

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA AVALIADORES EXTERNOS PMAQ-CEO CICLO 2

Prezados colegas avaliadores externos, solicito que respondam o questionário com base em suas experiências durante a realização das visitas no ciclo-2 do PMAQ-CEO. As respostas serão analisadas e irão fazer parte de meu TCC como conclusão do Curso em Gestão e Política.

Obrigado!

1. ACESSIBILIDADE

- a) Houve alguma intercorrência ao acesso nos CEO visitados? Qual (is)
- b) Qual foi a visita ou CEO de maior facilidade em relação ao acesso?
- c) Qual foi a visita ou CEO de maior dificuldade em relação ao acesso?

2. REALIZAÇÃO DA VISITA E APLICAÇÃO DOS MÓDULOS

- a) Houve alguma intercorrência durante as visitas aos CEO? Qual(is)?
- b) Houve alguma intercorrência durante a aplicações dos módulos nos CEO? Qual(is)?
- c) Qual foi a visita ou CEO de maior facilidade em relação a realização da visita e aplicação dos módulos?
- d) Qual foi a visita ou CEO de maior dificuldade em relação a realização da visita e aplicação dos módulos?

3. CAPACITAÇÃO E SUPORTE

- a) Relate como avaliador do PMAQ-CEO se a capacitação (realizada em Brasília no início do programa) e suporte durante a realização das visitas foram essenciais? Porquê?
- b) Durante as visitas o suporte dos coordenadores (estadual e/ou macrorregional?) foram efetivos? (se sim, deve informar qual coordenador)
- c) Houve alguma situação durante as visitas em que não estava preparado para resolver? Comente.

4. EXPERIÊNCIAS

- a) Em relação aos CEOs algum lhe chamou mais atenção? Porquê?
- b) Qual relato de gerente, profissional e usuário foi mais marcante? Porquê?
- c) Voltaria a se candidatar a ser avaliador externo no PMAQ-CEO? Porquê?
- d) Indicaria outros colegas a serem avaliadores no PMAQ-CEO? Porquê?

Análise do perfil e desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) na Macrorregional Leste no estado do Paraná

Rafael Gomes Ditterich

Avaliador Externo do PMAQ-CEO. Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves

Doutoranda em Odontologia
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

Juliana Schaia Rocha

Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

Fernando Neves Hugo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Samuel Jorge Moysés

Tutor/Coordenador Estadual (PR) do PMAQ-CEO.
Universidade Federal do Paraná (UFPR)
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, durante décadas as necessidades dos brasileiros foram insuficientemente atendidas em serviços de saúde fragmentados, voltados majoritariamente à assistência clínica/cirúrgica odontológica invasiva, privilegiando as condições agudas em detrimento da atenção abrangente às condições crônicas (ANTUNES et al., 2016).

Destaca-se também nesse cenário de recursos limitados e da crescente demanda por atendimentos, a prestação de serviços públicos na saúde tem sido repleta de desafios aos gestores, tornando a busca para sua melhoria uma missão constante (ANDRADE et al., 2019). Diante desse panorama, formuladores de políticas públicas e gestores de saúde bucal se encontram constantemente provocados a desenvolver novos modelos de atenção para atender as necessidades da população (PINTO et al., 2016).

Conseqüentemente, com o objetivo de minimizar as lacunas presentes na saúde bucal brasileira, em 2004, foi implantada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – denominada Programa Brasil Sorridente –, com a proposta de reorganizar a atenção em saúde bucal em todos os níveis. Essa iniciativa de mudança buscou qualificar as práticas e serviços ofertados por meio de uma série de ações em saúde bucal, incluindo a ampliação do acesso da atenção em saúde bucal aos brasileiros, por meio do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2004; NARVAI, 2011; HERKRATZ et al., 2016; BRASIL, 2017). A PNSB surge, então, em decorrência de uma janela de oportunidades política e do movimento de diferentes atores, para romper com o modelo hegemônico vigente no período (GOES; MOYSÉS, 2012; CARRER et al. 2019).

O Brasil Sorridente passou então a credenciar e implantar a Atenção Especializada em Saúde Bucal por meio da criação e implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Instituídos pelas Portarias nº. 599 e nº. 600, ambas publicadas pelo Ministério da Saúde, em 2006, e atualizadas pela Portaria nº. 1341, de 13 de junho de 2012, compõem uma das estratégias da PNSB para aprimorar a atenção especializada em saúde bucal no país (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2012). Os CEO são estabelecimentos de saúde que prestam serviços odontológicos de média densidade tecnológica, complementando o trabalho desenvolvido pelas equipes de Saúde Bucal (eSB) da Atenção Básica, responsáveis pelo primeiro atendimento, pela coordenação dos cuidados e acompanhamento dos usuários cadastrados em territórios sob sua responsabilidade (BRASIL, 2015).

De acordo com a estrutura, recurso de custeio e implantação, os CEO podem ser classificados em Tipo I, quando apresentam três cadeiras odontológicas; Tipo II, quando apresentam entre quatro e seis cadeiras; e Tipo III, acima de sete cadeiras. Independentemente da classificação, todos devem ofertar, no mínimo, procedimentos de diagnóstico bucal, com ênfase na detecção do câncer bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a pacientes com necessidades especiais, e todas as cadeiras devem funcionar por 40 horas semanais (BRASIL, 2013; 2015).

A implantação dos CEOs foi considerada um marco na atenção à saúde bucal no Brasil (CARRER et al., 2019). Segundo Luvison et al. (2016, p.154), “com a implantação da atenção secundária em saúde bucal, abriu-se a possibilidade de ampliar o acesso às ações especializadas que, até então, correspondiam a 3,5% dos procedimentos odontológicos da rede pública”.

Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), no âmbito da PNSB, por meio da Portaria GM/MS nº. 261, de 21 de fevereiro de 2013, que teve suas normas revisadas pela Portaria GM/MS nº. 1599, de 30 de setembro de 2015. O PMAQ-CEO foi delineado para induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos CEO, conferindo maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção especializada em saúde bucal (BRASIL, 2017). Nesse sentido, o Ministério da Saúde buscou priorizar a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados. Por conseguinte, destaca-se, entre os objetivos do PMAQ-CEO, a institucionalização da cultura de avaliação dos CEO no SUS (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016).

Em 2013, o Paraná contava com 50 CEOs distribuídos em 38 municípios. Entretanto, em 2018, esse número foi ligeiramente ampliado, passando para 53 estabelecimentos, presentes em 42 municípios. No entanto, é importante ressaltar que, no decorrer dos anos, apesar do aumento no número de credenciamentos, no mesmo período, algumas cidades solicitaram o descredenciamento de seus estabelecimentos. Assim, apesar de sua extensão, o estado apresenta uma distribuição desproporcional dos CEOs, ainda com regionais de saúde desprovidas de atenção secundária em saúde bucal (GONÇALVES et al., 2019). Em sua maioria, encontram-se concentrados em grandes cidades do Paraná (BALDANI et al., 2018).

O PMAQ-CEO, frente ao desafio de avaliação e monitoramento em saúde bucal constitui uma estratégia comprometida com a produção de mudanças no processo de trabalho e nos resultados produzidos pelos CEOs (CASOTTI et al., 2014).

Deste modo, o estudo teve por objetivo analisar o desempenho dos CEO da Macrorregional Leste do Paraná.

2 DESENVOLVIMENTO

Para atingir o objetivo proposto realizou-se um estudo avaliativo, com abordagem quantitativa, a partir da análise de dados secundários registrados no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a partir da série histórica mensal da produção de procedimentos realizados nos CEOs da Mesorregião Leste do Paraná em 2018.

A Macrorregional Leste do Paraná compreende os municípios da 1ª a 6ª e a 21ª Regional de Saúde (RS). Nesta mesorregião no ano de 2018 (Figura 1), haviam 13 CEOs municipais, 3 CEOs por meio de consórcios intermunicipais e somente 1 CEO por meio de parceria público-privada em uma Universidade Privada, totalizando 17 CEOs (GONÇALVES et al., 2019).

Figura 1 - Número de CEOs na Macrorregional Leste no estado do Paraná, 2018



Fonte: Adaptado de Gonçalves et al. (2019)

Os dados referentes à estrutura dos CEOs foram provenientes do banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES; 2019) e do Departamento de Informática do SUS (DATASUS, 2019).

Curitiba, durante o período do estudo, apresentava 3 CEOs, um do tipo II e outros 02 do tipo III e Guarapuava apresentava 02 CEOs, um do tipo II e um do tipo III. No entanto, por apresentar o mesmo código do município na base de dados do SIA-SUS, não foi possível a visualização separada das metas de cada estabelecimento, por isso optou-se por enquadrá-los somando a produção de cada CEO como meta de cada município.

A coleta de informações sobre o desempenho dos CEOs no SIA-SUS, durante o ano de 2018, ocorreu por meio da utilização dos seguintes filtros de busca: município, ano processamento, quantidade apresentada, período, procedimento, complexidade (média complexidade).

Os procedimentos básicos, comuns às demais especialidades, não foram incluídos na avaliação pelo fato de serem contabilizados em conjunto com a atenção básica, o que poderia interferir na fidedignidade dos resultados obtidos.

Posteriormente à coleta de dados, os resultados obtidos foram separados em subgrupos, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.464/2011 (BRASIL, 2011), que define a produção mínima mensal estabelecida para cada tipo de CEO por especialidade (Tabela 1).

Tabela 1 - Produção mínima mensal exigida para os diferentes tipos de Centros de Especialidades Odontológicas.

Procedimentos	Tipo de CEO		
	Tipo I	Tipo II	Tipo III
Periodontia	60	90	150
Endodontia	35	60	95
Cirurgia	80	90	170

Fonte: Adaptado de Portaria GM/MS nº.1464/2011

Os dados obtidos foram tabulados por meio do software Tabwin, versão 3.0, e, posteriormente, exportados para o programa Microsoft Office Excel®. Em seguida, fez-se a categorização dos procedimentos, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.464/2011.

A avaliação dos CEO tem sido realizada de forma compartimentalizada por subgrupos, sendo essa uma ferramenta real para dimensionar a situação (POSSAMAI et al., 2015). A avaliação do desempenho foi realizada por intermédio do indicador de Cumprimento Global de Metas (CGM). Segundo Figueiredo e Goes (2009), esse indicador corresponde ao quociente resultante da média mensal de procedimentos realizados de cada subgrupo de especialidades odontológicas pelo número de procedimentos correspondente à meta desse sub grupo multiplicado por 100, conforme disposto na Figura 2.

Figura 2. Indicador de Cumprimento Global de Metas (CGM)

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

Fonte: Adaptado de Santana et al. (2015)

Os parâmetros que determinam o CGM estão dispostos na Tabela 1. Considerou-se a meta atingida quando o cumprimento percentual para cada subgrupo de procedimentos odontológicos foi igual ou superior a 100%. Portanto, o desempenho dos serviços foi classificado em: desempenho ruim (CEOs que não atingiram nenhuma meta), desempenho regular (CEOs que cumpriram apenas uma meta), desempenho bom (CEOs que cumpriram duas metas) e desempenho ótimo (CEO que cumpriram as três metas) (FIGUEIREDO; GOES, 2009; SANTANA et al., 2015).

No período de 2013 para 2018, verificou-se que 2 CEOs foram desabilitados e 1 CEO foi desativado pelo gestor por desatualização por período superior a 1 ano na mesorregião Leste do estado do Paraná. Somente o CEO Ponta Grossa mudou de CEO Tipo II para Tipo III, já que a gestão municipal achou por bem fundir os 02 CEOs tipo II sob sua administração em um único, extinguindo o CEO Adilson Baggio. O CEO UEPG foi desativado no ano de 2014. Somente 02 CEOs foram implantados na região na nova avaliação do PMAQ-CEO em 2018, foi o CEO Positivo, no município de Curitiba e o CEO Palmeira, no município de Palmeira (Tabela 2).

Em 2018, a maioria dos CEOs estavam habilitados como do tipo II. Segundo Estery et al. (2017) no Brasil em novembro de 2015, dos 1019 CEOs implantados, 397 (39%) eram tipo I, 503 (49,4%) do tipo II, e 119 (11,7%) do tipo III. No 1º Ciclo da Avaliação Externa do PMAQ-CEO, no estado do Paraná foram avaliados 48 CEOs em funcionamento, sendo 14 (29,2%) do tipo I, 22 (45,8%) do tipo II, e 12 (25%) do Tipo III (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016). Verifica-se deste modo a escolha dos gestores pela preferência na habilitação do CEO tipo II, isto pode ser baseado na ideia de que o acréscimo de apenas mais um equipo odontológico (33% a mais na sua infraestrutura e de recursos humanos em relação ao CEO Tipo I) aumenta o incentivo mensal na mesma proporção, possibilitando uma cobertura populacional de até 44% a mais (BRASIL, 2002; CABRAL; FLÓRIO; ZANIN, 2019).

Entretanto, é importante ressaltar aos gestores que as metas dos procedimentos para os subgrupos também aumentam consideravelmente, variando de 71% para endodontia, 50% para periodontia e 12% para cirurgia. Em relação à especialidade de Endodontia, esse aumento pode tornar o cumprimento da meta ainda mais dificultado, já que, de acordo com a Portaria nº. 1464/2011, faz-se necessário que 20% dos procedimentos realizados sejam obturação em dentes permanentes com três ou mais raízes e/ou retratamento endodôntico em dente permanente com três ou mais raízes (CABRAL; FLÓRIO; ZANIN, 2019).

Dentre os 14 municípios avaliados que apresentam CEOs, 14,6% tiveram seu desempenho global de metas classificado como: 21,42%- ruim, 28,58%- regular, 28,58%- bom e 21,42%- ótimo (Tabela 3). A regional com melhores resultados foi a 2ª. Regional de Saúde, no qual se encontra a região metropolitana de Curitiba, já a que apresentou resultados preocupantes foi a 5ª. Regional de Saúde de Guarapuava. A avaliação geral do desempenho mostrou um elevado percentagem nas Regionais de: Ponta Grossa (3ª. RS) e na de Guarapuava (5ª. RS). Verificou-se também que os 3 CEOs regionais, apresentavam problemas nos mecanismos de referência e contrarreferência na atenção à saúde bucal. A isto, soma-se equipe reduzida ou ausência de profissionais de apoio na saúde bucal nas regionais estaduais na Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA-PR) para assessorar os gerentes dos CEOs, persistindo assim barreiras em atender de forma mais equânime os paranaenses dessas regiões com necessidades de saúde bucal especializada.

A avaliação do desempenho dos CEOs da Mesorregião Leste do Paraná demonstrou que a maioria dos estabelecimentos não conseguiu obter desempenho ótimo. Essa mesma realidade foi semelhante a outros trabalhos que avaliaram os desempenhos dos CEOs em outras regiões do Brasil (GOES et al., 2012; HERKRATH et al., 2013; CORTELLAZZI et al., 2014; SANTANA et al., 2015; THOMAZ et al., 2016).

A especialidade de periodontia teve sua meta atingida por nove municípios, sendo a área com melhor avaliação. Já em relação às especialidades de endodontia, metade dos municípios avaliados atingiram as metas proposta para a sua tipologia de CEO. Sobre a meta para área da Cirurgia Oral, essa especializada foi a com o pior resultado, pois somente 05 municípios conseguiram atingir o proposto pela a Portaria GM/MS nº 1.464/2011 (Tabela 3).

Avaliando o cumprimento de cada um dos subgrupos de metas da atenção secundária, observa-se que a maioria dos CEOs cumpriu a meta de periodontia, seguido pela meta de endodontia e de cirurgia. Este resultado corrobora com estudo realizado por Cabral; Flório e Zanin (2019), no qual evidenciaram que os subgrupos de metas de cirurgia e endodontia foram os de menor percentual de cumprimento na região Sudeste no Brasil. Esta realidade pode estar associada à complexidade e custo dos procedimentos, à falta de profissionais especializados nas áreas atuando nos serviços públicos, à conduta dos tratamentos na Atenção Primária, ao mecanismo de referência dos pacientes entre os níveis de atenção, ao tempo necessário para se completar os tratamentos ou à dificuldade do acesso que pode levar à desistência por parte do usuário (LIMA et al., 2010).

Tabela 2. Perfil e tipologia dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) existentes na Macrorregional Leste no estado do Paraná.

Regional de Saúde	Município - Nome do CEO	Data da Portaria de Habilitação (CNES)	Tipo CEO(2013)	PMAQ-CEO (2013)	Tipo CEO(2018)	PMAQ-CEO (2018)
2ª.	Araucária	12/02/2008	Tipo II	Avaliado	Tipo II	Avaliado
	Colombo	15/02/2005	Tipo II	Avaliado	Tipo II	Avaliado
	Curitiba – Rosário	09/03/2005	Tipo II	Avaliado	Tipo II	Avaliado
	Curitiba – Sylvio Gevaerd	04/04/2007	Tipo III	Avaliado	Tipo III	Avaliado
	Curitiba – Positivo	02/09/2016	-----	Inexistente	Tipo III	Avaliado
	São José dos Pinhais	09/01/2008	Tipo II	Avaliado	Tipo II	Avaliado
3ª.	Arapoti	04/11/2005	Tipo I	Avaliado	Tipo I	Avaliado
	Castro	19/01/2006	Tipo II	Avaliado	Tipo II	Avaliado
	Palmeira	04/07/2014	-----	Inexistente	Tipo II	Avaliado
	Ponta Grossa	26/10/2010	Tipo II	Avaliado	Tipo III	Avaliado
	Ponta Grossa – UEPG	09/10/2009	Tipo II	Avaliado	-----	Desabilitado*
	Ponta Grossa – Adilson Baggio	15/02/2005	Tipo II	Avaliado	-----	Desabilitado**
4ª.	Irati	15/01/2006	Tipo II	Avaliado	Tipo II	Avaliado
5ª.	Candói	09/10/2009	Tipo I	Avaliado	Tipo I	Não Avaliado / Desativado ***
	Guarapuava – Municipal	06/10/2006	Tipo III	Avaliado	Tipo III	Avaliado
	Guarapuava – Estadual	15/02/2005	Tipo II	Não Avaliado (reforma)	Tipo II	Avaliado
	Laranjeiras do Sul	19/01/2006	Tipo I	Avaliado	Tipo I	Avaliado
	Palmital	16/10/2006	Tipo I	Avaliado	Tipo I	Avaliado
	Pitanga	20/05/2010	Tipo I	Avaliado	Tipo I	Avaliado

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES). 1º e 2º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO).

* Desabilitado em: 31/12/2014

** Desabilitado em: 27/08/2010

*** Desativado pelo gestor em: 19/09/2018

Tabela 3. Média de procedimentos mensais e desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) na Macrorregional Leste no estado do Paraná analisado por meio do indicador de Cumprimento Global de Metas (CGM), 2018.

	Regional / Município	Procedimentos	Média mensal de procedimentos	Cumprimento Global de Metas	Meta atingida	Classificação
2ª.	Araucária	Periodontia (90)	67,09	74,54	Não	Bom
		Endodontia (60)	129,67	216,11	Sim	
		Cirurgia Oral (90)	163,25	181,39	Sim	
	Colombo	Periodontia (90)	142,42	158,24	Sim	Bom
		Endodontia (60)	67,17	111,94	Sim	
		Cirurgia Oral (90)	64,92	72,13	Não	
	Curitiba	Periodontia (390)	1111,92	285,11*	Sim	Ótimo
		Endodontia (250)	902,50	361,00*	Sim	
		Cirurgia Oral (430)	1305,83	303,68*	Sim	
São José dos Pinhais	Periodontia (90)	166,42	184,91	Sim	Ótimo	
	Endodontia (60)	100,33	167,22	Sim		
	Cirurgia Oral (90)	192,25	213,61	Sim		
3ª.	Arapoti	Periodontia (60)	0	0	Não	Ruim
		Endodontia (35)	30,50	87,14	Não	
		Cirurgia Oral (80)	49,50	61,88	Não	
	Castro	Periodontia (90)	0	0	Não	Regular
		Endodontia (60)	12,75	21,25	Não	
		Cirurgia Oral (90)	90,92	101,02	Sim	
	Palmeira	Periodontia (90)	377,58	419,54	Sim	Regular
		Endodontia (60)	56,25	93,75	Não	
		Cirurgia Oral (90)	22,42	24,91	Não	
Ponta Grossa	Periodontia (150)	501,92	334,61	Sim	Bom	
	Endodontia (95)	126,75	133,42	Sim		
	Cirurgia Oral (170)	168,75	99,26	Não		
4ª.	Irati	Periodontia (90)	317,67	352,96	Sim	Ótimo
		Endodontia (60)	132,67	221,11	Sim	
		Cirurgia Oral (90)	96,58	107,31	Sim	

continua

Regional / Município	Procedimentos	Média mensal de procedimentos	Cumprimento Global de Metas	Meta atingida	Classificação	
RS	Candói	Periodontia (60)	0	0	Não	Ruim
		Endodontia (35)	0	0	Não	
		Cirurgia Oral (80)	0,08	0,10	Não	
	Guarapuava	Periodontia (240)	220,08	91,70**	Não	Ruim
		Endodontia (155)	77,33	49,89**	Não	
		Cirurgia Oral (260)	59,33	22,82**	Não	
	Laranjeiras do Sul	Periodontia (60)	89,67	149,44	Sim	Regular
		Endodontia (35)	27,50	78,57	Não	
		Cirurgia Oral (80)	59,50	74,38	Não	
	Palmital	Periodontia (60)	63,08	105,14	Sim	Regular
		Endodontia (35)	30,83	88,10	Não	
		Cirurgia Oral (80)	68,08	85,10	Não	
Pitanga	Periodontia (60)	86,83	144,72	Sim	Bom	
	Endodontia (35)	35,92	102,62	Sim		
	Cirurgia Oral (80)	38,58	48,23	Não		

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS)

* Soma de 03 CEOs (01 Tipo II; 02 Tipo III – Rosário / Sylvio Gevaerd / Positivo)

**Soma de 02 CEOs (01 Tipo II; 01 Tipo III – Guarapuava Municipal / Estadual)

Gonçalves et al. (2018) realizaram estudo para avaliar o Cumprimento Global de Metas (CGM) nos CEOs da 2ª. Regional de Saúde do Paraná, analisando os dados do SIA-SUS de 2014 e verificaram que os CEOs de Araucária, Curitiba e São José dos Pinhais foram classificados como Ótimo e somente o CEO de Colombo havia sido avaliado como Ruim. Agora, com os resultados aqui apresentados de 2018, constatou-se que o CEO de Araucária acabou sendo rebaixado para a condição de Bom e o CEO Colombo ascendeu para a condição de Bom, no entanto, esse último permanece com dificuldades em atingir as metas de Cirurgia Oral.

Em relação ao CEO de Laranjeiras do Sul, estudo conduzido por Possamai et al. (2015) com dados do SIA-SUS de 2010 e 2011, verificou que somente a meta para Cirurgia Oral (78,9%) não havia sido atingida no período analisado. No entanto, com os dados de 2018, na presente pesquisa, identificou-se que a situação piorou, já que somente na especialidade de Periodontia a meta foi alcançada.

Os CEOs tipo I foram os que apresentaram na presente pesquisa dificuldades em alcançar as metas propostos pelo Ministério da Saúde, pois os CEOs Arapoti e Cândói não conseguiram a produção mínima em nenhum dos subgrupos avaliados. Os CEOs Laranjeiras do Sul e Palmital somente atingiram as metas para a especialidade de Periodontia. Somente o CEO Pitanga que não conseguiu alcançar o proposto para a área de Cirurgia Oral. Dos municípios com mais de um CEO no seu território, verificou-se que em 2018, Curitiba alcançou todas as metas e na contramão os do município de Guarapuava vem apresentando problemas na oferta no número mínimo de procedimentos nas especialidades de acordo Portaria GM/MS nº 1.464/2011.

Estudos de avaliação dos CEOs destacam têm mostrado avanços, como a ampliação da oferta, cobertura e utilização desses serviços, além do alto grau de satisfação dos seus usuários. Contudo, ainda persiste como desafio o cumprimento de metas de produção, entendido como avaliação de desempenho dos CEOs e dos fatores relacionados, enfatizando a necessidade de repensar o processo de avaliação atual, visto que nem todos os municípios conseguem atingir as metas de produtividade (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016).

Devido a isso, é de extrema importância que se realizem processos contínuos de avaliação, capazes de identificar fragilidades e potencialidades que sirvam de subsídio para a gestão dos serviços de saúde bucal (POSSAMAI et al, 2015). Corroborando com Silva et al. (2016), o Ministério da Saúde ao adotar a proposta de custeio pela produtividade por meio da Portaria GM/MS nº 1464/2011 subverte a lógica da qualidade e se contrapõe à dinâmica de financiamento adotada pela atenção básica. Segundo Viacava et al. (2018) a análise do acesso, oferta e uso de serviços de saúde necessita ser complementada com avaliações sobre a qualidade do cuidado ofertado. O que demanda a abordagem de outras dimensões do desempenho do sistema de saúde, como adequação, continuidade, aceitabilidade, efetividade, eficiência, segurança e respeito aos direitos do paciente.

No entanto, entende-se que os números, ou seja, uma avaliação apenas de forma quantitativa, por si só, não significa uma melhora na qualidade dos serviços prestados. Devido a isso, identifica-se que mais estudos são necessários para uma análise mais apurada do desempenho dos CEOs, principalmente por meio de estudos com caráter qualitativo (POSSAMAI et al, 2015).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos pelo SIA-SUS e relatórios do PMAQ-CEO demonstraram que a oferta de atenção especializada no estado do Paraná avançou de 2013 a 2018, mesmo que de forma singela no número de CEOs. No entanto, verifica-se ainda a importância de ampliar o acesso à atenção especializada, em diversas regiões do estado, haja vista que a 1^a., 6^a. e 21^a. Regionais de Saúde são marcadas pela ausência destes estabelecimentos.

Os CEOs Tipo I, apresentaram maiores dificuldades em atingir as metas propostas da Portaria GM/MS nº 1464/2011. No caso do Paraná, verificou-se que esse tipo de CEOs se encontram em municípios de pequeno porte populacional, o que demonstra a necessidade de credenciamentos de CEOs repensando na microrregião de saúde, para que assim consiga atingir as metas mensais de produção. Desse modo, verifica-se a necessidade de que o Ministério da Saúde reveja periodicamente essas metas, para ver se essa realidade também não se aplica nos CEOs menores de outras regiões, já que na maioria das vezes esse tipo de CEO atende uma demanda local de somente um município.

Corroborando com Gonçalves et al. (2018), nesse contexto, também observa-se a necessidade de repensar os métodos utilizados para avaliar o desempenho desses estabelecimentos, a fim de superar a lógica da produtividade e, assim, desenvolver outros mecanismos de avaliação que considerem a qualidade do atendimento oferecido à população e a singularidade das questões intrínsecas a cada região.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. M. *et al.* Acreditação como um caminho para a inovação nos serviços de saúde: a experiência do Centro de Especialidades Odontológicas regional de Juazeiro do Norte-CE. In: CAVALCANTE, P. (Org.). **Inovação e políticas públicas: superando o mito da ideia**. Brasília: IPEA, 2019.p. 179-194. <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9330>.

ANTUNES, J. L. F. *et al.* A saúde bucal na agenda de prioridades em saúde pública. **Rev. Saúde Pública** [online], São Paulo, v. 50, n. 57, Sep. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050007093>.

BALDANI, M. H. *et al.* Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 145-162. Sep. 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s110>.

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. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 599, de 23 de março 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. Brasília, DF, 2006. **Diário Oficial da União**. n. 58, p. 51-52, 24 mar. Brasil, 2006a. Seção 1. Acesso em: 14 fev. 2019. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 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**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 112. Acesso em: 14 fev. 2019. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.341/GM, de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 126, p. 74, 2 jul. 2012. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasil Sorridente **Passo a Passo das Ações do Brasil Sorridente**. Brasília: MS, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_a_passo_ceo.pdf. Acesso em 14 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). **Manual Instrutivo 2º Ciclo (2015 – 2016)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_PMAQ_CEO_2_ciclo.pdf Acesso em 10 out. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (Pmaq-CEO): manual instrutivo 2º Ciclo (2015-2017)**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 43 p. Acesso em 10 out. 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_pmaqceo_preliminar.pdf.

CABRAL, D. C. R.; FLÓRIO, F. M.; ZANIN, L. Análise do desempenho dos centros de especialidades odontológicas da região sudeste brasileira. **Cad. saúde colet.**, [online], Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 241-247. 2019. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201900020205>.

CADASTRONACIONALDEESTABELECIMENTOSDESAÚDE(CNES). **Consulta Estabelecimento – Identificação**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>

Acesso em: 14 out. 2019.

CARRER, F. C. A. *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): a maior política pública de saúde bucal do mundo. In: SILVA, D. P.; GABRIEL, M.; GALANTE, M. L.(orgs.). **SUS e Saúde Bucal no Brasil - Por um Futuro com Motivos para Sorrir**. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019, p. 23-31. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/2019/01/SUS-e-a-Sa%C3%BAde-Bucal-no-Brasil.pdf>.

CASOTTI, E.; CONTARATO, P. C.; FONSECA, A. B. M.; BORGES, P. K. O.; BALDANI, M. H. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 140-157, Out. 2014. <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0140.pdf>.

CORTELLAZZI, K.L. *et al.* Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** v. 17, n. 4, p. 978-988, out-dez. 2014. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400040015>.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). **Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php> Acesso em: 14 out. 2019.

ESTERY, L. *et al.* Implementation of dental specialty centers: a descriptive analysis of the current status in the Brazilian territory. **An. Acad. Bras. Ciênc.**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 4, p. 2843-2850, oct./dec. 2017. <https://www.scielo.br/pdf/aabc/v89n4/0001-3765-aabc-201720160834.pdf>.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-267, Fev. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200004>.

FIGUEIREDO, N; GOES, P. S. A; MARTELLI, P. J. L. (orgs.) **Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais**. Recife: Editora UFPE, 2016. 100 p. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/RELAT%C3%93RIO_1%C2%BA+Ciclo+-+PMAQ_CEO.pdf/fede7926-f16e-4c6e-81ab-320ad01b30b5.

HERKRATH F. J. *et al.* Atenção secundária em saúde bucal no Brasil: distribuição da oferta e sua influência na acessibilidade e equidade. In: FIGUEIREDO, N; GOES, P. S. A; MARTELLI, P. (org). **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, 2016. p. 37-48. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7.

HERKRATH, F. J. *et al.* Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sócio demográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. **Saúde debate** [online], Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 148-58, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000100017>.

GOES, P. S. A.; MOYSÉS, S. L. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012. 248p.

GOES, P.S.A.; FIGUEIREDO, N.; NEVES, J.C.; SILVEIRA, F.M.M.; COSTA, J.F.R.; PUCCA JÚNIOR, G.A.; ROSALES, M.S. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 28, p. 81s-89s, 2012. Supl. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300009>.

GOES, P. S. A. *et al.* Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 18, n. 1, p. 1-11, e3433, 2018. <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3433/pdf>.

GONÇALVES, J.R.S.N.; DITTERICH, R.G.; GONÇALVES, R.N.; GAVINA, V.P.; SILVA, R.O.C.; GRAZIANI, G.F.; KUSMA, S.Z. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 432-438, oct./dec. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201800040429>.

GONÇALVES, J. R. S. N. *et al.* Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) como ponto de atenção na rede de saúde bucal no Paraná: uma análise dos resultados do PMAQ-CEO. In: DITTERICH, R. G.; GRAZIANI, G. F.; MOYSÉS, S. J. (Orgs.). **Caminhos e trajetórias da saúde bucal no estado do Paraná**. Londrina: INESCO, 2019. cap. 7, p. 197-212. http://www.inesco.org.br/publicacoes/livros/saude_bucal/#p=197.

LIMA, A.C.S.; CABRAL, E. D.; VASCONCELOS, M. M. V. B. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [online], Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 991-1002, maio 2010. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/21.pdf>.

LUVISON, I. R. *et al.* Interface Atenção Básica e Centros de Especialidades Odontológicas: que pontes existem? In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. (orgs.). **Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife, Editora UFPE, 2016. p. 154-166. https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_+PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7.

NARVAI, P.C. Avanços e Desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 5, n. 3, p. 21-34, 2011. <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1039/948>.

PINTO, M. H. B. *et al.* As redes de atenção à saúde bucal: o papel dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. (orgs.). **Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife, Editora UFPE, 2016.p. 221-233. https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_+PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7.

POSSAMAI, T. *et al.* Ações secundárias em saúde bucal: análise do centro de especialidades odontológicas de um município do interior do Paraná, Brasil. **Rev. APS**, v. 18, n. 3, p. 266-272, jul/set. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/issue/view/652>.

SANTANA, D. A.; SANTOS, L. P. S.; CARVALHO, F. S; CARVALHO, C. A. P. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia. **Cad. saúde colet.**, [online], Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 261-267. jul./set. 2015. <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n3/1414-462X-cadsc-1414-462X201400030122.pdf>.

SILVA, A. N. *et al.* A Importância das Ações de Gestão na organização do trabalho nos CEO. In: In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L.(orgs.). **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife- PE, 2016, p. 100-138. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_+PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7.

THOMAZ, E. B. A. F.; SOUSA, G. M. C.; QUEIROZ, R. C. S.; COIMBRA, L. C. Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, [online], Brasília, v. 25, n. 4, p. 807-818, out./dez. 2016. <https://www.scielo.br/pdf/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00807.pdf>.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, Jun. 2018. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1751.pdf>.

(ENTRE)LINHAS DE UMA AVALIAÇÃO DE SERVIÇO: A IMPORTÂNCIA DO DIÁRIO DE CAMPO

Rafaela Reis da Silva

Avaliadora / Universidade Federal de Minas Gerais

Mara Vasconcelos

Tutora-coordenadora estadual
Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

O diário de campo foi adotado durante a avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Centros de Especialidades Odontológicas, como um instrumento auxiliar à visita a campo. Durante dois meses realizamos visitas a vinte e três Centros de Especialidades Odontológicas, localizados em vinte municípios de Minas Gerais. Desse modo a partir da experiência de sua concepção e emprego em pesquisa na área da saúde e da odontologia, desenvolvida pela avaliação externa do programa em 2018, o objetivo, neste estudo foi descrever o uso e potencialidade do diário de campo em pesquisa de avaliação de serviço em saúde, tomando-o como um exercício tecnológico na prática avaliativa. O estudo foi aprovado (CAAE: 3458213.0.0000.5208). A análise documental somada a análise de unidades de significado, permitiu discussão a partir de quatro temas: "Receptividade do avaliador do PMAQ-CEO", "(Des)Organização da equipe de trabalho", "Localização do Centro de Especialidades Odontológicas" e "Comprometimento e conhecimento do gestor do Centro de Especialidades Odontológicas". Um avaliador externo torna-se cronista da história ao deixar nas entrelinhas do diário suas observações, questionamentos e angústias. A não realização do diário de campo nas pesquisas de avaliação de serviço *in loco* não permite mostrar a realidade experienciada. Por isso, a sua importância no somatório no momento de apresentar os dados de uma avaliação de serviço.

Palavras-chave: Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Diário. Pesquisa qualitativa. Pesquisa nos serviços de saúde.

ABSTRACT

The field diary was adopted during the external evaluation of the Program for Improving Access and Quality of Centers of Dental Specialties, as an auxiliary tool for the field visit. During two months we visited twenty-three Centers of Dental Specialties, located in twenty municipalities of Minas Gerais. Thus, based on the experience of its conception and use in research in the area of health and dentistry, developed by the external evaluation of the program in 2018, the objective in this study was to describe the use and potentiality of the field diary in research evaluating health service, taking it as a technological exercise in evaluative practice. The study was approved (CAAE: 3458213.0.0000.5208). The documentary analysis, together with the analysis of units of meaning, allowed discussion on four themes: "PMAQ-CEO evaluator's receptivity", "(Des) Organization of the work team", "Location of the Dental Specialties" and "Commitment and knowledge of the manager of the Dental Specialties Center". An external evaluator becomes a chronicler of the story by leaving between the diary between his observations, questions and anxieties. Failure to perform the field diary in on-site service evaluation surveys does not allow us to show the experienced reality. Therefore, its importance in the sum when presenting the data of a service evaluation.

Keyword: Health Services Research. Diary. Qualitative research. Health services research.

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), Brasil Sorridente, implantada em 2004, alcança nos âmbitos individual e coletivo, um conjunto de ações de promoção e prevenção de saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A PNSB tem como objetivo a inclusão social, melhoria das condições de saúde bucal da população e ampliação do acesso à assistência odontológica (GOES, 2012; MACHADO *et al.*, 2015).

Para sua estruturação foram elaborados seis eixos:

Quadro 1 - Eixos da Política Nacional de Saúde bucal (BRASIL, 2004b)

Eixos da PNSB	1. Reorganização da atenção primária em saúde bucal.
	2. Ampliação e qualificação da atenção especializada.
	3. Promoção e prevenção.
	4. Reestruturação e qualificação.
	5. Vigilância, monitoria e avaliação.
	6. Assistência na atenção terciária.

O acesso à saúde bucal no Brasil era difícil e limitado, os poucos serviços ofertados pela rede pública faziam com que o principal tratamento ofertado fosse a exodontia. Isso fez com que as pessoas procurassem o atendimento odontológico em caso de dor (BRASIL, 2016). O Levantamento Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil) indicou que 13% dos adolescentes nunca havia ido ao dentista, 20% da população brasileira já tinha perdido os dentes e 45% dos brasileiros possuíam acesso regular a escova de dente (BRASIL, 2004a).

Para ampliação do atendimento odontológico na rede pública, adotaram-se medidas estabelecendo o atendimento odontológico da atenção primária nas Equipes de Saúde da Família e a qualificação e assistência da atenção secundária ocorreu com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que são estabelecimentos públicos de saúde, classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. Seu principal objetivo é ampliar o atendimento e melhorar as condições da saúde bucal da população. Para isso, reorganizou-se ações, articulando a rede de atenção primária à rede de serviços especializados (GOES, 2012; SPEZZIA; CARVALHEIRO; TRINDADE, 2015).

O CEO foi estruturado para ofertar minimamente, ações de diagnóstico bucal avançado, periodontia especializada, endodontia, cirurgia oral menor dos tecidos moles e atendimento a pacientes com necessidades especiais. Outros atendimentos podem ser disponibilizados como reabilitação protética, tratamento ortodôntico, e implantes dentários em conformidade com a demanda da população. Conforme os recursos físico-estruturais eles 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). O número de profissionais é variável em função do tipo do CEO com horário de funcionamento de 40 horas semanais (BRASIL, 2006a).

Objetivando a melhoria do acesso e da qualidade do CEO, o Ministério da Saúde apresentou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Este programa foi instituído através da Portaria nº 261/GM/MS, de 21 de fevereiro de 2013, sendo produto de pactuação e negociação de três esferas de gestão do SUS.

Sua organização acontece em quatro fases que se complementam e conformam um ciclo contínuo de melhoria e de acesso dos CEOs:

Quadro 2 – Fases do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (BRASIL, 2013).

Etapas	Descrição das etapas
Adesão e contratualização	<p>Adesão é a indicação, pelos gestores municipais do quantitativo de CEOs que participarão do Programa, por meio do sistema do PMAQ.</p> <p>Durante a contratualização são firmados compromissos entre as equipes dos CEOs e os gestores estaduais, do Distrito Federal e municipais, e desses com o Ministério da Saúde, em um processo que envolve pactuação regional, estadual e a participação do controle social.</p>
Desenvolvimento	<p>Esta fase consiste no desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pela equipe do CEO, pelas gestões Estaduais, Municipais, do Distrito Federal e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão e do serviço especializado de saúde bucal que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade no CEO. A fase de Desenvolvimento está organizada em quatro dimensões: 1 – Autoavaliação; 2 – Monitoramento; 3 – Educação Permanente; e 4 – Apoio Institucional.</p>
Avaliação externa	<p>Esta fase é realizada pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal/Departamento de Atenção Básica em parceria com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP). Ao contratualizar o PMAQ-CEO, o gestor assume sua participação na avaliação externa, sem a necessidade de formalizar a solicitação. Nessa etapa, um grupo de avaliadores da qualidade, selecionados e capacitados pelas IEP, irão aplicar instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelos profissionais e pela gestão. Serão realizadas observações de infraestrutura do CEO, entrevista com o Gerente do CEO, com um cirurgião-dentista do CEO, com usuários e verificação de documentos.</p>
Recontratualização	<p>Ocorre após a certificação do CEO baseada na avaliação de desempenho de cada serviço, uma nova contratualização de indicadores e compromissos deverá ser realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo Programa.</p>

A avaliação externa permite o avaliador ir a campo (*in loco*) nos CEOs para verificar os padrões de acesso e qualidade alcançados pelos profissionais e pela gestão. Para isso, é necessário realizar observações relacionadas às características estruturais e ambientais; disponibilidade de equipamentos, materiais, insumos, instrumentais, assim como elementos relacionados a organização do processo de trabalho. Os dados são coletados através um aplicativo no *tablet* divididos em três módulos, seguida das anotações no diário de campo sobre a viagem e possíveis intercorrências (BRASIL, 2017).

Dentro da ideia da pesquisa de campo, destacamos o uso do diário de campo. Este é um instrumento de ofício do antropólogo, mas que foi apropriado por outros profissionais e que vem sendo utilizado em estudos de saúde que empregam a pesquisa qualitativa (ARAÚJO *et al.*, 2013; MINAYO, 2001). O diário de campo permite o pesquisador registrar e analisar suas impressões e experiências relacionadas aos eventos observados. Esse é um instrumento que ao qual recorremos a qualquer momento do estudo que estamos realizando. Ele, na verdade é um “amigo silencioso” que não pode ser subestimado quanto à sua importância. O diário de campo é intransferível e permite o pesquisador colocar suas angústias, percepções, questionamentos e informações que não são obtidas através da utilização de outras técnicas. (MINAYO, 2001).

Em Minas Gerais são 98 CEOs no 2º ciclo do PMAQ-CEO, sendo 23 distribuídos na região Central e Centro-Oeste. Estes representam 1/4 do número de unidades no estado, é um número significativo que contribuiu para magnitude deste trabalho. Os 23 CEOs estão localizados respectivamente em Belo Horizonte (3), Betim (1), Brumadinho (1), Conselheiro Lafaiete (1), Congonhas (1), Contagem (1), Esmeraldas (1), Ibirité (1), Itabira (1), Itabirito (1), João Monlevade (1), Lagoa Santa (1), Nova Lima (1), Ouro Branco (1), Pedro Leopoldo (1), Ribeirão das Neves (1), Sabará (1), Sarzedo (1), Sete Lagoas (1), Vespasiano (1) e Itaúna (1).

Desse modo a partir da experiência de sua concepção e emprego em pesquisa na área da saúde e da odontologia, desenvolvida pela avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-CEO em 2018, o objetivo deste estudo foi descrever o uso e potencialidade do diário de campo em pesquisa de avaliação de serviço em saúde, tomando-o como um exercício tecnológico na prática avaliativa.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, a partir da análise do diário de campo do 2º ciclo do PMAQ-CEO. A pesquisa qualitativa permite melhor compreensão e explicação dinâmica das relações sociais, possibilitando o pesquisador uma maior apropriação e aproximação dos resultados (MINAYO, 2012).

O objeto de estudo foi o diário de campo de pesquisa desenvolvido pela avaliadora mediante as visitas a campo (*in loco*) de 23 CEOs em 20 municípios de Minas Gerais. Essas visitas aconteceram no contexto da Avaliação Externa do PMAQ-CEO. O objetivo desta avaliação foi verificar *in loco* um conjunto de padrões de qualidade de estrutura e processo de trabalho dos CEOs. Os avaliadores receberam uma espécie de roteiro, chamado de diário de campo, que contemplou questões específicas da avaliação como número de entrevistas, hospedagem, deslocamento, fun-

cionamento do *tablet*, acesso à internet, as condições da via e tirar fotos. Paralelo a este roteiro, foi desenvolvido por conta própria um diário de campo como instrumento para os registros sobre as viagens, as impressões pessoais *in loco* e desabafos.

Entre os meses de outubro a dezembro de 2018 foram visitados 20 municípios de Minas Gerais das regiões Central e Centro-Oeste (Figura 1). O preparo para entrada a campo aconteceu no dia 09/10/2018, sendo encaminhado e-mail aos responsáveis dos 23 CEOs informado o dia da visita e quais documentos deveriam ser separados para avaliação. A chegada a campo acontecia pela manhã, por volta das 07 horas, seguida da apresentação à gerente da unidade, mediante entrega e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Figura 1: Regiões de Planejamento de Minas Gerais.



Foi realizada uma análise das informações produzidas antes de ir a campo com intuito de conhecer cada região (Quadro 3). A construção dos trajetos foi realizada a partir de uma pesquisa no Google Maps para traçar a rota de cada viagem. O ponto de partida para as viagens foi a região do Barreiro-BH. Após esse trabalho foi realizada uma pesquisa dos municípios no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e extraídos os dados da população estimada de cada um (IBGE, 2019).

Quadro 3 - Dados dos municípios

Município	População estimada 2019	Tipo de CEO	Distância	Região de MG
Belo Horizonte	2.512.070 pessoas	Berreiro II Centro-Sul II Venda Nova III	5 km 21 km 29 km	Central
Betim	439.340 pessoas	II	27 km	Central
Brumadinho	40.103 pessoas	I	37 km	Central
Conselheiro Lafaiete	128.589 pessoas	II	101 km	Central
Congonhas	54.762 pessoas	II	82 km	Central
Contagem	663.855 pessoas	II	18 km	Central
Esmeraldas	70.552 pessoas	I	58 km	Central
Ibirité	180.204 pessoas	I	10 km	Central
Itabira	120.060 pessoas	II	124 km	Central
Itaúna	93.214 pessoas	II	75 km	Centro-Oeste
João Monlevade	79.910 pessoas	II	132 km	Central
Lagoa Santa	64.527 pessoas	I	59 km	Central
Nova Lima	94.889 pessoas	II	30 km	Central
Ouro Branco	4.812 pessoas	I	103 km	Central
Pedro Leopoldo	64.258 pessoas	II	60 km	Central
Ribeirão das Neves	334.858 pessoas	I	37 km	Central
Sabará	136.344 pessoas	II	42 km	Central
Sarzedo	32.752 pessoas	I	16 km	Central
Sete Lagoas	239.639 pessoas	II	78 km	Central
Vespasiano	127.601 pessoas	II	48 km	Central

Fonte: Elaboração própria.

Minas Gerais – IBGE – Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/> Acesso em: 01 nov. 2019 Google Maps. Disponível em: <https://www.google.com.br/maps/dir///@-19.9775055,-44.0215121,17z> Acesso em: 01 nov. 2019.

Para organizar e analisar os dados foi realizada uma leitura exaustiva e criteriosa do conteúdo do diário de campo, evidenciando-se as unidades de significado (Quadro 4). Tais unidades de significado foram reagrupadas com esforço de identificação dos internos do sentido e coerência para cada uma. Assim, explicitamos quatro temas que discutiremos na análise (Quadro 5). Foi realizada análise de conteúdo de acordo com Granaheim & Lundman (2004).

Quadro 4 – Unidades de significado

Unidades de significado	Receptividade.
	Organização/Desorganização
	Localização.
	Comprometimento.
	Formação.
	Gerência.
	Documentos.

Quadro 5 – Temas que emergiram a partir das unidades de significado

TEMA 1	Receptividade do avaliador do PMAQ-CEO.
TEMA 2	(Des) Organização da equipe de trabalho.
TEMA 3	Localização do Centro de Especialidades Odontológicas.
TEMA 4	Comprometimento e conhecimento do gestor do Centro de Especialidades Odontológicas.

Como forma de garantir o sigilo e o anonimato dos CEOs após a organização dos dados, cada diário de campo foi representado por números arábicos de um a 23, que para melhor ilustrar as experiências relatadas tiveram fragmentos de seu diário de campo descritos nesse estudo. Os fragmentos foram designados como notas do diário de campo, e um número – por exemplo Notas de diário de campo 1.

Para o referencial teórico utilizou-se a ideias de Malinowski (1980), onde o avaliador assume o papel de cronista e historiador durante a coleta dos dados no momento de registrar sua percepção no diário de campo. A escrita do diário de campo torna-se um documento a partir de sua releitura, o que remete à memória resgatando os momentos vividos no campo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco - Centro de Ciências da Saúde UFPE, registrado na Plataforma Brasil (CAAE: 3458213.0.0000.5208). A pesquisa cumpriu com os postulados éticos e exigências científicas fundamentais, preconizados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, conforme Parecer Consubstanciado.

3 RESULTADOS/ DISCUSSÃO

Para dar a conhecer o leitor a amplitude do conteúdo sobre o qual debruçamos, faremos a explicitação das categorias a seguir, do modo de concepção do estudo e compreensão dos dados da pesquisa. O modo de organização do trabalho do avaliador externo é tanto o elemento de mostrar a importância do uso do diário de campo na prática avaliativa.

3.1 RECEPTIVIDADE DO AVALIADOR DO PMAQ-CEO

As primeiras anotações de cada diário de campo foram sobre a receptividade nos CEOs, assim foi possível descrever a percepção sobre os contatos iniciais em receptividade positiva (Ótima e Boa) e receptividade negativa. A palavra receptivo é um adjetivo, cujo significado é que recebe ou sabe receber, compreensivo (FERREIRA, 2010). Nos serviços de saúde a receptividade é descrita como acolhimento e empatia. Acolher é dar acolhida, aceitar, dar crédito, atender, receber. O acolhimento nos serviços de saúde como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, ações de aproximação, um “estar com”, ou seja, uma atitude de inclusão. Então o acolhimento está presente em todas as relações da vida e encontros que fazemos na vida, mesmo quando pouco cuidamos dele (BRASIL, 2006 b). Nesse sentido, as notas do diário de campo exemplificam a receptividade no olhar do avaliador externo:

“Ótima receptividade, estavam preparados para me receber.” (Notas diário de campo 1).

“Tive ótima receptividade [...] a coordenadora de saúde bucal foi a unidade para me conhecer.” (Notas diário de campo 2).

“...fui bem recebida, foi preparado um lanche para me receber.” (Notas diário de campo 7).

O diário de campo se encaixa neste trabalho a partir da necessidade da observação das características do espaço para melhor se compreenderem as condições e situações de trabalho de cada CEO. Então, ele segue contornos mais detalhados da observação feita em campo (OLIVEIRA *et al.*, 2013). A pesquisa de campo na fase da avaliação externa do PMAQ-CEO é desafiadora, por mais que as equipes estejam aguardando este momento algumas unidades não estavam preparadas para receber o avaliador. Ao deparar com esta situação surgiu um sentimento de impotência. Muitas vezes a saída é algo simples, mas neste caso não foi possível porque independentemente da situação a avaliação teve que acontecer. O contexto da falta de receptividade pode ser observada nas seguintes notas:

“Não tive boa receptividade. A gerente não queria fazer a avaliação porque não tem nenhum documento. Disseram que tentaram falar várias vezes [...] e não conseguiram. [...] A gerente trabalha só de manhã e achou ruim que teria que ficar à tarde para me acompanhar.” (Notas diário de campo 11).

“Não tive boa receptividade, a gerente não estava na unidade, tiveram que ligar para avisá-la que havia chegado.” (Notas diário de campo 5).

Nessa perspectiva, na pesquisa qualitativa em saúde de construção do diário de campo, o avaliador assumiu o papel de cronista das histórias escritas. Ele desempenha um importante papel por ser uma extensão do programa. Suas notas apresentam uma riqueza de detalhes que os dados quantitativos não conseguem apreender. Podemos sugerir que a neutralidade do pesquisador não existiu, pois houve a necessidade de envolvimento ao descrever sua percepção no momento da chegada na unidade. Por isso, a importância desse instrumento nas pesquisas de avaliação de serviço em saúde, que permite mostrar a realidade vivenciada no cotidiano da avaliação.

3.2 (DES) ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Ao entrar em contato com alguns CEOs, o avaliador se confrontou inicialmente com a situação bem diferente do que esperava encontrar. Sentia-se constrangido e impactado frente às situações da forma de trabalho de algumas unidades. A visão da desorganização estrutural da equipe de trabalho, o não cumprimento do horário de atendimento e o não (re)conhecimento dos direitos dos usuários, suscitaram, em alguns momentos sensação de estranhamento e tristeza. Podemos observar pequenas notas que mostram um olhar mais atento do avaliar para estas questões:

“Há uma desorganização na recepção [...]. Há uma reclamação quanto aos horários de atendimento. Todos são marcados no mesmo horário, tem atraso de mais de uma hora para atender. Os pacientes reclamam de não ter atendimento por falta de lâmpada, sugador estragado, compressor e RX não funcionam, não encontrar ficha clínica. Os funcionários são dispersos, há muita conversa externa e risadas.” (Notas diário de campo 3).

“Pacientes esperam muito pelo funcionário na recepção [...].” (Notas diário de campo 2).

“Os pacientes não passam pela UBS para serem atendidos, tem fila de espera e o atendimento é por ordem de chegada.” (Notas diário de campo 21).

“Uma ASB ficou o dia todo sem trabalhar, sentada na cadeira odontológica da sala de RX.” (Notas diário de campo 5).

O trabalho é o motor de todos os processos sociais, a categoria chave para as relações sociais de produção e para compreensão do homem (MARX, 2016). A organização do espaço e da equipe de trabalho é imprescindível para o bom funcionamento dos serviços de saúde. Utilizamos como instrumento de produção de dados nos serviços de saúde atas das reuniões, avaliação da equipe, ouvidoria, educação continuada e documentos das políticas públicas que regem os programas. Uma das etapas da avaliação externa é a verificação de alguns documentos. Estes documentos deveriam ser apresentados pelo profissional entrevistado durante o Módulo II indicando

no referido documento os elementos que comprovam a questão, de maneira a facilitar o processo de verificação (BRASIL, 2017). Essa relação dos documentos foi encaminhada via e-mail a cada gestor previamente à data da visita com intuito de organização da mesma. No entanto, ao chegar em algumas unidades percebemos que este primeiro contato não havia feito diferença. Alguns gestores não sabiam onde estavam os documentos e outros não tinham os documentos:

“Não deixou nenhum documento separado. Não tinha todos os documentos, não tem a ata de contratualização.” (Notas diário de campo 14).

“Os documentos não foram separados, a avaliação do AMAQ não foi realizada. Ela nem sabe o que é isto!” (Notas diário de campo 5).

“Não foram apresentados os documentos, exceto os prontuários, pois estavam na unidade.” (Notas diário de campo 21).

Toda organização, pessoa ou família necessitam de documentos para registrar bem como comprovar suas atividades e existência. A palavra documento vem do Latim *Documentum* “demonstração, prova, lição” e, posteriormente, evoluiu para “instrumento oficial escrito”, de *Docere* “ensinar, mostrar”. Sendo assim, o documento é produzido para como resultado de uma atividade, com registro de informações e ações de todas as administrações (MERLO; KONRAD, 2015).

O próximo campo de identificação foram as unidades que se prepararam para avaliação. Destaca-se a responsabilidade e comprometimento dos gestores diante do avaliador. Apresentação de todos os documentos, atas bem preenchidas, organização das pastas, entrosamento e dinâmica da equipe foram pontos positivos que mereceram ser destacadas nas linhas do diário de campo:

“Apresentou todos as documentações, estavam todos separados, tem uma ata só do PMAQ, pastas separadas para AMAQ e PMAQ. Super organizados, equipe de trabalho entrosada e dinâmica.” (Notas diário de campo 6).

“Foram separados e apresentados todos os documentos na ordem.” (Notas diário de campo 7).

“...foram apresentados todos os documentos, exceto a contratualização assinada.” (Notas diário de campo 12).

Cada registro de observação neste contexto foi, então, feito para um melhor entendimento do processo de organização das equipes de trabalho de cada unidade. A releitura desse documento remeteu a memória de cada visita resgatando o momento da apresentação dos documentos, o cuidado do gestor em fornecer as informações, dinâmica da equipe de trabalho, a localização da unidade, dentre outros. O diário de campo permitiu este resgate dos momentos vividos em campo (MALINOWSKI, 1980).

3.3 LOCALIZAÇÃO DO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

A difícil acessibilidade devido à falta de identificação do CEO e a distância do centro da cidade foi algo que chamou a atenção do avaliador. A acessibilidade tem duas dimensões: geográfica e sócio organizacional. A primeira refere-se à distância e ao tempo de locomoção dos usuários para chegar aos serviços e segunda diz respeito a todas as características da oferta que podem facilitar ou dificultar a capacidade das pessoas no uso dos serviços (DONABEDIAN, 2003):

“O CEO é de difícil localização. Fui à prefeitura para obter informações e eles não sabiam onde ficava. É um complexo de Policlínica, CEO, Atenção básica e Laboratório. A referência que têm é de Policlínica. Não tem placa de identificação.” (Notas diário de campo 20).

“As placas não facilitam encontra o serviço.” (Notas diário de campo 22).

“Difícil localização [...]. Péssimas condições da entrada, escada a pique.” (Notas diário de campo 18).

A acessibilidade na dimensão geográfica inclui os custos da viagem, tempo de locomoção, condições do percurso, dentre outros (DONABEDIAN, 2003). Em alguns municípios o CEO é bem localizado, com placas de identificação, geograficamente a área que está inserido favorece a acessibilidade. No entanto, em alguns municípios a distância e o tempo de locomoção para chegar ao serviço foi visto como um grande dificultador para pessoas que estejam passando por dificuldade financeira e/ou portadores de necessidades especiais. Nesse contexto podemos ilustrar a acessibilidade:

“Tem ótima localização [...] está no centro da cidade...” (Notas diário de campo 19).

“Bem localizado, tem placa de identificação.” (Notas diário de campo 2).

“A localização da unidade fica distante do centro da cidade, a acessibilidade fica difícil porque tem que subir um morro, a entrada da unidade é numa via lateral à avenida principal e não há identificação neste local.” (Notas diário de campo 4).

“A unidade é bem localizada porque fica no centro, porém o deslocamento é difícil porque o usuário necessita de transporte público ou carro.” (Notas diário de campo 13).

Em um determinado momento, foram tiradas fotos das unidades do CEO, da estrutura física, dos consultórios odontológicos, da localização e das belezas do município. Após as visitas, como que num ritual, após descarregar as imagens no computador, as mesmas eram vistas com outro olhar na tentativa de encontrar ligações com as anotações do diário de campo. A releitura desses documentos em consonância com as imagens apontou que as impressões ali registradas eram de fato os eventos observados.

3.4 COMPROMETIMENTO E CONHECIMENTO DO GESTOR DO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

Ao chegar a campo chamou a atenção a falta de comprometimento por parte de gestores de alguns CEOs. Situação esta que gerou constrangimento ao avaliador frente a seu papel naquele momento como representante do Ministério da Saúde. Como pode ser visto na anotação abaixo, o diário de campo permitiu analisar a falta de comprometimento do gestor com o programa:

“...a gerente não compareceu à unidade, pediu um cirurgião-dentista para me receber. Tentaram vários contatos com a gerente, veio a informação que estava em um curso. A avaliação não foi realizada devido sua ausência.” (Notas diário de campo 23).

A questão da falta de conhecimento sobre o programa e suas etapas, foram nítidas em algumas unidades. O trabalho do gestor em algumas unidades é desempenhado por mão de obra sem qualificação e em outros. Após adesão ao PMAQ-CEO o gestor é responsável por realizar reuniões e avaliações com a equipe de trabalho para entender o funcionamento e etapas do programa. Esses encontros devem ser registrados em atas, sendo este um dos documentos solicitados durante a avaliação (BRASIL, 2013). Diante disso, surgiram questionamentos para esta percepção: Como ser gestor do CEO sem ter conhecimento sobre a atenção secundária? As notas a seguir exemplificam esta inquietude:

“O gerente é cargo comissionado [...] não sabia nada de PMAQ e AMAQ. Há uma desorganização do serviço, não são realizadas avaliações com a equipe.” (Notas diário de campo 21).

“O gerente é cargo comissionado, não tem formação nenhuma, não entende nada do CEO, como deve ser referenciado os pacientes, a marcação é no local, os profissionais trabalham da maneira que querem.” (Notas diário de campo 14).

Cabe ressaltar, o registro no diário de campo dos CEOs que são geridos por profissionais da saúde e que aparentam desempenhar um bom papel como gestor. Neste contexto sugere-se uma melhor organização da equipe de trabalho e fluidez do serviço. Ser gestor não é ficar na unidade baseando-se nos saberes das profissões, gerir com um olhar para o diálogo entre equipe e comunidade desempenhando uma gestão participativa (BRASIL, 2010):

“A gerente é enfermeira, trabalha no CEO há 6 anos, ela tem uma visão diferente, tem um olhar humano para o atendimento aos usuários e funcionários, entende de gestão e o serviço é organizado.” (Notas diário de campo 1).

“Gerente é TSB e coordenadora do atendimento hospitalar. Ela fica na secretaria de saúde, tem conhecimento de gestão, entende toda organização do serviço.” (Notas diário de campo 22).

O uso do diário de campo não se restringe somente ao fato de dados empíricos, ele possibilita a reflexão de que diferentes verdades experienciada à campo sejam analisadas. Não há somente um ponto de vista, pois os registros permitem que sejam expressas aquilo que é imediato, trazendo novas formas de entender a mesma situação (FREITAS; PEREIRA, 2018). As entrelinhas do diário de campo permitem sugerir que não basta ter formação na área saúde para gerir o CEO. Na verdade, esse tipo de organização que é composto por categorias da saúde que baseiam-se nos saberes técnicos da profissão e não nos objetivos comuns sem ter conhecimento sobre saúde pública o pode acarretar na falta de motivação da equipe de trabalho. Por isso, é necessário conhecer as formas de atenção à saúde, o processo de avaliação do serviço, entender as políticas de saúde e ter uma gestão participativa (BRASIL, 2010). Nesse sentido destaca-se algumas notas do diário de campo:

“...é cargo comissionado [...] É cirurgião-dentista, mas não entende nada de gestão.” (Notas diário de campo 3).

“O coordenador de saúde bucal é cirurgião-dentista, mas não sabia nada de AMAQ e PMAQ-CEO. Eu fiquei constrangida ao explicá-lo.” (Notas diário de campo 14).

Em síntese, a releitura do diário de campo permitiu a compreensão da importância de uma gestão participativa para o melhor funcionamento dos serviços de saúde. O gestor tem que assumir o papel de responsabilidades desde a estrutura física da unidade, passando pela integração e acompanhamento das equipes de trabalho, até o monitoramentos dos indicadores e metas pactuadas; e envolver os usuários no processo de produção de saúde. As decisões não podem ocorrer de forma desordenada. Ele, deve basear em um processo sistematizado, que demanda estudo do problema a partir do levantamento de dados, desenvolvimento de propostas, soluções, dentre outros (PAIVA *et al.*, 2018).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diário de campo foi utilizado como tecnologia na avaliação externa do PMAQ-CEO para que o avaliador pudesse descrever suas experiências e observações como estratégias metodológicas da pesquisa. Ele, demonstra por meio de uma descrição meticulosa a percepção do avaliador em campo. A cada página observamos a riqueza dos detalhes que este instrumento apresenta e que a pesquisa quantitativa não consegue captar.

Um avaliador externo torna-se cronista da história ao deixar nas entrelinhas do diário suas observações, questionamentos e angústias. A sua releitura permitiu o resgate dos momentos vividos a campo. E cada vez que tais páginas dos 23 diários de campo foram abertas, surgiram pensamentos de quão importante foi realizar estes registros. A não realização do diário de campo nas pesquisas de avaliação de serviço *in loco* não permite mostrar a realidade experienciada. Por isso, a sua importância no somatório das apresentações dos dados de uma avaliação de serviço.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, L. F. S. *et al.* Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 15, n.3, p. 53-61, jul./set. 2013. <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/6326/4660>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília, 2004. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf.
- 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. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 599, de 23 de março 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. Brasília, DF, 2006. **Diário Oficial da União**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1. ed. 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf.
- BRASIL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_ceo.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: DF; 2016. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/acoes_politica_saude_bucal.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. . In: (Org.). **Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_ceo.pdf.
- DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, 2003.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário da língua portuguesa**. 5ª. ed. Curitiba: Positivo, 2010. 2222 p. ISBN 978-85-385-4198-1.
- FREITAS, M.; PEREIRA, E. R. O diário de campo e suas possibilidades. **Quaderns de Psicologia**, v. 20, n. 3, p. 235-244, 2018. <https://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/v20-n3-freitas-pereira/1461-pdf-pt>.
- GRANEHEIM, U H.; LUNDMAN, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. **Nurse Educ Today**, v. 24, n. 2, p. 105-112. Feb.2004. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691703001515>.

GOES, P. S. A. *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 28, p. 81s-89s, 2012. Supl. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300009>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf.

MACHADO, F. C. A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. A. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1149-1163, Abr. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n4/pt_1413-8123-csc-20-04-01149.pdf.

MALINOWSKI, B. Objeto, Método e Alcance desta Pesquisa. GUIMARÃES, A. Z. **Desvendando máscaras Sociais**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, p.39-62, 1980.

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Edipro, 3ª ed., 3. reimp. 2016

MERLO, F.; KONRAD, G. V. R. Documento, história e memória: a importância da preservação do patrimônio documental para o acesso à informação. **Inf. Inf.**, Londrina, v. 20, n. 1, p. 26 - 42, jan./abr. 2015. http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/viewFile/18705/pdf_43.

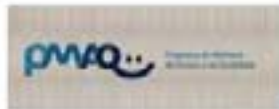
MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, p. 63-64, 2001. <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, Mar. 2012. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>.

OLIVEIRA, F. G. V. C. *et al.* A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Comunicação Saúde Educação, **Interface (Botucatu)** [online], v. 17, n. 44, p. 201-209, jan./mar. 2013. <https://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/aop0213.pdf>.

PAIVA, R. A. *et al.* O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de literatura. **Rev Med Minas Gerais**, v.28, n. 5, p.181-184, Jan. 2018. https://www.researchgate.net/publication/330376982_O_papel_do_gestor_de_servicos_de_saude_revisao_de_literatura.

SPEZZIA, S.; CARVALHEIRO, E. M.; TRINDADE, L. L. Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 1-2, p.109-113, jan.;jun. 2015. <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v72n1-2/a21v72n1-2.pdf>.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – GERENTE / PROFISSIONAL DO CEO

Convidamos o (a) Sr. (a) a participar, como voluntário (a) da pesquisa intitulada *Avaliação externa: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade das Centrais de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO)*, que está sob responsabilidade do pesquisador PAULO SÁVIO ANGEIRAS DE GOES, residente a Estrada do Arraial, 3085/404-Tamaraireira/Recife, PE, CEP: 52051-380, telefone: (81) 99175-5763, e-mail: paulosaviogoes@gmail.com, para contato com pesquisador responsável (inclusive ligações a cobrar)

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubricar as folhas e assinar no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr.(a) não será penalizado (a) de forma alguma. O (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

- A pesquisa tem como objetivo verificar *in loco* um conjunto de padrões de qualidade de estrutura e processo de trabalho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), no âmbito do PMAQ-CEO e sua participação consistirá em responder a entrevista através de questionário sobre a qualidade destes serviços, que terá duração em média de 30 minutos.
- O estudo poderá trazer risco de possível constrangimento para o senhor (a) frente a alguns questionamentos acerca da qualidade dos estabelecimentos de saúde investigados, no entanto, como será mantido absoluto sigilo, se minimiza tal risco, não gerando prejuízos para a atuação profissional ou para o usuário no serviço.
- Informamos que neste trabalho não há benefícios diretos, entretanto, como benefícios indiretos, as informações prestadas pelo (a) senhor (a) poderão contribuir ao processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelos CEO; envolver, mobilizar e responsabilizar todos os atores envolvidos num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção especializada em saúde bucal; desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados; e, estimular a efetiva mudança do modelo de atenção em saúde bucal, o desenvolvimento dos trabalhadores, melhoria nas condições de trabalho.
- Os resultados serão encaminhados aos gestores do Sistema de Saúde, o que também servirá de base para melhoria da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, estimular a efetiva mudança do modelo de atenção em saúde bucal, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos e publicações técnicas - científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. As informações obtidas estarão sob absoluto sigilo e serão armazenadas por no mínimo por 5 (cinco) anos, sob a guarda do pesquisador responsável, armazenado no Laboratório de Gestão da Informação de Saúde Bucal do Centro Colaborador de Vigilância em Saúde Bucal do Ministério da Saúde na Universidade Federal de Pernambuco (LABGISB/CECOL/MS-UFPE).

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de despesas). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura pesquisador

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar da pesquisa intitulada Avaliação de efetividade de uma ferramenta webbased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(s) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Prezamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do voluntário em participar. 102 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores:

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

PERFIL DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Ruann Oswaldo Carvalho da Silva

Avaliador Externo do PMAQ-CEO 2º Ciclo
Doutorando em Políticas Públicas
Universidade Federal do Paraná.

Rafael Gomes Ditterich

Avaliador Externo do PMAQ-CEO 2º Ciclo
Professor do Departamento de Saúde Coletiva
Universidade Federal do Paraná.

Juliana Schaia Rocha

Professora Assistente
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Escola de Ciências da Vida.

Fernando Neves Hugo

Professor Associado
Departamento de Odontologia Preventiva e Social
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Samuel Jorge Moysés

Coordenador Estadual do PMAQ-CEO 2º Ciclo
Professor Titular da Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Professor Adjunto da Universidade Federal do Paraná

1 INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são formas organizativas de ações e serviços de saúde, de diferentes níveis tecnológicos que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010; CABRAL *et al.*, 2019). Também permitem ofertar uma atenção contínua, integral, digna e humanizada à população (LINO *et al.*, 2014; ANTUNES *et al.*, 2016).

No cenário brasileiro, a saúde bucal está entre as três razões de maior demanda por cuidados à saúde (ANTUNES *et al.*, 2016; GONÇALVES *et al.*, 2018). A importância das doenças bucais e o seu impacto na morbidade global e na associação com doenças sistêmicas, os custos relacionados ao tratamento e a possibilidade de aplicar medidas eficazes de promoção e prevenção têm gerado impacto nas políticas públicas (GONÇALVES *et al.*, 2018; OMS, 2013; CAMURÇA *et al.*, 2013; CARDOZO *et al.*, 2016).

Para um adequado funcionamento de um sistema de saúde, seja ele qual for, é necessária a oferta de serviços em todos os níveis de atenção à saúde (CABRAL *et al.*, 2019; LINO *et al.*, 2014) (alta, média e baixa complexidade), no entanto, o alcance da integralidade tem sido um grande desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) (CORTELLAZZI *et al.*, 2014).

No ano de 2003, o Ministério da Saúde, visando diminuir os problemas de saúde bucal da população, lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que apresenta uma série de medidas com o intuito de garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população (GONÇALVES *et al.*, 2018; BALBINO, 2011; BRASIL, 2016). A criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) que compõem o desenho da Rede de Atenção em Saúde Bucal teve o intuito de ampliar e qualificar a atenção especializada em saúde bucal, contribuindo com a integralidade da assistência (CABRAL *et al.*, 2019).

Os CEOs são clínicas ou ambulatórios especializados que ofertam serviços de odontologia, de forma gratuita e assistida pelo SUS, à população, devendo realizar no mínimo procedimentos de diagnóstico bucal – com ênfase na detecção do câncer bucal –, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a pacientes com necessidades especiais (GONÇALVES *et al.*, 2018; BRASIL, 2012).

A Portaria/GM nº1464 de 24 de junho de 2011 estabelece o elenco mínimo de procedimentos que devem ser realizados nos CEOs, distribuídos por quatro subgrupos: Atenção Básica, Periodontia, Endodontia e Cirurgia, além de oficializar as normas para o registro desses procedimentos no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS (CABRAL *et al.*, 2019; BRASIL, 2011).

De acordo com a estrutura, o recurso de custeio e a implantação, os CEOs são categorizados em: tipo I (três cadeiras odontológicas); tipo II (quatro a seis cadeiras odontológicas); e tipo III (acima de sete cadeiras odontológicas). Independentemente do tipo, todos os CEOs devem ofertar, pelo menos, as cinco especialidades citadas anteriormente, e todas as cadeiras devem funcionar por 40 horas semanais (GONÇALVES *et al.*, 2018; BRASIL, 2015; BULGARELLI *et al.*, 2013).

Entre os requisitos mínimos para implantação dos CEOs, o município deverá possuir uma rede de atenção básica organizada, além de manter uma produção mínima mensal exigida na Portaria GM/MS nº 1.464, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011). No entanto, considerando o papel dos CEOs em reduzir as iniquidades de acesso aos serviços odontológicos especializados e, assim, propiciar reduções na morbidade em saúde bucal, esses serviços devem ser avaliados em prol da melhoria contínua do seu desempenho (MACHADO *et al.*, 2015).

A literatura mostra estudos que avaliaram os CEOs no Brasil (CABRAL *et al.*, 2019; GONÇALVES *et al.*, 2018; FIGUEIREDO *et al.*, 2009; GOES *et al.*, 2012; MAGALHÃES *et al.*, 2012; HERKRATH *et al.*, 2013; FREITAS *et al.*, 2016; LAROQUE *et al.*, 2015). Essas avaliações possuem importância como instrumento de gestão e planejamento para os municípios (GONÇALVES *et al.*, 2018). Por conseguinte, torna-se necessário avaliar o desempenho desses estabelecimentos de saúde, considerando os determinantes sociais, e, assim, estabelecer prioridades de atendimento e organização da demanda dos serviços odontológicos (GONÇALVES *et al.*, 2018; ANTUNES *et al.*, 2010).

Nessa lógica, o presente estudo teve por objetivo avaliar o perfil dos CEOs da 2ª Regional de Saúde do Paraná e analisar sua relação com os indicadores socioeconômicos dos municípios estudados.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo avaliativo do tipo relato de caso, com base em dados secundários, a partir da análise de dados obtidos da Avaliação Externa (AE) do 1º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Utilizaram-se apenas os dados referentes ao Módulo I—Observação no CEO: que objetivou avaliar as condições de estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos do estabelecimento.

A avaliação externa é uma das fases operacionais do PMAQ/CEO, que considera as ações em saúde no campo das práticas sociais. Têm suas bases conceituais, teóricas e metodológicas na abordagem do modelo sistêmico donabediano estrutura-processo-resultados e da qualidade em saúde. Operacionalmente, consistiu na coleta de informações para analisar a condições de acesso e qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que participam do Programa (GOES *et al.*, 2018), como a finalidade reconhecer e valorizar os esforços e resultados dos CEOs e do Conselho Estadual, Municipal e gestores do Distrito Federal na qualificação da Atenção Especializada em Saúde Bucal, para formular juízos de valor das Unidades de Saúde pesquisadas para decisões a serem tomadas (GOES *et al.*, 2018).

A amostra inicial era de 5 CEOs pertencentes aos municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná: Araucária, Colombo, Curitiba (com 2 CEOs) e São José dos Pinhais, porém os dados do município de Araucária não estão disponíveis para o módulo I, em específico, nos relatórios do PMAQ-CEO do 1º Ciclo.

O presente estudo incluiu os CEOs localizados nos municípios pertencentes à 2ª Regional de Saúde do Paraná e com dados disponíveis para consulta. E os CEOs sem os dados disponíveis de acordo com os resultados do 1º Ciclo do PMAQ-CEO foram excluídos do presente estudo.

O estudo foi realizado com dados de CEOs da 2ª Regional de Saúde do Paraná, totalizando 4 estabelecimentos de saúde. Ressalta-se que a amostra inicial prevista era de 5 estabelecimentos na pesquisa original, porém 1 (20%) foi excluído por se encontrar sem dados disponíveis para que o presente estudo pudesse avaliar.

Realizou-se coleta dos microdados do 1º ciclo da AE-PMAQ/CEO, mediante o acesso ao site do Departamento de Atenção Básica (DAB/SUS). As informações do Módulo I - Observação no CEO: que objetivou avaliar as condições de estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos do estabelecimento do Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas foram exportadas para o programa Microsoft Office Excel 2007 (Microsoft Corp., Estados Unidos).

O perfil dos CEOs se traduz pelas características dos serviços e do contexto obtidas da seguinte forma: o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) foi obtido através do Censo Demográfico de 2010, sendo extraído do Portal Cidades do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As variáveis tempo de implantação e Cobertura de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) foram extraídas do sítio eletrônico do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, no Histórico de Cobertura da Saúde da Família, referente a 2014.

Gonçalves *et al.* (2018) avaliaram o desempenho dos CEOs da 2ª Regional de saúde do Paraná. Com base nesse artigo é possível observar o Cumprimento Global de Metas (CGM) dos CEOs desses municípios (Tabela 1).

Tabela 1. Produção mínima mensal exigida para os diferentes tipos de Centros de Especialidades Odontológicas.

Procedimentos	Tipo I	Tipo II	Tipo III
Periodontia	60	90	150
Endodontia	35	60	95
Cirurgia	80	90	170

Fonte: Adaptado de Portaria GM/MS nº 1.464/2011; Gonçalves *et al.*, 2018.

Foram selecionadas as variáveis sociodemográficas relacionadas ao perfil do CEO selecionadas do Módulo I do Instrumento do PMAQ-CEO (Quadro 1).

Quadro 1 - Variáveis do CEO.

Variável	Descrição	Categorização
Tipo de CEO	Questão III. 3.1: Qual o tipo de CEO?	1-Tipo I 2-Tipo II 3-Tipo III
Quantidade de cadeiras odontológicas	Questão III. 3.2: Quantas?	Quantidade em Números
Qual a abrangência	Questão III. 3.3: Este CEO tem abrangência...	1-Municipal 2-Regional
Quantidade de cirurgiões-dentistas que atuam nas especialidades mínimas	Questão III. 3.4: Qual especialidade atua?	1-Cirurgia oral 2-Endodontia 3-Estomatologia 4-Pacientes com necessidades especiais 5-Periodontia
CEO localizado em Universidade/Faculdade	Questão III. 3.8: O CEO está localizado dentro de uma Universidade/Faculdade?	1-Sim 2-Não

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo.

A descrição e categorização das variáveis de adequação visual e acessibilidade estão dispostas no quadro 2.

Quadro 2- Variáveis de adequação visual e acessibilidade.

Variável	Descrição	Categorização
Em relação à adequação visual do CEO	Questão IV.	1-Sim
	3.1: O CEO possui placa de identificação para fachada, em conformidade com o Manual de Aplicação da Marca Brasil Sorridente?	2-Não
Nas dependências do CEO existe	Questão V.	1-Sim
	5.1.1: Corredores adaptados para cadeira de rodas?	2-Não
Nas dependências do CEO existe	Questão V.	1-Sim
	5.1.2: Portas adaptadas para passar cadeira de rodas?	2-Não
00Nas dependências do CEO existe	Questão V.	1-Sim
	5.1.3: Cadeira de rodas, em condições de uso, disponível para deslocamento do usuário?	2-Não
Nas dependências do CEO existe	Questão V.	1-Sim
	5.1.4: Rampa de acesso com corrimão?	2-Não

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo

A análise dos dados foi descritiva, com auxílio do programa estatístico Statistical Package for Social Sciences – SPSS versão 25.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). A análise descritiva foi apresentada em distribuição de frequências, proporções e medidas de tendência central. Os dados foram classificados de forma sistemática, com sumarização deles para avaliar as características gerais da população de estudo.

A avaliação do desempenho foi realizada por intermédio do indicador de CGM. Segundo Figueiredo e Goes (2009), esse indicador corresponde ao quociente resultante da média mensal de procedimentos realizados de cada subgrupo de especialidades odontológicas pelo número de procedimentos correspondente à meta desse subgrupo multiplicado por 100, conforme disposto na Equação 1 (Adaptado de Santana *et al.*, 2015).

Os parâmetros que determinam o CGM estão dispostos na Tabela 1. Considerou-se a meta atingida quando o cumprimento percentual para cada subgrupo de procedimentos odontológicos foi igual ou superior a 100%. Portanto, o desempenho dos serviços foi classificado em: desempenho ruim (CEOs que não atingiram nenhuma meta), desempenho regular (CEOs que cumpriram apenas uma meta), desempenho bom (CEOs que cumpriram duas metas) e desempenho ótimo (CEO que cumpriram as três metas) (FIGUEIREDO, GOÉS, 2009; SANTANA *et al.*, 2015). O presente

estudo utilizou o CGM do ano todo de 2014.

Equação 1. Indicador de Cumprimento Global de Metas (CGM)

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

FONTE: Gonçalves *et al.*, 2018; Santana *et al.*, 2015

Como nessa pesquisa foram utilizados dados secundários de domínio público disponibilizados pelo Ministério da Saúde, não sendo possível identificar os participantes, não houve a necessidade de registro e avaliação pelo Sistema CEP (Comitês de Ética em Pesquisa) / CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). Porém, a pesquisa original foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o registro nº 740.974 e CAAE 23458213.0.0000.5208.

3 RESULTADOS

Os CEOs analisados pelo presente estudos são do Tipo II e do Tipo III, possuem abrangência municipal apenas e nenhum se localiza em alguma instituição de ensino, seja universidade ou faculdade (Tabela 2).

Tabela 2 – Características dos CEOs 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

	Colombo	Curitiba (Rosário)	Curitiba (Sylvio)	São José dos Pinhais
Tipo de CEO	Tipo II	Tipo II	Tipo III	Tipo II
Quantidade de cadeiras odontológicas	4	10	10	6
Abrangência	Municipal	Municipal	Municipal	Municipal
Quantidade de cirurgiões-dentistas nas especialidades mínimas	9	12	14	11
Localizado em Universidade/ Faculdade	Não	Não	Não	Não

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo.

Em se tratando de infraestrutura e acessibilidade, todos os CEOs analisados possuem corredores e portas adaptados para cadeira de rodas, entretanto nem todos possuem identificação do CEO na fachada, como é o caso de ambos os CEOs do município de Curitiba (Tabela 3).

Tabela 3 – Infraestrutura e acessibilidade dos CEOs da 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

	Colombo	Curitiba (Rosário)	Curitiba (Sylvio)	São José dos Pinhais
O CEO possui placa de identificação	Sim	Não	Não	Sim
Corredores adaptados para cadeira de rodas	Sim	Sim	Sim	Sim
Portas adaptadas para passar cadeira de rodas	Sim	Sim	Sim	Sim
Cadeira de rodas, em condições de uso	Sim	Sim	Sim	Sim
Rampa de acesso com corrimão	Não	Não	Não	Não

Fonte: Elaboração própria com dados AE-PMAQ/CEO/SUS/1º Ciclo.

Dentre todas as unidades analisadas, apenas o CEO do município de Colombo não atingiu o CGM, o mesmo município também possui os piores indicadores socioeconômicos, como pode ser observado nas Tabelas 4 e 5, respectivamente.

Tabela 4 – Variáveis socioeconômicas e cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) na 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2018.

Município	População	Cobertura ESF	IDH	PIB <i>per capita</i>	Analfabetismo (%)
Colombo	234.941	131.100	0,733	759,81	27,74
Curitiba	1.893,997	814.200	0,823	1.802,45	11,45
São José dos Pinhais	302.759	138.000	0,758	961,31	20,35

Fonte: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico Social – IPARDES; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Departamento de Atenção Básica (DAB) e Gonçalves *et al.*, 2018.

Tabela 5 – Variáveis socioeconômicas e cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) na 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2018.

CEO	CGM (%)	Meta atingida	Classificação
Colombo	54,52	Não	Ruim
Curitiba	827,18	Sim	Ótima
São José dos Pinhais	185,03	Sim	Ótima

Fonte: Gonçalves *et al.*, 2018.

4 DISCUSSÃO

A avaliação dos serviços de saúde deve ser um processo contínuo, por isso necessita constante atualização, a fim de manter sua veracidade (GONÇALVES *et al.*, 2018). Para Silva *et al.* (2016), a proposta de custeio pela produtividade subverte a lógica da qualidade e se contrapõe à dinâmica de financiamento adotada pela atenção básica.

Uma das limitações que o presente estudo encontrou refere-se ao fato de que, o CEO do município de Araucária não possui dados sobre o módulo I da AE do 1º Ciclo do PMAQ-CEO. Uma outra limitação é que no SIA/SUS, não é apresentada a produção do município de Curitiba de forma separada, já que ele apresenta dois CEOs, isso pode gerar uma superestimação ou subestimação do real desempenho desses CEOs, dificultando o fornecimento de informações essenciais para gestores do município e as possíveis comparações com outras localidades.

Outra limitação, compartilhada por outros autores na literatura (MACHADO *et al.*, 2015; SANTANNA *et al.*, 2015; HERKRATH *et al.*, 2013) foi o uso de fontes secundárias, oriundas dos sistemas de informações do SUS, que pode resultar em estimativas enviesadas, consequente de erros de notificação. Porém, essas informações constituem uma importante fonte para o planejamento e a tomada de decisão pelos profissionais e gestores.

A avaliação do desempenho dos CEOs da 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná demonstrou que a maioria dos estabelecimentos conseguiu obter desempenho ótimo. Essa mesma realidade discorda de outros achados da literatura, nos quais foram avaliados os desempenhos dos CEOs em outras regiões do Brasil (CORTELLAZZI *et al.*, 2014; GOES *et al.*, 2012; HERKRATH *et al.*, 2013; SANTANNA *et al.*, 2015; THOMAZ *et al.*, 2016). Vale ressaltar que o município de Araucária ficou de fora do presente estudo, fato que talvez pudesse alterar os resultados.

Conforme diversos estudos observaram (GONÇALVES *et al.*, 2018; SPEZZIA *et al.*, 2015; PARK *et al.*, 2016; NEWACHECK *et al.*, 2003), as desigualdades socioeconômicas e geográficas influenciam as condições de saúde bucal. Bem como as questões de acessibilidade ao estabelecimento, tendo pelo menos acesso a cadeira de rodas (PINTO *et al.*, 2014). Portanto, tais fatores deveriam ser considerados quando se avalia o desempenho e perfil dos serviços de saúde, respectivamente.

Por conseguinte, é importante investir na avaliação dos serviços de saúde, considerando de forma individualizada a realidade de cada região. Conforme Machado *et al.* (2015), as pesquisas podem encontrar fragilidades no processo de trabalho dos serviços que comprometem seu objetivo;

assim, contribuem para uma atualização de instrumentos avaliativos, como o caso do PMAQ-CEO.

Para Goes *et al.* (2012), poucos serviços se baseiam em estudos epidemiológicos para sua implantação. Esse fator pode determinar que os CEOs não atendam à verdadeira necessidade de saúde de uma população, bem como aponta resultados de onde ocorre o maior cumprimento de metas para atenção básica. Isso demonstra a necessidade de adequação da oferta de especialidades dos CEOs, tanto em número quanto em critérios de inclusão.

Os resultados encontrados demonstram a presença de fragilidades no processo de avaliação dos CEO, também da AE. Dessa forma, a construção de instrumentos de avaliação do desempenho e avaliação do perfil dos CEOs deve ponderar informações sobre as condições sociais e geográficas, assim como o padrão de uso dos serviços de saúde (BULGARELLI *et al.*, 2013), acessibilidade/mobilidade visto que tais variáveis podem interferir de diferentes maneiras sobre o desempenho e perfil desses estabelecimentos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desempenho dos CEOs pode sofrer influência das características contextuais dos locais em que estão inseridos. O perfil dos CEOs reflete o serviço e qualidade do serviço que pode ser prestado. Nesse contexto, observa-se a necessidade de repensar os métodos utilizados para avaliar o desempenho desses estabelecimentos, a fim de superar a lógica da produtividade e, assim, desenvolver outros mecanismos de avaliação que considerem a qualidade do atendimento oferecido à população e a singularidade das questões intrínsecas a cada região, bem como seus indicadores epidemiológicos e socioeconômicos, visto que os fatores citados anteriormente podem influenciar no desempenho desses estabelecimentos de saúde. Muito importante também prestar atenção ao que se oferece e ao público que irá atrás desta oferta, um estabelecimento que oferece atendimento a PNE deve estar preparado para tal.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública** [online], São Paulo, v. 44, n. 2, p. 360-365, Apr. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000002>.

ANTUNES, J. L. F.; TOPORCOVL, T. N.; BASTOS, J. L.; FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C.; PERES, M. A. A saúde bucal na agenda de prioridades em saúde pública. **Rev. Saúde Pública** [online], São Paulo, v. 50, n. 57, Sep. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050007093>.

BALBINO, E.C. **Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas**. 2011. 55 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2011. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/290874>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: DF; 2016. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/acoes_politica_saude_bucal.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasil Sorridente Passo a Passo das Ações do Brasil Sorridente [Internet]. **Brasília: Ministério da Saúde**; 2013. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 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, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 112. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). **Manual Instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas 2º Ciclo (2015-2016)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 35 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_PMAQ_CEO_2_ciclo.pdf.

BULGARELI, J. V.; FARIA, E. T.; AMBROSANO, G. M. B.; VAZQUEZ, F. L.; CORTELAZZI, K. L.; MENEGHIM, M. C.; *et al.* Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. **Rev. odontol. UNESP**, [online], Araraquara, v. 42, n. 4. P. 229-36, jul./ago.2013. <https://www.scielo.br/pdf/rounesp/v42n4/01.pdf>.

CABRAL, D. C. R.; FLÓRIO, F. M.; ZANIN, L. Análise do desempenho dos centros de especialidades odontológicas da região sudeste brasileira. **Cad. saúde colet.**, [online], Rio de Janeiro, v. 27, n. 2,

p. 241-247. 2019. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201900020205>.

CAMURÇA, V. V.; ALMEIDA, M. E. L.; ALENCAR, C. H. M.; CAMURÇA, V. V.; RAMOS JR, A. N. Saúde bucal na agenda da política de DST/AIDS no Brasil, Ceará e Fortaleza. **Rev. APS**. v.16, n. 4, p. 416-28. Dez. 2013.

CARDOZO, D.P.; LESSCHAAB, L.; CUNHA, M.S.; COSTA, C.K.F. Perfil da demanda de saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev Orbis Latina**. 2016;6(2):58-72.

CORTELLAZZI, K.L. *et al.* Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** v. 17, n. 4, p. 978-988, out-dez. 2014. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400040015>.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-267, Fev. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200004>.

FIGUEIREDO, N; GOES, P. S. A; MARTELLI, P. (orgs.) **Os caminhos da saúde bucal no Brasil:** um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife: Editora UFPE, 2016. 268 p. https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7.

FREITAS, C. H. S. M. *et al.* Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 131-143, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080011>.

GOES, P. S. A. *et al.* Theoretical and Methodological Aspects of the External Evaluation of the Improvement, Access and Quality of Centers for Dental Specialties Program. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 18, n. 1, p. 1-11, e3433, 2018. <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/3433/pdf>.

GOES, P. S. A. *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 28, p. 81s-89s, 2012. Supl. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300009>.

GONÇALVES, J. R. S. N. *et al.* Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 432-438, oct./dec. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201800040429>.

GONÇALVES, J. R. S. N. *et al.* Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) como ponto de atenção na rede de saúde bucal no Paraná: uma análise dos resultados do PMAQ-CEO. *In*: DITTERICH, R. G.; GRAZIANI, G. F.; MOYSÉS, S. J. (Orgs.). **Caminhos e trajetórias da saúde bucal no estado do Paraná**. Londrina: iNESCO, 2019. cap. 7, p. 197-212. http://www.inesco.org.br/publicacoes/livros/saude_bucal/#p=197.

HERKRATH, F.J. *et al.* Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sócio demográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. **Saúde debate** [online], Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 148-58, jan./mar. 2013. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000100017>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2010 [Internet]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL [Internet]. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/>

LAROQUE, M. B.; FASSA, A. G.; CASTILHOS, E. D. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal do Centro de Especialidades Odontológicas de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n.3, p. 421-30, july/sept. 2015. <https://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00421.pdf>.

LINO, P. A.; WERNECK, M. A. F.; LUCAS, S. D.; ABREU, M. H. N. G. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online], Rio de Janeiro, v.19, n. 9, p. 3879-3888, Set. 2014. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3879.pdf>.

MACHADO, F. C. A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. A. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1149-1163, Abr. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00532014>.

MAGALHÃES, B. G.; OLIVEIRA, R. S.; GÓES, P. S. A.; FIGUEIREDO, N. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. **Cad. saúde colet.** [online], Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 76-85, 2015. <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n1/1414-462X-cadsc-23-01-00076.pdf>.

MAGALHÃES, B. G.; OLIVEIRA, R. S.; GASPAR, G. S.; FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Avaliação do Cumprimento de Atenção Secundária em Saúde Bucal. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr.** 2012;12(1):107-12. <http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2012.121.17>.

NEWACHECK, P. W.; HUNG, Y. Y.; PARK, M. J.; BRINDIS, C. D.; IRWIN JR, C. E. JR. Disparities in adolescent health and health care: does socioeconomic status matter? **Health Serv Res.** n. 38, n. 5, p. 1235-52. Oct. 2003. PMID:14596388. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360944/pdf/hesr_174.pdf.

PARK, J. B. *et al.* Association between socioeconomic status and oral health behaviors: The 2008–2010 Korea national health and nutrition examination survey. **Exp Ther Med.**, v. 12, n. 4, p. 2657—64, Oct. 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5038881/pdf/etm-12-04-2657.pdf>.

PINTO, V. P. T. *et al.* Avaliação da acessibilidade ao Centro de Especialidades Odontológicas de abrangência macrorregional de Sobral, Ceará, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2235-2244, Jul. 2014 [Acessado 9 Novembro 2019] . Disponível em: ISSN 1678-4561. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02235.pdf>.

SANTANA, D. A.; SANTOS, L. P. S.; CARVALHO, F. S.; CARVALHO, C. A. P. Desempenho dos

Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia. **Cad. saúde colet.**, [online], Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 261-267. jul./set. 2015. <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n3/1414-462X-cadsc-1414-462X201400030122.pdf>.

SILVA, N. A.; ZINA, L. G.; SILVA, M. A. M.; WERNEWCK, M. A. F.; ABREU, M. H. N. G.; GOES, P. S. A. *et al.* A importância das ações de gestão na organização do trabalho nos CEO. *In*: FIGUEIREDO, N; GOES, P. S. A; MARTELLI, P. (org). **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil.** Recife: Editora UFPE, 2016. p. 182-205. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_+PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7.

SPEZZIA, S.; CARVALHEIRO, E. M.; TRINDADE, L. L. Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 1-2, p. 109-13, jan./jun. 2015. <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v72n1-2/a21v72n1-2.pdf>.

THOMAZ, E. B. A. F.; SOUSA, G. M. C.; QUEIROZ, R. C. S.; COIMBRA, L. C. Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, [online], Brasília, v. 25, n. 4, p. 807-818, out./dez. 2016. <https://www.scielo.br/pdf/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00807.pdf>.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. Oral health: action plan for promotion and integrated disease prevention: report by Secretariat [Internet]. **Geneva: World Health Organization**; 2007. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/22448>.

