



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

VOLUME I

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

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	7
<i>Paulo Savio Angeiras de Goes</i>	
O Papel das Políticas Setoriais na Construção do SUS Palestra de Gastão Wagner na Abertura da VI Reunião de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva em Recife, PE, 2017.....	8
<i>Efigênia Ferreira, Wilton Padilha, Zacchia Hayvolla de Araújo</i>	
PMAQ-AB e o PMAQ-CEO	16
<i>Claudia Flemming Colussi, Gabriella de Almeida Raschke Medeiros, Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz</i>	
Histórico dos Programas de Saúde Bucal no Brasil e a Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente.....	31
<i>Fernanda Campos de Almeida Carrer, Edson Hilan Gomes de Lucena, Petrônio José de Lima Martelli, Fábio Carneiro Martins, Gilberto Alfredo Pucca Junior</i>	
REGIÃO AMAZÔNICA	37
Vivenciar a singularidade da Amazônia ocidental e parte da Amazônia oriental: desafiar céus, estradas e rios.....	38
<i>Janete Maria Rebelo Vieira, Maria Augusta Bessa Rebelo</i>	
CEARÁ	72
O programa de melhoria de acesso à qualidade (PMAQ) em centros de especialidades odontológicas (CEO) no Estado do Ceará.....	73
<i>Maria Eneide Leitão de Almeida, Ana Karine Macedo Teixeira, Mariana Ramalho de Farias, Wilton Wilney Nascimento Padilha</i>	
ESPIRITO SANTO	85
Avaliação da qualidade dos centros de especialidades odontológicas (CEO) do Espírito Santo: AVE-PMAQ/CEO 1º Ciclo, 2014.....	86
<i>Albina de Fátima Fanni Santos, Andrea Neiva da Silva, Sandra de Vasconcellos Schmidt, Erika Cardoso Reis, Maria Ercilica de Araújo</i>	
GOIÁS	110
Avaliação externa do PMAQ-CEO: panorama no Estado de Goiás.....	111
<i>Maria de Fatima Nunes, Mary Anne de Souza Alves França, Marcos Azeredo Furquim Werneck, Giovanna Rodrigues de Carvalho, Wictor Nogueira Rodrigues</i>	
MARANHÃO	132
Avanços e desafios na atenção à saúde bucal especializada nos CEO do Maranhão.....	133
<i>Rafiza Félix Marão Martins, Pollyana Oliveira Marinho, Rejane Christine de Souza Queiroz, Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz</i>	
MATO GROSSO DO SUL	159
Atenção secundária em saúde bucal do Estado de Mato Grosso do Sul: observações a partir da avaliação externa do PMAQ-CEO.....	160
<i>Inara Pereira da Cunha, Maria Helena de Checchi, Marcelo de Castro Menehgim, Valeria Rodrigues de Lacerda</i>	
PARÁ	182
Acesso e qualidade da assistência nos centros de especialidades odontológicas no Estado do Pará	183
<i>Danielle Tupinamba Emmi, Rhuan Vitor Sodrê Leal</i>	
PARAÍBA	195
Atenção secundária em saúde bucal na Paraíba: registros do 1º ciclo do PMAQ CEO.....	196
<i>Bianca Marques Santiago, Andreia Medeiros Rodrigues Cardoso, Naiana Braga da Silva, Edson Hilan Gomes de Lucena, Wilton Wilney Nascimento Padilha</i>	

PERNAMBUCO	213
Percursos e percepções da avaliação externa do 1º ciclo do PMAQ-CEO em Pernambuco	214
<i>Ronald Pereira Cavalcanti, Gabriela da Silveira Gaspar, Edson Hilan Gomes de Lucena, Petronio José de Lima Martelli, Nilcema Figueiredo, Paulo Savio Angeiras de Goes</i>	
PIAUI	222
<i>Histórias vividas nos CEOS do Piauí</i>	223
RIO DE JANEIRO	229
A avaliação externa do programa de melhoria de acesso e qualidade dos centros de especialidades odontológicas 1º ciclo (AVE/ PMAQ-CEO) no Estado do Rio de Janeiro: principais resultados.....	230
<i>Andrea Neiva da Silva, Cesar Luiz Silva Junior, Caroline Montez, Daniela Alvine, Maria Ercilia de Araújo</i>	
RIO GRANDE DO NORTE	249
Nas trilhas da atenção à saúde bucal no SUS: um olhar sobre a vivência no ciclo I da avaliação externa PMAQ-CEO no Rio Grande do Norte.....	250
<i>Elizabethe Cristina Fagundes de Souza, Georgia Costa de Araújo Souza, Anna Paula Serejo da Costa</i>	
SANTA CATARINA	260
Principais resultados de Santa Catarina.....	261
<i>Claudia Flemming Colussi, Diego Anselmi Pires, Luiza Rahmeier Fietz Rios</i>	
SÃO PAULO	279
Principais resultados da avaliação externa do programa de melhoria PMAQ-CEO dos departamentos regionais de saúde II, IX e XI do Estado de São Paulo.....	280
<i>Adriana Paula Paiato, Mariana Gabriel, Fernanda Campos de Almeida Carrer, Maria Ercilia de Araújo</i>	
Principais resultados da avaliação externa do 1º ciclo do PMAQ-CEO da 3 região de saúde do Estado de São Paulo	298
<i>Fernanda Bortolotto, Mariana Gabriel, Fernanda Campos de Almeida Carrer, Maria Ercilia de Araújo</i>	
Principais resultados da avaliação externa do PMAQ-CEO 1º ciclo: um olhar a partir dos departamentos regionais de saúde do Estado de São Paulo.....	309
<i>Joana Danielle Brandao Carneiro, Fernanda Campos de Almeida Carrer, Maria Ercilia de Araújo, Mariana Gabriel</i>	
<i>Análise crítica dos dados do 1º ciclo do PMAQ-CEO na grande São Paulo e na baixada santista</i>	324
<i>Josevan de Souza Silva, Maryana Carmello da Costa, Fernanda Campos de Almeida Carrer, Maria Ercilia de Araújo, Mariana Gabriel</i>	
<i>Principais resultados da avaliação externa do PMAQ-CEO 1º ciclo: um olhar a partir dos departamentos regionais de saúde do Estado de São Paulo</i>	336
<i>Rai Matheus Carvalho Santos, Maria Ercilia de Araújo, Fernanda Campos de Almeida Carrer, Mariana Gabriel</i>	

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.

O Papel das Políticas Setoriais na Construção do SUS Palestra de Gastão Wagner na Abertura da VI Reunião de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva em Recife, PE, 2017

Efigênia Ferreira – Coordenação

Wilton Padilha – Relator

Zacchia Hayvolla de Araújo – Relatora

Boa noite! Quero iniciar retomando a fala do Prof. Paulo Goes, em nome da ABRASCO. Quero reiterar que a posição da nossa entidade, do nosso movimento, é contrária, é de repúdio e indignação à invasão pela Polícia Federal da Universidade Federal de Minas Gerais ontem [05 de dezembro de 2017]. Foi feita uma trama que envolve algumas organizações públicas que deveriam funcionar para a área pública, no caso a Polícia Federal, o Tribunal de Contas da União e a CGU, a Controladoria Geral da União, que transformam uma investigação administrativa, um processo administrativo, sobre a construção do Memorial da Anistia, num ato de turbulência e, na verdade, um ato contra a Universidade Pública Brasileira, um ato conservador, autoritário, ilegal, antidemocrático e mais grave contra os Movimentos dos Direitos Humanos, contra a cultura dos Direitos Humanos.

A operação tem um nome cínico, que faz cinismo com a “esperança equilibrista”, que é a música de João Bosco e poesia de Aldir Blanc que se transformou no hino da anistia, um dos movimentos mais importantes deste país. Contra isso é que estamos nos movimentando. E contra isto que estamos lutando.

Seguindo, vamos para a alegria que é esse encontro que vocês estão fazendo. Queria, em nome da ABRASCO, agradecer ao GT de Saúde Bucal, ao Paulo Goes, toda a turma da Comissão local que me nomeou, convidou. Quero agradecer.

O tema que me foi passado aborda a **Relação entre Políticas Setoriais e a Política de Construção do Sistema Único de Saúde**. Vou fazer uma abordagem histórico-conceitual. Acho que esse tema que me passaram do setorial e do global é uma discussão conceitual entre o todo e as partes, entre a totalidade e o singular, e eu queria compartilhar com vocês como que é que vejo essa discussão.

Essa é uma discussão que tem nos paralisado. Vivemos numa época complexa, tanto na pesquisa quanto nas práticas e, partindo da ideia de que é preciso analisar, da dificuldade de valorização do específico, do singular, do individual sobre geral e o pensamento crítico explica as orientações da ciência contemporânea, da organização da sociedade baseada no individualismo, enfim, na prioridade do particular sobre o público. O pensamento crítico tende a priorizar o coletivo sobre o singular, a totalidade sobre o particular. Na verdade, eu acho que a temos que lidar com essas tendências de forma integrativa. Entendendo a questão da integração, não dá para trabalhar uma coisa sem a outra, não há nenhuma parte que não pertença a algum todo e não há nenhum todo que não possa ser dividido arbitrariamente, historicamente, pragmaticamente em tópicos, constituindo elementos práticos, que necessitamos. Isso tem muito a ver com o SUS, a forma de criticar essa fragmentação, cuidar da integração tem sido, contemporânea. Então, uma valorização de alguns conceitos que jogam nosso pensamento para o universal, para o absoluto. Então, tratando

do tema da fragmentação disciplinar, nós viemos para a interdisciplinaridade e hoje estamos com a transdisciplinaridade.

No SUS, o tema do singular, do atendimento, do programa particular, contrapomos com a ideia de integralidade. A nossa área chama Saúde Coletiva! Não tem saúde coletiva que não beneficie a maioria das pessoas. Então, não pensamos apenas a partir do individual. Esses lugares, a transdisciplinaridade, a integralidade são lugares inatingíveis. A própria integralidade é difusa, às vezes a pessoa chega pra mim: - *“professor, fiz um atendimento integral.”* Eu falo: - *“meus parabéns! Olha, não é nada ainda, você está só começando, mas é um atendimento singular importante, tendo como referencial a concepção de integralidade, abordagem ampla, de considerar vários aspectos biopsicossociais, o contexto, a situação e tudo, mais, o que temos é o desafio de singularizar.”*

O tema da transdisciplinaridade tem muito a ver com a formação. Por que precisamos de equipe interprofissional? Porque nenhuma das profissões consegue ser absoluta, ter a capacidade clínica, produtiva de promoção, integral, completa. Então, precisamos trabalhar em rede, precisamos trabalhar em equipes multiprofissionais. Precisamos de várias profissões, precisamos de vários saberes, precisamos de articular. Acabei propondo que trabalhássemos com esses dois conceitos, o de *campo* que é a transdisciplinaridade e o de *núcleo* é aquilo que compõe cada currículo, cada formação, cada profissão, a identidade, a especificidade do nosso campo de conhecimento e a responsabilidade de intervenção. A equipe interprofissional é um pequeno arranjo diferente: tem psicólogo, odontólogo, tem o técnico, enfim... e temos um campo comum que é da família, o campo da promoção, não só comum, como transversal.

Acho que a discussão que vocês estão me propondo implica em fazer uma abordagem histórica, da construção do direito à saúde, das políticas de saúde no Brasil a partir desse referencial, a partir dessas duas dinâmicas, a dinâmica das áreas, do seguimento, do programa, e o desenvolvimento de políticas voltadas para integralidade, para o Sistema Único de Saúde como um todo. Então, eu acho que esse dilema - dilema é uma tradição que não tem resolução, tem que lidar com ela - e acho importante não valorizarmos moralmente esses conceitos.

O singular é muito importante. O pessoal da ecologia fala em pensar no global e agir no local. Então, pensar com referencial o mais amplo possível e quando focamos numa situação, considerar o local. Um pensador francês que trabalhou com a ideia de complexidade dizia que *“os problemas são complexos e nosso conhecimento é discriminado”*. Isto explica o porquê de trabalharmos cada vez mais com a interprofissionalidade e a interdisciplinaridade.

Esta foi uma primeira consideração sobre o que vamos discutir. A política de saúde então, é um pedaço da integralidade, um pedaço da universalidade, e veremos como é que temos procedido com este tema ao longo da história do Brasil.

A saúde pública tradicional, antes da saúde coletiva, sempre lidou com pedaços, com o que a saúde pública a partir do seu conhecimento epidemiológico, administrativo, considerava como prioridade, ou aquilo que era imposto às instituições de saúde pública como sendo prioridade pela sociedade, podiam ser pedaços da sociedade ou pelos setores econômicos, ou pela indignação popular dos usuários. A história da saúde pública é uma história de escolher alguns problemas de saúde e construir intervenções setoriais chamadas de programas de saúde. Para essas intervenções era desenvolvida toda uma estrutura verticalizada objetivando controlar, erradicar, eliminar aquele tipo de problema de saúde.

No Brasil, na Fundação Oswaldo Cruz, a saúde pública moderna brasileira, escolheram epidemias urbanas (algumas) e estas escolhas remetem à investigação sobre *“Por que daquele problema emergir como um problema institucional?”*. A febre amarela no Rio de Janeiro, nas grandes capitais, também a varíola. Vários estudiosos da saúde pública brasileira apontam que essa escolha pela instituição da saúde pública estatal foi resultado da dinâmica econômico-política daquela época.

O Brasil era um país agroexportador. Na primeira década do século XX, essas epidemias tinham uma letalidade altíssima. A cidade de Campinas/SP, entre 1904 -1906 em uma epidemia de febre amarela, perdeu um terço da sua população; era uma cidade pequena e morreram mais de 30 mil pessoas. As várias epidemias, no Rio de Janeiro, em Santos, prejudicavam o comércio. Então, houve uma pressão para investir orçamento público, criando a FIOCRUZ, a Faculdade de Saúde Pública de São Paulo e um conjunto de instituições para enfrentar essa prioridade.

A saúde pública não se propunha a trabalhar na perspectiva da integralidade. O acesso à prática assistencial, principalmente médica, se deu através de lutas dos sindicatos brasileiros nascentes e movimentos sociais dos trabalhadores imigrantes europeus através de várias formar previdenciárias, como as caixas de pensão, depois os institutos de previdência das aposentadorias, que foram gradativamente ampliando o acesso à assistência médica hospitalar - não incluía odontologia, não incluía saúde mental e foi ampliando, não em função do risco, da mortalidade, da morbidade de cada uma dessas populações, mas da capacidade de fazer política.

Como o empresariado, os fazendeiros, os exportadores pressionaram o governo do estado, a presidência, os governos provinciais, para enfrentarem as epidemias. Emerson Merhy e muitos outros autores estudaram a história da saúde pública e apontam, por exemplo, que a mortalidade por tuberculose já nos anos 10, 20, do século passado, era tão importante quanto mortalidade por febre amarela ou por varíola. No entanto, a tuberculose só vai se transformar em prioridade da saúde pública a partir dos anos 40, a partir dos anos 30. Epidemias rurais, doença de Chagas, malária, não eram prioridade até os anos 50.

Seguindo neste raciocínio, podemos perguntar quais as circunstâncias, qual o contexto, que conjunto de coisas permitiu que, na gestão do ministro Humberto Costa, por exemplo, uma política setorial criasse uma elaboração muito sofisticada, muito ampla que é, que foi, que é ainda, que estamos tentando construir, que é o Brasil Sorridente, a Política Nacional de Saúde Bucal?

A política nacional de atenção hospitalar do SUS, com mais orçamento que a saúde bucal, que a saúde mental e outras, só foi publicada em dezembro de 2013 e até hoje não foi aplicada. É uma política excelente que segue diretrizes internacionais e nacionais para hospitais públicos; bem escrita, muito bem elaborada, entretanto, se tem muita dificuldade de implementá-la.

Chamo a atenção para a ideia de que a construção do direito universal a saúde é um conceito absoluto, coletivo, geral, uma política integral de saúde. Não há como chegar na universalidade e na integralidade se não passar pelas partes, se não passar pelo setorial; e essa dinâmica é mais um todo, um amálgama, um mosaico de ações setoriais e pedaços que vão compondo uma certa universalidade que nunca será atingida, eu acredito, uma integralidade que nunca será atingida, eu acredito, e desta forma vamos compondo um conjunto de fatores chamado de complexidade, que é muito heterogêneo e variável. É inevitável.

Essa inclusão de setores, de pedaços, não necessariamente é baseada nas necessidades de saúde da população, embora digamos que o nosso setor, a nossa área sempre é uma prioridade. Porque tem uma dinâmica de vários atores sociais. A inclusão da assistência médica hospitalar pela previdência, não foi pelo risco da mortalidade e a esperança de vida de cada categoria, ao contrário, as categorias profissionais que tinham maior salário e melhor condição de trabalho, foram aquelas que primeiro tiveram seu seguro de previdência e o seu acesso.

É interessante observar que o SUS é criado com diretrizes, da universalidade, da integralidade, da igualdade, da equidade e, inclusive, com diretrizes organizacionais de como fazer planejamento com base na epidemiologia, na necessidade de saúde da população, da atenção primária. Um padrão de gestão que não teria só o estado e o governo, mas teria um controle social, a fiscalização, a decisão compartilhada com a sociedade civil, com o usuário, com trabalhadores. O SUS nasce do Ministério da Saúde que incorpora o INAMPS, o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde, que tinham a lógica da saúde pública tradicional, tinham os programas de saúde, como o programa de saúde na escola, programa de proteção da criança, principalmente a vacinação e puericultura, da saúde da mulher com pré-natal.

O Ministério da Saúde tinha essa tradição de trabalhar por setores, por fragmentos, por doenças, por problemas de saúde. O avanço no sentido da integralidade no sistema de saúde como um todo, como ele é, baseado em programas, em pedaços, para serem impulsionados esses setores parte da lógica dos antigos programas. É necessária e a principal é a verticalidade, que define de baixo para cima, de cima para baixo, definido um certo programa, uma certa prioridade, isso resulta em maior orçamento, maior investimento de pessoal para uma nação como um todo. Por isso, acredito que, um sistema muito descentralizado de saúde ou de educação, absolutamente descentralizado, ele tende a, na minha opinião, não representar o interesse da maioria, não atender as necessidades de saúde. Eu falo do mercado que é extremamente centralizado, então essa dialética da centralização e descentralização, ou seja, diretrizes nacionais, evidências nacionais, valores nacionais na construção, políticas nacionais como a de saúde bucal na atenção básica, são muito interessantes desde que possam ser singularizadas do geral, a partir das condições de cada território, de cada região, da situação específica de cada região.

Quando o SUS é criado, apesar da integralidade e da universalidade, ele é principalmente INAMPS. É principalmente assistência médico-hospitalar especializada. O programa da atenção básica só vai aparecer em 94, com os agentes comunitários de saúde. Então, o SUS incorpora muito essa lógica tradicional e há um certo enfraquecimento da função saúde pública. Tuberculose deixa de ser prioridade, hanseníase não é prioridade até hoje, apesar do Morhan [MORHAN - Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase], que luta muito mais contra o preconceito, contra o estigma, contra o fechamento e resgate da cidadania, os hansenianos ficaram em colônias, isolados, mas o Brasil é o segundo país em prevalência e incidência de hanseníase e nós não resolvemos controlar e o Brasil tem condição de fazer isso, fosse uma prioridade do SUS teríamos controlado e quase que erradicado a hanseníase do Brasil. Mas não foi incorporado, ou seja, não ocorreu o conjunto de apoio de gestores, da academia. A tuberculose tem mais prioridade, tem mais investimento e mais diretrizes, mas tem muita dificuldade.

Na epidemia de AIDS do início dos anos 80 e com crescimento no começo dos anos 90, a pressão social para obrigar o governo a tomar medidas, a gastar energia para tratar foi imensa, é imensa ainda, muito grande relativamente a outras áreas do Brasil. Do mesmo modo, a área de saúde

mental, durante os anos 90, foram movimentos sociais que combinavam a ação de trabalhadores de saúde com profissionais da academia, da pesquisa e de vítimas, pessoas que viviam com AIDS, com problema de saúde mental, que conseguiram impor programas com um grau de verticalização, mas que garantiram o direito à saúde para essas populações antes do hanseniano.

A reabilitação física, a assistência auditiva, motora e intelectual, só no século 21, agora recente, estão conseguindo definir um espaço no SUS. Essa dinâmica da construção do SUS tem sido reflexo dessas ações, ou seja, existe a pressão mais ou menos constante para ter acesso à assistência, primeiro a assistência médica, depois a fisioterapia. Essa é uma luta antiga, apenas não é mais só pelo serviço médico, inclui em grande medida a saúde bucal, a reabilitação física, o acesso à vacina. A população não fica em paz se não tem acesso à vacina obrigatória. Faltar vacina é complicado, pois esta é uma demanda da sociedade civil.

Na área de Saúde Bucal, na história de Saúde Bucal, e vocês sabem mais do que eu, mas vou me atrever a pensar um pouco. A saúde bucal coletiva era chamada odontologia comunitária e a saúde pública tinha seus programas de odontologia comunitária tanto na área de prevenção, como a fluoretação, quanto na área de, digamos, de alimentação, na área assistencial. Vários países que têm excelente saúde pública mantêm uma divisão de saúde bucal, mas no Brasil temos essa tradição dos programas e no pré-SUS, no começo de tudo, por volta dos anos 80 parte dessa odontologia na saúde pública foi questionada de fora para dentro, principalmente a odontologia escolar.

Nas escolas atuavam dentistas com técnicas de higienização, educação em saúde sobre cárie e a partir da saúde coletiva, da saúde pública, começamos a questionar a ineficiência do consultório odontológico na escola. Naquela época, antes de tudo, se desenvolveram estratégias que apontavam sobre a possibilidade de haver um atendimento de maximizado em odontologia de promoção, prevenção e também de reabilitação, com trabalho a quatro mãos, eventos técnicos e a abordagem incremental.

O SUS é herdeiro dessa tradição. Assim, temos o surgimento da saúde bucal próximo da saúde coletiva, a saúde coletiva critica a saúde pública, mas não joga fora a teoria, não joga fora a vacina, não joga fora estratégia de programa, programa democrático integrado, redes temáticas, rede cegonha, da saúde da mulher. Damos outro nome, mas conservamos parte dessa tradição e querendo superar o autoritarismo e uma série de coisas; e aí temos o SUS, num casamento que é saúde coletiva e saúde pública.

A saúde pública antiga muda o nome no Brasil, porque incorpora o saber das ciências sociais e humanas, a ideia de determinação social e isso a modifica, quando se integra, o conhecimento modifica e essa integração modificou a gestão, a administração do programa, da prática da saúde coletiva onde se pede a epidemiologia e a epidemiologia modifica as ciências sociais. As ciências sociais na saúde pública possuem características específicas, porque às vezes profissionais da área de ciências sociais nos chamam de “*selvagens*”, como se estivéssemos procurando errado. E não é assim! Wstamos procurando pragmaticamente. Vou dar um exemplo: pegamos da antropologia a nossa anamnese, que é a informação, escutar o outro, a anamnese da área odontológica, da área médica, da área de enfermagem, é uma anamnese dirigida para o singular, para especificidade, para dor, para doença; nós eliminamos do diagnóstico e das perguntas o que é subjetivo. A antropologia tem uma estratégia de anamnese que é a história de vida, que é a entrevista estruturada que começamos a incorporar nas nossas práticas cotidianas fazendo isso de forma “*selvagem*” para

alguns antropólogos.

As ciências sociais trazem essa contribuição para a saúde pública no Brasil. No Canadá passava mais pela promoção à saúde, num movimento muito similar ao nosso e que chamamos de Saúde Coletiva. Quando a Saúde Coletiva e o SUS aparecem com a denominação de Sistema Público de Saúde, com a atenção primária à saúde, que no Brasil chamamos de atenção básica à saúde. O Brasil chamou “programa” de saúde da família um programa que depois virou estratégia porque tinha essa cultura de que programa era vertical e vinha de cima, só que a proposta do programa de saúde da família era ser integral e universal na atenção básica.

Como lidamos com a epistemologia, com os termos? Integral é integral. Como é que a parte pode ser integral? O programa nacional de Saúde Bucal é qualificado como integral, para diferenciar da odontologia de hospitais, de escola, de ação só preventiva. Usamos o conceito do geral no particular. A saúde mental é uma qualidade integral e é uma parte, é um setor. Criamos a Atenção Básica como um *lugar* da integralidade. Os profissionais têm que ser generalistas, têm que saber prevenção, saúde pública, clínica de cada área, psicólogo, médico, enfermeiro; então, é uma área em que a experiência que a saúde pública tradicional tinha da odontologia foi incorporada. A Estratégia da Saúde da Família, o programa, desde o começo pensa em equipe de generalistas médicos, enfermeiro, agente de saúde comunitário, mas pensa a equipe já organizada no trabalho a quatro mãos, onde o dentista é generalista e trabalha com uma equipe de técnicos que também são preventivos, não são só auxiliares clínicos de consultório. Isso é incorporado como uma proposta.

Depois, com a Política Nacional de Saúde Bucal, com o Brasil Sorridente, passamos a pensar o tema da rede, já que a integralidade não ocorre só na atenção básica; ela depende do CEO, o Centro de Especialidades Odontológicas. Precisamos ficar reflexivos e cuidadosos com essa relação entre o todo e a parte, entre a rede e o sistema, mas precisamos avançar naquilo que é necessário e que a população está criando, sem sentir culpa. Quando nos tornamos favoráveis à integração e buscamos a unificação, a interdisciplinaridade, tendemos a rechaçar os projetos e os programas das redes temáticas e de alguns serviços e equipes que têm alguma especificidade... e é muito negativo isso.

Quando da epidemia da AIDS se criou centro de referência de AIDS, houve resistência, grande parte dos sanitaristas defenderam o ambulatório integral. A AIDS é uma epidemia mortal, tem uma virulência muito grande e a solução que tomamos está funcionando; então, nossa teoria tem que se adaptar a isso. A política contra AIDS avaliada hoje, DST's, Hepatite, deu certo. Estamos desconstruindo também o preconceito, a cultura tradicional. Essa é uma discussão muito importante.

A Saúde Bucal entra como “integral” na Atenção Básica para lidar com a maior parte dos problemas de saúde bucal tentando resolver ali, com promoção, com prevenção. Mas saúde bucal não se realiza somente ali, ela depende da cirurgia bucomaxilar, das outras áreas especializadas, depende do CEO, depende de um conjunto e isso faz parte do direito à saúde. A integralidade dentro da especificidade, que é um olhar frequente na saúde bucal, é contrária ao pensar no global e agir no local, pensar no global e agir no singular e agir em cada grupo de programa. A saúde bucal poderia ser trabalhada de outra forma, mas não aconteceu assim, a história não foi essa.

Em linhas gerais, queria chamar a atenção para este processo, essa dialética, para que não fiquemos partidos, ou nem com um nem com o outro. A postura anti-singular tem que ser pensada de modo a permitir a ruptura dos isolamentos. Há um caso na formação em uma universidade de saúde onde a proposta era da formação com curso integral, sem ênfase nas especialidades como

fisioterapia, psicologia, nutrição. No segundo ano da experiência, os alunos se rebelaram com a proposta, porque “tudo era junto, tudo era interdisciplinar”, e apontaram para os professores, a maioria da saúde coletiva, o sentido da especificidade *“mas eu vou ser nutricionista, vou ser psicólogo vou lidar com ‘louco’, não vou lidar só com determinação social, com território, atenção primária.”* Essas ações precisam ser combinadas, abertas. A parte da formação que é comum não elimina a especificidade, o núcleo. A odontologia tem seu núcleo. A especificidade, se existe é porque é necessária, se não for, será eliminada à medida em que a própria democracia, que o interesse social for prevalecendo, como no caso do consumismo artificial, que com um tempo, com estados mais sociais, mais socialistas, serão eliminados. Mas temos evidências de que é necessário considerar o núcleo, e precisamos fazer isso.

De fato, o SUS conseguiu produzir políticas muito interessantes, como o programa de AIDS, a Política Nacional de Saúde Bucal; produzimos ótimas sínteses como a PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) em 2002. Recomendo para meus alunos *“estudem essa política porque ela é uma síntese bibliográfica do melhor da experiência inglesa, canadense, brasileira, nordestina, do sul do Brasil”*, e nós conseguimos condensar em 20 páginas. A política de saúde mental é uma síntese do melhor da política italiana, mas não conseguimos levar à prática completamente. Políticas são orientações, são rumos, são projetos, demandam a criação de programas, ações, lançamentos, formação. Isto, entretanto, vem sendo desconstruído.

Queria fazer uma homenagem, reconhecer a importância do Gilberto Pucca para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e chamar a atenção para um ator chamado Lula. O Lula tem um sentimento, sempre teve, popular, pela sua origem, sua história, muito forte, não é que ele não erra, não é que ele não tem problema, não é nada disso, não tem que fazer endeusamento, nem culto à personalidade, mas ele tem essa coisa do estadista que consegue compor entre interesses diferentes, negociar. O componente estadista do Lula é esse sonho que ele tem, de ser reconhecido pela maioria do povo brasileiro. Não trair o povo pobre, o povo trabalhador, e aí um dos símbolos da exploração, da dominação é a boca estragada dos brasileiros, o corpo das pessoas em geral, mas a condição da boca é o que aparece. Melhoramos muito com fluoretação, com 25 mil equipes de saúde bucal na atenção básica, mil e tantos CEO que foram construídos e regulamentados, nós mudamos esse perfil. O Lula é muito impressionado com isso e ele briga pelas ideias que construíram o Brasil Sorridente.

Se considerar a AIDS ou a saúde mental, o movimento de base da saúde contra a desnaturalização desses problemas por parte da sociedade não teve a mesma intensidade na saúde bucal, que parece pertinente, uma fatalidade, assim, ter acesso a saúde bucal só com grandes filas. Isso ficou meio que naturalizado entre a população brasileira, não ser vacinado era natural, mas já deixou de ser e o problema da saúde bucal está deixando de ser. Mas essa virada, essa desconstrução se deveu muito a esses atores. Acho que é preciso reconhecer o papel de indivíduos na história. É o coletivo, é o movimento social, mas quando aparecem algumas autoridades, algumas pessoas com poder de comunicação e informação, com poder institucional, elas nos ajudam a ir para frente.

Encerro minha fala com algumas recomendações do tipo *“Manual de sobrevivência em tempos sombrios”*. Há uma desconstrução de políticas públicas, como a reforma trabalhista que é uma aberração. O Brasil já tinha uma concentração de poder nos gestores e nos empresários para as políticas públicas e privadas. Já os trabalhadores têm pouco poder. Essa reforma trabalhista desloca

mais ainda o poder dos trabalhadores para o lado dos empresários e gestores. É um desmonte! O SUS é desconstruído de forma gradativa, lenta; os problemas crônicos não são enfrentados, as filas estão aumentando. Neste contexto atual, o *Manual de sobrevivência em tempos sombrios* indica que precisamos de vitórias. Buscar enfrentamentos do tipo: será que a dentadura pode ser superada pela oferta do implante no SUS? Onde é o lugar do trabalho a quatro mãos? Temos que trabalhar isso, temos que avançar nisso. Qual a relação população/equipe de saúde bucal na atenção primária? Precisamos avançar na promoção de autocuidado e educação em saúde bucal. Quantas equipes de saúde bucal temos? De quantas equipes precisamos? Qual a formação destas equipes? Qual o perfil? Qual a característica do CEO? Além das quatro especialidades inseridas inicialmente, quais outras vamos incorporar? Ou serão oferecidas em outro nível de cuidado? Precisamos batalhar onde for possível para avançar.

A Política Nacional de Saúde Bucal só foi possível por causa da história das equipes, da odontologia comunitária, do trabalho a quatro mãos, dos novos equipamentos, das novas formas de fazer educação, da nova relação com as escolas. Esse trabalho precisa continuar. Os donos do poder não são onipotentes; há um espaço de construção, de rebelião, que permite avançar inclusive nas instituições, permite avançar na esperança dos profissionais, na formação dos alunos. Temos que continuar na luta do cotidiano, temos que levar ao limite máximo o modelo de atenção que acreditamos, as práticas clínicas, as relações profissionais em todos esses espaços institucionais.

Vivemos uma ofensiva conservadora muito forte no Brasil e uma aglutinação do poder econômico com o poder político e da mídia muito forte. Essas contrarreformas trabalhistas, da previdência, visam aumentar o grau de exploração, de dominação que nos oprime. Essa raiva contra os 55% da população brasileira que se declaram negro, ou pardo ou preto, entre os mais pobres esses 55% viram 70% e essa raiva, essa omissão frente ao racismo, estímulo a homofobia, precisam ser enfrentadas. Temos que criar espaços humanos e solidários, de gestão compartilhada, e despertar nos nossos alunos, nos profissionais, um compromisso com a saúde do outro, um compromisso com a profissão.

Um servidor público da atenção básica que vai lá e fica "*trocando algodãozinho*", ou um médico que vai lá e fica fazendo pronto atendimento para atender em uma hora e ir embora, é tão criminoso e tão bandido quanto as pessoas que estão em Brasília eliminando o orçamento público. Existe uma tolerância da sociedade com a casa grande, com a cultura da casa grande estendida, expandida, temos que puxar a nossa solidariedade, nosso compromisso com o Brasil da maioria, não um Brasil para 30 milhões, mas um Brasil para 210 milhões de pessoas.

Era isso, obrigado.

PMAQ-AB e o PMAQ-CEO

Autores:

Claudia Flemming Colussi
Gabriella de Almeida Raschke Medeiros
Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz

O QUE É O PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE - PMAQ

O aumento expressivo do financiamento e do investimento na Atenção Básica no Brasil por parte do Ministério da Saúde trouxe mudanças importantes nas políticas de saúde e no modelo de atenção até então vigente no país. Inicialmente houve uma importante expansão de cobertura com ampliação do acesso, posteriormente articulados ao esforço de melhoria da qualidade dos serviços e dos processos de gestão (Brasil, 2015a)

Entretanto, a melhoria da qualidade da Atenção Básica passa pelo enfrentamento de importantes desafios como a precariedade da rede física das unidades de saúde; inadequação das condições de trabalho para os profissionais; instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais; insuficiente integração dos membros das equipes; sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade; incipiência dos processos de gestão; baixa integralidade e resolutividade das práticas; e principalmente financiamento insuficiente e inadequado (Brasil, 2015a).

Ao identificar esses entraves, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), como uma grande estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, incluindo mudanças estruturais e de processos de trabalho.

Inicialmente direcionado para avaliação das Unidades Básicas de Saúde e equipes de Saúde da Família, o PMAQ foi ampliado e passou a avaliar equipes de atenção básica de todas as modalidades, equipes dos NASF, e os Centros de Especialidades Odontológicas.

Como o próprio nome já indica, portanto, o PMAQ é um programa de melhoria do ACESSO e da QUALIDADE dos serviços de saúde no Brasil. De que forma o programa avalia o acesso e a qualidade nos serviços?

O conceito de Acesso é complexo, e muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto, mas quando falamos de acesso aos serviços de saúde, em geral, estamos nos referindo ao grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (Travassos e Martins, 2004). A oferta de serviços, o horário de funcionamento, a forma de encaminhamento para o serviço, o tempo de espera para o atendimento, a sinalização externa e interna dos estabelecimentos, a localização geográfica, são alguns dos fatores que interferem no acesso, e são avaliados no PMAQ. Se o CEO

atende apenas em horário comercial, por exemplo, o acesso daquelas pessoas que trabalham o dia todo fica prejudicado. Se o usuário tem que esperar muitos meses para ser atendido, da mesma forma o acesso está prejudicado.

Não menos complexo é o conceito de Qualidade, que também tem inúmeros significados e uma subjetividade inerente ao próprio conceito, pois o que é qualidade pra uns pode não ser pra outros. O PMAQ adota um referencial de qualidade bem conhecido na área da saúde, de um autor chamado Donabedian, que estabeleceu 3 dimensões para avaliar a qualidade de um serviço de saúde: estrutura, processo e resultado. Segundo esse autor, para um serviço ter uma boa qualidade, ele tem que ter uma boa estrutura (bons profissionais, equipamentos, insumos, consultórios, etc.) que por si só não confere qualidade ao serviço, já que o atendimento, por exemplo, pode ser ruim, o que compromete a qualidade. O atendimento, o funcionamento do serviço, referem-se ao processo. Se o serviço tem uma boa estrutura e um bom processo de trabalho, deve ter resultados para que seja de qualidade. Dentre os resultados, têm-se a melhoria da situação de saúde da população e a satisfação dos usuários que são atendidos nesses serviços (Donabedian, 1984).

Além de melhorar o acesso e qualidade, o PMAQ visa institucionalizar a avaliação nos serviços de saúde, que é uma importante ferramenta que subsidia a melhoria dos mesmos, e seu sentido, portanto, não é fiscalizatório, muito menos punitivo. Não há razão para temer o processo avaliativo do PMAQ nem muito menos para “mascarar” os problemas existentes no serviço. A dificuldade cada vez maior que os municípios tem de investir mais recursos na saúde se reflete nesses problemas, que precisam aparecer para que haja maior investimento na área.

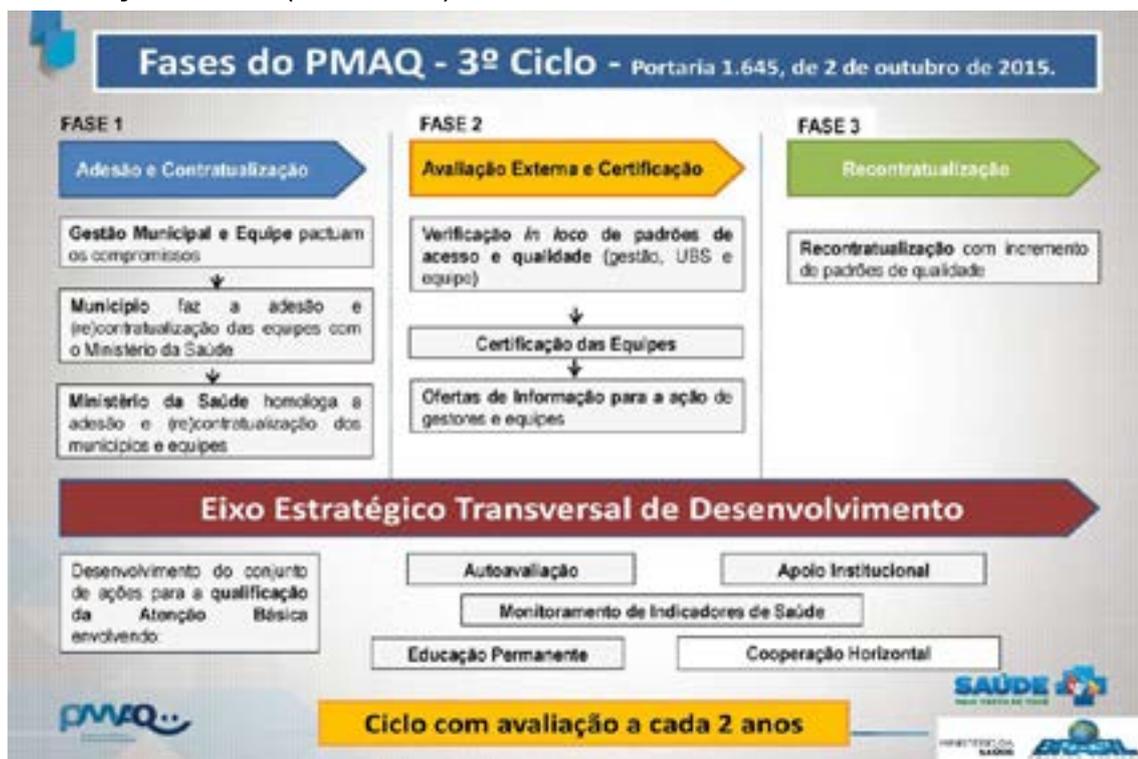
A seguir, serão detalhados o PMAQ-AB e o PMAQ-CEO com suas características metodológicas e particularidades.

O PMAQ -AB

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) tem por objetivos incentivar os gestores e as equipes de saúde que atuam na Atenção Básica a melhorar a de compromissos e de indicadores e, regulamentar o incentivo financeiro destinados aos municípios (Brasil, 2011; Medina et al., 2014).

De acordo com a Portaria nº 1.645 GM/MS, o PMAQ-AB está organizado em três fases sucessivas e num Eixo Estratégico Transversal, formando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade (Figura 1).

Figura 1 - Fases de implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).



Fonte: Ministério da Saúde, 2017.

A primeira fase, denominada Adesão e Contratualização, é o momento em que compromissos e indicadores são pactuados entre gestores municipais e equipes com o Ministério da Saúde. Depois de confirmada a adesão, o município passa a receber por equipe contratualizada, o incentivo financeiro mensal correspondente a 20% do valor integral do PAB Variável – Componente da Qualidade (Brasil, 2017a).

A segunda fase, Certificação, compreende a avaliação externa de desempenho das equipes e da gestão, a avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados e a verificação da autoavaliação pelas equipes (Brasil, 2017a).

A Avaliação Externa consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade, valorizando os esforços de gestores e equipes no alcance destes resultados. No terceiro ciclo do PMAQ-AB, seu percentual passou de 70% para 60% na composição da nota de certificação (Saúde, 2018).

Para sua realização, o Ministério da Saúde tem o apoio de instituições de ensino e pesquisa na organização e desenvolvimento do trabalho de campo. Os avaliadores da qualidade visitam as equipes de saúde conforme itinerário planejado previamente com cada município e a coleta dos dados é feita com uso de tablets que registram as informações relativas à estrutura física, processo de trabalho e satisfação do usuário em aplicativo específico. O instrumento para a coleta de dados é composto por seis módulos, a saber:

- Módulo I - Observação na Unidade de Saúde: avalia as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde;
- Módulo II - Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de

documentos na Unidade de Saúde: avalia o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários;

- Módulo III - Entrevista com o Usuário na Unidade Básica de Saúde: verifica a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização. Esse módulo objetiva levantar informações para o aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica e para divulgação dos resultados no Brasil, não fazendo parte da composição do desempenho das equipes;
- Módulo IV - Entrevista com o profissional do NASF e verificação de Documentos na Unidade de Saúde: avalia o processo de trabalho do NASF e a organização do serviço e do cuidado para os usuários;
- Módulo V- Observação na Unidade de Saúde para Saúde Bucal: avalia as condições de infraestrutura, materiais, insumos de atenção odontológica;
- Módulo VI - Entrevista com o profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade de Saúde: avalia o processo de trabalho da saúde bucal e a organização do serviço e do cuidado para os usuários (Brasil, 2017a).

Nos instrumentos de avaliação externa são observados os padrões de acesso e qualidade que compõem o processo de certificação das equipes, classificados como: gerais, obrigatórios, essenciais e estratégicos.

- Padrões gerais: atribuem menor peso na certificação em relação aos demais, ou seja, a equipe ganha pontos se realiza a ação;
- Padrões obrigatórios: condicionam à permanência no programa. No primeiro ciclo foram considerados a alimentação do Sistema de Informação (SIAB ou e-SUS) nos meses indicados pelo programa e aplicação das regras de sinalização externa. Para os subsequentes, o fornecimento de dados para o sistema de informação se manteve, acrescido da presença de cadeira odontológica na Unidade de Saúde;
- Padrões essenciais: estão relacionados a elevados percentuais de cumprimento e/ou a condições mínimas de acesso e qualidade. Caso a equipe não alcance todos esses padrões, automaticamente seu desempenho será classificado como ruim;
- Padrões estratégicos: relacionados às políticas e programas estratégicos que avançam em direção à ampliação do acesso e melhoria da qualidade na Atenção Básica. Para que a equipe seja classificada com desempenho ótimo, é necessário que alcance um percentual destes indicadores e obtenha uma nota mínima (Brasil, 2012; Brasil, 2017a)2012; Brasil, 2017.

A avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados ocorre a partir da seleção de um conjunto de indicadores, considerando os princípios da Atenção Básica e relevância para ampliação do acesso e melhoria da qualidade. No terceiro ciclo do PMAQ-AB, houve incremento na percentagem dos indicadores para a composição da nota de certificação, de 20% para 30%. Por fim, a verificação da autoavaliação pelas equipes identifica as fragilidades e potencialidades relacionadas ao processo de trabalho, produzindo iniciativas capazes de gerar mudança e aprimoramento. A sua realização equivale a 10% da nota de certificação (Brasil, 2017a).

Ao final destes três momentos, as equipes recebem a classificação de desempenho. As

categorias que compõem esta classificação passaram por atualizações durante os ciclos avaliativos. No Ciclo 1, utilizou-se o desvio-padrão da média do desempenho das equipes contratualizadas em seu estrato para classificá-las como ótimo, bom, regular e insatisfatório (Brasil, 2012). Para o Ciclo 2 foram adotadas as classificações muito acima da média, acima da média, mediana ou abaixo da média, insatisfatória e desclassificada (Brasil, 2015a). Por fim, o Ciclo 3 apresentou uma combinação entre as categorias empregadas anteriormente: ótimo, muito bom, bom, regular, ruim, insatisfatória e desclassificada (Brasil, 2018).

A terceira fase, Recontratualização, caracteriza-se pela repactuação de novos padrões e indicadores. Este momento concretiza os principais objetivos do programa que direciona a institucionalização de um processo cíclico e sistemático de avaliação. O uso dos resultados pelas equipes que passaram por ciclos anteriores ocorre nesta fase, analisando seu desempenho e propondo mudanças para o momento seguinte (Brasil, 2015a).

O Eixo Estratégico Transversal assegura que as ações de promoção para melhoria do acesso e da qualidade possam ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo, sendo sustentado pela autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal (Brasil, 2015a).

A Autoavaliação é uma ferramenta pedagógica com potencial reflexivo e problematizador que busca identificar dimensões positivas e problemáticas que circundam o processo de trabalho das equipes e as ações da gestão municipal, produzindo significados que orientem mudanças para o aprimoramento dos serviços. A elaboração da Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB) teve como guia instrumentos validados no cenário nacional e internacional. Uma escala numérica é utilizada para quantificar as respostas, construindo assim, escores gerais de qualidade. Concluída a autoavaliação, as equipes elaboraram seus planos de intervenção para o enfrentamento das fragilidades identificadas (Brasil, 2015a).

O Monitoramento de indicadores é reconhecido como elemento essencial para a implementação do programa, num processo que envolve negociação e contratualização de metas e compromissos pactuados entre equipes e instâncias gestoras do SUS. Esse processo contribui para definição de prioridades e programação de ações em saúde em direção ao aprendizado institucional e à melhoria da qualidade da Atenção Básica. Outro elemento é o fortalecimento da participação do usuário por meio da publicação de metas, padrões de qualidade e resultados alcançados com o PMAQ-AB, estimulando a transparência da gestão (Brasil, 2015a).

A Educação Permanente, no contexto do programa, é compreendida como importante processo pedagógico para estimular a prática de planejamento no cotidiano dos serviços de saúde, possibilitando alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas e fortalecendo a capacidade dos atores para agir com autonomia diante da proposta de intervenção (Brasil, 2015a).

O Apoio Institucional é uma função gerencial que busca reformular a maneira tradicional de fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Seu objetivo é auxiliar equipes a analisar sua prática e seu trabalho para construir intervenções capazes de potencializar mudança nas organizações a partir de problemas e tensões vivenciados no cotidiano (Brasil, 2015a).

A Cooperação Horizontal deve acontecer entre as equipes de saúde e os gestores municipais com o intuito de permitir a troca de experiências e de práticas promotoras de melhoria da qualidade. Pode acontecer presencialmente, em ações de Educação Permanente ou virtualmente, na

Comunidade de Práticas (Brasil, 2015a).

Com o movimento provocado pelo PMAQ-AB, espera-se produzir mudanças no processo de trabalho capazes de impactar o modelo de atenção e a capacidade de gestão com reflexos diretos na situação de saúde da população, desenvolvimento e capacitação dos trabalhadores de saúde, orientação de serviços em função das necessidades dos usuários e fortalecimento da participação da sociedade civil – assegurando, deste modo, que a APS se configure como a porta de acesso preferencial e ampliação da qualidade (Chimara et al., 2013; Garcia et al., 2014; Pinto et al., 2014).

A sobrecarga de recursos financeiros dos municípios no que diz respeito à assistência em saúde tem sido apontada como fator determinante para a baixa capacidade de contratação, composição e distribuição das equipes, bem como para a fixação de trabalhadores (Rizzotto et al., 2014). Nesta dimensão, o PMAQ-AB apresenta um novo modo de financiamento com o Componente de Qualidade que vincula o repasse de recursos conforme o resultado alcançado na avaliação de desempenho, ou seja: o que faz, como faz e se alcança resultados passam a ser decisivos para o financiamento (Pinto et al., 2014)

O PMAQ-CEO

Instituído pelas Portarias GM nº 261, de 21/02/13 e GM nº 1.599 de 30/09/2015 (Brasil, 2013), o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) somente foi implantado a partir do ciclo II do PMAQ-AB, segundo os seus moldes. Portanto, em 2019, estamos no ciclo III do PMAQ-AB e no ciclo II do PMAQ-CEO.

O PMAQ-CEO tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos CEO, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade.

O ciclo I do PMAQ-CEO foi composto pelas seguintes fases: 1) Adesão e Contratualização; 2) Desenvolvimento; 3) Avaliação Externa e 4) Recontratualização (Figura 2). A Adesão ao programa, feita pela autoridade sanitária do estado ou município, foi voluntária para todos os CEO em funcionamento no Brasil. Realizada a adesão e a contratualização (assinatura dos Termos de Compromisso firmados entre os CEO e gestores municipais/estaduais e entre estes e o Ministério da Saúde), o CEO já passava a receber 20% do incentivo do PMAQ-CEO. Os CEO que aderiram ao programa deveriam desenvolver ações de autoavaliação, educação permanente, receber apoio institucional do estado e/ou município e eram monitorados por meio de indicadores de produção, de gestão, de processo de trabalho e satisfação do usuário, de acordo com o tipo de CEO (Quadro 1). Na terceira fase foi feita a Avaliação Externa (AE) e a certificação de cada CEO. Para a certificação, o modelo de avaliação envolveu a autoavaliação (peso de 10%), a aferição de desempenho em indicadores monitorados pelo Ministério da Saúde (20% da nota de certificação) e o resultado da AE (peso de 70%) (Brasil, 2013).

Quadro 1. Indicadores de desempenho e monitoramento. PMAQ-CEO. Ciclo 1.

Indicador	Natureza do uso		Parâmetros mínimos
	Desempenho	Monitoramento	
Procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais no mês	X		Tipo I: 80; Tipo II: 110 e Tipo III: 190
Procedimentos de periodontia no mês	X		Tipo I: 60; Tipo II: 90 e Tipo III: 150
Procedimentos de endodontia no mês	X		Tipo I: 35; Tipo II: 60 e Tipo III: 95
Procedimentos de cirurgia no mês	X		Tipo I: 80; Tipo II: 90 e Tipo III: 170
Procedimentos de endodontia em dentes com 3 ou mais raízes no mês	X		Tipo I: 7; Tipo II: 12 e Tipo III: 19
Procedimentos restauradores realizados em pessoas com necessidades especiais no mês	X		Tipo I: 40; Tipo II: 55 e Tipo III: 95
Procedimentos de exodontia em relação aos procedimentos clínicos individuais em pessoas com necessidades especiais no mês		X	

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2013.

No ciclo II do PMAQ-CEO, houve algumas importantes modificações do modelo lógico do programa, tais como:

- i) A fase 2 (Desenvolvimento de ações para a melhoria do acesso e qualidade dos serviços) deixou de ser entendida como uma fase e passou a ser um eixo estratégico transversal a todo o ciclo. Dessa forma, desde a Adesão até a Reconstrução (portanto, durante todo o ciclo), os CEO deveriam desenvolver ações para a melhoria dos serviços. Estas ações incluem: Autoavaliação [ferramenta que auxilia no debate da identificação e priorização das dificuldades. A principal ferramenta recomendada foi o AMAQ]; Apoio Institucional [estratégia de suporte às equipes dos CEO, desenvolvida pelos Municípios, e à gestão municipal pelas Secretarias de Estado da Saúde e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS)]; Educação Permanente [ação contínua de investimento no trabalhador para melhoria do serviço]; Monitoramento de indicadores [com o propósito de subsidiar a definição de prioridades e programação de ações para melhoria da qualidade da atenção especializada em saúde bucal]; e Cooperação horizontal [fomento à troca de experiências e práticas promotoras de melhoria da qualidade da atenção em saúde bucal] - (Figura 2);
- ii) Foi ressaltada a importância da cooperação horizontal como uma ferramenta de indução de melhorias;
- iii) Os pesos dos componentes da certificação foram alterados. O monitoramento dos indicadores passou a ter peso de 30% na nota, ao passo que o resultado da AE diminuiu para 60%. A autoavaliação continuou com peso de 10% na certificação (Brasil, 2013; Brasil, 2017b). O quadro 2 apresenta os indicadores pactuados para o ciclo 2 do programa.

Figura 2. Fases do PMAQ-CEO. Ciclo I e Ciclo II.



Ciclo I



Ciclo II

Quadro 2. Indicadores contratualizados para o 2º ciclo do PMAQ-CEO.

INDICADORES	PARÂMETROS MÍNIMOS	INSTRUMENTO DE REGISTRO	FONTE
1. Procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais no mês	Tipo I: 80; Tipo II: 110 e Tipo III: 190	BPA-I	SIA/SUS
2. Procedimentos de periodontia no mês	Tipo I: 60; Tipo II: 90 e Tipo III: 150	BPA-C / BPA-I	
3. Procedimentos de endodontia no mês	Tipo I: 35; Tipo II: 60 e Tipo III: 95	BPA-C / BPA-I	
4. Procedimentos de cirurgia oral no mês	Tipo I: 80; Tipo II: 90 e Tipo III: 170	BPA-C / BPA-I	
5. Procedimentos de endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes no mês	Tipo I: 7; Tipo II: 12 e Tipo III: 19	BPA-C / BPA-I	
6. Procedimentos restauradores realizados em pessoas com necessidades especiais no mês	Tipo I: 40; Tipo II: 55 e Tipo III: 95	BPA-I	

Nota: Metas mínimas estabelecidas para o CEO, por Tipo e especialidade, conforme Anexo XL da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017.

A proporção de CEO que aderiram ao programa foi semelhante nos dois ciclos: 94,2% no ciclo I (n=860) e 95% no ciclo II (n=953). Mesmo os CEO que não aderiam ao programa foram submetidos à AE. Em ambos os ciclos, a AE foi composta por 3 módulos, descritos abaixo:

Módulo I, o entrevistador deve ser acompanhado por um **profissional do CEO** que conheça a **estrutura**, os **equipamentos**, os **materiais** e os **insumos** do estabelecimento (avaliação da estrutura)

Módulo II - Entrevista com o gerente (ou o profissional que agrega o maior conhecimento sobre o processo de trabalho do serviço) e um **cirurgião-dentista do CEO** (desde que atue em qualquer especialidade mínima do CEO) e **verificação de documentos** (avaliação dos **processos de gestão e de cuidado**)

Módulo III - Entrevista com usuário no CEO - foram selecionados pelo entrevistador 10 (dez) usuários presentes no CEO no dia da avaliação externa, maiores de 18 anos de idade (avaliação do resultado)

AAE é, portanto, composta por módulos de perguntas que são direcionadas aos usuários, aos profissionais de saúde e à estrutura do serviço.

O módulo de estrutura é observacional, e o entrevistador é acompanhado por um profissional do CEO que conheça a estrutura, os equipamentos, os materiais e os insumos do estabelecimento. Nesse caso, pode ser o próprio gerente do CEO, um cirurgião-dentista ou um auxiliar ou técnico em saúde bucal com essa característica. São registradas informações relativas à quantidade, formação, atuação e carga horária dos profissionais, adequação visual e acessibilidade, sinalização das

ações, horário de funcionamento, infraestrutura, equipamentos, insumos, instrumentais e materiais para o atendimento.

O módulo dos profissionais de saúde é respondido pelo gerente do CEO, ou o profissional que agrega o maior conhecimento sobre o processo de trabalho do serviço, e um cirurgião-dentista, de qualquer especialidade, que esteja no serviço no momento da avaliação. Planejamento, gestão e avaliação do processo de trabalho, apoio matricial, organização dos prontuários, organização da agenda, relação do CEO com a rede de atenção, tempo de espera dos usuários para atendimento, educação permanente, insumos, instrumentais e equipamentos, são os principais itens avaliados nesse módulo

O módulo dos usuários busca identificar a percepção dos usuários em relação ao acesso, assim como sua satisfação em relação à utilização do serviço. São entrevistados 10 usuários em cada CEO. Para ser entrevistado, o usuário deve ter mais de 18 anos e não estar utilizando o serviço pela primeira vez. São avaliados aspectos como o acesso geográfico (tempo e forma de deslocamento), o horário de funcionamento, a marcação de consulta, o atendimento, e a percepção quanto a estrutura do CEO.

O processo de certificação do PMAQ-CEO deve ser entendido como momento de reconhecimento do esforço dos profissionais do CEO e do gestor para melhoria do acesso e da qualidade no CEO. Para a certificação dos CEO, houve também diferentes estratégias entre os ciclos. Para o ciclo 1, os CEO foram comparados em relação aos outros CEO, do mesmo tipo e estrato. Para o ciclo 2, os CEO foram também comparados com o seu próprio desempenho no ciclo anterior.

Em ambos os ciclos, foram considerados quatro padrões de qualidade:

Padrões Obrigatórios: são os que condicionam a permanência no Programa.

- Possuir a quantidade mínima de cadeiras odontológicas em condições adequadas, de acordo com o Tipo de CEO, conforme exigido no Anexo XIV da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017;
- Manter o cadastro atualizado de todos os profissionais do CEO no CNES;
- Manter a alimentação regular da produção do CEO no SIA/SUS.

ATENÇÃO:
O não atendimento dos padrões obrigatórios faz
com que o CEO seja
DESCCLASSIFICADO para fins de certificação

Padrões Essenciais: padrões 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.

CATEGORIA	PADRÃO DE ACESSO E QUALIDADE
Trabalhadores para atuação nas especialidades mínimas	O CEO oferta as 5 especialidades mínimas (cirurgia, endodontia, periodontia, estomatologia e atendimento a pacientes com necessidades especiais)
Horário de funcionamento	O CEO atende no mínimo dois turnos
Ambientes	Sala de espera
Equipamentos	Aparelho de RX Odontológico + avental de chumbo com protetor de tireoide
	Caneta de alta rotação e caneta de baixa rotação
	Compressor odontológico
	Amalgamador
	Fotopolimerizador
Materiais impressos	Boletim de produção ambulatorial consolidado (BPA-C)
	Boletim de produção ambulatorial individualizado (BPA-I)
	Ficha de encaminhamento de referência e contrarreferência
Instrumentais e insumos	Anestésico odontológico com vasoconstritor e sem vasoconstritor
	EPI – luvas, óculos, máscaras, aventais, toucas
	Fio de sutura com agulha montada
	Limas endodônticas
	Lençol de borracha + grampos para endodontia
	Seringa carpule
	Sondas periodontais
Acesso	O acesso às especialidades mínimas se dá 100% por meio da demanda referenciada
Procedimentos ofertados pelo CEO	Tratamento de periodontites (raspagem e alisamento radicular subgengival; cirurgia de acesso).
	Remoção de dentes retidos, inclusos e impactados
Processo de Trabalho	Atividade de planejamento das ações do CEO
	Reunião de equipe de CEO
	Monitoramento e análises das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO
	O CEO utiliza prontuário eletrônico
	Contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica
Ambiência	O CEO está em boas condições de limpeza
	Tem a quantidade de cadeiras suficiente para as pessoas sentarem no local de espera
Acesso	Marcação de consulta para o CEO feita pela UBS ou central de marcação de consulta
Contrarreferência	Ao concluir o tratamento no CEO, o usuário é encaminhado para a Unidade Básica de Saúde para continuar o tratamento/acompanhamento
	Ao concluir o tratamento no CEO, o dentista entrega documento de contrarreferência para o usuário entregar ao dentista da UBS

Padrões Estratégicos: considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Especializada em Saúde Bucal e relacionados a prioridades definidas de maneira tripartite. Um CEO só poderá ter desempenho ótimo se alcançar um conjunto mínimo desses padrões, o que significa dizer que o alcance de desempenho ótimo é condicionado, entre outros fatores da certificação, pelo cumprimento de um conjunto mínimo desses padrões.

CATEGORIA	PADRÃO DE ACESSO E QUALIDADE
Trabalhadores para atuação nas especialidades mínimas	Além das especialidades mínimas, o CEO oferta outras especialidades
Horário de funcionamento	O CEO atende três turnos (manhã, tarde e noite)
Ambientes	Escovódromo
	Banheiro para usuários (adaptado com vaso mais baixo, acessórios com pia, 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)
Equipamentos	Autoclave
	Motor Cirúrgico
	Instrumento rotatório para endodontia
	Localizador apical para endodontia
Instrumentais e insumos	Afastador minesotta
	Cânula de aspiração
	Frasco para biópsia (coletor universal)
Gestão	CEO ter gerente
	O gerente do CEO com/em formação em Saúde Coletiva ou Saúde Pública
	Nos últimos 12 meses, não haver suspensão do atendimento por falta de insumos ou instrumentais
	Nos últimos 12 meses, não haver suspensão do atendimento por não ter equipamento funcionando adequadamente
Vínculo e Plano de Carreira	Vínculo estatutário ou CLT
	Mecanismo de ingresso (concurso público ou seleção pública)
	Profissionais do CEO com plano de carreira
Processo de Trabalho	Construção e discussão de protocolos clínicos
	Capacitação com os profissionais da Atenção Básica para a detecção do câncer de boca
	Estratégias para diminuir o absenteísmo dos usuários no CEO
Procedimentos ofertados no CEO	Cirurgia periodontal para dentística restauradora (gingivectomia; aumento de coroa clínica por retalho)
	Cirurgias de pequenos cistos e tumores benignos intraósseos
Acesso	Consulta no CEO com hora marcada
Material e Equipamento	Não haver interrupção do atendimento por falta de material ou equipamento

Padrões Gerais: os demais padrões que compõem a matriz de pontuação para a certificação dos CEO.

O PMAQ-CEO, portanto, avalia o desempenho dos CEO, estabelecendo padrões de qualidade que são considerados no repasse de recursos para os serviços, como um incremento do custeio. É uma avaliação para decisão, com finalidade formativa: permite a compreensão e identificação de problemas, bem como a elaboração de estratégias para sua superação. Para tanto, o programa publiciza padrões de qualidade desejados (Brasil, 2013).

No ciclo I, dependendo do resultado da certificação, o CEO poderia manter o incentivo de custeio de 20%, caso fosse certificado com desempenho abaixo da média ou mediano, ampliar para 60% (desempenho acima da média) ou para 100% (desempenho muito acima da média). Os valores de incentivo do PMAQ-CEO foram publicados na Portaria nº 677, de 3 de junho de 2015 (Brasil, 2015b). No ciclo II, foi ampliado o número de faixas para a certificação das equipes (de 3 para 5 faixas), aumentando a possibilidade de movimentação das equipes, conforme quadro abaixo.

1º ciclo	2º ciclo
Muito acima da média	Desempenho Ótimo
Acima da média	Desempenho Muito Bom
Abaixo da média / Mediano	Desempenho Bom
	Desempenho Regular
	Desempenho Ruim

Acredita-se que este processo de avaliação tenha papel indutor de mudanças nos CEO. A utilização de uma abordagem sistêmica – estrutura, processo e resultado – é um aspecto importante do programa. Sua natureza cíclica e constante é outro diferencial. O incentivo financeiro (ainda que somente para a rubrica de custeio) tem forte papel indutor. A exigência de pactuações locais para a adesão, contratualização e recontratualização estimulam o diálogo entre diferentes níveis de gestão e a tomada de decisão de forma compartilhada. A autoavaliação, como um componente da certificação, é uma potente ferramenta de reflexão para as equipes e gestores. O incentivo à realização de ações para melhorar o acesso e qualidade dos serviços, como apoio institucional, cooperação horizontal, educação permanente e outras, tem importante potencial de mobilização.

Evidências apontam que alguns dos principais gargalos do SUS são problemas de acesso e de qualidade das ações e serviços ofertados (Bahia, 2018; Leal et al., 2018; Massuda et al., 2018; Pinto e Giovanella, 2018), particularmente o acesso a serviços de saúde bucal (Viacava et al., 2018). O PMAQ foi, portanto, pensado como um plano de ação frente a esses problemas. No entanto, entende-se que o processo de mudança na organização dos serviços é lento e requer mobilização dos diferentes níveis de atenção, trabalhando em rede, de forma coordenada, organizada e resolutiva. Mesmo assim, algumas publicações já sugerem o papel indutor de mudanças do PMAQ (Chaves et al., 2018; Neves et al., 2018) e tendências pró-equidade em alguns indicadores de saúde bucal já podem ser verificados (Fernandes et al., 2016; Oliveira et al., 2016). O PMAQ disposta no cenário mundial chamando a atenção de vários países como uma das principais estratégias de pagamento por performance, com grande potencial transformador (Macinko et al., 2017a; Saddi e Peckham, 2018).

Referências

BAHIA, L. Thirty years of history in the Brazilian Unified National Health System (SUS): a necessary but insufficient transition. *Cad. Saúde Pública*, v. 34, n. 7, 2018. ISSN 0102-311X.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 1654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) eo Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável-PAB Variável. Diário Oficial da União. Brasília, 2011.

_____. 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, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 261, de 21 de fevereiro de 2013. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0677_03_06_2015.html. Acesso em: 31/03/2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União. Brasília, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.599, de 30 de setembro de 2015b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1599_30_09_2015.html. Acesso em: 31/03/2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 677, de 3 de junho de 2015c. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0677_03_06_2015.html. Acesso em: 31/03/2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mais Perto de Você / Acesso e Qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades odontológicas (PMAQ-CEO): Manual Instrutivo. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bucal>. Acesso em: 25/08/2016. 34p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e Nasf. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

_____. 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: Ministério da Saúde; 2017b. 40 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota metodológica da certificação das equipes de Atenção Básica - terceiro ciclo. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CHAVES, L. A. et al. Integration of primary care in the healthcare network: analysis of the components in the external evaluation of the PMAQ-AB. *Cad. Saúde Pública*, v. 34, n. 2, 2018. ISSN 0102-311X.

CHIMARA, M. B. et al. Gestão do Sistema de Saúde do Município de São Paulo com Base nos Parâmetros de Avaliação do PMAQ-AB: Estudo de Casos na Microrregião de Cidade Tiradentes. *Rev. Gest. Sist.Saúde*, v. 2, n. 2, p. 174-197, 2013. ISSN 2316-3712.

- DONABEDIAN, A. Enfoques básicos para la evaluación. Estructura, proceso y resultado. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México DF: La Prensa Médica Mexicana, v. 95, 1984.
- FERNANDES, J. D. K. B. et al. Evaluation of oral health indicators in Brazil: a trend towards equity in dental care? *Cad. Saúde Pública*, v. 32, n. 2, 2016. ISSN 0102-311X.
- GARCIA, A. C. P. et al. Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo:(des) velando cenários. *Saúde debate*, v. 38, p. 221-236, 2014. ISSN 0103-1104.
- LEAL, M. D. C. et al. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). *Ciênc. saúde coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018. ISSN 1413-8123.
- MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. *The Journal of Ambulatory Care Management*, v. 40, n. 2 Suppl, p. S4, 2017a.
- _____. Introduction to the Special Edition on the Brazilian National Program to Improve Primary Care Access and Quality (PMAQ). *The Journal of Ambulatory Care Management*, v. 40, n. 2 Suppl, p. S1, 2017b.
- MASSUDA, A. et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*, v. 3, n. 4, p. e000829, 2018. ISSN 2059-7908.
- MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? *Saúde debate*, v. 38, p. 69-82, 2014. ISSN 0103-1104.
- NEVES, R. G. et al. Structure of primary healthcare units for treating persons with diabetes: Cycles I and II of the Brazilian National Program to Improve Access and Quality. *Cad. Saúde Pública*, v. 34, n. 4, 2018. ISSN 0102-311X.
- OLIVEIRA, R. F. R. D. et al. Equity in the use of dental services provided by the Brazilian Unified Health System (SUS) among the elderly: a population-based study. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 21, n. 11, p. 3509-3523, 2016. ISSN 1413-8123.
- PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A. D.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde debate*, v. 38, n. spe, p. 358-372, 2014. ISSN 0103-1104.
- PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. The Family Health Strategy: expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). *Ciênc. saúde coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018. ISSN 1413-8123.
- 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*, v. 38, p. 237-251, 2014. ISSN 0103-1104.
- SADDI, F. C.; PECKHAM, S. Brazilian Payment for Performance (PMAQ) Seen From a Global Health and Public Policy Perspective. *Journal of Ambulatory Care Management*, v. 41, n. 1, p. 25-33, 2018. ISSN 0148-9917.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, p. S190-S198, 2004. ISSN 0102-311X.
- VIACAVAL, F. et al. SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018. ISSN 1413-812.

Histórico dos Programas de Saúde Bucal no Brasil e a Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente

Fernanda Campos de Almeida Carrer
Edson Hilan Gomes de Lucena
Petrônio José de Lima Martelli
Fábio Carneiro Martins
Gilberto Alfredo Pucca Junior

Um programa de saúde é um conjunto de ações implementadas, com objetivos definidos por um governo, em geral com foco microsetorial de um campo específico da saúde, que tem como meta melhorar as condições de saúde da população. Em geral um programa de saúde é composto de algumas partes, entre elas; 1. diagnóstico do problema; 2. objetivos a serem alcançados e programação das atividades.

De acordo com a área espacial, os programas podem ser nacionais, estaduais, municipais ou locais. Como tal, um programa de saúde é um instrumento para operacionalizar as políticas de saúde através do planejamento, da execução e avaliação das ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde. Já, as políticas públicas de saúde tratam de articular ações intersetoriais e interinstitucionais, coerentes com os princípios do Sistema Nacional de Saúde e com o conjunto de programas e atividades desenvolvidos pelo Poder Público e têm a função de assegurar os direitos constitucionais inerentes aos cidadãos. Por isso, considera-se o Brasil Sorridente, a primeira Política Nacional de Saúde do Brasil, por se constituir na frente de saúde bucal do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Sistema de Saúde do Brasil (SUS) é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Tem como objetivos a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação; e a assistência às pessoas por intermédio destas ações de saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (1).

A atenção odontológica no Brasil, até a implantação do Brasil Sorridente, caracterizou-se por seu perfil materno-infantil, por prestar assistência a grupos populacionais restritos, por meio de programas focados para a cárie dentária. O restante da população era excluída e dependente de serviços curativos, muitas vezes mutiladores e de característica privada. Isso resultava em baixa cobertura de atendimento e assistência de baixa resolutividade, alvo de críticas por parte dos atores envolvidos (2).

Este modelo reporta-se à década de 70, como estado brasileiro moldado para atender apenas as necessidades mínimas dos grandes contingentes populacionais que estavam completamente excluídas. Naquela década, este quadro evidenciou a necessidade de se desenvolver e expandir uma modalidade assistencial de baixo custo para os contingentes populacionais excluídos pelo modelo médico-assistencial privatista, especialmente os que viviam nas periferias das cidades e nas zonas rurais. Surgiu, então, a idéia da medicina simplificada para populações marginalizadas, preconizada após a proposta internacional dos cuidados primários, acordada em Alma-Ata. Por outro lado, propostas em torno da saúde escolar foram encontradas, no Brasil, a partir de meados do século XIX, e em 1889, surgiu o primeiro decreto sobre higiene escolar, regulamentando a inspetoria dos estabelecimentos públicos e privados de ensino para identificar e propor a exclusão do aluno que sofresse de moléstia transmissível, revacinar alunos e tratar daqueles que não podiam

ter em seu domicílio tratamento adequado. Os primeiros passos para a institucionalização da higiene escolar no país estiveram diretamente ligados a idéias e nomes de intelectuais brasileiros que propunham modernizar a sociedade nos moldes europeus e americanos. Além disso, era preciso educar e moralizar, para que novos hábitos de higiene reduzissem diarreias, mortalidade infantil, alcoolismo, tuberculose e sífilis. Paralelamente, a odontologia insere-se na assistência pública, quando em 1912 acontece a primeira experiência com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares em São Paulo (3). A partir desse marco, nota-se que o atendimento escolar no Brasil até 1952 mostrou-se rudimentar, principalmente no que diz respeito ao seu planejamento e ao tipo de serviço ofertado, caracterizado pela falta de avaliação, pela ausência de sistema de trabalho e de técnicas uniformes, pelo preparo inadequado de profissionais para a execução de tarefas sanitárias e pela concepção individualista da profissão, reproduzindo no serviço público o mesmo tipo de atendimento nos consultórios particulares (4).

O modelo de assistência odontológica hegemônico que permaneceu até a Constituição de 1988 (Figura 1), era preponderantemente de prática privada, cobrindo a maior parte da população e o seguro social por intermédio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), depois Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), oferecendo assistência dentária somente aos trabalhadores privados urbanos segurados, utilizando, porém, a contratação de serviços profissionais privados. Ou seja, a previdência social, ainda incipiente, prestava em caráter complementar, assistência odontológica e médica para suas populações cativas, enquanto o Ministério da Saúde se ocupava desses serviços apenas em determinadas áreas, com o objetivo de sanear o ambiente. Algumas populações, como aquelas na zona da borracha, eram assistidas por Serviços Especiais de Saúde Pública (Sesp). Esse fato caracterizou a dicotomia histórica das instituições públicas de atenção à saúde: previdência versus saúde pública. A assistência planejada, voltada para os escolares introduzida no início da década de 1950, de certa forma rompeu com a rigidez da demanda espontânea do modelo hegemônico de atenção odontológica, porém manteve as características flexnerianas (5). Com um grande número de doenças acumuladas e com o aparecimento de novas doenças de maior complexidade, surge a proposta do sistema produtivista, com o objetivo de resolver essa demanda. Contudo, esse sistema apresentou baixa resolutividade, além de um alto custo, embora houvesse 15 ampliação da produtividade. Na tentativa de se reduzirem gastos, houve uma fragmentação das tarefas (influenciada pelo taylorismo), traduzida na odontologia simplificada. O reconhecimento do grande número de doenças e da incapacidade de serviços para controlá-las deu origem ao sistema preventivista, cuja atenção era voltada para os mais jovens. Da aplicação da simplificação na população mais jovem, ainda livre de cárie, surge a odontologia integral, que usa a lógica do modelo preventivista, com atenção voltada apenas aos mais jovens e, portanto, excludente, e a lógica do modelo incremental, importado dos Estados Unidos, em que se preveniam cáries em molares permanentes de crianças com acompanhamento até determinada idade para prevenção, excluindo os dentes decíduos. A lógica do sistema incremental passa a prever a cobertura gradual e ascendente a partir das idades menores, baseada no fato epidemiológico de que a prevalência de cárie em dentes permanentes é menor nas idades mais jovens, constituindo-se, portanto, no momento ideal para intervir com ações preventivas, curativas e educativas. Como consequência, o atendimento odontológico dirigiu-se predominantemente para o grupo escolar, numa tentativa de bloquear a cadeia epidemiológica, utilizando a prevenção ou proporcionando tratamento nas fases iniciais da doença, com o intuito de impedir seu agravamento e evitar os gastos bem maiores que se fariam necessários para conter lesões mais complexas (7). A justificativa para a aplicação desse modelo e para dar continuidade à prática odontológica em escolares partiu da seguinte afirmação: prevenindo a cárie na infância, as pessoas estarão protegidas na vida adulta. A tentativa de resolver os problemas brasileiros importando o modelo do sistema incremental americano de atenção às minorias, de forma acrítica - sem levar em conta as diferenças profundas existentes entre os dois

países, principalmente porque os problemas eram gerais e não focais como nos Estados Unidos - resultou que este sistema não chegou a formular nenhuma estratégia universal para atingir toda a população, porque se voltava, exclusivamente, para a população-alvo e não para o conjunto da população exposta ao risco de adoecer. Daí seu caráter excludente (6).

Aprofundando um pouco mais as análises, observando a história da saúde bucal no Brasil, é possível afirmar que a odontologia parece ter seguido uma rota enquanto o quadro epidemiológico e as condições de vida seguiram outra, distinta e não paralela, tendo como consequência a oferta de serviços somente a uma pequena parcela da população, mantendo a característica de um sistema de exclusão. Esse histórico da institucionalização da odontologia demonstra o motivo pelo qual a atenção à saúde na área é predominante nos escolares do ensino fundamental. Esse pensamento permitiu que o sistema incremental fosse aplicado. Desta forma, ficou evidente a necessidade de mudanças. O estágio da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) balizou a possibilidade de realizar as ações que permitissem atender às necessidades de todas as pessoas (princípio da universalidade), viabilizando o seu acesso a todos os recursos odontológicos e de saúde geral de que necessitavam (princípio da integralidade), e ofertando mais aos que mais precisavam (princípio da equidade). O Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal – CNSB (8) evidenciou como tal agenda deveria ser constituída. Nesse documento, expressão de um processo que teve a participação direta de cerca de 90 mil pessoas em todo o país, assinalou-se que as condições da saúde bucal e o estado dos dentes eram, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social [e que] o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nessa área exigia mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. Eram necessárias políticas intersetoriais, integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas de governo.



Figura 1. Esquema dos principais acontecimentos de saúde e saúde bucal ao longo da história do Brasil.

Em 2003, com uma nova conjuntura política, que se expressou com a posse do presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, que determinou ao Ministério da Saúde que elaborasse

e implantasse ações de saúde bucal no Sistema Único de Saúde e possibilitou que forças democráticas que discutiam a saúde bucal como um direito intrínseco de cidadania se aglutinassem num projeto comum. O recém empossado governo tinha como estratégia a superação da exclusão social, e a saúde bucal é um forte indicador de exclusão. Assim, iniciou-se a elaboração de uma Política Nacional de Saúde Bucal, com diretrizes específicas, estruturadas durante do primeiro ano de gestão do novo presidente (10) que resgatasse o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica, por meio de ações governamentais articuladas com os princípios do Sistema Único de Saúde, com forte marca da integralidade, da equidade e da intersetorialidade.

Há que se ressaltar que também até o lançamento do Brasil Sorridente, a presença da saúde bucal na rede pública era fortemente presente apenas na atenção básica. Em 2003, menos de 3,7% dos procedimentos ofertados eram realizados na atenção especializada do SUS (Média e Alta Complexidade). Ou seja, o Brasil não ofertava uma rede de referência e contra referência de atenção secundária. Dentro deste quadro inicia-se a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas CEO (s), ofertando procedimentos de média complexidade de cinco áreas clínicas da odontologia (Periodontia, Cirurgia Oral Menor, Endodontia, Diagnóstico e Pacientes com Necessidades Especiais). Em 2006, a Coordenação Nacional de Saúde Bucal realiza uma primeira avaliação qualitativa dos CEO(s), abrangendo quase a totalidade das unidades implantadas no país, começava a organização da rede de saúde bucal no Sistema Único de saúde (Figura 2).

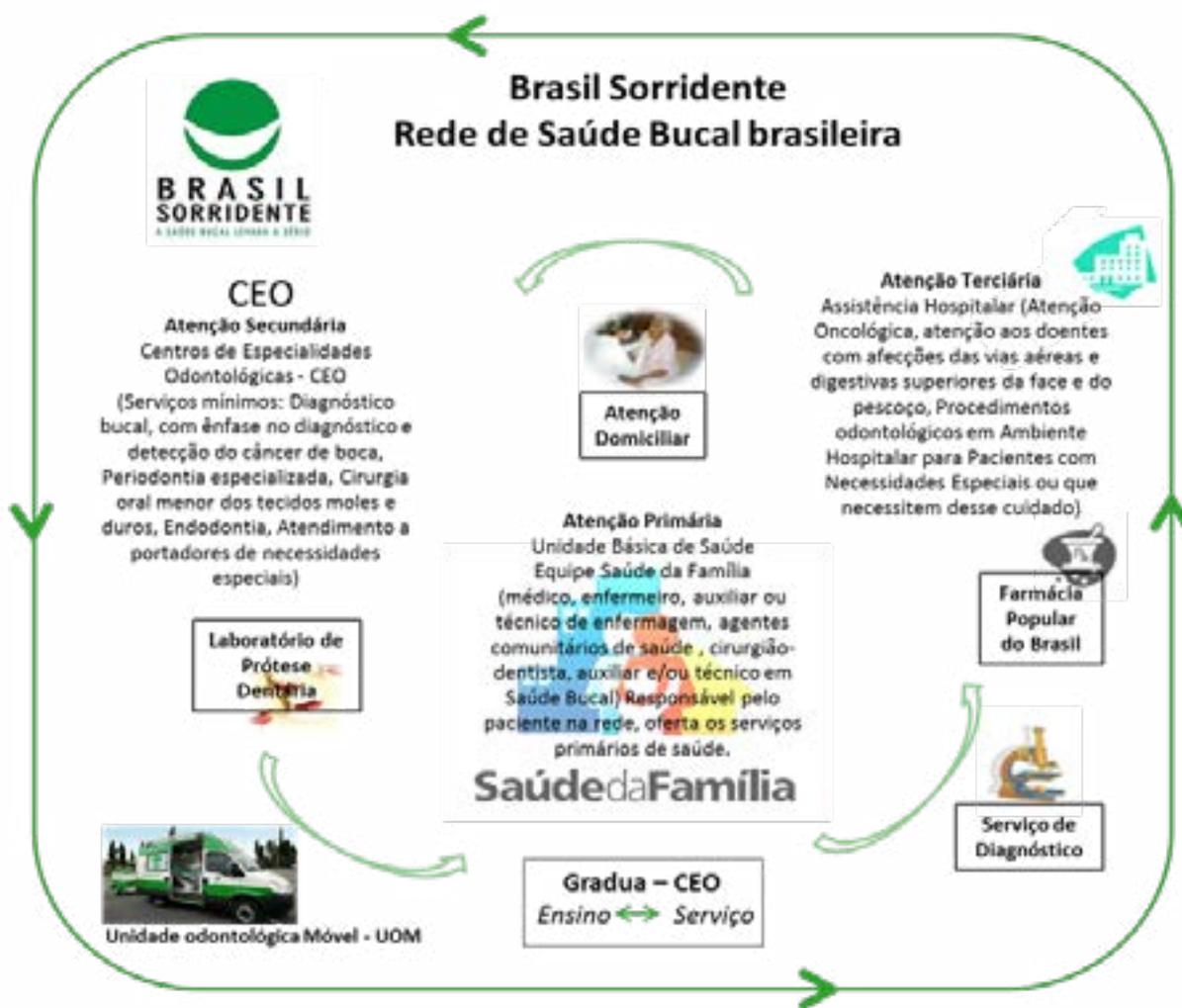


Figura 2. Esquema da Rede Poliarquica de Saúde Bucal no SUS: adaptada de: Pucca et al.

Esta iniciativa é o germe dos processos avaliativos do PMAQ AB e PMAQ CEO. Parece-nos que isto define a real dimensão desta iniciativa. Com o lançamento do “Brasil Sorridente” não se trata mais de Política Nacional de Saúde Bucal, muito menos de Programa Nacional de Saúde

Bucal e sim do componente de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde, em todos os seus quatro princípios: Universalização, Equidade, Integralidade e Controle Social. Para tanto, o conceito que molda a partir de então as ações de saúde, entre elas as ações de saúde bucal é o conceito de vigilância em saúde. A vigilância deve estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção da saúde. A partir de suas específicas ferramentas, as equipes de saúde da atenção primária podem desenvolver habilidades de programação e planejamento, de maneira a organizar os serviços com ações programadas de atenção à saúde das pessoas, aumentando-se o acesso da população a diferentes atividades e ações de saúde. Para a organização deste modelo é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência). Dentro desta perspectiva e pressupostos o componente de saúde bucal passa a prescindir de outra frente estratégica; impactar processo de trabalho. Mendes Gonçalves (9) estuda a aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde, segundo ele, no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. Portanto, os três elementos componentes do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho, o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios do trabalho. No estudo do processo de trabalho em saúde, Mendes Gonçalves analisa os seguintes componentes: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes, e destaca que esses elementos precisam ser examinados de forma articulada e não em separado, pois somente na sua relação recíproca configuram um dado processo de trabalho específico. Parece-nos que esse é um dos maiores desafios que se colocam para a construção de políticas públicas de saúde, entre elas as de saúde bucal, alterar processo de trabalho, podendo-se admitir, em decorrência, fundamentalmente de dois fatores interligados e tomados como consequência e causa; formação hegemônica ainda fundada nos princípios da iniciativa privada e origem de classe dos profissionais de saúde de nível superior. Com a posse do Presidente Lula e ao assumir a responsabilidade pela saúde bucal da sua população, o Brasil comprometeu-se com a redução das desigualdades, com o combate à fome e com a garantia de nutrição em condições adequadas - um compromisso com a inclusão social.

Referências

1. Brasil. Lei nº 8080, 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: 20 set. 1990
2. Ferreira, E. B , Abreu, T. Q, Oliveira, A.E.F. MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL: revisão de literatura. Ver. Pesq. Saúde, 12(3): 37-42, set-dez, 2011.
3. Carvalho CL, Loureiro CAS. A inserção da odontologia na saúde escolar. Caderno de Odontologia. Belo Horizonte, 1997; 1(1): p. 43-57.
4. Werneck MAF. A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança [tese]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 1994
5. Serra CGA. Saúde bucal como políticas de saúde: análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1998
6. Pinto VG. A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000: diagnósticos e caminhos a seguir. Brasília: Santos; 1993.
7. Sheiham A, Joffe M. Public dental health strategies for identifying and controlling dental caries in high and low risk populations. In: Johnson, N. (Ed). Risk markers for oral diseases. Cambridge: Cambridge University Press; 1992. p. 485-81.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. 3ª Conferência nacional de saúde bucal: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
9. Mendes EV (org.). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco; 1994.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

REGIÃO AMAZÔNICA

Vivenciar a Singularidade da Amazônia Ocidental e parte da Amazônia Oriental: desafiar céus, estradas e rios

Janete Maria Rebelo Vieira

Maria Augusta Bessa Rebelo

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) implantada em 2004¹, nomeada Brasil Sorridente pelo governo federal, é descrita e reconhecida como um processo construído coletivamente, a partir do Movimento da Reforma Sanitária e dos debates das proposições originadas nas três Conferências Nacionais de Saúde Bucal (1986, 1993 e 2004), as quais, em suas diversas etapas envolveram dezenas de milhares de cidadãos brasileiros².

Dentre as diversas diretrizes que compõem a PNSB, a presente narrativa tem como foco a assistência odontológica no nível secundário, a partir dos dados coletados da avaliação externa dos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), segundo os pressupostos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ-CEO 1º Ciclo, dos relatórios estaduais, bem como das experiências vivenciadas durante o campo nos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Rondônia, Roraima e Tocantins, territórios marcados por heterogeneidade, diversidade e desigualdade.

A Amazônia Legal foi criada como área de atuação da Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia (SPVEA), em 1953. Atualmente (Figura 1), ela corresponde à área dos Estados da Região Norte (Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins), acrescidos da totalidade do Estado de Mato Grosso e parte do Estado do Maranhão (oeste do meridiano de 44º)³. A Amazônia Legal é dividida em Ocidental, sendo constituída pela área abrangida dos Estados do Acre, Amazonas, Rondônia e Roraima, e Oriental abrangendo os Estados Amapá, Maranhão, Mato Grosso, Pará e Tocantins.

O processo de avaliação externa nos Estados da Amazônia Ocidental e parte da Oriental foi desenvolvido por duas professoras (Coordenadora Macrorregional e Coordenadora Estadual do Amazonas) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas e quatro Cirurgiões-Dentistas (CD) como avaliadores de qualidade; desses, um avaliador ficou responsável pela avaliação em Rondônia e três dividiram-se entre Acre, Amapá, Amazonas, Roraima e Tocantins. O plano operacional desenvolvido pela coordenação macrorregional e local do PMAQ-CEO contemplava os roteiros de viagem para os seis Estados objeto desta narrativa, totalizando 34 CEO em 27 municípios, e a previsão dos deslocamentos por vias aérea, fluvial e terrestre. Este plano teve que levar em consideração o número de CEO a serem investigados e o tempo de deslocamento entre eles, adequando-se as singularidades dos meios de transporte utilizados nesta região, em especial no Estado do Amazonas, pois alguns municípios visitados não dispunham de voos diários e nem linhas regulares de barcos ou de ônibus.



Figura 1 – Mapa dos Estados da Amazônia Legal.

Fonte: <https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=s69LeqY8&id=D0E3AD699C01A4C9054A56EAFA0FA58DAA1B1C86&thid=OIP>

A seguir estão disponibilizadas algumas informações sobre cada Estado (AC, AP, AM, RO, RR e TO) e na sequência, os principais resultados da avaliação externa do PMAQ-CEO 1º Ciclo.

ACRE – AC

Localiza-se no sudoeste da Região Norte, fazendo divisa com duas unidades federativas, Amazonas ao Norte e Rondônia a Leste (Figura 2), e fronteira com dois países, a Bolívia a Sudeste e o Peru ao Sul e a Oeste. Sua área é de 164 123,040 km², essa área responde inferiormente a 2% de todo o país. Trata-se de um dos estados com menor densidade demográfica do Brasil, tendo uma população em 2014 de 839.945 habitantes⁴. O estado conta com 22 municípios, sua capital é Rio Branco com uma população de 363.928 habitantes, onde estão implantados 2 CEO, sendo um tipo I e um tipo II, ficando 21 municípios sem atenção secundária em saúde bucal.

O Índice do Desenvolvimento Humano (IDHM) do Acre era 0,719, em 2014, de acordo com o monitoramento das tendências desse índice, disponível no Radar IDHM na página do Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil. A dimensão que mais contribuiu para o IDHM da UF foi Longevidade, com índice de 0,804, seguida de Renda, com índice de 0,679, e de Educação, com índice de 0,673⁵.

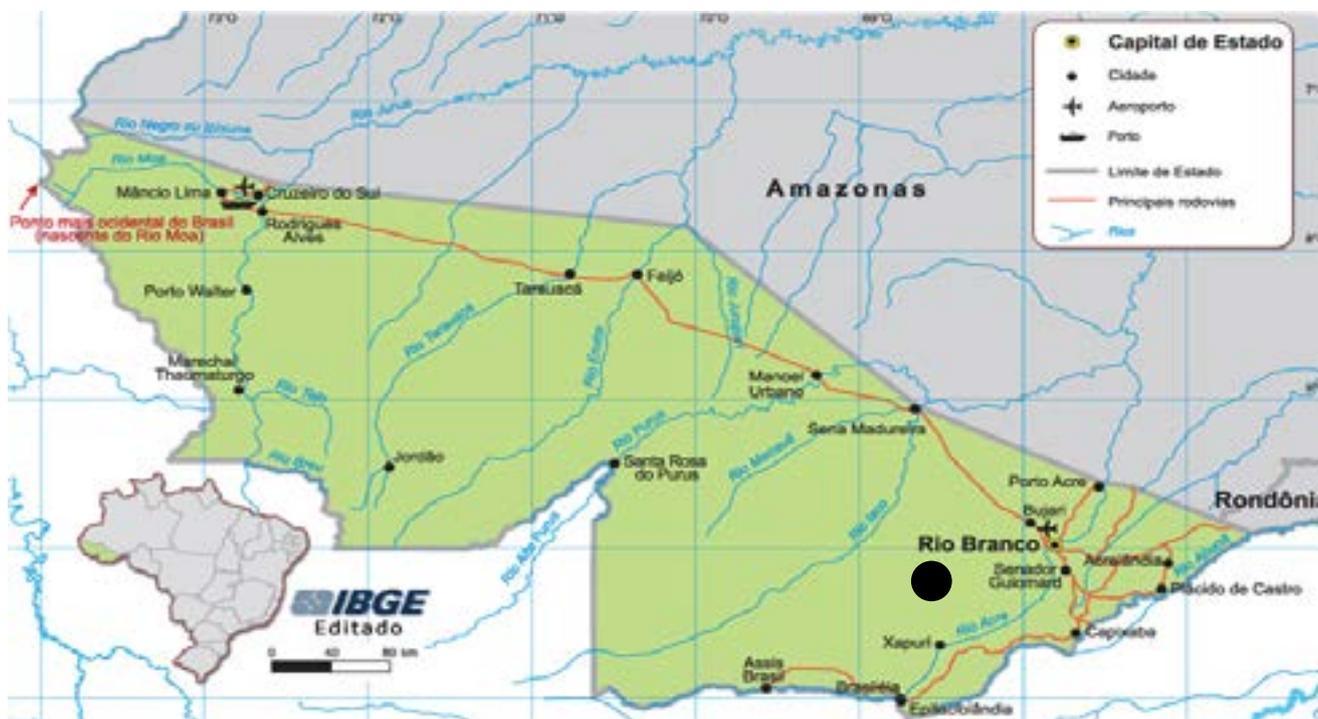


Figura 2 – Mapa do Estado do Acre e seus respectivos municípios.

● Localização dos CEO

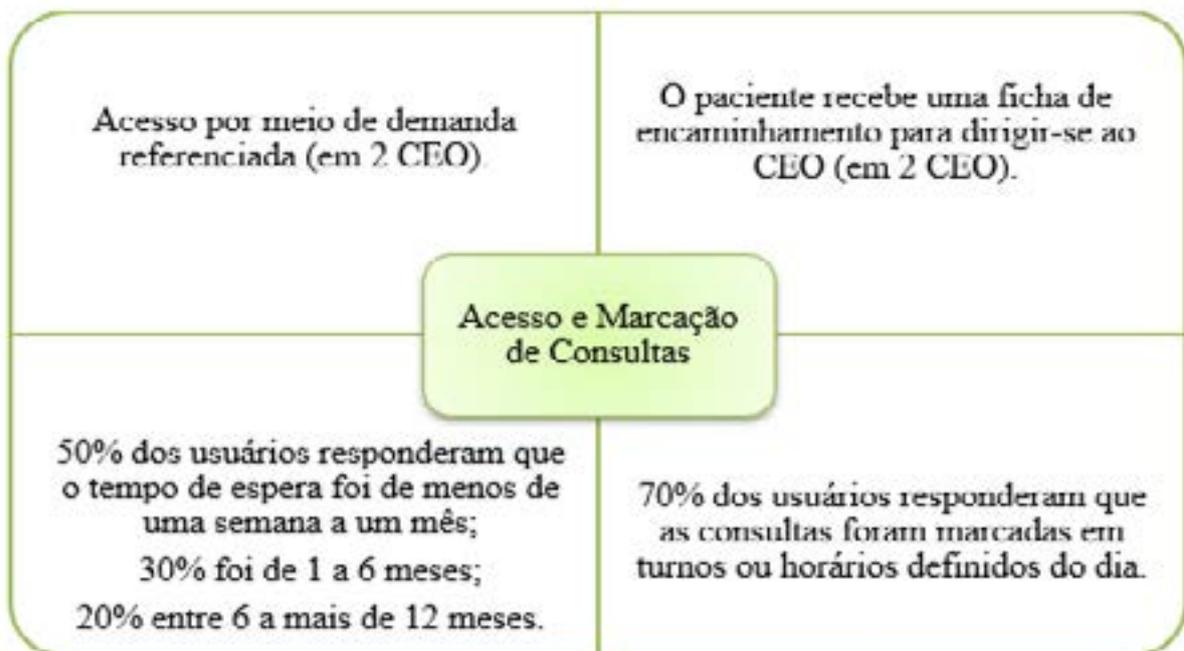
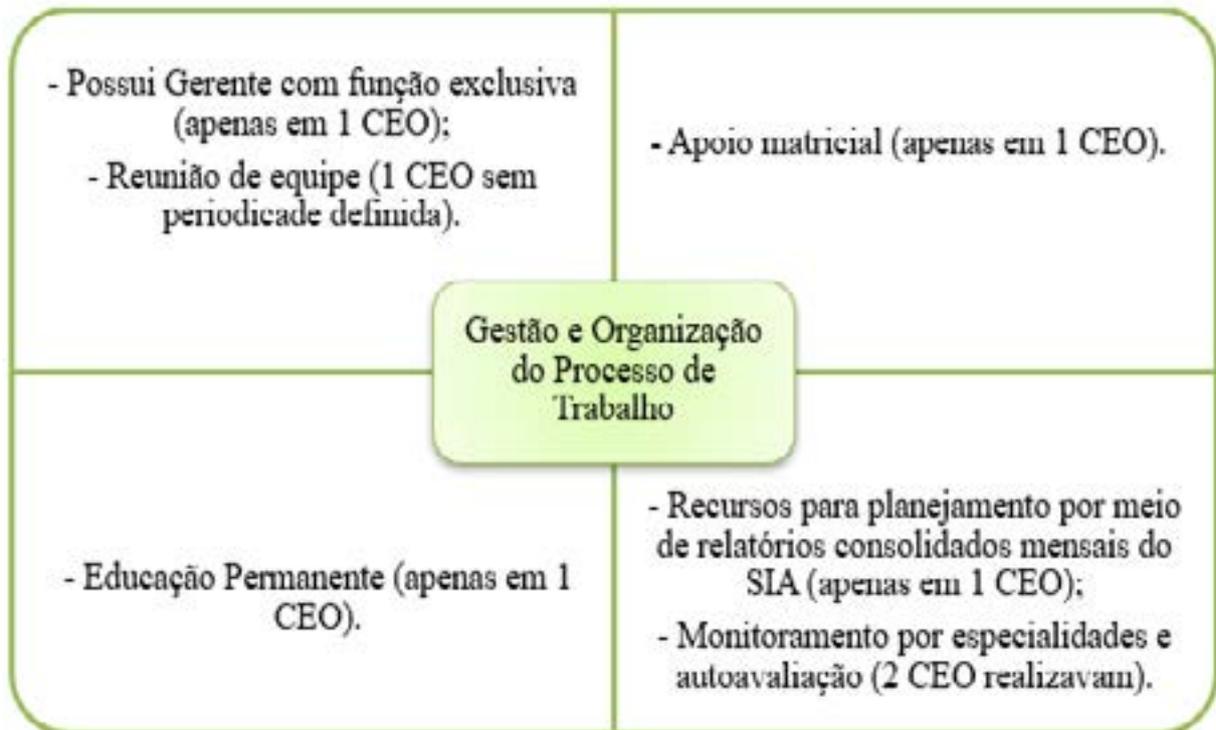
Fonte: <https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=uNgV3SFZ&id=251A73A054BF EAAF2BB5565AAA2BE11650830502&thid=OIP>

A avaliação externa do PMAQ/CEO 1º Ciclo foi recomendada para um total de 3 estabelecimentos de saúde (CEO – Rio Branco 2001306, CEO – Rio Branco 2001586, CEO Plácido de Castro). Foram avaliados 2 CEO em Rio Branco (67%), o CEO do município de Plácido de Castro estava em processo de descredenciamento.

O Módulo VII (observação do CEO) e Módulo VIII (Entrevista com Gerente e CD; Verificação de Documentos) foram realizados. Não foi possível realizar o Módulo IX (Usuários) no CEO Rio Branco 2001586 contratualizado, pois a oferta é apenas para a especialidade de Pacientes com Necessidades Especiais (PNE), os quais se enquadravam nos critérios de exclusão da pesquisa.

Dimensão Estrutura

- Durante a observação dos CEO, constatou-se que apenas 1 CEO atende as recomendações de Adequação Visual em conformidade com o Manual de Aplicação da Marca Brasil Sorridente.
- As dependências dos CEO contavam com acessibilidade, sala de espera e consultórios em boas condições, e informatizados com acesso à internet.
- Um dos CEO avaliado, deixou de atender por não ter equipamento funcionando ou por falta de insumo ou de instrumentais.
- Um CEO possuía instrumento rotatório para Endodontia, entretanto, os dois CEO não contavam com localizador apical para essa especialidade. Todos contavam com aparelho de Raio X em condições de uso.



Os CEO avaliados de Rio Branco utilizavam protocolos clínicos pactuados que orientam o encaminhamento de pacientes da Atenção Básica (AB) aos CEO para as especialidades:

- Cirurgia oral
- Endodontia
- Pacientes com Necessidades Especiais
 - Periodontia
 - Estomatologia

Controle Social e Participação Popular



Os CEO avaliados não realizam ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário



Um dos CEO avaliado dispõe de canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões.

CEO 2001306



Figura 3 – Fachada; Escovódromo; Consultórios odontológicos.



Figura 4 - Entrada; Consultório odontológico.

Amapá – AP

Está situado a Nordeste da Região Norte, no Platô das Guianas. O seu território é de 142.828,521 km², o que o torna o 18º maior estado do Brasil. É limitado pelo estado do Pará, a Oeste e Sul; pela Guiana Francesa, a Norte; pelo Oceano Atlântico a Nordeste; pela foz do Rio Amazonas, a Leste; e pelo Suriname, a Noroeste. Sua população em 2014 era de 750.912 habitantes⁴, sua capital é Macapá, com 446.757 habitantes, onde estão implantados 2 CEO e um terceiro CEO em Santana (110.565 habitantes), sendo um tipo I e dois do tipo III, ficando 14 municípios sem atenção secundária em saúde bucal.

O Índice do Desenvolvimento Humano (IDHM) do Amapá era 0,747, em 2014, de acordo com o monitoramento das tendências desse índice, disponível no Radar IDHM na página do Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil. A dimensão que mais contribuiu para o IDHM da UF foi Longevidade, com índice de 0,806, seguida de Educação, com índice de 0,734, e de Renda, com índice de 0,702⁵.



Figura 5 – Mapa do Estado do Amapá e seus respectivos municípios

● Localização dos CEO

Fonte: <https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=XDTg6K61&id=061CE302299AE6838365B568415B7300D7FCE441&thid=OIP>

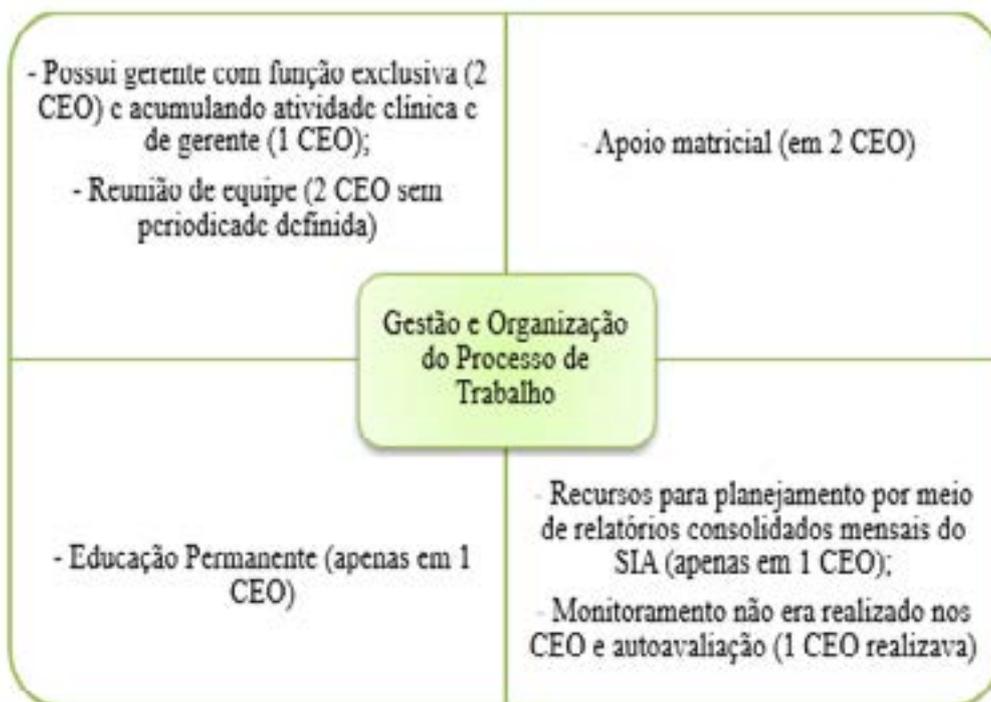
A avaliação externa do PMAQ/CEO 1º Ciclo foi recomendada para um total de 3 estabelecimentos de saúde (CEO – Macapá 6709001, CEO – Macapá 2020459, CEO – Policlínica Alberto Lima). Foram avaliados 2 CEO em Macapá (67%) e um CEO no município de Santana.

O Módulo VII (observação do CEO) e Módulo VIII (Entrevista com Gerente e CD; Verificação de Documentos) foram realizados. O Módulo IX (Usuários) também foi realizado, no entanto, em dois deles o número de usuários ficou abaixo do previsto.

Em relação as informações sobre oferta das especialidades dos CEO, 100% (3) dos CEO ofertavam outras especialidades, além do mínimo que é estabelecido para esses estabelecimentos.

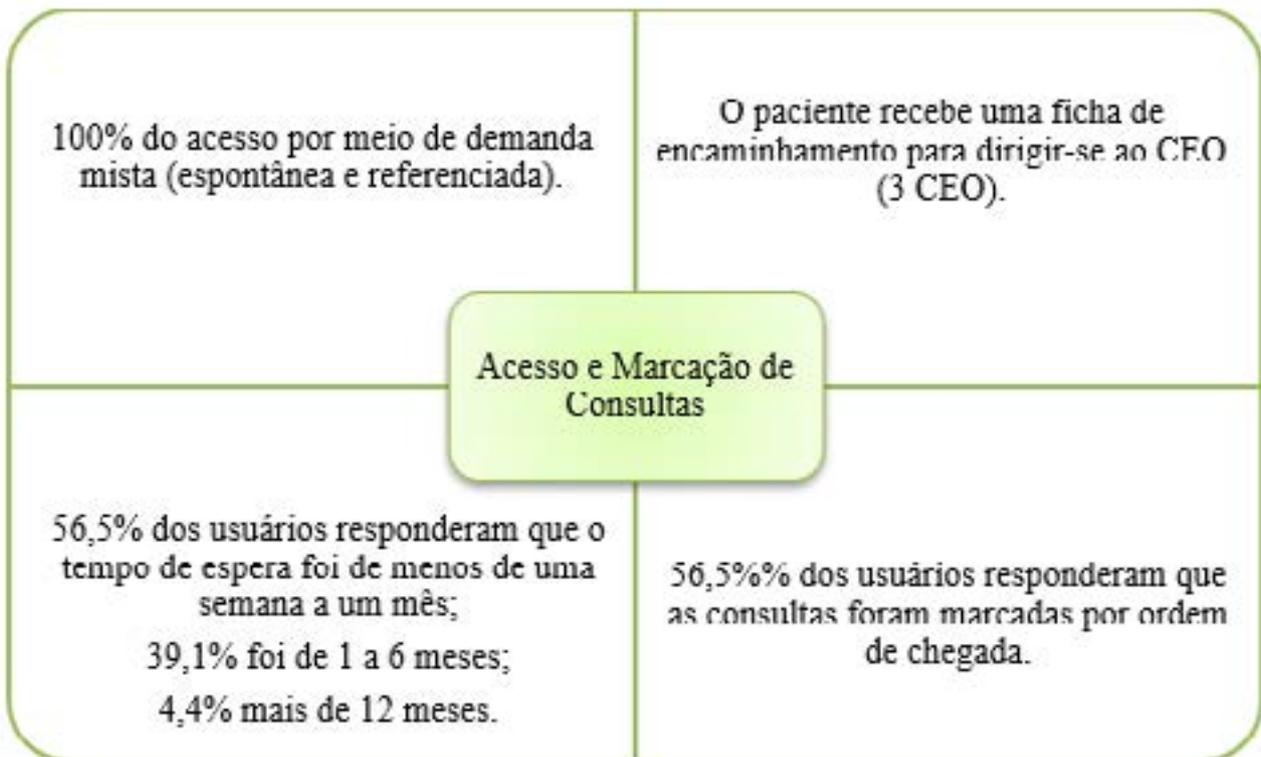
Dimensão Estrutura

- Durante a observação dos CEO, constatou-se que nenhum atende todas as recomendações de Adequação visual em conformidade com o Manual de Aplicação da Marca Brasil Sorridente.
- As dependências dos CEO contavam com acessibilidade parcial, pois somente apresentavam corredores adaptados para cadeira de rodas. Apresentavam sala de espera e consultórios em boas condições, mas em relação a informatização, 2 CEO apresentavam pelo menos um computador em condições de uso e somente 1 CEO em que a equipe tem acesso à internet
- Todos CEO avaliados deixaram de atender por falta de insumo ou de instrumentais e 1 CEO por não ter equipamento funcionando adequadamente nos últimos 12 meses.
- Nenhum CEO possuía instrumento rotatório para Endodontia, entretanto, dois CEO contavam com localizador apical para essa especialidade. Todos apresentavam aparelho de Raio X em condições de uso.





Os indicadores pontuam 30% na Nota Final da Certificação.
A autoavaliação pontua 10% na Nota Final da Certificação.



Os CEO avaliados do Amapá não utilizam protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da Atenção Básica (AB) aos CEO para as especialidades:

- Cirurgia oral
- Endodontia
- Pacientes com Necessidades Especiais
- Periodontia
- Estomatologia

Controle Social e Participação Popular



Os CEO avaliados não realizam ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário



Os CEO avaliados não dispõem de canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões.

CEO, Macapá 2 - AP



Figura 6 – Fachada; Sala de espera.



Figura 7 – Fachada; Sala de espera.

CEO Santana - AP



Figura 8 – Fachada; Sala de espera.

Amazonas - AM

É o maior estado do país em extensão territorial, com uma área de 1 559 146,876 km², constituindo-se na nona maior subdivisão mundial. Seus limites são com o estado do Pará ao Leste; Mato Grosso ao Sudeste; Rondônia e Acre ao Sul e Sudoeste; Roraima ao Norte; além da Venezuela, Colômbia e Peru ao Norte, Noroeste e Oeste, respectivamente. Sua população em 2014 era de 3.873.743 habitantes⁴, sua capital é Manaus (2.020.301 habitantes) onde estão implantados 3 CEO, os outros 8 estão nos municípios de Boca do Acre (33.148 hab), Iranduba (45.250 hab), Itacoatiara (95.714 hab), Lábrea (42.439 hab), Maués (58.834 hab), Parintins (110.411 hab), São Gabriel da Cachoeira (42.342 hab) e Tefé (62.662 hab), em um universo de 62 municípios, ficando 53 municípios sem atenção secundária em saúde bucal. Quanto a tipologia dos CEO no Estado do Amazonas constatou-se 2 do tipo I, 8 do tipo II e 1 do tipo III.

O Índice do Desenvolvimento Humano (IDHM) do Amazonas era 0,709, em 2014, de acordo com o monitoramento das tendências desse índice, disponível no Radar IDHM na página do Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil. A dimensão que mais contribuiu para o IDHM da UF foi Longevidade, com índice de 0,774, seguida de Renda, com índice de 0,688, e de Educação, com índice de 0,666⁵.

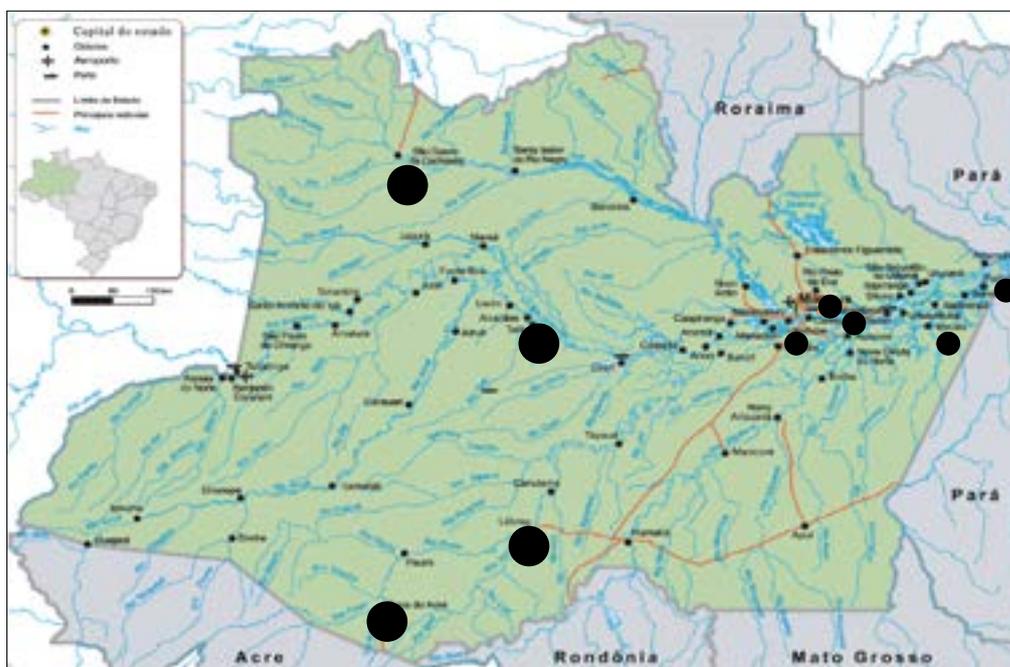


Figura 9 – Mapa do Estado do Amazonas e seus respectivos municípios

● Localização dos CEO

Fonte: <https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=c3SU7aSK&id=50E1C63CAA0A5CDF39A195A660B1E4151BBD5357&thid=OIP>

A avaliação externa do PMAQ/CEO 1º Ciclo foi recomendada para um total de 11 estabelecimentos de saúde (CEO Sul - Dr. Fortunato de Oliveira, CEO Norte - Dr. Rubim Sá, CEO Oeste, CEO Ismar Leite, CEO - Iranduba, CEO - Maués, CEO - Itacoatiara, CEO - Rosa Campos Ribeiro, CEO Alcindo Luiz Roberto, CEO - São Gabriel da Cachoeira, CEO Raimundo Gonçalves Nina Filho) e todos foram avaliados.

O Módulo VII (observação do CEO) e Módulo VIII (Entrevista com Gerente e CD; Verificação de Documentos) foram realizados. O Módulo IX (Usuários) foi realizado em apenas 8 CEO. Nos dias das visitas dos avaliadores de qualidade, constatou-se um baixo número de agendamentos e os presentes eram de 1ª consulta e menor de 18 anos; em um dos CEO, os pacientes que estavam sendo atendidos eram majoritariamente para atenção básica, pois o CEO estava suprimindo a falta de atendimento nas UBS. A ausência de usuários nos estabelecimentos foi justificada pelos gerentes ser devido à falta de material ou por que iriam entrar em reforma; dentistas ausentes no dia da visita com consequente não agendamento de usuários, em um dos casos não havia pacientes agendados para os próximos dois dias após nossa visita; estabelecimento sem atendimento por defeitos nos equipamentos de raios-X e compressor; falta de água na semana anterior e dentistas retornando das férias; dificuldade de acesso e custo do deslocamento.

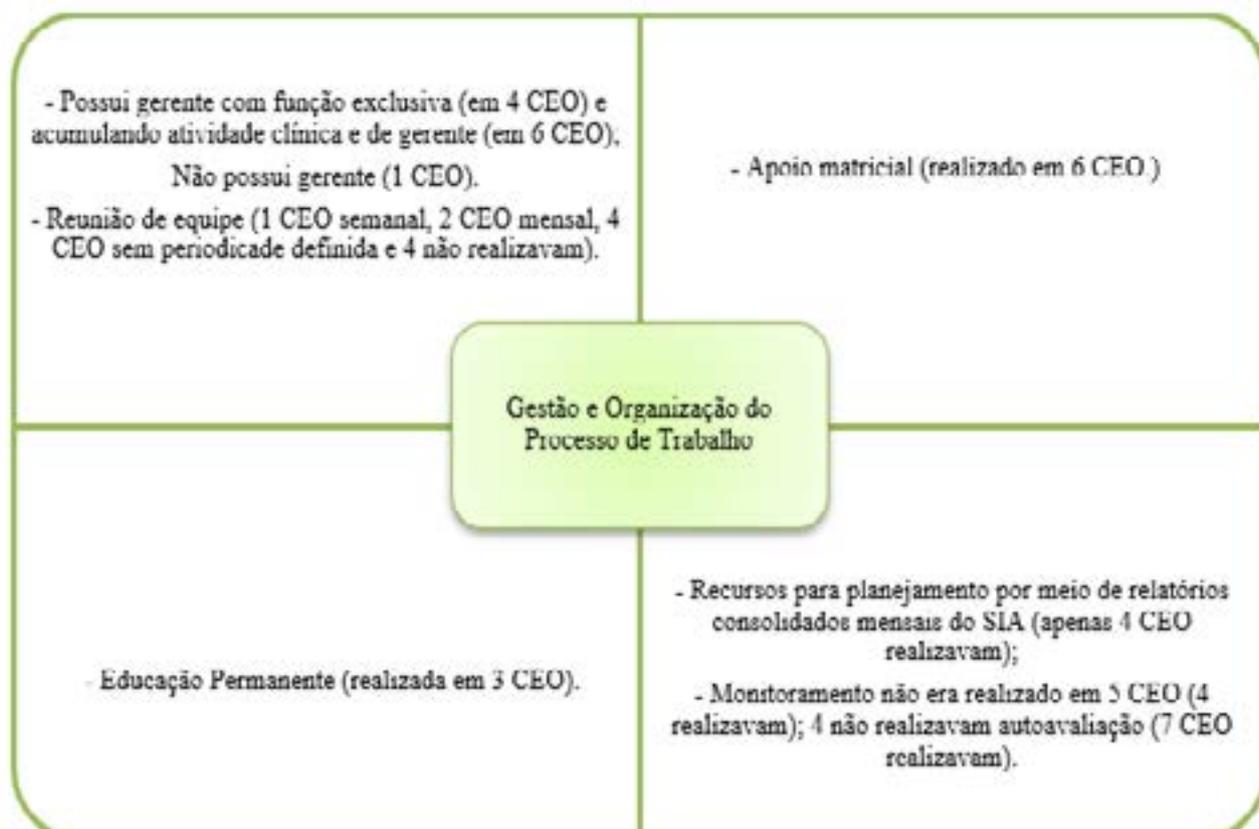
Em relação as informações sobre oferta das especialidades dos CEO, 72,7% (8) dos CEO ofertavam outras especialidades, além do mínimo que é preconizado para esses estabelecimentos.

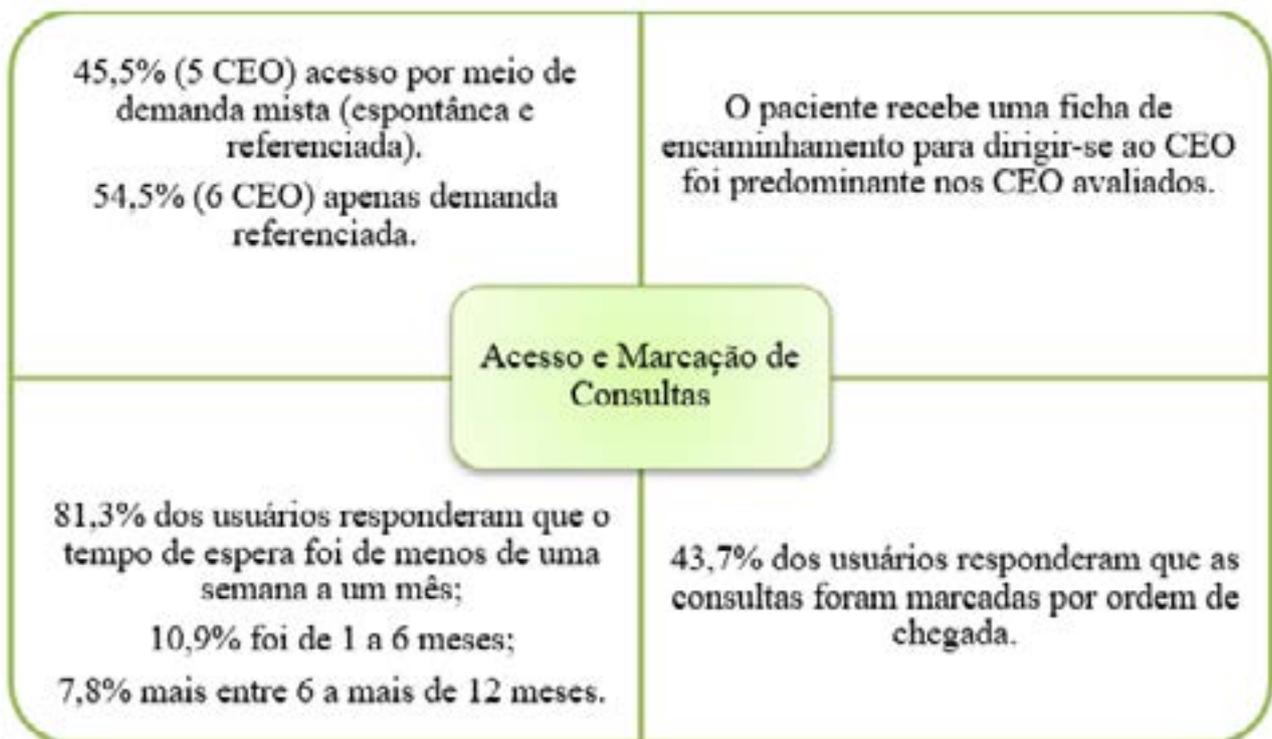
Dimensão Estrutura

- Durante a observação dos CEO, constatou-se que apenas 2 CEO atendem todas as recomendações de Adequação visual em conformidade com o Manual de Aplicação da Marca Brasil Sorridente.
- As dependências de 4 CEO contavam com boas condições de acessibilidade. A ambiência foi positiva para 6 CEO, apresentaram de 6 a 7 itens dessa variável. Em relação a informatização, 9 CEO apresentaram pelo menos um computador em condições de uso e 5 CEO em que a equipe tem acesso à internet
- Deixaram de atender por falta de insumo ou de instrumentais, 8 CEO e 9 CEO por não terem equipamento funcionando adequadamente nos últimos 12 meses.
- Possuíam instrumento rotatório para Endodontia, 4 CEO e 2 contavam com localizador apical para essa especialidade. O aparelho de Raio X em condições de uso foi observado em 10 CEO.



Os indicadores pontuam 30% na Nota Final da Certificação.
A autoavaliação pontua 10% na Nota Final da Certificação





Dos CEO avaliados no Amazonas apenas 1 utilizava protocolos clínicos pactuados para orientação do encaminhamento de pacientes da Atenção Básica (AB) aos CEO para as especialidades mínimas:

- Cirurgia oral
- Endodontia
- Pacientes com Necessidades Especiais
 - Periodontia
 - Estomatologia

Controle Social e Participação Popular



Dos CEO avaliados, 7 não realizavam ou tinham mecanismo de avaliação de satisfação do usuário e 2 realizavam.



Os CEO avaliados (7) não dispunham de canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões e 4 dispunham.

CEO Ismar Leite – Boca do Acre, AM



CEO Iranduba, AM

Figura 10 – Fachada; Recepção; Sala de espera.



CEO Itacoatiara, AM
Figura 11 – Fachada; Recepção.



Figura 12 - Fachada



Figura 13 – Fachada, Recepção; Escovódromo.



Figura 14 – Fachada; Sala de espera
CEO Norte – Manaus, AM



Figura 15 – Fachada; Sala de espera.

CEO Oeste – Manaus, AM



Figura 16 – Sala de espera; Consultório odontológico - CEO Prof. João Luiz Ribeiro Mendonça.

CEO – Maués, AM



Figura 17 – Fachada; Sala de espera.

CEO – Parintins, AM



Figura 18 – Fachada; Sala de espera - CEO Raimundo Gonçalves Nina Filho

CEO – São Gabriel da Cachoeira, AM



Figura 19 – Fachada; Sala de espera.

CEO – Tefé, AM

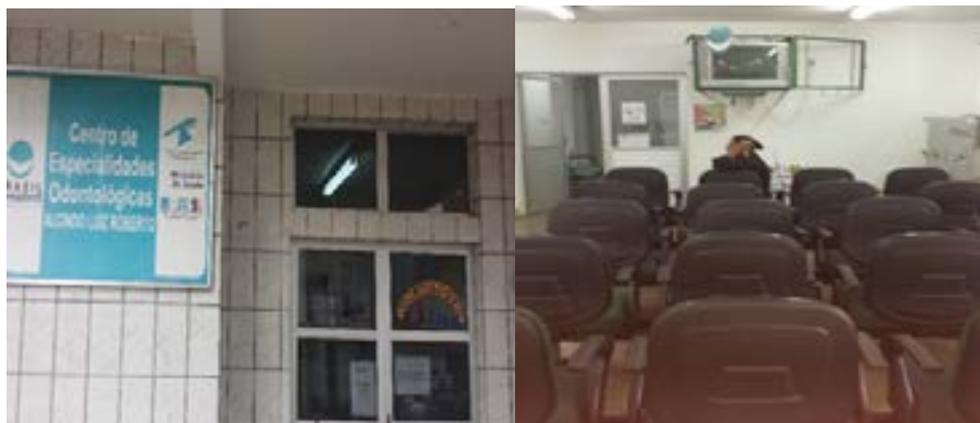


Figura 20 – Fachada; Sala de espera - CEO Alcindo Luiz Roberto.

Rondônia – RO

Tem como limites os estados do Mato Grosso a Leste, Amazonas a Norte, Acre a Oeste e a República da Bolívia a Oeste e Sul. O estado ocupa uma área de 237 590,547 km². A população rondoniense é uma das mais diversificadas do Brasil, composta de migrantes oriundos de todas as regiões do país. É o terceiro estado mais populoso da Região Norte com 1.748.531 habitantes⁴ em 2014, sua capital é Porto Velho (494.013 habitantes), onde estão implantados 4 CEO, os outros 5 estão nos municípios de Ariquemes (102.860 habitantes), Cacoal (86.556 habitantes), Cerejeiras (18.013 habitantes), Ji-Paraná (129.242 habitantes) e Presidente Médici (22.783 habitantes), em um universo de 52 municípios, ficando 46 municípios sem atenção secundária em saúde bucal. Quanto a tipologia dos CEO no Estado de Rondônia constatou-se 6 CEO do tipo II e 1 CEO do tipo III.

O Índice do Desenvolvimento Humano (IDHM) de Rondônia era 0,715, em 2014, de acordo com o monitoramento das tendências desse índice, disponível no Radar IDHM na página do Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil. A dimensão que mais contribuiu para o IDHM da UF foi Longevidade, com índice de 0,766, seguida de Renda, com índice de 0,711, e de Educação, com índice de 0,667⁵.



Figura 21 - Mapa do Estado de Rondônia e seus respectivos municípios
● Localização dos CEO

Fonte: <https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=apeqHr3x&id=43813CDD21095C77AA6FE359687DE2AFDA7C1700&thid=OIP>

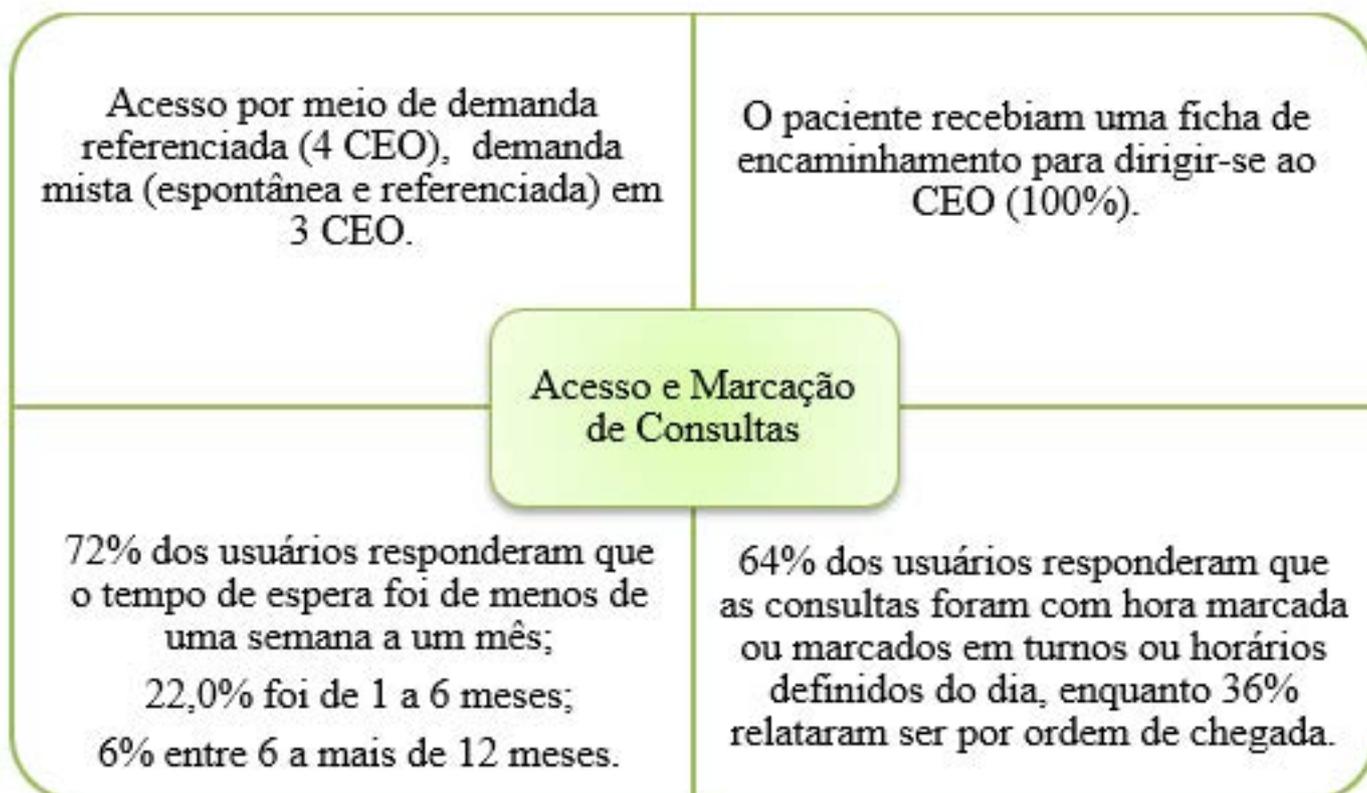
A avaliação externa do PMAQ/CEO 1º Ciclo foi recomendada para um total de 9 estabelecimentos de saúde, sendo 4 em Porto Velho (CEO Jardim Eldorado, CEO Ulisses Guimarães, CEO Tancredo Neves e CEO Porto Velho – Estadual); 1 em Ariquemes (CEO Ariquemes); 1 em Cacoal (CEO Cacoal); 1 em Cerejeiras (CEO Cerejeiras); 1 em Ji Paraná (CEO Ji Paraná) e 1 em Presidente Médici (CEO - Presidente Médici). Foram avaliados 3 CEO em Porto Velho, pois o CEO Porto Velho – Estadual estava em processo de mudança, não concluída até o término da avaliação. O CEO do município de Cerejeiras estava fechado no período da avaliação por motivo de greve na saúde.

Os módulos VII, VIII e IX foram avaliados em 7 CEO. No módulo IX, 67 entrevistas foram realizadas com usuários do CEO. O número de usuários abaixo do esperado foi devido à ausência de pacientes agendados que atendessem aos critérios de inclusão.

Dimensão Estrutura

- Durante a observação dos CEO, constatou-se que nenhum atendia todas as recomendações de Adequação Visual em conformidade com o Manual de Aplicação da Marca Brasil Sorridente.
- As dependências dos CEO contavam com acessibilidade parcial. Somente 50% e 71% das salas de espera e consultórios, respectivamente, estavam em boas condições; menos de 50% estavam informatizados e com acesso à internet.
- Dois CEO avaliados, deixaram de atender por não ter equipamento funcionando ou por falta de insumo ou de instrumentais.
- Todos contavam com aparelho de Raio X em condições de uso. Apenas dois CEO possuíam instrumento rotatório para Endodontia, entretanto, nenhum contava com localizador apical para essa especialidade.





Nenhum dos CEO avaliados em Rondônia utilizavam protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da Atenção Básica (AB) aos CEO para todas as especialidades.

Apenas um CEO utiliza para Cirurgia, e dois utilizam para Endodontia, PNE e Periodontia, enquanto nenhum para Estomatologia.

Controle Social e Participação Popular



Apenas dois CEO avaliados realizavam ou possuíam mecanismo de avaliação de satisfação do usuário.



Apenas dois CEO avaliados informaram dispor de canais de comunicação que permitiriam aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões.

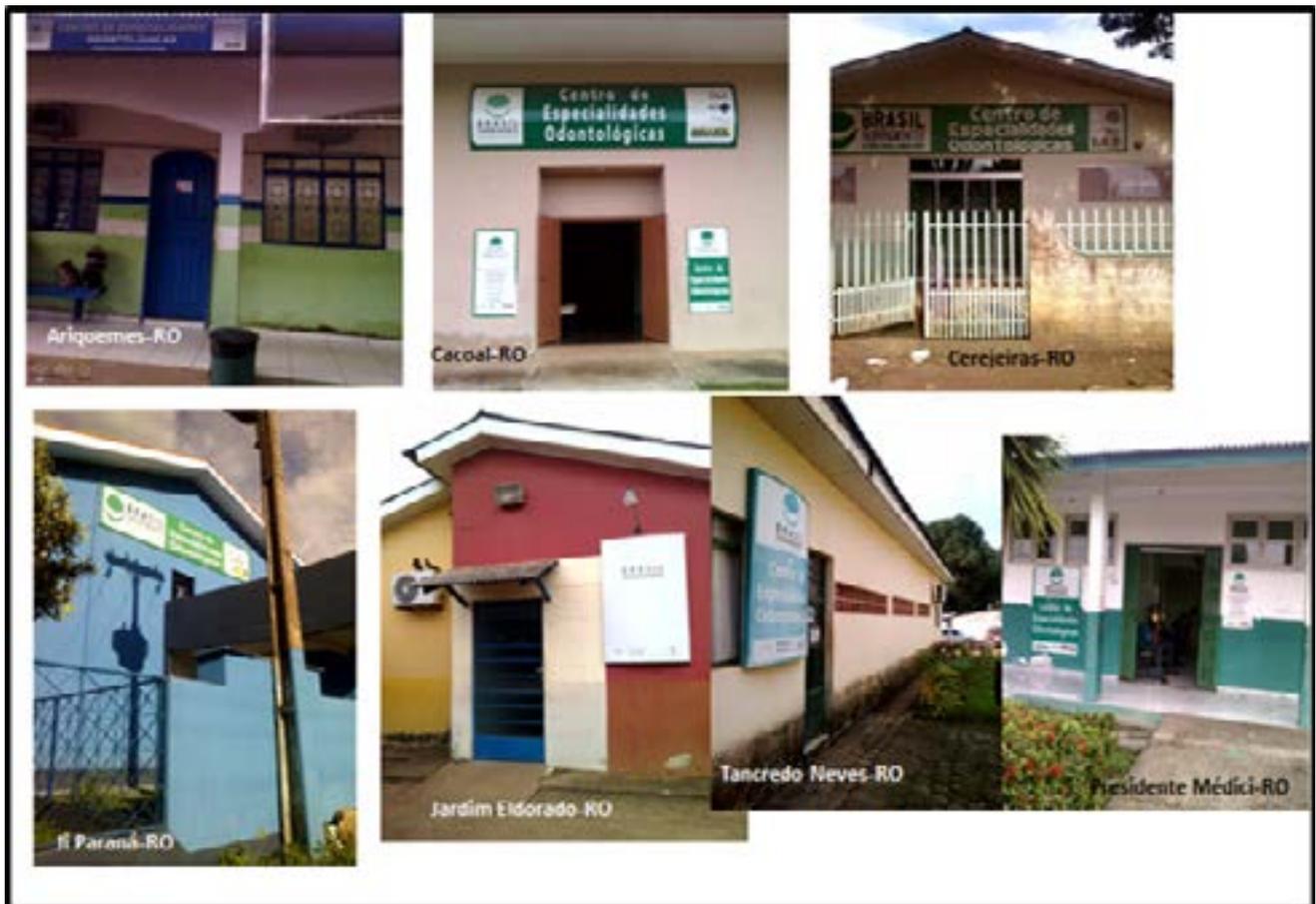


Figura 22 - Fachadas de CEO em Rondônia, 2014.

Roraima - RR

É o estado mais setentrional da federação, tem por limites a Venezuela, ao Norte e Noroeste; Guiana, ao Leste; Pará, ao Sudeste; e Amazonas, ao Sul e Oeste. Ocupa uma área aproximada de 224.300,506 mil km², sendo o décimo quarto maior estado brasileiro. Em 2014, sua população era de 496.936 habitantes⁴. Sua capital é Boa Vista, com 314.900 habitantes, única capital brasileira totalmente no Hemisfério Norte, onde está implantado o único CEO (tipo II), em um total de 15 municípios, ficando 14 municípios sem atenção secundária em saúde bucal.

O Índice do Desenvolvimento Humano (IDHM) de Roraima era 0,732, em 2014, de acordo com o monitoramento das tendências desse índice, disponível no Radar IDHM na página do Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil. A dimensão que mais contribuiu para o IDHM da UF foi Longevidade, com índice de 0,765, seguida de Educação, com índice de 0,720, e de Renda, com índice de 0,710⁵.

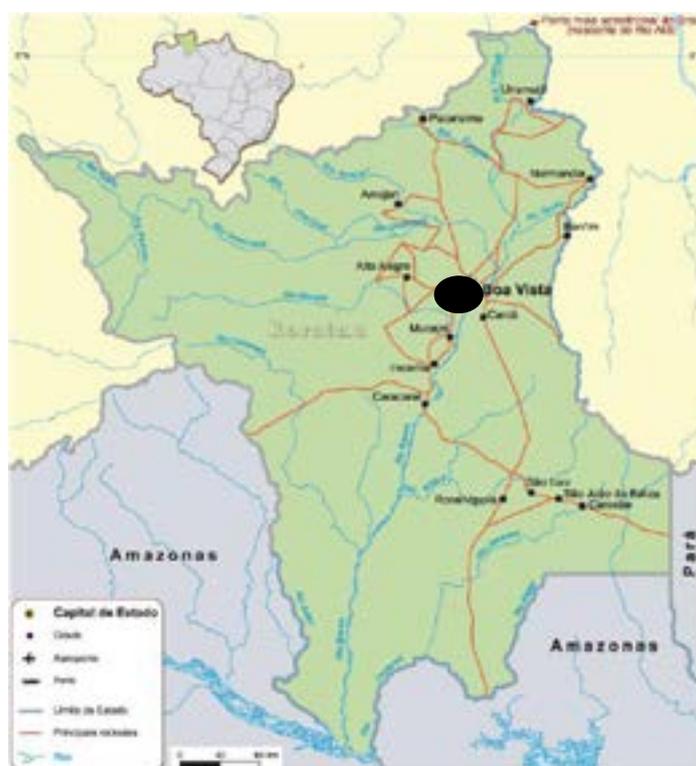


Figura 23 - Mapa do Estado de Roraima e seus respectivos municípios

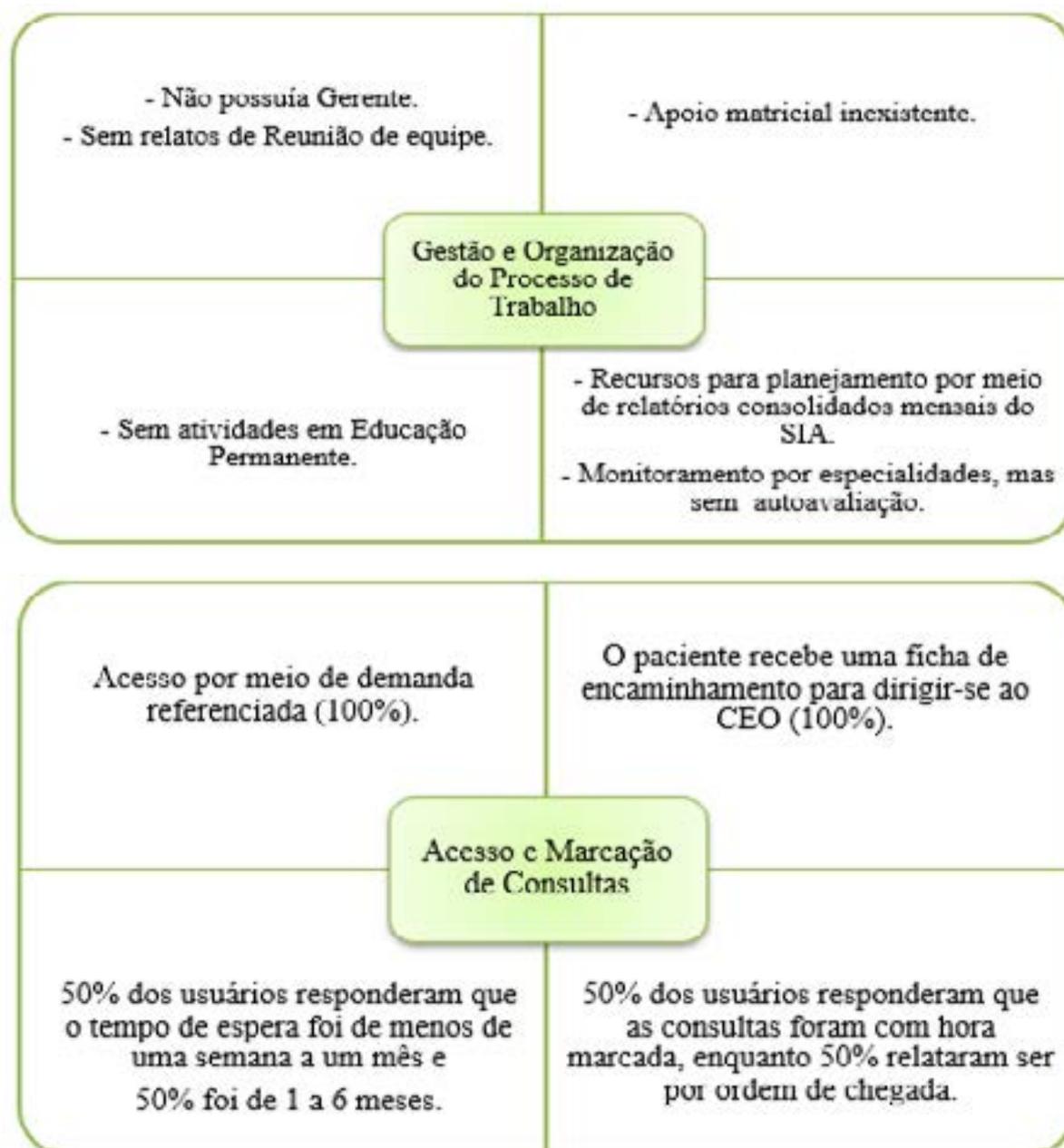
● Localização do CEO

Fonte: <https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=oZDPgM4b&id=D02348E81842FAB5BB46D059B8418BC5E602D6DB&thid=OIP>

A avaliação externa do PMAQ/CEO 1º Ciclo foi recomendada para o único CEO no estado, no qual foram avaliados os módulos VII, VIII e IX. No módulo IX, 4 entrevistas foram realizadas com usuários do CEO, com 60% de perda da amostra prevista. As justificativas relatadas foram que poucos pacientes estavam sendo agendados por falta de material, por defeito na cadeira odontológica e que a baixa procura seria devido o CEO ter ficado fechado durante 10 meses, tendo retornado uma semana anterior à pesquisa. Ocorreu também, predomínio de pacientes menores de idade.

Dimensão Estrutura

- Durante a observação do CEO, constatou-se que apresentava somente dois itens (placas de identificação da fachada e de inauguração) recomendados de Adequação visual em conformidade com o Manual de Aplicação da Marca Brasil Sorridente.
- As dependências dos CEO não contavam com acessibilidade física. A sala de espera não estava em boas condições; o consultório estava em boas condições e climatizado. Não havia computador em condições de uso, mas a equipe dispunha de acesso à internet.
- O CEO deixou de atender por não ter equipamento funcionando ou por falta de insumo ou de instrumentais.
- Contava com aparelho de Raio X em condições de uso. Entretanto, não possuía instrumento rotatório e localizador apical para Endodontia.



O CEO avaliado em Roraima não utilizava protocolos clínicos pactuados que orientassem o encaminhamento de pacientes da Atenção Básica (AB) aos CEO em todas as especialidades.

Controle Social e Participação Popular



Sem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário.



Não dispõe de canais de comunicação que permitiriam aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões.



Figura 24 - Fachada e sala de espera.

Tocantins – TO

É o mais novo estado brasileiro, está localizado a sudeste da Região Norte e tem como limites Goiás a Sul, Mato Grosso a Oeste e Sudoeste, Pará a Oeste e Noroeste, Maranhão a Norte, Nordeste e Leste, Piauí a Leste e Bahia a Leste e Sudeste. Em 2014, possuía um total de 1.496.880 habitantes⁴. Sua capital é Palmas (265.409 habitantes) que, dentre as capitais estaduais brasileiras, é a menos populosa, onde está implantado um CEO, os outros 6 estão distribuídos nos municípios de Araguaína (167.176 habitantes), Colinas do Tocantins (33.353 habitantes), Dianópolis (20.870 habitantes), Gurupi (82.762 habitantes), Paraíso do Tocantins (48.409 habitantes) e Porto Nacional (51.846 habitantes), em um total de 139 municípios, ficando 132 municípios sem atenção secundária em saúde bucal. Quanto a tipologia dos CEO no Estado do Tocantins constatou-se 4 do tipo I, 2 do tipo II e 1 do tipo III.

O Índice do Desenvolvimento Humano (IDHM) de Tocantins era 0,732, em 2014, de acordo com o monitoramento das tendências desse índice, disponível no Radar IDHM na página do Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil. A dimensão que mais contribuiu para o IDHM da UF foi Longevidade, com índice de 0,797, seguida de Renda, com índice de 0,701, e de Educação, com índice de 0,698⁵.



Figura 25 - Mapa do Estado de Tocantins e seus municípios

- Localização do CEO

Fonte: <https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=ToL8Og3s&id=F5AB2688FBC845BBEF1086A4F39D11EB54B661F2&thid=OIP>

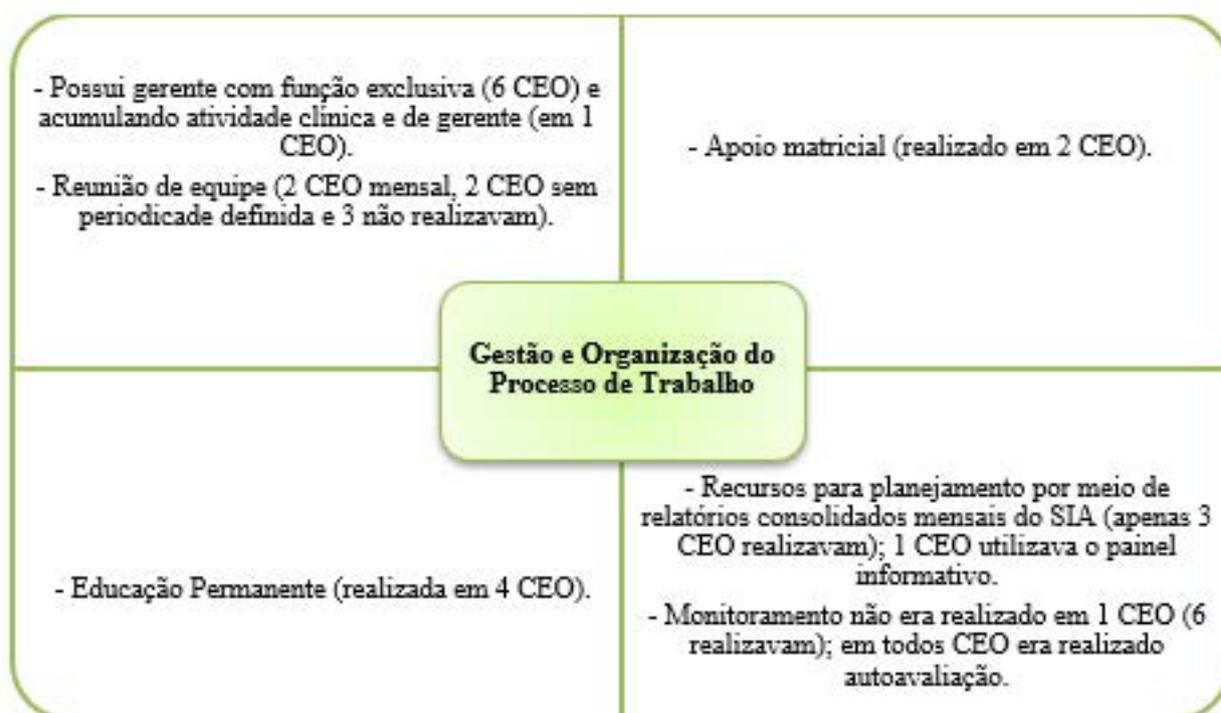
A avaliação externa do PMAQ/CEO 1º Ciclo foi recomendada para um total de 7 estabelecimentos de saúde (CEO-Araguaína, CEO – Colinas do Tocantins, CEO – Dianópolis, CEO – Gurupi, CEO – Palmas, CEO- Paraíso do Tocantins, CEO- Porto Nacional) e todos foram avaliados.

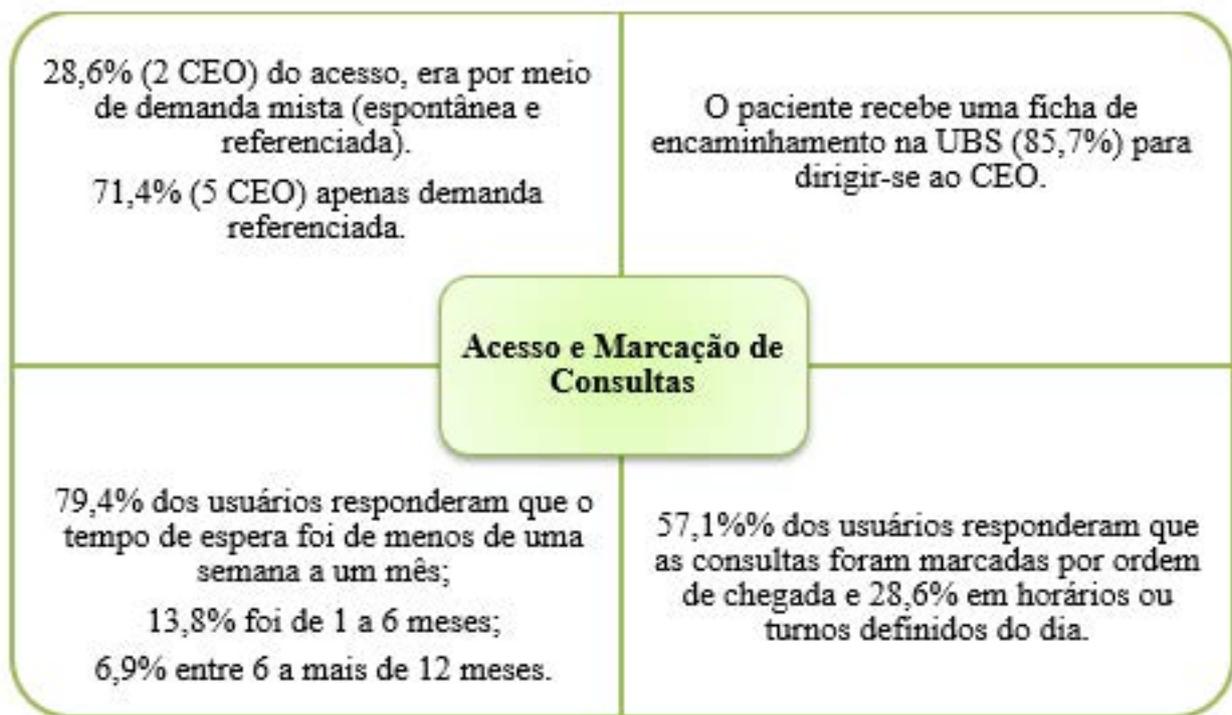
O Módulo IX (Usuários) foi realizado nos 7 CEO. No entanto, o número de usuários, em 3 CEO, ficou abaixo do esperado, pelos motivos dos pacientes serem menores de 18 anos e de primeira consulta (critérios de exclusão), bem como CD estarem de licença e absenteísmo de usuários.

Em relação as informações sobre oferta das especialidades dos CEO, 72,7% (6) dos CEO ofertavam outras especialidades, além do mínimo que é preconizado para esses estabelecimentos.

Dimensão Estrutura

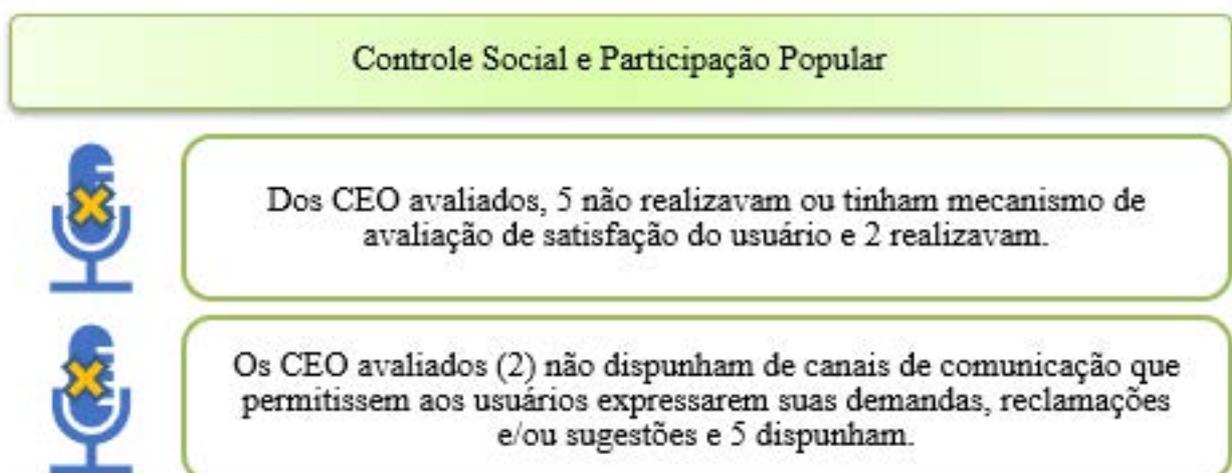
- Durante a observação dos CEO, constatou-se que apenas 2 CEO atendiam as recomendações de Adequação visual em conformidade com o Manual de Aplicação da Marca Brasil Sorridente.
- Nas dependências dos CEO, observou-se que 2 CEO não ofereciam os itens de acessibilidade como corredores e portas adaptadas para cadeira de rodas, cadeira de rodas e rampa de acesso para cadeirantes. A sala de espera e os consultórios em boas condições foram visualizados em 5 CEO, e a informatização com acesso à internet foi observada em 6 CEO.
- Os CD deixaram de atender por não ter equipamento funcionando em 4 CEO e por falta de insumo ou de instrumentais em 2 CEO; apenas em 1 CEO ocorreu as duas situações.
- Em 3 CEO havia instrumento rotatório para Endodontia e em 4 CEO existia localizador apical para essa especialidade; em 3 CEO havia os dois itens. Todos contavam com aparelho de Raio X em condições de uso.





Dos CEO avaliados em Tocantins: 5 utilizavam protocolos clínicos pactuados para orientação do encaminhamento de pacientes da Atenção Básica (AB) aos CEO para as especialidades mínimas:

- Cirurgia oral
- Endodontia
- Pacientes com Necessidades Especiais
- Periodontia
- Estomatologia



CEO – Araguaína, TO



Figura 26 - Fachada e sala de espera.

CEO – Colinas do Tocantins, TO



Figura 27 - Fachada e consultório odontológico.

CEO – Dianópolis, TO



Figura 28 - Fachada e consultório odontológico.

CEO – Gurupi, TO



Figura 29 - Fachada e consultório odontológico.

CEO – Palmas, TO



Figura 30 - Fachada e consultório odontológico.

CEO – Paraíso do Tocantins, TO



Figura 31 - Fachada e consultório odontológico.

CEO – Porto Nacional, TO



Figura 32 - Fachada e consultório odontológico.

Saiba mais

Algumas informações importantes para serem utilizadas nos estabelecimentos de saúde que disponibilizam serviços odontológicos:

Ambiência

espaço físico (arquitetônico), que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os usuários (Brasil, 2008).

Os CEO devem ser equipados com: Aparelho de Raios-X dentário, equipo odontológico, canetas de alta e baixa rotação, amalgamador, fotopolimerizador, compressor compatível com os serviços, instrumentais compatíveis com os serviços e consultórios odontológicos completos (cadeira, mocho, unidade auxiliar, equipo e refletor) (Brasil, 2006).

- Deverão ser encaminhados para o CEO os casos em que haja maior complexidade de procedimento ou situações que não possam ser realizadas na AB.
- Todos os pacientes deverão ser encaminhados com a adequação do meio bucal realizada, inclusive os pacientes com necessidades especiais, respeitando-se as possibilidades de manejo da situação sistêmica e de seu comportamento.
- Cabe ao cirurgião-dentista da AB a seleção dos casos que serão encaminhados ao CEO. Esses casos devem ser pactuados com os profissionais da atenção especializada, por meio de protocolos.

A gerência do CEO pode fazer permanentes articulações interna e externa, transformando o serviço em campo de pesquisa, atividades de extensão e práticas de educação e atenção para estudantes de nível médio, técnico, graduação e pós-graduação. Deve viabilizar cursos de atualização e qualificação para os profissionais (nível médio, técnico ou superior) que atuam no CEO (Brasil, 2018).

A equipe do CEO é responsável pela integralidade em saúde bucal, atuando de maneira articulada com os demais pontos da rede de serviços de saúde bucal, garantindo a continuidade do cuidado e realizando o matriciamento das equipes de Saúde Bucal da AB, integrado ao processo de planejamento locorregional, de acordo com a realidade epidemiológica do município (Brasil, 2018).

A equipe do CEO deve se reunir periodicamente (semanal, quinzenal ou mensal) e utilizar esse momento para discutir questões referentes à organização do processo de trabalho, planejamento, educação permanente, avaliação e integração com troca de experiências e conhecimentos, discussão de casos, entre outros (Brasil, 2018).

Os procedimentos para avaliação das metas dos CEO estão apresentados na Portaria GM/MS nº 1464, de 24/6/2011 (Brasil, 2018).

Fatores que interferem no alcance das metas dos CEO: a) Oferta de especialidades não adequada às necessidades da população; b) Situação do município no Plano Diretor de Regionalização (PDR) Estadual; c) Vínculos trabalhistas precários com contratos de trabalho temporários; d) Ausência de parâmetros de número de pacientes atendido por especialidade; e) Ausência de protocolos clínicos por especialidade com padronização de técnicas e materiais; f) Ausência de protocolos de referência e contrarreferência; g) Absenteísmo (Brasil, 2018).

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 problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde (Brasil, 2016, p. 11).

“Protocolos clínicos são necessários para a organização da atenção clínica e o estabelecimento dos procedimentos recomendados, com base nas evidências científicas e no conhecimento acumulado. Devem ser construídos em conjunto com as equipes dos CEO e são indispensáveis para instrumentalizar a prática clínica e de gestão relativas às especialidades no sentido de construir, adequar, aprimorar e facilitar a tomada de decisão apropriada na atenção aos pacientes, além de padronizar os materiais de consumo utilizados, facilitando os processos de compra” (Brasil, 2018, p. 162).

Considerações Finais

Nos seis Estados avaliados foram contratualizados 34 CEO, mas apenas 31 foram avaliados, por razões já expostas. Esses Estados pertencem a região Norte, que tem o menor número de CEO implantados (60) em comparação com as demais regiões brasileiras.

A implantação de Centros de Especialidades Odontológicas, a partir da Política Nacional de Saúde Bucal, foi um avanço para a continuidade do cuidado em saúde bucal. Reconhecendo a avaliação como um campo de conhecimento que contribui para a tomada de decisão dos responsáveis pela condução das políticas de saúde, o processo avaliativo desenvolvido nos estados descritos acima buscou induzir:

- Ampliação do conhecimento sobre a realidade local;
- Informações capazes de contribuir com as políticas públicas para melhoria da qualidade dos serviços de atenção à saúde;
- Envolvimento das instituições de ensino superior com a temática avaliação;
- Sensibilização dos profissionais e gestores para a prática da avaliação na rotina dos serviços.

REFERÊNCIAS

1. 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: Ministério da Saúde; 2004. [acesso fevereiro 2019]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes.php>.
2. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. Saúde em Debate. 2009;33(81):64-71.
3. Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia – SUDAM. Ministério do Desenvolvimento Regional. Legislação da Amazônia. [acesso 2019]. Disponível em: (<http://www.sudam.gov.br/index.php/institucional?id=86>)
4. IBGE. Estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação. https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_dou.shtm
5. IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fundação João Pinheiro. PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil. Radar IDHM; 2016. [acesso março 2019]. Disponível em: www.atlasbrasil.org.br/2013/data/rawData/RadarIDHM_Analise.pdf
6. Brasil. Portaria GM/MS nº 599/2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. [acesso fevereiro 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica – AMAQ / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. [acesso fevereiro 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/autoavaliacao_melhoria_acesso_qualidade_amaq_2ed.pdf

CEARÁ

O Programa de Melhoria de Acesso à Qualidade (PMAQ) em Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Estado do Ceará

Maria Eneide Leitão de Almeida

Ana Karine Macedo Teixeira

Mariana Ramalho de Farias

Wilton Wilney Nascimento Padilha

Equipe de coordenação local do Estado do Ceará

Coordenação Macrorregional: Wilton Wilney Nascimento Padilha

Coordenação Estadual: Maria Eneide Leitão de Almeida

Equipes de Campo - Avaliadores de qualidade

Alessandra Pimentel de Sousa

Ana Karine Macedo Teixeira

Francisco Carlos Uchôa do Amaral

Mariana Ramalho de Farias

Moacir Tavares Martins Filho

Sharmênia de Araújo Soares Nuto

APRESENTAÇÃO

A Avaliação Externa do Programa de Melhoria de Acesso à Qualidade (PMAQ) em Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Estado do Ceará teve seu início em 06 de novembro de 2013 com o **I Seminário Estadual para Avaliação Externa PMAQ/CEO do Ceará**, no auditório da Associação Brasileira de Odontologia (ABO-CE), em que se iniciaram os preparativos para a referida avaliação com a presença do Coordenador da Macrorregional Nordeste, da Coordenadora Estadual do PMAQ/Ceará, da Supervisora do Núcleo de Atenção à Saúde Bucal-NUASB, os gerentes de CEO, os Coordenadores de Saúde Bucal de municípios que têm CEO, totalizando 73 pessoas.

Anteriormente, em outubro, foi publicado pelo Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal (CECOL) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) o edital de divulgação do processo seletivo para avaliadores da qualidade da avaliação externa do PMAQ-CEO. Assim, foram propostos seis avaliadores no Estado do Ceará para os 88 CEO que haviam sido habilitados para a Avaliação Externa.

Em dezembro de 2013, os avaliadores externos selecionados, juntamente com a Coordenadora Estadual do Ceará participaram do treinamento para uso das ferramentas de coleta de dados ocorrido em Recife. A coleta dos dados da avaliação externa foi realizada no período de março a maio de 2014.

Neste contexto, apresentamos esse capítulo com objetivo de discutir alguns aspectos relacionados à Avaliação Externa do PMAQ/CEO no Estado do Ceará, descrevendo seus principais achados. Dessa forma, espera-se contribuir para o diagnóstico e para o planejamento do processo de trabalho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) dos municípios cearenses.

Antecedentes históricos

A atenção secundária em saúde bucal no estado do Ceará teve seu pioneirismo no município de Fortaleza, com a criação, em 1964, do Centro de Treinamento Odontológico (CTO) localizado no centro da cidade. Realizava ações de atenção básicas, e posteriormente, passou a ofertar serviços mais especializados, se tornando referência para todo o estado (CEARÁ, 2006).

A Portaria Nº 116 de 02 de abril de 1992 instituiu a criação de 7 Centros Especializados de Odontologia (CEO), 4 em Fortaleza e 3 no interior do estado, mas, nenhum desses foi efetivado. Somente, em 1994, se inauguraram dois Centros Especializados de Odontologia, o CEO Benfica e o CEO Rodolfo Teófilo, momento em que de fato começava a se desenhar os serviços secundários na Odontologia sob responsabilidade do Estado e a tentativa de definir a atenção básica como de responsabilidade dos municípios (DIAS, MARTINS FILHO, SAMPAIO, 2003).

A partir da edição da Norma Operacional Básica nº 01 de 1996, do Ministério da Saúde, os consórcios passaram a ser considerados, no contexto da regionalização e hierarquização da rede de serviços, impulsionando os consórcios administrativos, ou seja, a articulação e a mobilização de municípios, com coordenação estadual, de acordo com características geográficas, perfil epidemiológico e oferta de serviços (BRASIL, 2014).

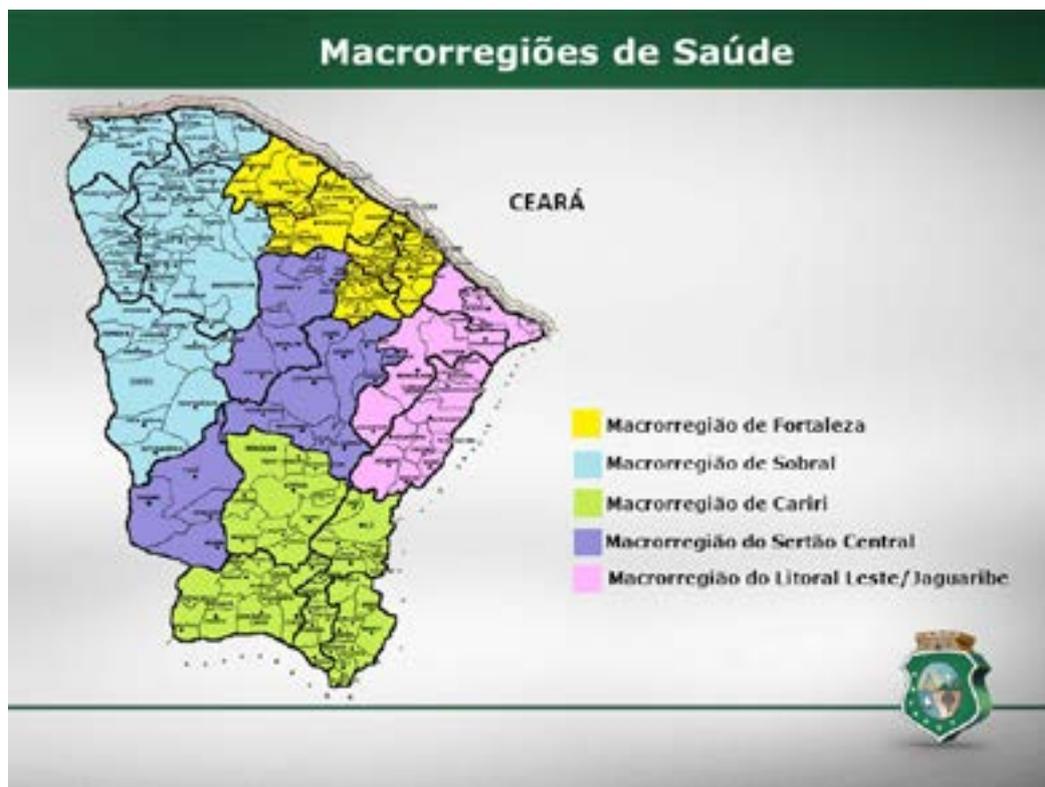
No Ceará, a regionalização na saúde se iniciou, a partir de novembro de 1998, com um projeto piloto da Microrregião de Baturité. A institucionalização do projeto ocorreu ainda neste ano, com a aprovação das “Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do Sistema Único do Ceará” pelo Conselho Estadual da Saúde (CESAU) (CEARÁ, 2006).

Atendendo ao princípio organizativo da regionalização, o Brasil apresentava em 2014 um total de 438 regiões de saúde, distribuídas da seguinte forma: 45 na Região Norte (10,27%), 133 na Região Nordeste (30,37%), 153 na Região Sudeste (34,93%), 68 na Região Sul (15,53%) e 39 na Região Centro-Oeste (8,90%). Ressalta-se que do Nordeste, o Ceará foi o segundo estado com maior número de regiões de saúde (22), estando a Bahia, na primeira posição com 28 (UFPE, 2016a).

A regionalização da Saúde no estado do Ceará está representada por 22 regiões de saúde e 5 macrorregiões de saúde (Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe e Cariri), onde se estrutura o Sistema Estadual de Saúde conforme pode ser visualizado na figura 1 (CEARÁ, 2019).

As regiões de saúde são espaços geográficos contínuos constituídos por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitadas a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Decreto nº 7.508, 2011).

Figura 1- As macrorregiões de saúde do Estado do Ceará.



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - SESA

Cada região tem um órgão de representação da Secretaria Estadual da Saúde, denominada Coordenadoria Regional de Saúde – CRES, com exceção da região de Cascavel, criada pela Resolução nº 10/2005 do Conselho Estadual de Saúde, que ficou técnico-administrativamente sob a responsabilidade da Coordenadoria Regional de Fortaleza (CEARÁ, 2019).

Já as macrorregiões são formadas por um conjunto de regiões que convergem para os polos terciários de Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe e Cariri. Portanto, considera-se a região, o território de referência para a organização da atenção primária/secundária e a macrorregião, o da atenção primária/secundária/terciária (CEARÁ, 2019).

Com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, e com a publicação da Portaria nº 1.570/MS-GM de 29 de julho de 2004, que estabeleceu critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), e da Portaria 599/GM de 2006 que normatiza a implantação dos CEO, induziu-se uma mudança no cenário brasileiro ampliando o processo de regionalização das ações e serviços de saúde bucal (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006).

Nesse contexto, houve um cenário favorável à Política de Atenção à Saúde Bucal no Estado do Ceará, que buscou fortalecer a Atenção Primária com o aumento da inclusão de equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em vários municípios cearenses, como também o processo de regionalização das ações e serviços de saúde na atenção secundária, e outros serviços na atenção terciária, como a criação de UPAS e hospitais regionais.

Com a Portaria nº 1571, de 29 de julho de 2004 que estabeleceu o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas, reforçou o processo de regionalização da atenção à saúde bucal, culminando em 2006, a política de estruturação de CEO no Ceará que foi ampliada

no contexto de implantação do modelo de gestão por consórcios públicos (CEARÁ, 2008; CEARÁ 2011). Assim, o Ceará apontou no Nordeste, como um dos Estados que mais avançou no processo de regionalização, possuindo no ano de 2014 21 CEO estaduais, onde 18 adotaram modelo de gestão de consórcio público e 3 CEO com administração direta, além destes haviam 67 CEO de gestão municipal, totalizando 88 CEO.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, descritivo e observacional, que considera aspectos relativos à Avaliação Externa do PMAQ/CEO no Estado do Ceará realizada no ano de 2014.

A coleta de dados consiste em um estudo bibliográfico, análise dos diários de campo dos avaliadores, levantamento de documentos institucionais e dos dados secundários considerando o relatório final do PMAQ-CEO a partir dos dados disponíveis em site http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo_ceo

Para a análise dos resultados, dividiram-se os principais achados em duas categorias: infraestrutura (envolvendo acessibilidade física, ambiência, equipamentos e insumos) e Acesso aos serviços (organização da demanda, tempo de espera e especialidades ofertadas).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Estado do Ceará, a avaliação externa do PMAQ/CEO foi recomendada para um total de 88 CEO, dos quais 80 (90,9%) foram avaliados. Dos oito (08) CEO não avaliados, cinco (05) não constavam na Portaria nº 2.513 de 29/10/2013 que homologava a contratualização no PMAQ-CEO (CEO de Abaiara, Icó – Gestão Estadual, Itapipoca – Gestão Municipal, Orós e Tamboril). Os outros três (03) CEO (Acopiara, Iguatú- Gestão Estadual e Maranguape) estavam em reforma estrutural e, portanto, não estavam funcionando no momento da visita (UFPE, 2014).

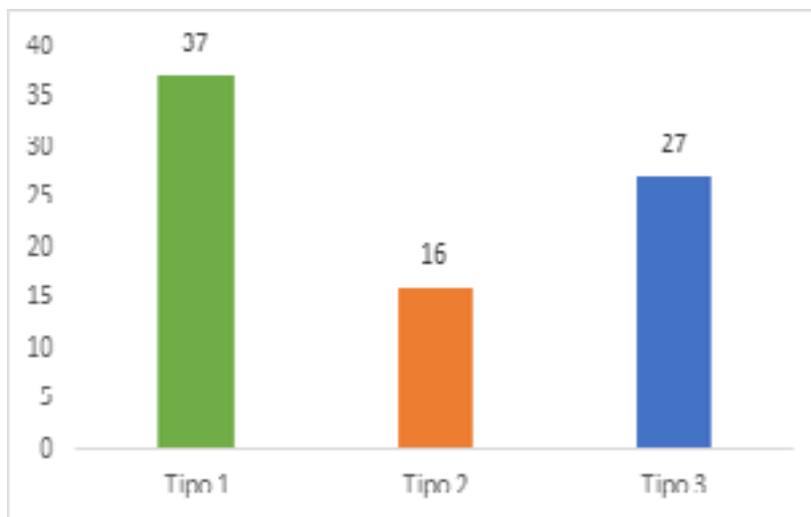
A partir dos diários de campo dos avaliadores e das percepções individuais dos mesmos, sistematizadas nos encontros de avaliação do PMAQ, foi possível discutir e pontuar algumas considerações sobre os CEO avaliados no Ceará. O que se destacou entre os avaliadores foi a diferença de estrutura, processo de trabalho e gestão entre os CEO Regionais (aqueles de gestão consorciada estadual) e os CEO municipais, de administração direta municipal.

Infraestrutura dos Centros de Especialidades Odontológicas do Ceará

Quanto ao tipo de CEO, prevaleceu no Ceará, o CEO tipo I (com três cadeiras odontológicas) com 46,25%, seguido do Tipo III (com sete ou mais cadeiras odontológicas) com 33,75% e por último, o tipo II (com quatro a seis cadeiras odontológicas) com 20% (Figura 1). Observou-se que entre os CEO tipo III 19 são de Gestão Estadual. Entretanto, tivemos uma variação que vai desde CEO com 3 cadeiras odontológicas (31 CEO), passando por 4 (em 14 CEO), 5 (em 7 CEO), 7 (em 7 CEO), 9 (em 1 CEO), 11 (em 14 CEO), 12 (em 2 CEO), 15 (em 1 CEO), 17 (em 1 CEO), variando até 22 cadeiras odontológicas que é o caso do CEO Estadual de Sobral. Somente um CEO foi identificado apenas com 2 cadeiras odontológicas.

Entretanto, a avaliação externa do PMAQ-CEO envolveu 932 estabelecimentos no país, com 349 do tipo I, 474 do tipo II e 109 do tipo III. A predominância dos CEO foi do tipo II e o menor número de CEO foi tipo III, esse mesmo padrão foi observado nas regiões, com exceção da Região Sul, onde a maior parte dos estabelecimentos é do tipo I (UFPE, 2016b). Assim, o estado do Ceará apresentou um padrão diferente do restante do país.

Gráfico 1 – Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas por tipo. Ceará, 2014.



Quanto às características estruturais e ambiência dos CEO, observou-se que no Brasil, ainda há 9,2% deles que apresentam inadequações, e no Ceará, duplica esse valor para 18,8%, demonstrando que os padrões e dispositivos que garantem o acesso e o fluxo de usuários de maneira universal, necessitam serem melhorados (Tabela 1).

Na Região Norte, são encontradas as principais deficiências estruturais relacionadas à acessibilidade com 20%, o Nordeste com 10,4%, o Centro-Oeste com 8,1%, o Sudeste com 7,4% e na Região Sul, a menor porcentagem com 6%, ressaltando a importância de melhorar acessibilidade, garantido segurança e conforto à população (UFPE, 2016c).

Sobre a adequação visual, as marcas e padronização visual preveem a identificação de determinado objeto, projeto ou serviço. É dessa forma que funciona a logomarca do Brasil Sorridente, sendo criado o Manual de Aplicação Gráfica do Brasil Sorridente para facilitar a padronização da marca entre as unidades de saúde por meio de placas de identificação internas e externas, móveis, jalecos e camisas. Para isso, as informações técnicas e orientações constantes no manual devem ser seguidas sem quaisquer ajustes ou adaptações (UFPE, 2016c). Entretanto, somente 13,8% dos CEO investigados no Ceará possui todos os itens de adequação visual conforme pode ser verificado na Tabela 1, indicando que é preciso readequar essa identificação visual.

A interferência no processo de trabalho odontológico ocasionado pela interrupção na prestação do serviço seja por falta de insumos ou instrumentais, ou porque o equipamento odontológico não estava funcionando adequadamente foi verificado no Ceará com 21,5% e 36,7%, respectivamente, gerando prejuízo na qualidade do serviço prestado e indicando que é necessário um maior controle no estoque de insumos e manutenção dos equipamentos (Tabela 1).

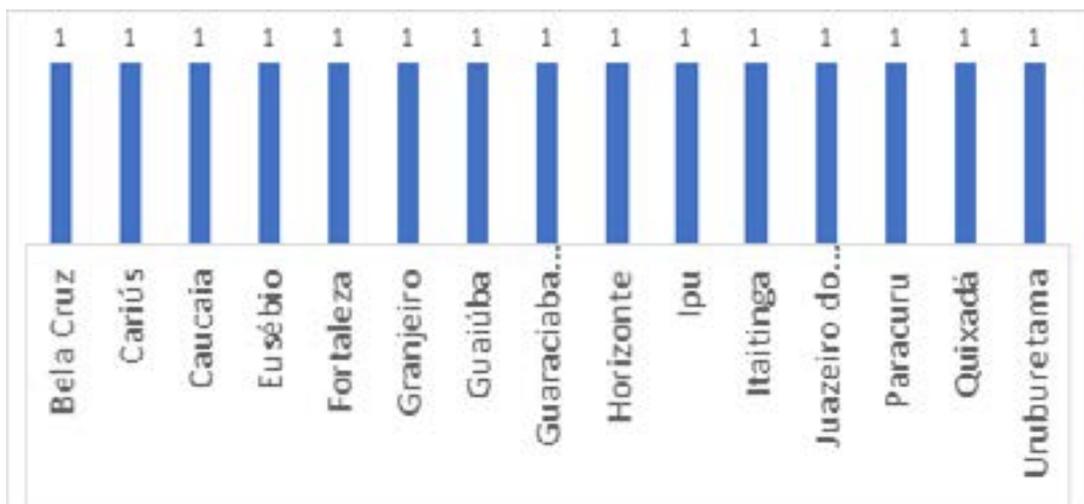
Tabela 1 – Dados de infraestrutura do CEO no Brasil e no Ceará, 2014.

INFRAESTRUTURA	Brasil %	Ceará %
CEO possui todos os itens de adequação visual?	17,8	13,8
Existe Corredores adaptados para cadeira de rodas	76,9	65,0
Existe Portas adaptadas para passar cadeira de rodas	78,1	68,8
Não existe nenhum item de acessibilidade	9,2	18,8
Aparelho de RX Odontológico (no mínimo 1 em condições de uso)	96,6	93,7
Instrumento Rotatório para Endodontia	19,4	18,7
Localizador Apical para Endodontia	33	42,5
Nos últimos 12 meses, não houve atendimento por falta de insumos ou instrumentais?	30,4	21,5
Nos últimos 12 meses, não houve atendimento por causa de equipamento que não estava funcionando adequadamente?	38,6	36,7

Os CEO que não apresentaram aparelho de radiografia periapical em funcionamento foram: Alto Santo, Aurora, Forquilha, Santana do Cariri e Umirim, todos de gestão municipal. A impossibilidade do uso de radiografias no serviço especializado inviabiliza o desenvolvimento de procedimentos adequados à população. É necessário garantir a oferta do serviço de endodontia nesses CEO, viabilizando o uso de radiografias nos serviços. Entretanto, verificou-se que 14 CEO apresentaram pelo menos um instrumento rotatório em condição de uso e 34 possuíam pelo menos um localizador apical em condições adequadas, o que revela a preocupação dos gestores do serviço em qualificar a oferta do serviço de endodontia.

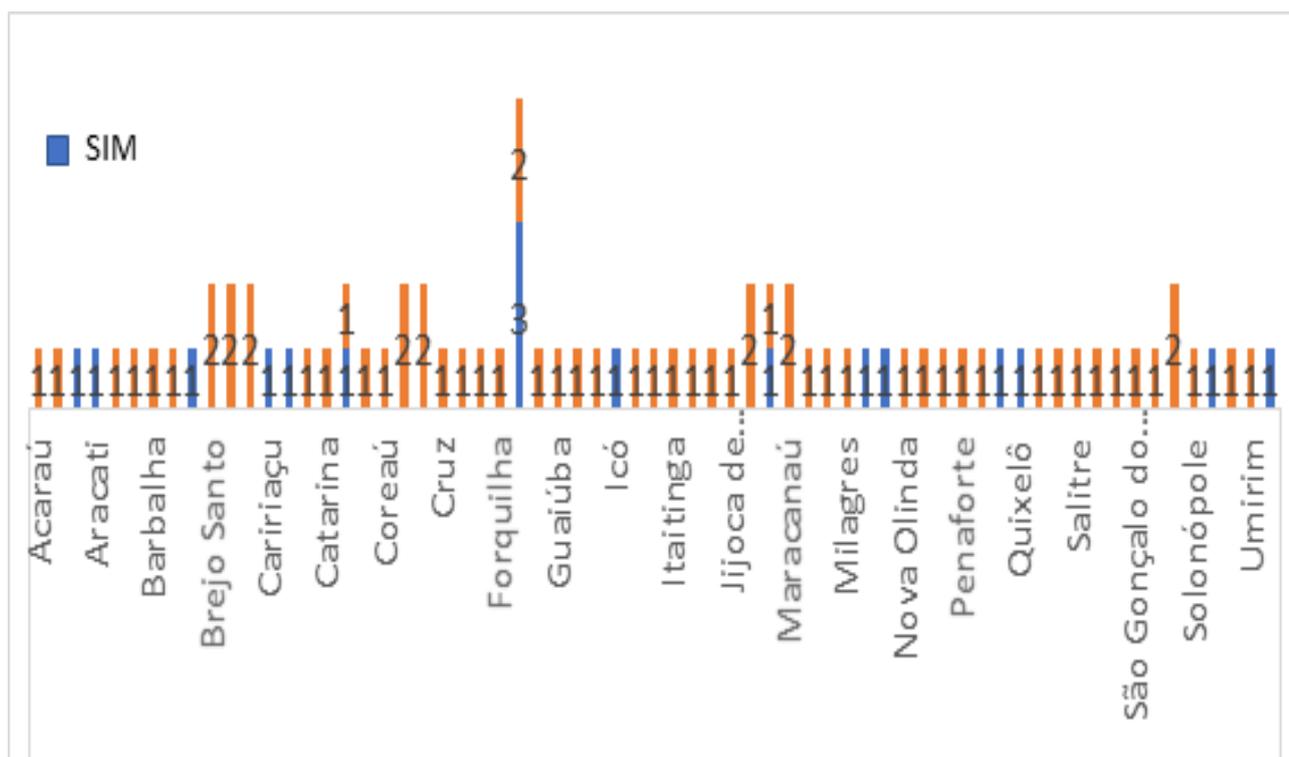
Foi criado, no âmbito da saúde bucal, a rede de cuidados a pessoa com deficiência (RCPD), por meio da portaria GM/MS nº 793, de 24/4/2012, que visa garantir o atendimento odontológico a todos os portadores de deficiência nos três níveis de atenção. O credenciamento do CEO a essa rede de cuidados possibilita o recebimento de incentivos adicionais, entretanto, alguns requisitos mínimos são necessários para o credenciamento, dentre eles a garantia de condições de acessibilidade e mobilidade nas instalações do CEO para pessoas com deficiência. Observou-se que 15 CEOS não apresentaram nenhum item de acessibilidade a pessoa com deficiência (Gráfico 2).

Gráfico 2: CEO sem itens de acessibilidade a pessoa com deficiência. Ceará, 2014.



Já os CEO que deixaram de atender por falta de insumos ou instrumentais foram Aquiraz, Aracati, Bela Cruz, Caririáçu, Cariús, Caucaia, Fortaleza, Ico, Limoeiro do Norte, Missão Velha, Monsenhor Tabosa, Quixadá, Quixelô, Tauá e Uruburetama, em sua grande maioria CEO municipais, conforme se observa no gráfico 3.

Gráfico 3: CEO que deixaram de atender por falta de insumos ou instrumentais nos últimos 12 meses. Ceará, 2014.



Considerando a infraestrutura instalada dos 80 CEO avaliados, encontraram-se diversas realidades. Os CEO de gestão consorciada apresentaram, em sua maioria, uma homogeneidade na estrutura, apresentando um padrão de infraestrutura e capacidade instalada condizente com as propostas da Política Nacional de Saúde Bucal, além de apresentarem um processo de trabalho compatível com um serviço de atenção secundária em saúde bucal. Já os CEO municipais apresentaram dificuldades em operacionalizar um serviço de atenção secundária, atuando em alguns momentos como atenção básica, provavelmente, devido às deficiências na cobertura da atenção primária em alguns municípios.

Acesso aos Serviços nos Centros Especializados de Odontologia do Ceará

No estado do Ceará, a partir de seu processo de regionalização, os Centros Regionais de Especialidades Odontológica foram distribuídos em cada região de saúde, com o objetivo de possibilitar acesso aos serviços de maior complexidade tecnológica, somando-se aos Centros Especializados municipais para aumentar o acesso e a cobertura dos serviços de atenção especializada em saúde bucal.

Assim, ao se analisar o acesso aos serviços (formas de agendamento, a marcação de consultas e o tempo de espera), as diferenças entre o processo de trabalho e gestão desses CEO influenciam nas diferenças dos resultados, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Dados referentes ao acesso aos serviços do CEO no Brasil e no Ceará, 2014.

ACESSO AOS SERVIÇOS	Brasil %	Ceará %
O acesso ao CEO se dá por meio de demanda		
Apenas Espontânea	1,3	2,5
Mista (Espontânea e Referenciada)	41,4	51,9
Apenas Referenciada	57,3	45,6
Formas de Agendamento		
Marcada pela UBS	33,5	20,3
Marcada pelo próprio paciente junto à central de Regulação	14,7	22,8
Paciente recebe ficha de encaminhamento na UBS e dirige-se ao CEO	75,3	54,4
Outra	21,2	30,4
Não há um percurso definido	0,4	1,3
Marcação da Consulta		
Hora marcada	47,3	28,4
Horários ou turnos definidos do dia	17	37,8
Ordem de chegada	33,4	32,2
Encaixe	2,1	1,4
Outro	0,2	0,3
Tempo de Espera para início do tratamento		
Até uma semana	33,0	43,2

De uma semana a um mês	38,0	37,4
Entre um e três meses	15,2	10,9
Entre três e seis meses	5,9	3,8
Entre seis e doze meses	4,0	2,5
Mais de doze meses	4,0	2,2

A partir da análise dos resultados, verifica-se que a maioria dos CEO no Ceará organizam sua demanda de forma mista (referenciada e espontânea), divergindo dos achados do Brasil, em que a maioria dos CEO se organizam com demanda apenas referenciada. Ainda observando a Tabela 2, percebe-se que mais de 30% das consultas foram agendadas de outras formas que não estavam relacionadas com a referência e encaminhamento das unidades de saúde, assim como mais de 33% das consultas ocorreu por meio de encaixe ou por ordem de chegada, o que condiz com o achado referente ao acesso por demanda espontânea e às informações presentes no diário de campo dos avaliadores.

Nos CEO de gestão consorciada, a demanda é organizada de forma apenas referenciada, a partir de central de regulação do estado, com consultas agendadas com hora marcada, enquanto os CEO de gestão municipal adotam distintas formas, de acordo com cada contexto. De acordo com o relato presente nos diários de campo dos avaliadores, percebeu-se que enquanto existiam serviços com organização de demanda referenciada a partir das equipes de saúde bucal, existiam serviços com atendimento por distribuição de fichas por ordem de chegada, fila de espera nas madrugadas e sem encaminhamento das equipes de atenção básica. Essa situação ocorreu especialmente em locais em que não havia cobertura adequada das equipes de saúde da família.

Em relação ao tempo de espera para início do tratamento, a maioria apontou para a espera de até uma semana. Esses dados podem estar relacionados também a oferta da demanda espontânea e a marcação por ordem de chegada encontrada em alguns serviços, entretanto, esse tempo de espera também tem relação com a especialidade analisada. Enquanto há especialidades sem fila de espera ou com espera de até uma semana, como a periodontia, cirurgia e atendimento a pacientes especiais, há especialidades com tempo de espera de mais de doze meses, como a ortodontia ofertada nos CEO Regionais.

Foi comum no relato dos gestores, identificado nos diários de campo, as dificuldades em se executar a política sem considerar as limitações de recursos e as condições de cada local, especialmente em municípios de pequeno porte. Verificou-se também, a partir desses relatos, a necessidade de avaliar a distribuição dos serviços dos CEO dentro de uma mesma região de saúde, para evitar duplicidade de oferta de serviço em municípios próximos. Alguns gestores de CEO municipais questionavam a necessidade de cumprir a exigência das especialidades mínimas, visto que em alguns casos, ocorria fácil acesso a algumas especialidades, como a Periodontia, no CEO Regional, o que tornava desnecessária a oferta da mesma especialidade no CEO municipal.

Observou-se ainda, a necessidade de avanço no que se refere à comunicação e apoio logístico na rede de atenção, principalmente no se refere ao matriciamento na atenção básica, desenvolvimento de clínica compartilhada e educação permanente integrada na maioria dos CEO. Assim como foi relatada a dificuldade de referenciamento para a atenção hospitalar e realização da análise histopatológica das biópsias. Por fim, foi relatado, ainda, a dificuldade de manter os cirurgiões-dentistas nos CEO, devido as fragilidades nos planos de cargos e carreiras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Estado do Ceará, a avaliação externa do PMAQ/CEO foi considerada satisfatória visto que se conseguiu avaliar a grande maioria dos CEO previstos. Quanto ao tipo de CEO, prevaleceu no Ceará, o CEO tipo I revelando um padrão diferente da maioria do Brasil. São poucos CEO no Ceará que apresentaram inadequações, ou que não apresentaram os padrões recomendados que possam garantir a acessibilidade física e o fluxo de usuários de maneira universal.

A disponibilidade inadequada de materiais e equipamentos foi identificada em alguns CEO demonstrando que a ausência de manutenção preventiva ou corretiva em alguns equipamentos, bem como o controle de insumos e instrumentais necessitam de adequação e melhor controle por parte da gestão.

Já o acesso à maioria dos CEO se deu por demanda mista, espontânea e referenciada, de acordo com características particulares de cada município e dificuldades na articulação da rede de atenção a saúde bucal.

Por fim, sugere-se que os CEO municipais recebam um maior apoio técnico e financeiro, das gestões local, estadual e nacional, visto a dificuldade que muitos apresentaram em operacionalizar um serviço de atenção secundária.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA **Consórcios Públicos Intermunicipais, no âmbito do SUS Aspectos Básicos**. Elaboração: Valéria Alpino Bigonha Salgado (consultora contratada); Brasília, 2014.
- 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2004a jul 30; Seção 1:70
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1571, de 29 de julho de 2004. Estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2004b 4 jul 30; Seção 1:71.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2006 mar 24; Seção 1:51.
- CEARÁ. Secretaria de Saúde(Ceará). **Plano Diretor de Regionalização**: Reorganização das ações e serviços de saúde. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará; 2006.
- CEARÁ. Secretaria de Saúde(Ceará).**Coordenadorias regionais de saúde**. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2018/07/03/coordenadorias-regionais/>Acesso em: 10 Mar 2019
- CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado (Ceará). **Plano Estadual de Saúde 2007- 2010**. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará; 2008.
- CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado (Ceará). **Consórcios Públicos em Saúde no Ceará**: Estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará; 2011.
- Dias AA, Martins Filho MT, Sampaio JJC. **Políticas de saúde bucal no Ceará**: histórias, aplicações e perspectivas. Fortaleza: Inesp \ Uece, 2003.
- UFPE. Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Centro Colaborador em Vigilância da Saúde Bucal do Ministério da Saúde. Relatório Estadual do processo de Avaliação Externa dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO): Ceará. 2014
- UFPE. Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Centro Colaborador em Vigilância da Saúde Bucal do Ministério da Saúde. Lucena EHG *at al*. Implantação dos Centros de Especialidades Odontológica no processo de regionalização de assistência à saúde bucal no Brasil. In: (Org) Figueiredo N, Goes PSA, Martelli, P. Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades (CEO) no Brasil. Recife: Editora UFPE, 2016a.p.27-36
- UFPE. Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Centro Colaborador em Vigilância da Saúde Bucal do Ministério da Saúde. Herkratz FJ. *at al*. Atenção secundária em saúde bucal no Brasil: distribuição da oferta e sua influência na acessibilidade e equidade In: (Org) Figueiredo N, Goes PSA, Martelli, P. Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades (CEO) no Brasil. Recife: Editora UFPE, 2016b.p.37-48.
- UFPE. Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Centro Colaborador

em Vigilância da Saúde Bucal do Ministério da Saúde. Emmi DT. *et al.* Análise da ambiência estrutural dos Centros de Especialidades Odontológica no Brasil. In: (Org) Figueiredo N, Goes PSA, Martelli, P. Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades (CEO) no Brasil. Recife: Editora UFPE, 2016c.p.16-48

ESPIRITO SANTO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) DO ESPÍRITO SANTO: AVE-PMAQ/CEO 1º CICLO, 2014

*Albina de Fátima Fanni Santos
Andréa Neiva da Silva
Sandra de Vasconcellos Schmidt
Erika Cardoso Reis
Maria Ercília de Araújo*

O estado do Espírito Santo, localizado na região sudeste brasileira, constitui-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 2010) ocupa a sétima posição no *ranking* nacional apesar de apresentar desigualdades regionais relevantes se considerarmos o padrão de desenvolvimento econômico estadual. (IJSN, 2016)

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) reformulado em 2011, dividiu o estado em quatro regiões de saúde: Norte, Central, Metropolitana e Sul (Figura 1). A nova divisão seguiu 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 tabela 1 apresenta a distribuição dos municípios e da população entre as quatro regiões de saúde do estado. Vale salientar que a região metropolitana que abrange 20 municípios do estado concentra cerca de 56% da população cabixaba.

Nove Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) distribuídos nas quatro regiões de saúde do estado do Espírito Santo participaram do 1º Ciclo da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE PMAQ-CEO). As avaliações aconteceram entre os meses de Maio e Abril de 2014.

Os nove CEO que participaram da AVE-PMAQ-CEO 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 (Figura 1)

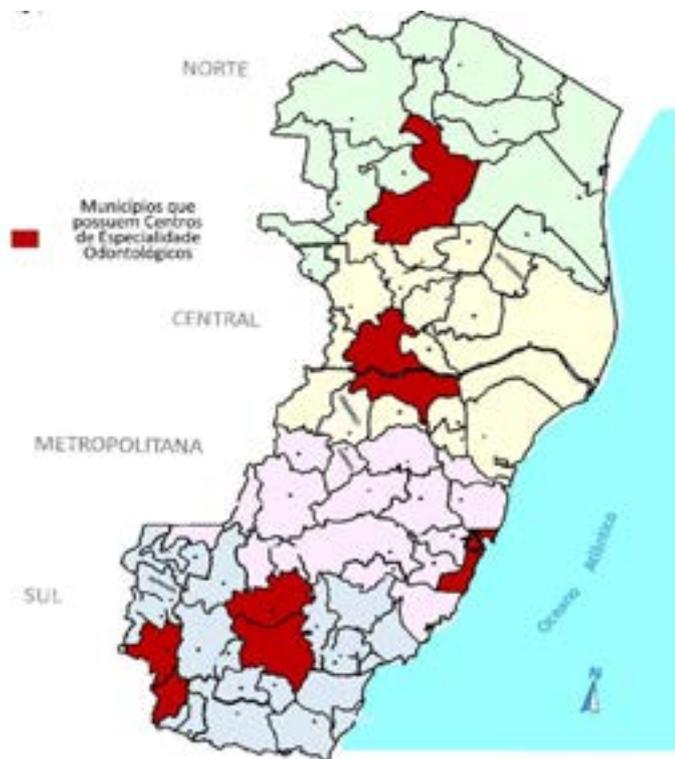


Figura 1: Distribuição das regiões de saúde no estado do Espírito Santo. Em vermelho os municípios que possuem Centros de Especialidades Odontológicas.

Tabela 1: Distribuição dos municípios e da população segundo as Regiões de Saúde do estado do Espírito Santo (2018).

Região	Total de Municípios	População	Percentual da população
Norte	14	426.539	10,74%
Central	18	652.842	16,43%
Sul	26	673.658	16,96%
Metropolitana	20	2.219.349	55,87%

Fonte: IBGE, 2018.

Durante o ano de 2014 todos os municípios do Espírito Santo indicaram a presença da Estratégia Saúde da Família em seus territórios, sendo que em apenas quatro municípios (Bom Jesus do Norte, Santa Leopoldina, Vila Pavão e Vila Valério) não era ofertado atendimento odontológico básico por meio da estratégia. (IJSN, 2016)

Com relação à cobertura estadual de saúde bucal dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) esse percentual foi de 38,74% no ano de 2014. Embora esse número fosse inferior a cobertura no Brasil (39,84%), ele era superior a cobertura da região sudeste (25,75%). Já a cobertura de saúde bucal no âmbito da atenção primária no estado era de 58,33%, superior a do Brasil (52,47%) e a da região sudeste (42,79%) (Tabela 2).

Tabela 2: População e estimativa de população coberta pela saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família e Atenção Básica no Espírito Santo, Região Sudeste e Brasil, 2014.

	População	Nº ESFSB Cob	Estim. Pop. Cob. ESFSB	Cobertura ESFSB	Estim. Pop. Cob. SB AB	Cobertura SB AB
BRASIL	201.062.78	25.327	80.116.379	39,84%	105.512.642	52,47%
SUDESTE	84.465.570	6.666	21.756.781	25,75%	36.151.071	42,79%
ESPÍRITO SANTO	3.839.366	454	1.487.451	38,74%	2.239.764	58,33%

Fonte: MS/DAB/e-Gestor, 2014

Ao analisar os dados das quatro regiões de saúde do estado no ano do 1º ciclo da AVE-PMAQ CEO nota-se que as regiões central e sul apresentavam as maiores coberturas de saúde bucal na ESF com 56,09% e 57,89%, respectivamente. A região metropolitana apresentava a menor cobertura (25,56%). No âmbito da atenção primária a cobertura de saúde bucal seguiu padrão semelhante, sendo que a região sul apresentava a maior cobertura (76,18%), seguida das regiões central (75,82%), norte (58,68%), e metropolitana (47,47%) (Tabela 3).

Tabela 3: População e estimativa de população coberta pela saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família e Atenção Básica por região de saúde do Espírito Santo, 2014

Região de Saúde	População	Nº ESFSB Cob.	Cobertura ESFSB	Cobertura SB AB
Central	626.391	107	48,97%	58,68%
Norte	417.632	62	60,04%	69,98%
Sul	671.085	160	58%	76%
Metropolitana	2.124.258	8	25,56%	47,47%

Fonte: MS/DAB/e-Gestor, 2014.

Tabela 4: Equipes de Saúde Bucal e cobertura de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família e Atenção Básica no Espírito Santo por município com CEO, Espírito Santo, 2014.

Município	População	Nº ESFSB Cob.	Nº EABSB Param.	Cobertura ESFSB	Cobertura SB AB
CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	205.213	12	23,5	20,17%	54,53%
COLATINA	120.677	21	4	60,04%	69,98%
GUAÇUÍ	30.144	9	9	100%	100%
NOVA VENÉCIA	49.564	8	8	55,69%	55,69%
SÃO JOSÉ DO CALÇADO	10.987	2	0	94,20%	94,20%
VILA VELHA	458.489	14	20,75	10,53%	24,11%
VITÓRIA	348.268	54	19	53,49%	69,86%

Fonte: MS/DAB/e-Gestor, 2014.

Com relação aos municípios que apresentavam CEO avaliados durante o 1º ciclo da AVE PMAQ CEO, apenas o de Guaçuí apresentava 100% de cobertura de saúde bucal na ESF e na AB. O município com menor cobertura de saúde bucal na Atenção Básica e na ESF era Vila Velha (Tabela 4).

A seguir serão apresentados os principais resultados do estado do Espírito Santo no primeiro ciclo da AVE PMAQ CEO.

A. Tipos de CEO, especialidades ofertadas e horário de funcionamento dos CEO

Durante o 1º ciclo da AVE PMAQ CEO no Espírito Santo foram entrevistados os gerentes dos nove serviços avaliados e um Cirurgião-Dentista (CD) lotado em cada um desses serviços, totalizando, portanto, nove CD entrevistados. Para cada serviço foram entrevistados 10 usuários, totalizando, portanto, 90 usuários entrevistados nos CEO do estado do Espírito Santo.

Com relação aos tipos de CEO no ES, a maior proporção encontrada foi de CEO Tipo I (66,6%), bem acima dos resultados da região Sudeste (33,2%) e do Brasil (37,4%). Entre as regiões, a Sul concentrou quase a metade dos CEO do estado (55,5%) com destaque para o município do Cachoeiro do Itapemirim que possuiu 2 (22,2%) dos CEO do Estado. (Tabela 5). Com relação ao número de cadeiras, a maioria dos CEO do estado apresentou 04 (33,3%) e/ou 03 (33,3%) cadeiras odontológicas completas (equipo, unidade auxiliar e refletor).

Tabela 5 – Distribuição dos CEO nas regiões de saúde do estado do Espírito Santo segundo tipo de serviço.

REGIÕES DE SAÚDE	Municípios	TIPO I		TIPO II		TIPO III	
		n	%	n	%	n	%
Norte	Nova Venécia	1	11,1	-	-	-	-
Central	Colatina	-	-	-	-	1	11,1
Metropolitana	Vila Velha	1	11,1	-	-	-	-
	Vitória	-	-	1	11,1	-	-
	Cachoeiro de Itapemirim	1	11,1	1	11,1	-	-
Sul	Guaçuí	1	11,1	-	-	-	-
	São José do Calçado	1	11,1	-	-	-	-
ESTADO DO ES		6	66,6	2	22,2	1	11,1
REGIÃO SUDESTE		112	33,2	199	59,1	26	7,7
BRASIL		349	37,4	474	50,9	109	11,7

Fonte: AVE-PMAQ/CEO 1º Ciclo, 2014.

Todos os CEO eram municipais e, conseqüentemente, se apresentavam como referências somente para os municípios-polo. Vale salientar que 89% dos municípios do estado não contam com CEO. Na região Norte, 93% dos municípios mostram-se descobertos da atenção especializada em saúde bucal. Na região central este percentual é semelhante (94%). Na região metropolitana esse percentual de municípios sem CEO é de 90% e na região Sul essa proporção cai para 85%. De tal forma que a região Sul apresenta, portanto, o melhor resultado da cobertura de atenção especializada de saúde bucal para o estado pois 15% dos seus municípios apresentaram CEO. Se considerarmos a densidade populacional dos municípios 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.

Quanto às especialidades ofertadas 77,7% dos CEO do ES ofereciam outra especialidade além das mínimas, o resultado se mostrou próximo ao do nacional, 78,1%. As especialidades não obrigatórias mais oferecidas do estado foram a de Prótese dentária (55,5%) e de Odontopediatria (47%), resultados semelhantes aos encontrados no país (76,4% e 47%, respectivamente). Num dos CEO localizados na região Sul (Cachoeiro de Itapemirim) e naqueles localizados em Castelo, Guaçuí e em Vitória na região Metropolitana, a especialidade de Prótese dentária é oferecida aos usuários. Na região Metropolitana também é ofertada a especialidade de Radiologia. A especialidade de Odontopediatria foi relatada pelos serviços das regiões Norte, Central e Sul. No que se refere à especialidade mínima 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 (66,6%) não apresentou cirurgiões dentistas lotados nesta especialidade. No país este percentual corresponde a 34% e na região sudeste 21% dos CEO não apresentam cirurgiões dentistas que atuam na especialidade de Estomatologia.

Ainda sobre o diagnóstico do câncer de boca, segundo informações dos gerentes 88% (n=8) dos CEO do ES realizam biópsia, no país este percentual representa 82% e região sudeste 87%. Observou-se ainda que 88,8% dos serviços do Estado apresentaram fichas de requisição e resultado de exame anatomopatológico e somente um serviço localizado na Região Sul não apresentou essa ficha sendo o único CEO do Estado que não realiza biópsia por não possuir profissional capacitado. Todos os CEO do estado funcionavam cinco dias na semana, de segunda a sexta, em 2 turnos (matutino e vespertino), em consonância com o resultado nacional de 95,8%. Além disso, 03 CEO também funcionavam em turno noturno, sendo 01 na região Sul e 02 na Metropolitana. No Brasil e região sudeste 19% e 24% dos CEO funcionam em período noturno respectivamente.

B. Características estruturais dos CEO: adequação visual, acessibilidade, ambiência, equipamentos e insumos

Sobre a adequação visual, a placa de identificação da fachada, identificação da recepção e presença do móvel (66,6%) se destacaram como os itens com maior percentual de adequação nos CEO do estado. Por outro lado, o uso de jaleco por todos os profissionais acompanhou os resultados nacionais marcados por uma baixa adequação, de apenas 44,4%.

No estado do Espírito Santo, a maioria dos CEO apresentou itens como corredores adaptados para cadeira de rodas (66,6%), portas adaptadas para passar cadeira de rodas (55,5%), cadeira de rodas, em condições de uso, disponível para deslocamento do usuário (55,5%), e rampa de acesso com corrimão (66,6%). As regiões Metropolitana e central tiveram os melhores resultados percentuais nos itens de acessibilidade. (Tabela 6)

Tabela 6: Presença de itens de acessibilidade nos CEO ES, por regiões de saúde e respectivos municípios

Região de Saúde	Município	Corredores adaptados para cadeira de rodas	Portas adaptadas para passar cadeira de rodas	Cadeira de rodas, em condições de uso, disponível para deslocamento do usuário	Rampa de Acesso com corrimão	Nenhuma das anteriores
Sul	Cachoeiro de Itapemirim					-
	Cachoeiro de Itapemirim			-	-	-
	Castelo	-	-			-
	Guaçuí			-		-
	São José do Calçado	-	-	-	-	
Central	Colatina		-			-
Norte	Nova Venécia	-	-	-	-	
Metropolitana	Vila Velha					-
	Vitória					-
ES		66,60%	55,50%	55,50%	66,60%	22,20%

Fonte: AVE-PMAQ/CEO 1º Ciclo, 2014.

Em relação às características estruturais e ambiência, 44,4% (n=4) dos CEO tinham sala de espera em boas condições de limpeza e com boa ventilação ou climatização, possuindo lugares suficientes para os usuários aguardarem. Ainda, 88,9% dos serviços apresentaram consultórios odontológicos em boas condições de uso, de limpeza e com boa iluminação (natural ou artificial), sendo que 100% dos consultórios possuíam ar-condicionado. Além disso, a avaliação externa apontou que 77,7% dos serviços realizavam a esterilização de material na própria unidade, sendo que dificuldades foram encontradas nas regiões Central e Norte nas quais a esterilização é realizada em outro estabelecimento de saúde que não o CEO.

Quanto aos recursos materiais, nenhum CEO do estado apresentou adequação dos 18 itens de equipamentos, 1 CEO apresentou adequação dos 16 itens de insumos e 3 CEO (33,3%) com adequação dos 16 itens de Instrumental. Os resultados referentes aos equipamentos (0,0%) e instrumentais (33,3%) foram um pouco abaixo do encontrados nos outros CEO do País, respectivamente 1,1% e 38,1%. Sobre a informatização dos CEO, somente um CEO não apresentou pelo menos um computador em condição de uso (88,8%) e 77,7% das equipes tinham acesso à internet. Por sua vez, estes resultados se mostraram superiores aos encontrados nos outros serviços do País, onde foram encontrados os percentuais de 73,7% e 61,1%, respectivamente.

Foi observado que nos últimos 12 meses, 66,6% dos profissionais dos CEO do ES relataram que deixaram de atender por falta de insumos/instrumentais e 33,3% por não terem equipamentos funcionando adequadamente. A tabela 4 apresenta os motivos de não atendimento nos últimos 12 meses nos CEO do estado.

Tabela 7 - Motivos de não atendimento nos últimos 12 meses nos CEO, por regiões de saúde do estado do Espírito Santo.

REGIÕES DE SAÚDE	Deixou de atender por falta de insumos ou instrumentais?		Deixou de atender por não ter equipamentos funcionando adequadamente?	
	n	%	n	%
Norte	0	0	1	100
Central	0	0	0	0
Metropolitana	1	50	1	50
Sul	5	100	1	20
ESTADO DO ES	6	66,7	3	33,3
REGIÃO SUDESTE	94	27,9	118	35
BRASIL	283	30,4	359	38,6

Fonte: AVE/PMAQ-CEO 1º Ciclo, 2014.

Entre as regiões do ES, a Central se destaca por não registrar relatos de não atendimento nos últimos 12 meses seja por motivos de falta de insumos ou defeitos em equipamentos. No geral, o estado apresentou percentuais superiores nesse quesito em relação aos da região sudeste e do país. Esse achado está relacionado aos problemas ocorridos com os 5 CEO da Região Sul que representam 55,6% dos serviços do estado (Tabela 7). Esses CEO apresentaram problemas com relação aos insumos ou materiais no ano do 1º ciclo da avaliação externa.

C. Organização do processo de trabalho nos CEO: planejamento, monitoramento e outras ações da gestão

Em relação ao planejamento dos CEO, 66,6% (n=6) os gerentes informaram que foi realizada alguma atividade de planejamento das ações nos últimos 12 meses, resultados abaixo aos encontrados na região sudeste (80,7%) e no país como um todo (77,7%). Importante notar que 60,6% dos CEO (n=4) responderam ter recebido apoio ao planejamento e organização do processo de trabalho, principalmente através do Coordenador Municipal e/ou Estadual de Saúde Bucal. Quando este assunto foi tratado com os Cirurgiões dentistas, pôde-se perceber que os serviços das regiões de saúde Sul (n=2) e metropolitana (n=1) são os que mais incluem o Cirurgião-Dentista no planejamento das ações. A inclusão do Cirurgião-Dentista no planejamento das ações foi relatada pelos próprios dentistas em 33,3% dos CEO do Estado resultado bem abaixo aos da região sudeste e nacional (70%).

Os recursos investigados em relação ao planejamento consideraram painel informativo, informativos epidemiológicos, sala de situação e relatórios e consolidados mensais do SIA/SUS. Neste contexto, segundo relato dos gerentes, em 88,8% (n=8) dos CEO são realizadas ações de monitoramento e análise das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada, ressaltando os

resultados das regiões Norte (100%), Central (100%), Metropolitana (100%), Sul (80%).

Quando esse assunto foi abordado com os Cirurgiões-Dentistas, nota-se que houve baixa inclusão deles na participação das ações de planejamento atreladas à análise das metas, pois apenas nas regiões Sul e metropolitana, ou seja, em apenas 22,2% dos casos essa participação foi relatada.

A realização de reuniões de equipe foi relatada pelos Cirurgiões dentistas que compõem a equipe dos 88,8% dos CEO do estado, ocorrendo sem periodicidade definida em 100% dos casos. Resultados superiores ao alcançado pelo país (76,8%) e pela região sudeste (73,5%). Apenas um CEO da região Sul foi o único a relatar que não realiza reuniões de equipe.

Informações atreladas à autoavaliação (AMAQ-CEO) revelam que 22,2% dos CEO do ES realizaram este processo nos últimos seis meses acima do resultado nacional (14,4%) e regional (15,4%). Os CEO de Castelo na região Sul e Nova Venécia na região Norte, relataram que haviam realizado o preenchimento do AMAQ-CEO no período.

Ainda sobre as práticas de monitoramento, 66,6% (n=6) dos CEO tinham ciência do percentual mensal de absenteísmo nos serviços, superior ao resultado alcançado pelo país (59,4%) e abaixo na região sudeste (71,8%). Desses CEO que monitoram o absenteísmo, um deles tinha absenteísmo superior a 25% e os demais (n=5) apresentaram um percentual de até 20%.

Entre as especialidades que apresentavam maior percentual de absenteísmo dos usuários, Cirurgia Oral ocupou o primeiro lugar. A periodontia ficou em segundo e a Endodontia em terceiro lugar. Um percentual de 66,6% dos CEO do estado relatou realizar estratégias para diminuir o absenteísmo dos usuários, abaixo dos resultados encontrados na região sudeste (79,2%) e no Brasil (73,5%). Houve destaque para 4 CEO localizados nas regiões Sul e Metropolitana (44,4%) que entram em contato previamente com o usuário para confirmar a data e a presença do mesmo à consulta. Além disso, 2 CEO (22,2%), também localizados na região Sul, apontaram que realizaram outro tipo de estratégia como, por exemplo, a associação do limite de faltas à “perda de vaga”.

D. Qualificação dos profissionais do CEO e educação permanente

Em âmbito nacional, foi observado pequeno percentual (12,1%) dos CEO que não possuem gerentes. Entretanto, no Estado do ES este resultado foi superior (44,4%) com destaque para região Sul 33,3% (n=3) e metropolitana 11,1% (n=1).

Ainda sobre os cargos de gestão dos CEO do estado, 44,4% apresentaram profissionais exclusivos como gerentes e um CEO (11,1%) apresentou gerente que acumulava a gestão do serviço com a realização de atendimento clínico. Apenas 11,1% dos gerentes não possui qualquer formação complementar. Por outro lado, 44% dos gerentes dos serviços relataram formação em gestão pública com destaque para as regiões metropolitana, sul e central.

Com relação à formação profissional dos Cirurgiões-Dentistas (CD), dos 77 CD que atuam nos CEO do estado, 80% deles possuem pós-graduação na modalidade de especialização. Ações de educação permanente são promovidas em 44,4% dos CEO do Estado, resultados semelhantes ao nacional (49,4%) e região sudeste (54,8%). São eles: Cachoeiro de Itapemirim (n=2) e Guaçuí na região Sul e Vitória na Metropolitana. Entres as ações de educação permanente se destacam a participação em seminários, mostras, oficinas e grupos de discussão (44,4%) seguida de cursos presenciais (33,3%). Esses resultados se assemelham aos encontrados no nível nacional (36,7% e 32,9%).

E. Gestão do trabalho: garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, perspectivas de continuidade do vínculo, plano de carreira e prêmio de desempenho

No Estado do ES boas experiências de gestão dos CEO foram encontradas, como o alto percentual (83,1%) de Cirurgiões-Dentistas servidores públicos estatutários, resultado superior ao nacional (60,3%) e da região sudeste (67,5%), revelando o esforço de desprecarização das condições de trabalho.

O agente contratante em 100% dos CEO do ES foi a administração direta municipal. Em relação aos CEO do Brasil, observamos que esse percentual cai para 78,60%. Os resultados do país também apontam que novas formas de arranjos gerenciais estão na gestão de 10,1% dos serviços de atenção secundária em saúde bucal. Para a região sudeste estes percentuais são de 62,4% e 37,6% respectivamente.

Apenas 22,2% dos CEO localizados na região Sul não apresentavam planos de carreira e prêmio por desempenho. De tal forma que todos os demais profissionais que compõe as equipes dos CEO, incluindo auxiliares de saúde bucal e técnicos de saúde bucal, são inseridos nos planos de carreira dos servidores públicos. No país 65% dos profissionais do CEO não possuem plano de carreira e na região sudeste 59%.

A presença do técnico em saúde bucal foi encontrada em 22,2% dos CEO, e os serviços se encontravam na região metropolitana. Nenhum profissional dos CEO do Estado recebe incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho, no Brasil 81% e na região sudeste este dado aparece com percentual de 78%

F. Acesso ao CEO: tipo de demanda, marcação de consultas, tempo de espera para atendimentos e Organização dos Prontuários

De acordo com as respostas apresentadas pelos gerentes, o acesso aos CEO do Espírito Santo se dá apenas por demanda referenciada em 55,5% dos serviços e de forma mista (espontânea e referenciada) em 44,4% deles. Esses resultados são semelhantes aos 57,3% e 41,4% apresentados pela região sudeste e pelo Brasil, respectivamente.

A marcação de consultas nos CEO do estado, segundo respostas dos gerentes, é feita preferencialmente pelo próprio paciente que recebe uma ficha de encaminhamento /referência na UBS e dirige-se ao CEO (66,7%). Estes resultados se mostram abaixo do nacional (75,3%) e acima da região sudeste (51,3%). A marcação de consulta realizada pela UBS acontece em 55,6% dos serviços, resultado bem acima da média nacional (33,3%) e da regional sudeste (38,9%) (Tabela 8).

Tabela 8: Forma de marcação de Consultas nos CEO segundo relato dos gerentes desses serviços

Marcação de Consultas			
Qual(is) é (são) a(s) forma(s) possível(is) de agendar a consulta no CEO?	Espírito Santo	Região Sudeste	BRASIL
É marcada pela UBS	55,6%	38,90%	33,5%
É marcada pelo próprio paciente junto à central de regulação	0,0%	17,20%	14,7%
O paciente recebe uma ficha de encaminhamento/ referência na UBS e dirige-se ao CEO	66,7%	51,30%	75,3%
Outra	44,4%	16,30%	21,2%
Não há um percurso definido	0,0%	0,30%	0,4%

Fonte: AVE/PMAQ-CEO 1º Ciclo, 2014.

Considerando as repostas dos usuários, o agendamento das consultas acontece em 52,2% dos CEO através de hora marcada. Em 46,7% dos serviços acontece por ordem de chegada e em 1,1% dos serviços acontece através de encaixe. A região Metropolitana (100%) e Sul (50%) se destacam pelo agendamento de consulta preferencialmente com hora marcada. Já na região Norte em 72,2% dos serviços acontecem por ordem de chegada. Na região Central (100%) e Sul (50%) a marcação ocorre preferencialmente em horários ou turnos definidos do dia.

Para 62% dos usuários, o tempo de espera para iniciar tratamento foi de até um mês, abaixo do resultado nacional (71%) e da região sudeste (65%). Na região metropolitana, 80% dos usuários de Vila Velha e 40% daqueles de Vitória relataram aguardar até um mês para iniciarem o tratamento odontológico nos respectivos CEO. Na região norte e central esse percentual cai para 30% dos usuários. Na região Sul, nos CEO localizados em São José do Calçado e Guaçuí todos os usuários relataram tempo de espera de um mês para terem seus tratamentos iniciados. Esse mesmo tempo de espera foi relatado por 60% dos usuários dos serviços localizados nos municípios de Castelo e Cachoeiro de Itapemirim. A tabela 9 apresenta o tempo de espera para início de tratamento odontológico nos CEO do estado do Espírito Santo, da região sudeste e do Brasil segundo relato dos usuários.

Tabela 9: Tempo de espera para iniciar tratamento odontológico nos CEO segundo relato dos usuários desses serviços no estado do Espírito Santo, na região sudeste e no Brasil.

Quanto tempo o senhor(a) esperou para iniciar o tratamento neste CEO?	ES	Região Sudeste	BRASIL
Até uma semana	28,9%	27,90%	33,0%
De uma semana a um mês	33,3%	36,70%	38,0%
Entre um e três meses	13,3%	16,20%	15,2%

Entre três e seis meses	10,0%	6,90%	5,9%
Entre seis e doze meses	12,2%	5,70%	4,0%
Mais de doze meses	2,2%	6,70%	4,0%

Fonte: AVE/PMAQ-CEO 1º Ciclo, 2014

A implantação de prontuário eletrônico foi relatada em apenas um CEO (11,1%) do Estado. De tal forma que 88,8% dos CEO do estado utilizam prontuário clínico, acompanhando os resultados nacionais e da região sudeste (92%).

G. Articulação entre CEO e Atenção Básica: apoio matricial

Na interface entre a Atenção Básica (AB) e a Atenção Secundária em saúde bucal, destaca-se que 55,5% dos serviços (n=5) informaram que a equipe do CEO realiza o matriciamento ou ações de apoio para as equipes de Saúde Bucal da AB na resolução de casos considerados complexos, bem abaixo do resultado nacional de 70,6%.

Tabela 10 - Ações conjuntas realizadas entre os profissionais do CEO e as equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, segundo regiões de saúde do estado do Espírito Santo, o estado como um todo e a região sudeste.

ATIVIDADES CONJUNTAS	Norte	Central	Metropolitana	Sul	ES	Região Sudeste
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Discussão de casos clínicos	01 (100)	00 (00)	00 (00)	1 (20)	2 (22,2)	201 (59,6)
Ações clínicas compartilhadas	01 (100)	01 (100)	01(50)	2 (40)	5 (55,5)	194 (57.6)
Capacitação para detecção do câncer de boca	00 (00)	00 (00)	01(50)	01 (20)	2 (22,2)	157 (46.6)
Construção de projetos terapêuticos	00 (00)	00 (00)	00(00)	1 (20)	01(11,1)	121 (35.9)
Atividades de educação permanente	01 (100)	00 (00)	01(50)	01 (20)	03(33,3)	136 (40,3)
Construção e discussão de protocolos clínicos	01 (100)	01 (100)	01(50)	2 (40)	5 (55,5)	191 (56,7)
Pactuação de critérios para referência por especialidade	01 (100)	01 (100)	01(50)	2 (40)	5 (55,5)	222 (65,9)
Realização de visitas, quando solicitado	01 (100)	00 (00)	00(00)	01 (20)	02(22,2)	108 (32)

Fonte: AVE/PMAQ-CEO 1º Ciclo, 2014.

A tabela 10 apresenta os tipos de ações conjuntas realizadas entre os profissionais do CEO e as equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica no estado. Observa-se que as ações de apoio matricial que apresentaram maiores percentuais foram as ações clínicas compartilhadas, construção e discussão de protocolos clínicos e pactuação de critérios para referência por especialidade, com destaque para região Sul. Porém, é importante evidenciar a baixa realização de capacitações para detecção do câncer de boca (22,2%), reforçando-se a necessidade de estratégias de fortalecimento desta ação no contexto de articulação entre os profissionais do CEO e da AB.

A presença de protocolos clínicos de encaminhamento de usuários da AB para os CEO do estado do ES esteve presente em apenas 44% dos serviços. Esse resultado se mostrou bem abaixo da região sudeste (79,8%) e dos CEO do país como um todo (58,6%).

A utilização de protocolos clínicos pactuados para orientação desse encaminhamento para as cinco especialidades mínimas foi relatada nos seguintes CEO do estado: Colatina na região Central, Vila Velha e Vitória na Metropolitana e Castelo na região sul. Nova Venécia na região Norte relatou utilização de protocolo clínico apenas para a especialidade de endodontia. A tabela 11 apresenta o percentual de CEO que apresentam protocolos clínicos pactuados para encaminhamento dos usuários segundo especialidades nos serviços do estado, da região sudeste e do Brasil.

Tabela 11: Percentual de CEO que apresentam protocolos clínicos pactuados para encaminhamento dos usuários da atenção básica segundo especialidades nos serviços do estado do ES, da região sudeste e do Brasil

Protocolos clínicos pactuados segundo especialidade odontológica	ES	Região Sudeste	Brasil
Cirurgia Oral	44,4%	82,2%	61,3%
Endodontia	55,6%	84,3%	62,5%
Pacientes com necessidades especiais	44,4%	76,5%	57,5%
Periodontia	44,4%	83%	60,5%
Estomatologia (Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca)	44,4%	73%	50,5%

Fonte: AVE/PMAQ-CEO 1º Ciclo, 2014

H. Participação e satisfação dos usuários em relação aos CEO

Um total de 90 usuários foram entrevistados durante o 1º ciclo da avaliação externa do PMAQCEO do estado. A maioria dos usuários desses serviços são do sexo feminino (71%), tem média de idade de 41 anos e quase metade (47%) se auto declararam pardos. Com relação ao nível de escolaridade, 27% dos usuários declararam possuir ensino fundamental incompleto e 32% afirmaram possuir ensino médio completo. A imensa maioria dos usuários (95%) declararam residência no município de localização do CEO.

A região Central se destaca pelo perfil de usuário com maior escolaridade. Já a região Metropolitana apresentou a maior média de idade (51 anos) e a região Sul se destacou pela maior participação de usuários do sexo masculino. A tabela 12 apresenta os aspectos sociodemográficos dos usuários entrevistados durante o 1º ciclo das avaliações externas dos CEO do estado do ES segundo as regiões de saúde.

Tabela 12: Características sociodemográficas e de moradia dos usuários entrevistados durante o 1º ciclo das avaliações externas do PMAQ CEO no estado do Espírito Santo segundo regiões de saúde

Aspectos sociodemográficos dos usuários	Sul	Metropolitana	Regiões de saúde Central	Norte	ES
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Média de idade	43	51	32	40	41
Gênero					
Masculino	17 (34%)	6 (30%)	1 (10%)	2 (20%)	26 (28%)
Feminino	33 (66%)	14 (70%)	9 (90%)	8 (80%)	64 (71%)
Cor da Pele					
Branca	17 (34%)	6 (30%)	4 (40%)	5 (50%)	32 (35%)
Preta	7 (14%)	4 (20%)	0 (0%)	2 (20%)	13 (14%)
Amarela	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
Parda	24 (48%)	10 (50%)	6 (60%)	3 (30%)	43 (47%)
Indígena	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ignorada	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
Nível de escolaridade					
Não é alfabetizado (não sabe ler e escrever)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
É alfabetizado (sabe ler e escrever)	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
Ensino fundamental incompleto	17 (34%)	3 (15%)	0 (0%)	5 (50%)	25 (27%)
Ensino fundamental completo	6 (12%)	3 (15%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (10%)
Ensino médio incompleto	5 (10%)	2 (10%)	3 (30%)	3 (30%)	13 (14%)
Ensino médio completo	13 (26%)	9 (45%)	5 (50%)	2 (20%)	29 (32%)
Ensino superior incompleto	5 (10%)	1 (5%)	2 (20%)	0 (0%)	8 (8%)
Ensino superior completo	2 (4%)	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (3%)
Pós-graduação	1 (2%)	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2%)
Local de residência					
Mora no município	49 (98%)	17 (85%)	10 (100%)	10 (100%)	86 (95%)
Não mora no município	1 (2%)	3 (15%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (4%)
Total usuários entrevistados	50	20	10	10	90

Fonte: AVE/PMAQ-CEO 1º Ciclo, 2014.

Mecanismos de avaliação de satisfação do usuário, com comprovação de documentação, foram relatados em apenas dois CEO do ES (22,2%), resultado abaixo da média nacional (51%). Canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões foram referidos por 77,8% dos CEO do estado, semelhante ao percentual encontrado no nível nacional (75,1%). Telefone do CEO, telefone/e-mail da ouvidoria foram os principais

instrumentos relatados como forma de comunicação. Na região Sul, os CEO de Castelo e São José do Calçado não informaram a presença de canal de comunicação com o usuário. O CEO se mostrou resolutivo para 100% os usuários entrevistados que tiveram acesso ao tratamento no estado. As instalações foram avaliadas pelos usuários como muito boas/boas por 68% deles e para 93% a mesma avaliação foi referida para o atendimento recebido.

DISCUSSÃO

Os resultados do primeiro ciclo da AVE-PMAQ/CEO no estado indicaram uma maior proporção dos CEO do estado do Espírito Santo é do Tipo I, não acompanhando os resultados encontrados em estudos no Brasil onde os CEO de modalidade tipo 2 eram os de maior expressão (CORTELLAZZII, *et al.* 2014).

O estado 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. 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.

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.

Em estudo anterior, Albuquerque *et al.* (2011) 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; MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015.; CORTELLAZZII, *et al.* 2014; HERKRATH, *et al.* 2018; MEDEIROS, 2009) tem sido apontada como uma importante estratégia para ampliar a cobertura populacional das ações de atenção especializada em saúde bucal.

O estudo de 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 fazem atendimento no período noturno, sendo 01 na região Sul e 02 na Metropolitana e 06 o realizam em períodos tradicionais, matutino e vespertino. No Estado do ES todos os CEO, segundo respostas dos gerentes, funcionavam em horário de almoço, mas nenhum aos sábados. 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, 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. 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 dos CEO funcionando em período noturno (19%) resultados semelhantes (24%) também aparecem na região sudeste do país. Com relação à especialidade não obrigatória mais oferecida no Estado do Espírito Santo, observou-se que a de Prótese Dentária foi a mais citada. Mais da metade dos CEO ofertam esse tipo de serviço. Esse dado condiz com os achados de MEDEIROS, 2009 e DEITOS, 2009.

Outro aspecto que merece destaque diz respeito à Estomatologia. A maioria dos CEO do Estado (66%) não apresentou cirurgiões dentistas lotados nessa especialidade mínima. Estes achados também foram encontrados em outros estudos (MEDEIROS, 2009; 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 não apresentam cirurgiões dentistas que atuam na especialidade de Estomatologia.

A realização de biópsia foi referida pelos gerentes do CEO do ES em 88% resultados semelhantes foram alcançados na região sudeste (87%) e no país (82%). Os resultados do estudo de DEITOS, 2009 chama atenção para uma questão importante. Segundo os autores, 19,6% dos 56 CEO distribuídos em seis estados brasileiros não realizam biópsia, sendo que 5,36% deles não realizam tal procedimento por falta de pessoal capacitado. Dessa forma, embora o percentual de

CEO que não realizam biópsia seja pequeno (19,6%) de acordo com os autores, se considerarmos que o diagnóstico tardio dessa doença pode trazer graves prejuízos à saúde das pessoas, é fundamental que os CEO tenham profissionais habilitados a realizarem esse procedimento, ainda que eles não sejam estomatologistas. No estado somente um serviço localizado na Região Sul não apresentou fichas de requisição e resultado de exame anatomopatológico sendo o único CEO do Estado que não realizava biópsia por não possuir profissional capacitado.

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 a presença de ar condicionado e consultórios em boas condições de uso, limpeza e iluminação. Entretanto os resultados do AVE-PMAQ/CEO 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-existentes, sem planejamento e execução de obras para as necessárias adequações.

No estado do Espírito Santo, a maioria dos CEO apresentou todos os itens de acessibilidade exigidos por lei, porém um CEO na região Sul e outro na região Norte apresentou ausência de todos itens de acessibilidade, o que configura uma barreira de acesso aos usuários já que se trata de um serviço de público de saúde regido pelo princípio da universalidade de acesso e elegível ao tratamento de pacientes com necessidades especiais. 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 SOUZA 2015). No caso do ES, houve problemas na adequação desses itens nos CEO do Estado em 66% deles (n=6), os resultados referentes aos equipamentos e instrumentais presentes nos CEO foram um pouco abaixo do encontrados nos outros CEO do País, foi observado que os equipamentos estão distribuídos de modo semelhante entre as regiões brasileiras.

Nos 5 CEO localizados na região Sul (55,6% dos CEO do estado), houve relato de falta de atendimento por falta de insumos/instrumentais, nos últimos 12 meses, resultado que destoava aos encontrados na região Sudeste (27,9%) e território nacional (30,4%). Nesse sentido, é importante reforçar a importância do planejamento de ações e estratégias por parte dos gestores dos CEO frente às dificuldades de contratualização de insumos/instrumentais bem como para manutenção de equipamentos.

No Estado do ES boas experiências de gestão dos CEO foram encontradas, como o alto percentual (83,1%) de Cirurgiões-Dentistas servidores públicos estatutários, resultado superior ao nacional (60,3%) e da região sudeste (67,5%), revelando o esforço de desprecarização das condições de trabalho.

Em 83% dos CEO os Cirurgiões-Dentistas eram servidores públicos estatutários. Apesar

de resultado semelhante ter sido encontrado no estudo de RAMOS (2014), no qual 94% dos CD apresentaram vínculo estatutário com os CEO avaliados, a literatura aponta que tem sido frequente a presença de formas precárias de relações de trabalho dos CDs nos CEO do Brasil. OLIVEIRA, *et al.* (2015), por exemplo, num estudo realizado em 59 CEO distribuídos em 51 municípios das 5 macrorregiões brasileiras, identificou que 39,1% dos cirurgiões dentistas tinham vínculos precários com os respectivos municípios. DEITOS 2009, por sua vez, observou que não havia cirurgia dentista concursado em cerca de 36% dos 59 CEO avaliados nos seis estados do país.

No ES dos 77 cirurgiões-dentistas que atuavam nos CEO do estado, 80% deles possuíam pós-graduação na modalidade de especialização. Resultados de estudos apontam que a especialização é a forma mais frequente de pós-graduação entre os Cirurgiões-Dentistas (SOUZA, 2009, MEDEIROS 2009, OLIVEIRA, *et al.* (2015),, FRICHEMBRUDER, *et al.* 2017).

A literatura aponta a presença de uma força de trabalho qualificada nos CEO e também um importante esforço em favor da despreciação das condições de trabalho. Entretanto, a qualificação profissional não necessariamente tem estado vinculada à incentivos salariais. Nos CEO do estado do ES, por exemplo, nenhum profissional recebe incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho. O cenário brasileiro apontado pela AVE-PMAQ/CEO (2014) identifica que a grande maioria dos cirurgiões dentistas (81%) que atuam no CEO não recebem este tipo de incentivo salarial

Com relação ao planejamento de ações nos CEO, a avaliação externa observou que ele aconteceu na maioria das unidades, recebendo apoio, principalmente, da coordenação de saúde bucal local ou do gestor público estadual. Segundo os gestores entrevistados, a maioria das equipes realizou o acompanhamento de metas (88%), utilizaram instrumentos de autoavaliação (22%) e monitoramento de índices de absenteísmo (66,6%). Os resultados do ES se mostraram acima dos encontrados no país com relação a autoavaliação (14,4%) e outras práticas de monitoramento (59,4%).

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. Quando este assunto foi tratado com os Cirurgiões dentistas, entretanto, pôde-se perceber a baixa inclusão dos mesmos nestas ações de planejamento. Nos CEO do ES houve clara evidência da baixa reflexão dos profissionais de saúde sobre o trabalho desempenhado. O fato de apenas 22% dos profissionais do ES reconhecerem participação nas ações de planejamento atreladas à análise das metas pode ser um indicador da ausência desse tipo de reflexão. Por outro lado, a inclusão do cirurgião-dentista no planejamento das ações na região sudeste e no país na AVE-PMAQ/CEO foi relatada por 70% dos dentistas entrevistados.

Existe um grande desafio a ser enfrentado pelos gestores de saúde do Espírito Santo a fim de fortalecer as ações e estratégias da gestão do CEO. Nesse sentido, destacamos a importância de incentivar a gerência desses serviços a dialogarem com as equipes sobre a importância das práticas de monitoramento de metas e autoavaliação com vistas a melhorar as condições e relações

de trabalho.

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, FRICHEMBRUDER, *et al*.2017). Os baixos resultados referentes à educação permanente nos CEO do estado (44%) e no Brasil (49,4%) acompanharam os de um estudo no Rio Grande do Sul (60,7%), apontando o grande desafio que está colocado para a gestão desses serviços.

Os resultados do ES, entretanto, demonstraram que a realização de reuniões de equipe foram relatadas pelos Cirurgiões dentistas que compõem a equipe dos 88,8% dos CEO do estado. A literatura aponta que 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, RAMOS 2014, SILVA JUNIOR 2019).

Apesar do relato dos gestores sobre a realização de reuniões de equipe no contexto de articulação entre os profissionais do CEO e da AB, as ações de matriciamento foram pouco desenvolvidas pelos profissionais dos CEO do ES (55%) bem abaixo do resultado nacional de 70,6% e regional (73,8%). É importante evidenciar a baixa realização de capacitações para detecção do câncer de boca em apenas dois CEO do estado. A utilização de protocolos de encaminhamento também foi pouco evidenciada nos CEO do estado (44%) em comparação com os resultados regional (79,8%) e nacional (58,6%). Um estudo realizado por CONTRATO que avaliou o CEO implantado no município de Vitória (ES) no ano de 2010, apontou que apesar de existir um fluxo formal entre a atenção básica e a especializada bem organizado, articulado e definido, observou-se uma fragilidade grande em termos de integração. Segundo os autores, não foi observado mecanismo de coordenação nem comunicação entre os dois níveis a não ser no papel. Houve um distanciamento grande entre os níveis, com cada um no seu núcleo de execução, impedindo uma maior integração. De maneira geral os resultados apontados no primeiro ciclo AVE PMAQCEO apontam que a interface entre CEO e a Atenção Básica no país mostrou-se desqualificada, necessitando 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.

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. SOUZA 2015; COSTA 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.

Ainda que os CEO do Estado apresentem dificuldades na integralidade do cuidado, foi verificado o acolhimento e a valorização da humanização dos atendimentos. As avaliações dos usuários foram positivas tanto na recepção/acolhimento quanto no contato com dentistas

e auxiliares mesmo diante de todas as dificuldades/barreiras que eles possam ter enfrentado para acessar o serviço. Avaliações positivas dos CEO por usuários também foram relatadas por diversos autores. (MEDEIROS 2007, CHAVES, *et al* 2010; MAGALHÃES, *et al.*2015; SOUZA 2015; CHAVES; OLIVEIRA; SOARES, 2016; COSTA 2018). Os CEO do Estado se mostraram bastantes resolutivos, na visão dos usuários, para os que conseguem acessá-lo, fato esse verificado através da satisfação dos usuários com o atendimento. Esses achados estão em consonância com outros estudos (SOUZA, 2015; CHAVES, *et al* 2010).

Ações comprometidas com a proposta do SUS e PNSB envolvem propostas de organização da agenda dos CEO, como conhecer a capacidade de produção do CEO, implantar protocolos de encaminhamento, estabelecer pontes com a Atenção Básica, entender as barreiras de acesso (financeira, acessibilidade ou cultural) e consequentes taxas de absepteísmo, caracterização da demanda por cuidados especializados dos CEO (quem são as pessoas que dependem do CEO - gênero, idade, raça, escolaridade, estrato social), perfil epidemiológico.

Tal como encontrado em outros estudos, a maioria dos usuários entrevistados no ES foi do sexo feminino, residiam no próprio município de referência CEO, também foram semelhantes à idade média a outros estudos (MEDEIROS 2007; CHAVES, *et al* 2010; MAGALHÃES, *et al.*2015; SOUZA 2015; CHAVES; OLIVEIRA; SOARES, 2016; COSTA 2018). A maior utilização desses serviços por mulheres pode ser atribuído, segundo estes estudos, a questões de percepção de necessidades de saúde e ocupação formal no mercado de trabalho, associando horários incompatíveis de funcionamento das unidades de saúde com a jornada de trabalho, sobretudo, da população masculina.

Com relação ao nível de escolaridade dos usuários 32% declarou possuir ensino médio completo. Achados semelhantes foram relatados no estudo de RAMOS 2014 na Grande Florianópolis. O autor encontrou 47% dos usuários do serviço com esse mesmo nível de escolaridade. Por outro lado, 27% dos usuários do CEO do ES declararam possuir ensino fundamental incompleto. Esse achado está em linha com outros estudos que relataram o baixo nível de escolaridade dos usuários dos CEO (CHAVES, *et al et al* 2010; CHAVES; OLIVEIRA; SOARES, 2016; MAGALHÃES, *et al.*2015; MEDEIROS 2007; SOUZA 2015; COSTA 2018).

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. Esse resultado está em linha com os achados de outros estudos (CHAVES, *et al* 2010; CHAVES; OLIVEIRA; SOARES, 2016; MAGALHÃES, *et al*2015; 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 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.

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 quando comparadas as regiões de saúde do Estado e deste com os estados da Região Sudeste e resultados nacionais. A implantação dos CEO significa o acesso a atenção especializada aos serviços odontológicos e configura um expoente nas políticas públicas de saúde bucal mundial. 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.

A interface entre CEO e a Atenção Básica, mostrou-se desqualificada, com baixa utilização de protocolos de referencia/contra referência, persistindo, ainda, acesso aos serviços de forma mista (espontânea e referenciada) e com fracos resultados de ações de educação permanente e apoio matricial. 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 bem resolutivos e avaliados e quanto à estrutura e atendimento revelou altos índices de satisfação dos mesmos.

O estado do Espírito Santo se destacou no cenário nacional por boas práticas de gestão atreladas à desprecarização das condições de trabalho. A maioria dos profissionais que atuam nos CEO do estado possuem vínculos perenes de trabalho, servidores públicos, e inseridos em planos de carreira. Por outro lado, é importante considerar baixa oferta de serviços especializados em saúde bucal no estado e presença de grandes vazios assistências de atenção.

Houve destaque do ES também no cenário nacional com relação à participação dos cirurgiões dentistas em reuniões de equipe, preenchimento de avaliação de desempenho (AMAQ) e adoção de práticas de monitoramento de índices de absenteísmo. Resultados que apontam preocupação da gestão no monitoramento do desempenho do CEO e intenção a qualificação das condições e relações de trabalho. Apesar de persistirem dificuldades a serem enfrentados para melhorar a integração entre os vários níveis de atenção e os processos de trabalho, os protocolos e os fluxos para serem melhor compartilhados e discutidos entre os profissionais envolvidos.

Em última análise, o processo de trabalho revela qual é a concepção de saúde dos atores envolvidos e qual é o modelo de atenção que, de fato acontece. Predominantemente a organização do trabalho das equipes de saúde bucal nos CEO se mostrou de natureza clínica, focada nas especialidades e sob exigência de produção mensal definida segundo o tipo de CEO habilitado. A construção do modelo de atenção proposto pela Política Nacional de Saúde Bucal, que se

fundamenta na atuação sobre os determinantes do processo saúde/doença, tona-se desafiador para a gestão alinhar as dimensões de eficiência, eficácia e efetividade com o envolvimento dos sujeitos para que se comprometam com a construção da saúde bucal proposta pelo SUS.

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 PMAQCEO 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.

REFERENCIAS

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.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas – AMAQ – CEO. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2013.

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.v. 27, n. 1, p. 143-154, 2011.

CHAVES, S.C.L. *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. Rev Saude Publica, v. 44, n. 6, p.1005-1013, 2010.

CHAVES, S.C.L.; OLIVEIRA, T. S.; SOARES, C. L. M. Características da utilização de serviços públicos odontológicos em município de médio porte. Revista Baiana de Saúde Pública. v. 40, n. 2, p. 315-335, abr./jun. 2016.

CONTARATO, P.C. Política nacional e contexto local: uma análise da implementação da política de saúde bucal no Município de Vitória, do Espírito Santo. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

CORTELLAZZII, K. L. *et al.* Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. REV BRAS EPIDEMIOL OUT-DEZ, v. 17, n. 4, p. 978-988, 2014.

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. RIO DE JANEIRO, v. 42, n. 118, p. 631-645, JUL-SET, 2018.

DEITOS, A R. Avaliação na atenção especializada em saúde bucal. 2009. 168 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas). Universidade de São Paulo, 2009

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde. plano Diretor de regionalização 2011. Disponível em: <[http:// www.saude.es.gov.br/download/PDR_PlanoDiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/PDR_PlanoDiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf)>. Acesso em: 17 de maio de 2019.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. 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.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. 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.

FRICHEMBRUDER, K.; HUGO, F. N.; HILGERT, J. B. Perfil e percepção de profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas do Rio Grande do Sul. RFO, Passo Fundo, v. 22, n. 1, p. 43-48, jan./abr. 2017.

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. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, v.18, n.1, p. 3175, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=es>>. Acesso em: 17 de maio de 2019

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. 75p. Vitória, ES, 2016.

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. v25, n.2, p.:259-267. 2009

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 3.1 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.

MACHADO, F. C.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. A. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. Rio de Janeiro, Ciênc. saúde coletiva. v.20, n.4, Apr. 2015.

MAGALHÃES, B. G. *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. Cad. Saúde Colet. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1. p. 76-85, 2015.

MEDEIROS, E. Os Centros de Especialidades Odontológicas como suporte da atenção básica: uma avaliação na perspectiva da integralidade. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2007.

- 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.* Relações contratuais e perfil dos cirurgiões-dentistas em centros de especialidades odontológicas de baixo e alto desempenho no Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*, v.24, n.3, p.792-802, 2015.
- 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, 2009.100p.
- 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, 2018.

GOIÁS

Avaliação Externa do PMAQ-CEO: Panorama no Estado de Goiás

Maria de Fátima Nunes¹
Mary Anne de Souza Alves França²
Marcos Azeredo Furquim Werneck³
Giovanna Rodrigues de Carvalho⁴
Wictor Nogueira Rodrigues⁴

¹ Coordenadora estadual do primeiro ciclo do PMAQ-CEO; docente da Faculdade de Odontologia-Universidade Federal de Goiás.

² Cirurgiã-dentista Assessora de Avaliação e Qualidade Diretoria Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, doutoranda da Faculdade de Odontologia-Universidade Federal de Goiás.

³ Coordenador macro-regional da região centro-oeste e Minas Gerais do primeiro ciclo do PMAQ-CEO; docente da Faculdade de Odontologia- Universidade Federal de Minas Gerais.

⁴ Acadêmicos da Faculdade de Odontologia-Universidade Federal de Goiás.

“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher.”

Cora Coralina

INTRODUÇÃO

A necessidade de implantação de serviços no campo da saúde bucal no Brasil vem sendo sustentada mediante os resultados apresentados pelos levantamentos epidemiológicos nacionais de saúde bucal. Estes levantamentos apontaram os principais problemas de saúde bucal, em diferentes faixas etárias, bem como a dificuldade de acesso às ações e serviços de saúde bucal decorrentes das desigualdades sociais (BRASIL, 1988; BRASIL, 2004; BRASIL, 2010). Em especial, estes levantamentos epidemiológicos apontaram uma enorme lacuna por serviços especializados.

Desde a Publicação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004, um novo cenário surgiu na saúde bucal no país. Desta forma, essa política, “apelidada” como Brasil Sorridente, busca ampliar a atenção à saúde bucal no país, contemplando a promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

https://bvsmms.saude.gov.br/BVS/PUBLICACOES/POLITICA_NACIONAL_BRASIL_SORRIDENTE.PDF

O que veio de novo nesta política no campo da saúde bucal?

Uma das novidades foi a instituição dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) os quais foram implantados em diferentes espaços geográficos do território nacional.



VOCÊ SABIA? Nada mais natural que expressar simbolicamente o BRASIL SORRIDENTE como um sorriso estilizado numa esfera verde. Essa marca, ao mesmo tempo em que representa uma pessoa sorrindo, faz leve referência à bandeira nacional, usando o verde em lugar do azul. O verde da saúde. O verde tão identificado com o Brasil.

Portaria nº599 de 23 de março de 2006

Define a implantação de especialidades odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006prt0599_23_03_2006.html

Para avaliar os serviços prestados na Atenção Especializada o Ministério da Saúde implementou, em 2013, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) (BRASIL, 2013).

Portaria nº1599 de 30 de setembro de 2015

Dispõe sobre o Programa de Melhorias do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO)

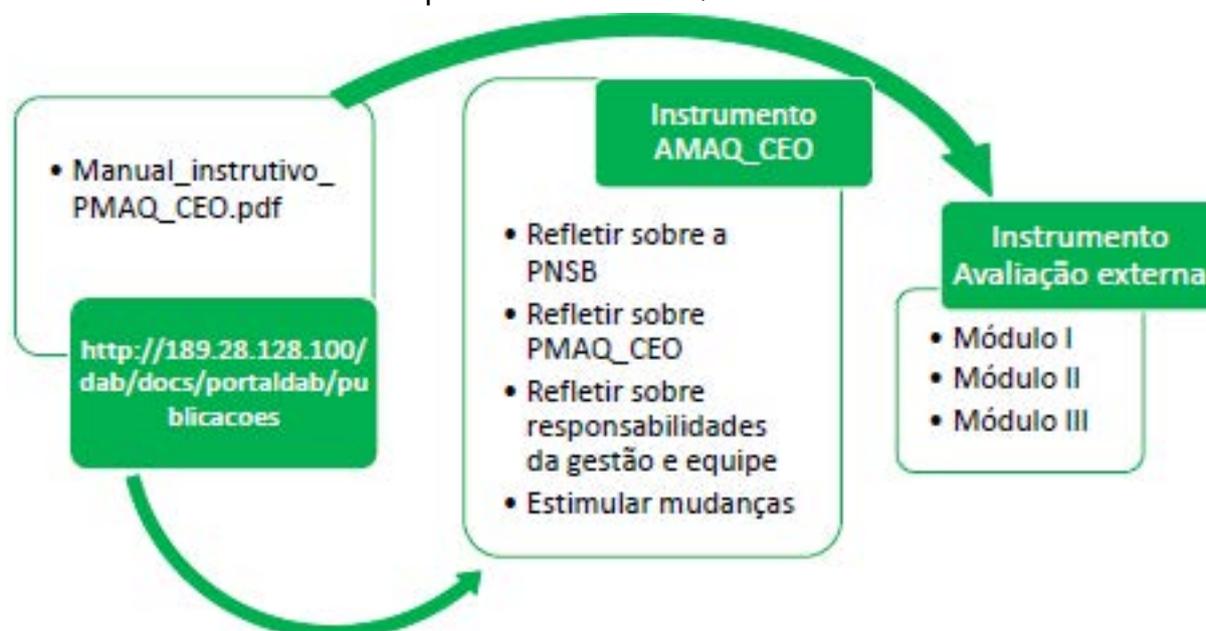
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1599_30_09_2015.html
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1599_30_09_2015.html

O PMAQ-CEO é uma estratégia de avaliação do Ministério da Saúde, sem fins punitivos, mas sim, com o objetivo de induzir melhoras na qualidade da atenção em saúde bucal nos CEO, favorecendo a ampliação do acesso aos usuários. Visa subsidiar gestores na qualificação da atenção secundária em saúde bucal, com enfoque nos aspectos referentes ao cuidado, estrutura física, processo de trabalho, educação e satisfação do usuário.

Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ): instrumento de avaliação externa para os centros de especialidades odontológicas : <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTY3Nzg%2C>

O PMAQ-CEO possui a etapa da avaliação interna e de avaliação externa. Toda orientação está contida no Manual Instrutivo (Esquema 1)

Esquema 1. Manual instrutivo e componentes do PMAQ-CEO.



O Instrumento de Avaliação Externa, organizado em três módulos, contempla indicadores analisando os seguintes aspectos:

Módulo I- estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos do estabelecimento.

Módulo II - processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado para os usuários.

Módulo III - satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços especializados de saúde bucal no que se refere ao seu acesso e utilização.

A avaliação deve servir para direcionar ou redirecionar a execução de ações, atividades, programas e, por conseguinte, deve ser exercida por todos aqueles envolvidos no planejamento e na execução dessas ações. Deve haver o reconhecimento de que existem diferentes olhares sobre a mesma realidade, compreendendo que a promoção da troca de ideias e diálogos é necessária no campo da avaliação. Na Avaliação Externa do PMAQ-CEO há os olhares de gestores, profissionais e usuários.

A avaliação externa foi coordenada e implementada pelo Centro Colaborador em Vigilância da Saúde Bucal do Ministério da Saúde- CECOL da Universidade Federal de Pernambuco. Esta fase ocorreu em parceria com Instituições de Ensino Superior (IES). Em Goiás, a coordenadora estadual é docente da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás e as coletas dos dados foram realizadas por dois examinadores (cirurgiões-dentistas).

Desta forma, o objetivo deste capítulo é apresentar aos gestores, profissionais e usuários, os resultados do primeiro ciclo da avaliação externa do PMAQ-CEO de Goiás, que ocorreu em 2013/2014. Além disso, apontar aos gestores sugestões para melhoria da qualidade do acesso e qualidade para os CEOS de Goiás.

Avaliação Externa no Estado de Goiás

Quais municípios no Estado de Goiás aderiram ao PMAQ-CEO (2013-2014)?

A Adesão é a primeira etapa do programa. Consiste na indicação, pelos gestores municipais do quantitativo de CEO que participarão do Programa. A primeira etapa é condição obrigatória para a segunda etapa (Contratualização). A etapa de contratualização dos CEO é voluntária e pressupõe um processo de pactuação num primeiro momento entre a equipe do CEO e gestores municipais e desses com o Ministério da Saúde.

Esquema das fases: adesão e contratualização, certificação e recontratualização (Manual instrutivo).



Fonte: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf

O Estado de Goiás possuía, em 2014, 32 CEO dos quais foram avaliados 28. Os CEO não avaliados (dois CEO de Goiânia, um de Santo Antônio do Descoberto e um de Valparaíso de Goiás) encontravam-se em reforma, o que comprova o papel indutor de mudanças gerado pelo PMAQ.

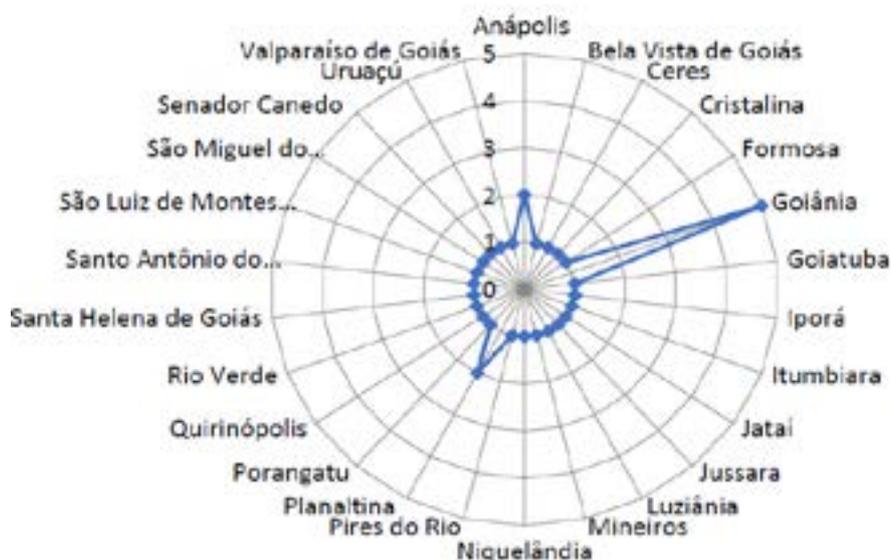


Gráfico 1- Números de CEO, por municípios de Goiás, 2014.

INDICADORES DO PMAQ-CEO

Os indicadores pontuam 30% na nota final da certificação

O Indicador é uma variável, característica ou atributo de Estrutura, Processo ou Resultado que é capaz de sintetizar e/ou representar e/ou dar maior significado ao que se quer avaliar. Ele é, portanto, válido para o contexto específico do que se está avaliando (Fotos de unidades de CEO de Goiás, 2014).



INDICADORES DE ESTRUTURA:
Módulo I- estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos do estabelecimento.



INDICADORES DE PROCESSO:
Módulo II - processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado para os usuários.



INDICADORES DE RESULTADO:
Módulo III - satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços especializados de saúde bucal no que se refere ao seu acesso e utilização.

Instrumento de avaliação externa para os CEO:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_ceo.pdf

PRINCIPAIS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO NO ESTADO DE GOIÁS

Tendo em vista uma gama de indicadores avaliando os serviços desenvolvidos no CEO, serão apresentados os resultados de alguns indicadores. Os demais resultados foram publicados 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). Alguns aspectos relevantes estão presentes neste relatório como “o fator dificultador do processo de trabalho dos avaliadores, a falta de informação sobre o PMAQ/CEO de boa parte dos gestores, coordenadores de CEO e profissionais”. Os avaliadores também relataram “alguns problemas relacionados à superposição de papéis entre coordenadores de Saúde Bucal do município, gerentes de CEO e profissionais do CEO”. Outra dificuldade salientada foi “o compartilhamento de ambiente com outras unidades de saúde [...] contratados para atender nos CEO atendem também os pacientes das UBS, dividindo sua carga horária entre atendimentos especializados e não especializados.”

Relatório do 1º Ciclo da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO):
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/relatorio_1_ciclo_pmaq_ceo.pdf

Características estruturais dos CEO



Fotos de unidades de CEO de Goiás, 2014.

Manual de Adequação Visual do CEO

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_visual_ceo.pdf

No que se refere placas de identificação, o Estado de Goiás apresentou melhores resultados em relação aos dados do país. A placa de identificação da fachada é o item de adequação visual com maior percentual de adequação nos CEO do país, sendo que Goiás apresenta um percentual um pouco acima (85,7%) que a média nacional (79,7%).

O uso de jaleco por todos os profissionais teve a menor adequação em Goiás (28,6%) e no país (39,1%), sendo este um item extremamente relevante no controle de infecção. Resta investigar se este índice se apresenta muito ruim porque os profissionais estão usando outro item de proteção que não seja o jaleco preconizado pelo Brasil Sorridente (com sua logomarca).

Quais as especialidades mínimas a serem ofertadas pelo CEO?

- Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal
- Periodontia especializada
- Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros
- Endodontia
- Atendimento a portadores de necessidades especiais

Os CEO visam ampliar o acesso à assistência pública odontológica de média complexidade e o fato de ofertarem um grande percentual (85,7%) de especialidades além das já ofertadas como padrão pelo Ministério da Saúde, é um aspecto muito positivo. Entretanto, estas outras especialidades não foram apontadas, pois o instrumento de pesquisa não questionava quais eram essas especialidades oferecidas. Em geral, há a possibilidade de existir especialidades como implanto-dontia, odontopediatria ortodontia/ortopedia, dentística especializada e prótese.

O percentual existente em Goiás foi acima do apresentado no país (78,1%).

Portaria MS/GM 793, de 24 de abril de 2012

Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html

Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015

Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm



Fotos de ambientes acessíveis em CEO do Estado de Goiás, 2014.

A maioria dos itens de acessibilidade apresentou uma porcentagem maior em Goiás do que a nível nacional: 82,14% dos CEO apresentaram corredores adaptados para cadeira de rodas e 85,7% têm portas adaptadas para passar cadeiras de roda. No Brasil estas porcentagens foram 76,9% e 78,1%, respectivamente.

O instrumento de AMAQ recomenda que na estrutura física de uma unidade de saúde, os itens a seguir, norteiam a melhor adaptabilidade do espaço físico às necessidades apresentadas pela pessoa com deficiência.

Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq_2017.pdf

Quadro 1- Itens essenciais de acessibilidade na estrutura física da unidade de saúde.

ESTRUTURA FÍSICA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	
1- Larguras das portas e corredores de circulação com medidas compatíveis com a circulação de usuários com cadeira de rodas e macas	9 -Sinalização realizada por meio de textos, desenhos, cores ou figuras (visual) que indiquem os ambientes da unidade de saúde e os serviços ofertados
2 - Portas internas adaptadas para cadeira de rodas	10- Caracteres em relevo, braille ou figuras em relevo (tátil)
3- Corredores adaptados para cadeira de rodas	11- Uso do corrimão
4- Rampas de acesso	12- Barras de apoio nos corredores
5- Balcão e bebedouros mais baixos para cadeirantes	13- Espaço para acomodação de cadeira de rodas na sala de espera e recepção
6- Cadeira de rodas disponível para deslocamento do usuário	14- Piso antiderrapante
7- Sanitário adaptado	15- Recursos auditivos (sonoro)
8- Piso tátil	16- Profissionais para acolhimento dessas pessoas

Ambiência

“Ambiência na saúde compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana.” (BRASIL, 2009). A política que norteia os aspectos relacionados à ambiência é a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)



<http://redehumanizausus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>

A Política Nacional de Humanização propõe entre outros aspectos no ajustamento da ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos, implementando atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2004).

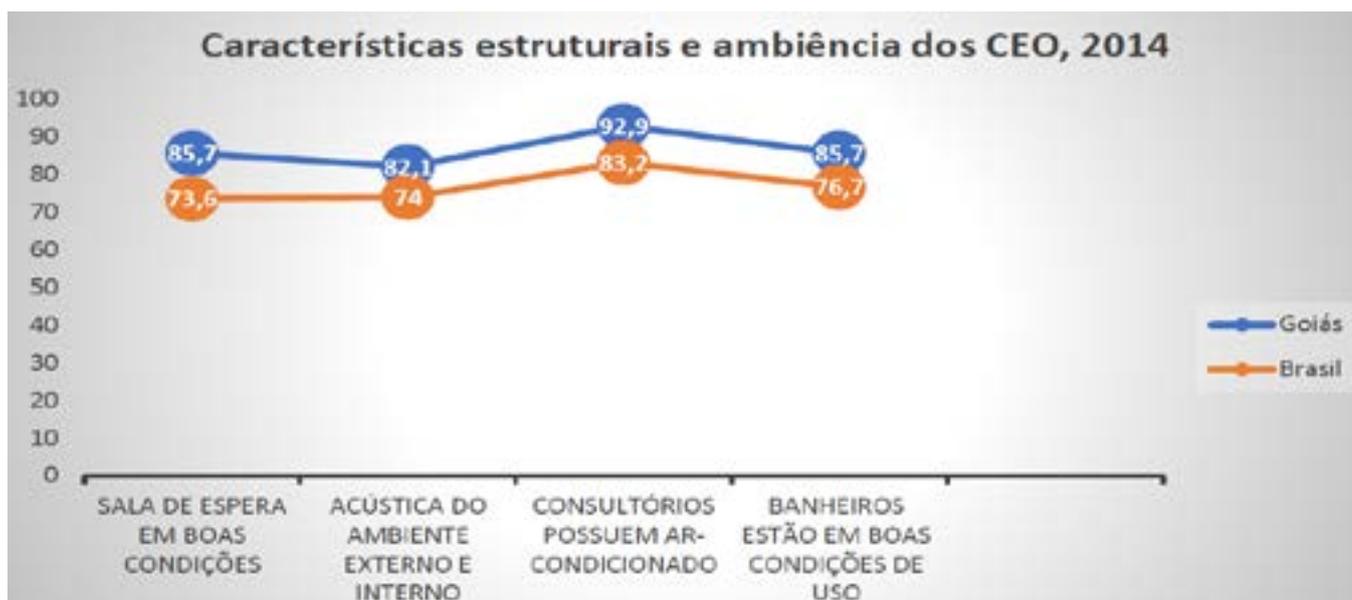


Gráfico 2- Características estruturais e de ambiência dos CEO, 2014.

Observa-se que no estado de Goiás a maioria dos aspectos referentes a ambiência atingiram uma percentagem um pouco maior que a nacional em todos os aspectos analisados, contudo, estes seguem as mesmas tendências, como pode ser observado no gráfico.

PLANEJAMENTO E AÇÕES DA GESTÃO PARA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO CEO

Planejamento e Monitoramento



Gráfico 3- Recursos utilizados na realização do planejamento nos CEO, 2014.

O monitoramento e análise das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO são realizados em 92,9% em Goiás, resultado bem superior ao conjunto de CEO do país (69,8%). Este é um item que precisa de documento comprobatório. O cumprimento de metas é um dos indicadores da atenção secundária, a sua forma de cálculo é baseada na Portaria nº 600 do Ministério da Saúde que qual define o parâmetro para cada especialidade.

O monitoramento pontua 10% na nota final da certificação

Portaria nº 600, 23 de março de 2006

<https://www.normasbrasil.com.br/norma/?id=197267>

Dentre os processos de monitoramento foi realizada autoavaliação pela Equipe nos últimos seis meses em 71,3% dos CEO brasileiros e 89,3% dos CEO goianos.

Autoavaliação para melhoria do acesso e qualidade (AMAQ):

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/AMAQ_CEO.pdf

Horário de funcionamento dos CEO

A maioria dos CEO, no país, funciona nos turnos matutino e vespertino, de segunda a sexta (95,8%), sem diferenças regionais importantes. Em Goiás 92,9 % funcionam dois turnos.

Embora o estado disponibilize os serviços em dois turnos, durante toda a semana, é importante incluir na agenda da gestão o planejamento da ampliação do horário de funcionamento dos CEO com intuito de ofertar o serviço após o horário comercial. Esta ação se faz necessária pelo fato de que a maioria da população que requer da atenção especializada em saúde bucal é adulta e estão inseridos no mercado de trabalho, que atualmente é muito restrito. A proposta de ampliação de horário seria até as 21 horas.

Organização dos prontuários

O Art. 17, do capítulo VII sobre documentos odontológicos do Código de Ética Odontológico declara que, “é obrigatória a elaboração e a manutenção de forma legível e atualizada de prontuário e a sua conservação em arquivo próprio seja de forma física ou digital.” (BRASIL, 2012).

Todos os CEO de Goiás (100%) fazem uso do prontuário clínico. No entanto, ainda é baixa (32,14%) a quantidade de CEO que utilizam prontuário único para todas as especialidades.

O uso de prontuário único, como os eletrônicos, facilita a atenção integral tendo em vista que este contém todas as informações do usuário, os resultados de exames e os relatórios dos procedimentos e dos tratamentos realizados. O resultado para prontuário compartilhado foi bem aquém do dado nacional, que foi de 65,5%. Há, portanto, a necessidade de melhorar esse aspecto.

A Lei nº Lei nº 13.787 dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuários de paciente.

Tecnologias da informação

Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2_015-2018/2018/lei/L13787.htm

Em Goiás, 82,14% têm pelo menos um computador em condição de uso e 67,86% da equipe tem acesso à internet, enquanto no Brasil apresentou 73,7% e 67,86%, respectivamente. Embora pareça ser um resultado bom, deve-se considerar a importância da tecnologia para o bom funcionamento dos CEO. Seria relevante que esses dados fossem melhorados, especialmente no que se refere ao uso da internet em Goiás. Este fator é essencial, por exemplo, para controle de produção e compartilhamento de prontuários.

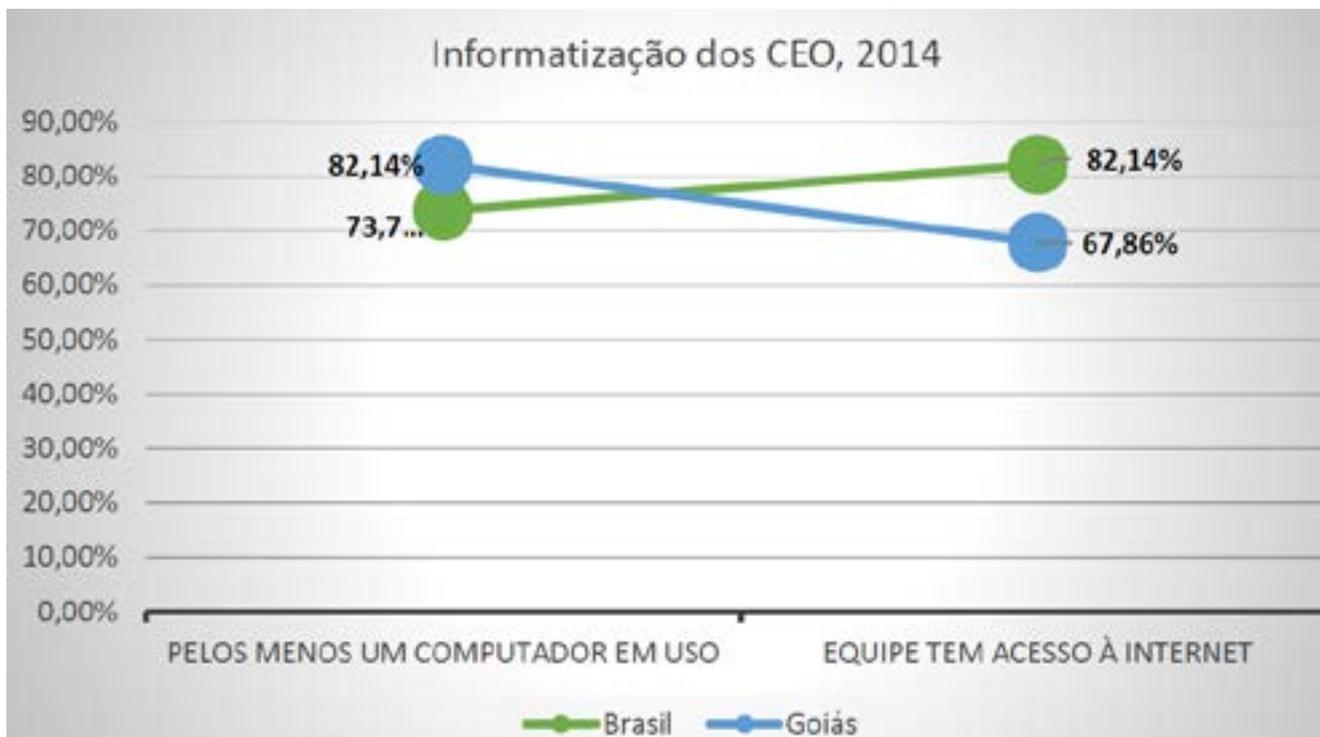


Gráfico 4-Informatização dos CEO, 2014.

Recursos materiais

Em todos os aspectos relativos aos recursos materiais, Goiás apresentou melhores condições que o conjunto dos estados brasileiros, especialmente em adequação de insumos e instrumentais.



Gráfico 5- Recursos materiais dos CEO, 2014.

As faltas de insumos e instrumentais e a falta de equipamentos funcionando foram causas para deixar de atender em um período de 12 meses, sendo os problemas na manutenção de equipamentos a principal causa de não atendimento ao usuário, em Goiás. O gerenciamento preventivo desses aspectos é fundamental para o bom funcionamento dos CEO.

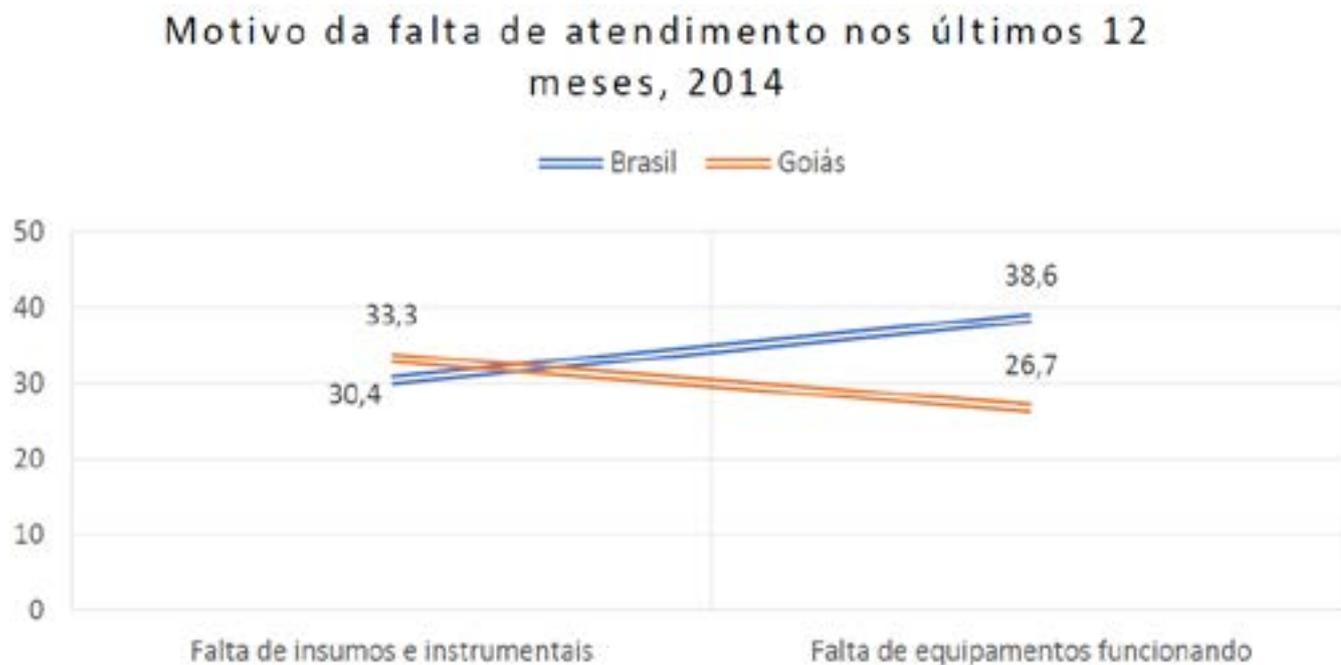


Gráfico 6- Motivos da falta de atendimento nos CEO, nos últimos 12 meses, 2014.

Qualificação profissional

Diferentes iniciativas têm sido propostas para a qualificação profissional e qualificação do cuidado no âmbito do SUS como a Educação Permanente e o Apoio matricial.

Os resultados apontaram que no estado de Goiás, 46,8% dos CEO promovem ações de Educação Permanente (EP) com os profissionais. O país atingiu o percentual de 49,5%. Dentre as estratégias de ações de EP foram citados: seminários, mostras, oficinas, discussão, cursos presenciais, cursos à distância, telessaúde, troca de experiências, tutoria/preceptoria, especialização, mestrado, doutorado, graduação e atualização/aperfeiçoamento.

Estas estratégias de qualificação vêm demonstrando que, embora estas ações sejam alternativas adequadas para a qualificação profissional, estas práticas devem ser instituídas no cotidiano dos demais CEO. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde visa a formação para o SUS e deve estar vinculada às práticas do serviços, portanto, propõe que os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivos a “transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho” (BRASIL, 2007).

Política Nacional de Educação Permanente

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf

Apoio matricial

O Apoio Matricial ou matriciamento é uma ferramenta utilizada para dar tanto suporte técnico-pedagógico quanto assistencial às equipes de referência (BRASIL, 2004; CAMPOS, DOMITTI, 2007). Esta ferramenta é caracterizada pela atenção em saúde de forma compartilhada entre os serviços da atenção especializada e atenção básica com o objetivo de alcançar a integralidade e a resolubilidade do cuidado, criando vínculo entre os níveis de atenção à saúde e estabelecendo assim a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

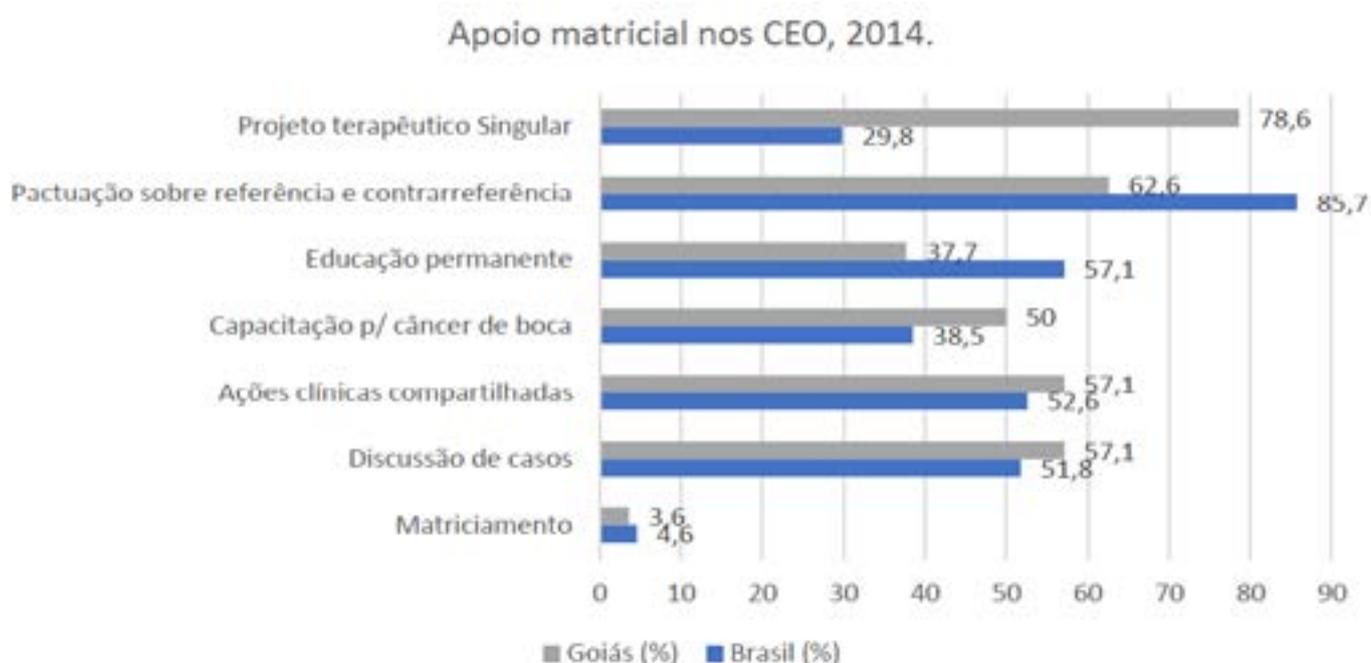


Gráfico 7-Estratégias utilizadas pelo CEO para o apoio matricial, 2014.

As seguintes estratégias foram identificadas: matriciamento/apoio a Equipe de Atenção Básica (EAB), discussão de casos, ações clínicas compartilhadas com a EAB, capacitação para o câncer de boca, construção de projeto terapêutico com EAB, Educação Permanente com EAB, construção/discussão de protocolos clínicos, pactuação de critérios de referência para especialidades e realização de visitas com EAB quando solicitados.

Para ampliação da qualificação do cuidado com o apoio matricial são oferecidos um cardápio de atividades, que podem ir desde um atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes, elaboração de projetos terapêuticos, discussões de temas, análise de estratégias para lidar com demanda reprimida, análise de encaminhamentos até contato telefônico para discutir urgências ou seguimentos (CUNHA; CAMPOS, 2011).

As Equipes dos CEO afirmaram realizar o matriciamento ou ações de apoio para as ESB na resolução de casos considerados complexos, sendo 70,6% no país como um todo e 92,9 % em Goiás.

Os itens de pactuação sobre referência e contrarreferência (62,6%) e de educação permanente (37,7%) estão aquém dos dados nacionais (85,7% e 57,1%), respectivamente. Além destes itens, também merece atenção especial, o matriciamento propriamente dito.

Acesso ao CEO

Observou-se que 82,1% do acesso dos usuários ao CEO se dá por referência, percentual acima do identificado no Brasil que foi de 57,7% para esta modalidade. Porém, observa-se ainda o aces-

so misto, isto é, por demanda espontânea e referência, embora em menor percentual. Sendo um serviço de atenção secundária, o acesso deveria ocorrer somente por regulação, sendo a atenção básica a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde.

Marcação de consultas



Gráfico 8- Formas de marcação de consulta nos CEO, 2014.

Embora a maioria dos acessos seja referenciada, verificou-se que em 82,1% dos encaminhamentos o usuário deve levar a ficha de referência/contrarreferência no CEO para agendar a consulta. Esta forma de agendamento leva à necessidade do usuário se deslocar até o CEO, o que poderia ser facilitado se fosse instituído um sistema de regulação, identificado em 10,7% dos CEO, no Estado de Goiás.

Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento nos CEO

Este é um dado coletado junto aos usuários, o que lhe dá fidelidade. Contudo, é relevante lembrar que, estes dados foram coletados com usuários que estavam utilizando o serviço. Entre os usuários entrevistados (dez em cada CEO), a maioria em Goiás (78,6%) relata esperar um tempo máximo de um mês para atendimento especializado.



Gráfico 9- tempo estimado de espera dos usuários para atendimento nos CEO, 2014.

O CEO na Rede de Atenção à Saúde: a contrarreferência

Formas que realiza contrarreferência para as equipes da atenção básica, 2014.

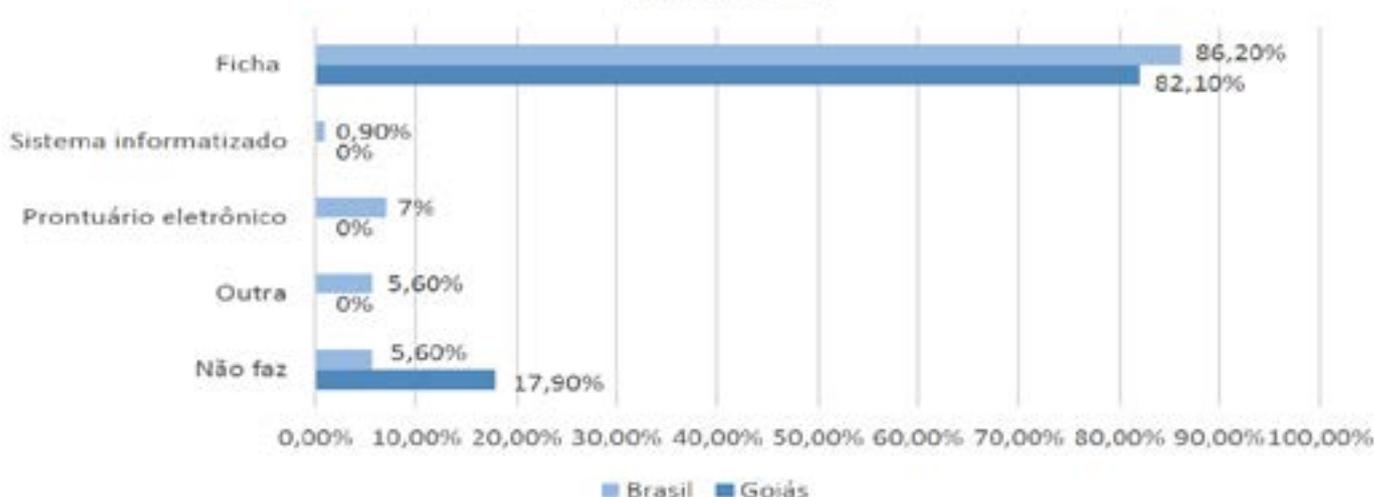


Gráfico 10- Formas de realização da contrarreferência para as equipes de Atenção Básica, 2014.

O CEO tem uma grande responsabilidade por manter a RAS, visando a integralidade do cuidado. Levando-se em consideração que o usuário vem referenciado da atenção básica para o CEO, este deveria ser contrarreferenciado à sua unidade básica de saúde (UBS) de origem. Embora os CEO estejam contrarreferenciando em mais de 80% os usuários, isto está ocorrendo por meio de ficha que é entregue ao paciente para levar à UBS. Há, portanto, pouca resolutividade nesse sentido, visto que, esta pode ser extraviada. Um sistema eletrônico é fundamental para a eficácia e eficiência da RAS.

Mais preocupante é o fato de que 17,9% dos CEO de Goiás não contrarreferenciam de nenhuma forma. Em caso de sedação, em Goiás, há referência pactuada para hospital em 67,9% (19 CEO).

Gestão dos CEO

Gestão dos CEO, 2014.

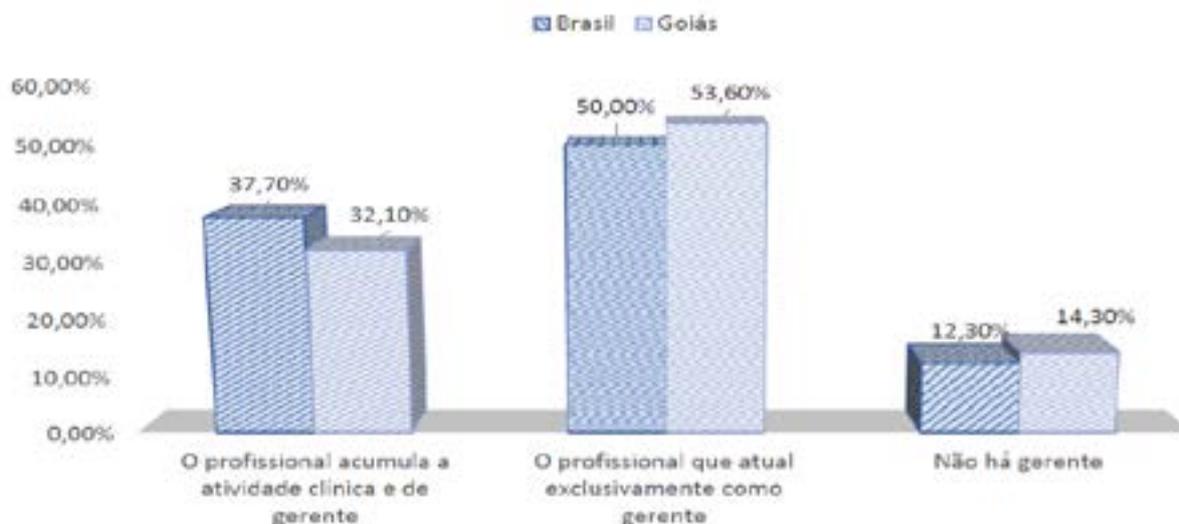


Gráfico 11- Características da gestão dos CEO, 2014.

A gestão é imprescindível para o bom funcionamento dos serviços de saúde. Ter um gestor, qualificado e atuando exclusivamente na gerência do CEO é ainda um fator a ser conquistado em cerca de 50% dos CEO brasileiros, incluindo Goiás.

Reunião de equipe

As reuniões de equipe ocorrem em 92,9% em Goiás e 76,8% no Brasil.

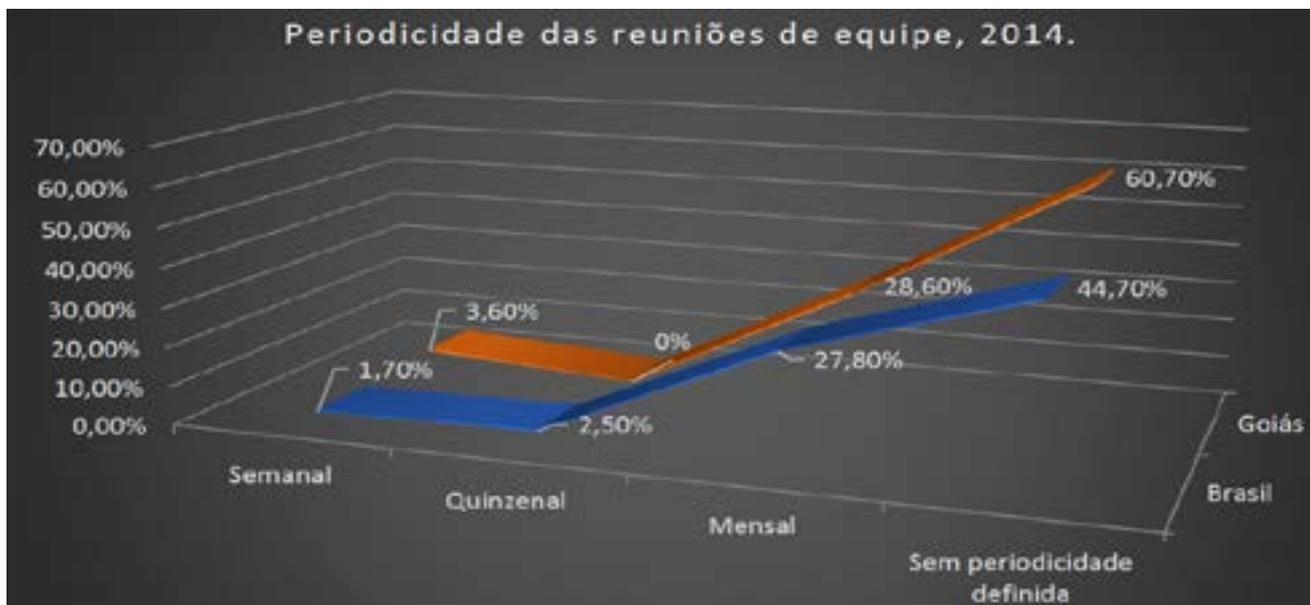
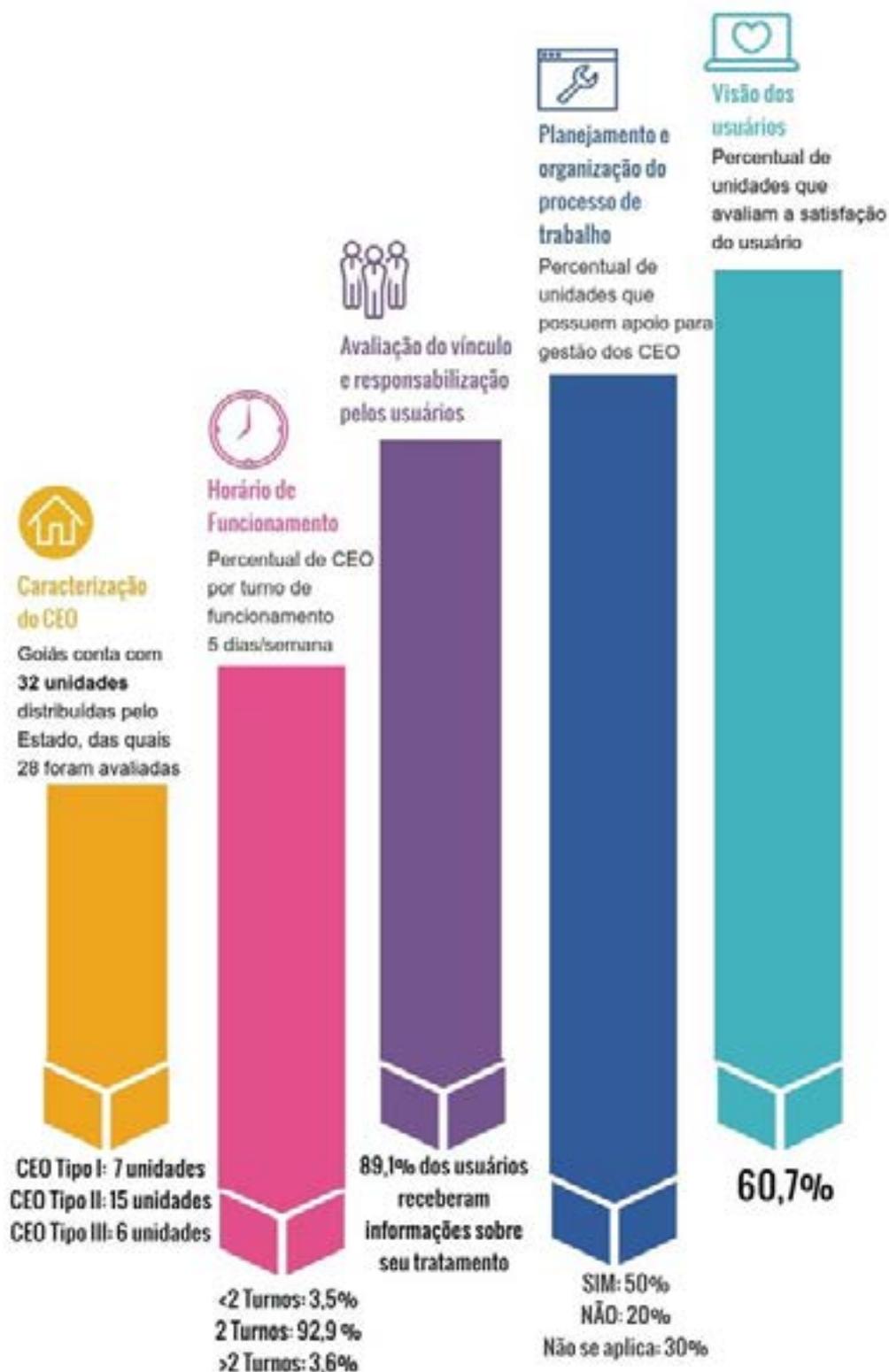


Gráfico 12- Periodicidade das reuniões de equipe dos CEO, 2014

Indicadores

PMAQ - CEO

GOIAS





Especialidades Mínimas

O estado de Goiás apresenta 85,7% das suas unidades com as especialidades mínimas, um ponto positivo considerando que os dados estão acima da média brasileira de 78,1%

1



Organização de Prontuário

100% dos CEOS de Goiás utiliza prontuário clínico. No entanto apenas 32,14% o prontuário é único para todas as especialidades, enquanto no Brasil esse número é bem maior 65,5%

Source: Ux Mastery



Identificação Visual

Ao avaliar todos os itens, Goiás apresentou um deficit quando comparado ao Brasil, sendo que 14,3% dos CEOS de Goiás apresentam todos os itens, enquanto o Brasil apresenta 17,8%

4



Informatização e Equipamentos Odontológicos

82,14% tem pelo menos um computador em condição de uso e 67,86% a equipe tem acesso a internet, enquanto no geral o Brasil apresenta 73,7% e 61,1%, respectivamente. 100% dos CEO de Goiás tem aparelho de RX



Acessibilidade

Goiás está bem avaliado quanto a acessibilidade. 82,14% apresenta corredores adaptados para cadeira de rodas e 85,7% têm portas adaptadas para passar cadeiras de roda. No Brasil essas porcentagens são 76,9% e 78,1%, respectivamente



Fornecimento de insumos

28,6% dos CD deixaram de atender nos últimos meses por falta de insumo ou material. 35,7% deixou de atender por não ter equipamento funcionando adequadamente. No geral, esses números são 30,4% e 38,6%, respectivamente

6



Apoio Matricial

92,9% a equipe realiza o matriciamento ou ações de apoio para as ESB na resolução de casos complexos, no Brasil esse número é de 70%

9



Acesso dos Usuários

82,1% dos usuários são apenas referenciados em Goiás, No Brasil esse número é de 57,3%



Educação Permanente

46,8% dos municípios promovem ações de educação permanente que incluem os profissionais do CEO

Considerações finais

Os resultados apontados na avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-CEO, no Estado de Goiás, trazem informações essenciais para a tomada de decisão da gestão como a identificação dos aspectos referentes às dificuldades de acesso aos serviços, os itens exigidos para garantir a acessibilidade e a satisfação do usuário com o serviço prestado e a possibilidade para identificar os itens obrigatórios na identificação do CEO.

Diante destes resultados, um dos propósitos deste capítulo foi instrumentalizar os gestores disponibilizando políticas públicas, orientações e manuais de forma a subsidiar no planejamento e na tomada de decisão. Mediante estas informações os autores sugerem que sejam criados protocolos e

instituídos espaços de Educação Permanente em Saúde para qualificação profissional e, consequentemente, organização do processo de trabalho e melhoria do cuidado do usuário dos CEO. Além disso, a otimização de recursos e redução do tempo de espera para o acesso ao serviço.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Condições de saúde bucal da população brasileira – Projeto SB Brasil 2003 Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1720.pdf> Acesso em: 14 de jul. de 2019.
- BRASIL Ministério da 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.pdf Acesso em: 14 de jul. de 2019.
- BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 116 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf Acesso em: 14 de jul. de 2019.
- BRASIL Conselho Federal de Odontologia. Código de ética odontológica. Aprovado pela Resolução CFO-118/2012. Disponível em: http://cfo.org.br/website/wp-content/uploads/2018/03/codigo_etica.pdf Acesso em: 14 de jul. de 2019.
- BRASIL Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização- HumanizaSUS. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus> Acesso em: 14 de jul. de 2019.
- BRASIL Governo do Estado de Goiás. Secretaria de Estado da Casa Civil. Lei complementar nº 139, de 22 de janeiro de 2018. Disponível em: http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina_leis.php?id=22493. Acesso em: 05 de mai. de 2019.
- BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade. Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas (Pmaq-CEO), Brasília DF, 2017. 40 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_ceo.pdf Acesso em: 18 de mai. de 2019.
- BRASIL Ministério da Saúde. Portal da Atenção Básica. Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade. Manual Instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília DF. 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manualinstrutivoPMAQCEO.pdf> data de acesso: 18 de mai. de 2019.
- BRASIL Ministério da Saúde. Portaria nº 1.570, de 29 de julho de 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570_29_07_2004.html Acesso em: 18 de mai. de 2019.
- BRASIL Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasil Sorridente. Centro de Especialidades Odontológicas. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=ceo Acesso em: 05 de mai. de 2019.
- BRASIL Ministério da Saúde. Brasil Sorridente- A saúde levada a sério. Manual de Aplicações Gráficas da Logomarca do Brasil Sorridente. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-bucal/area-tecnica/ceo-1/3075-manual-de-adequacao-visual-do-ceo/file> data de acesso: 18 de mai. de 2019.
- BRASIL Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente. Brasília: 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20-de_agosto-de-2007.pdf Acesso em: 26 de jun. de 2019.

BRASIL Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente. Disponível em: www.saude.gov.br
Acesso em: 26 de jun. de 2019.

BRASIL Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. PMAQ-CEO. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=pmaq_ceo Acesso em: 05 de mai. de 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.2 , p.399-407, Feb. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2007000200016&script=sci_arttext. Acesso em: 08 de jun. de 2019.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. Saúde Soc., São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, Dec. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em 14 de jun. de 2019.

MARANHÃO

Avanços e desafios na atenção à saúde bucal especializada nos CEO do Maranhão

*Rafiza Félix Maranhão Martins,
Pollyana Oliveira Marinho,
Rejane Christine de Sousa Queiroz,
Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz*

APRESENTAÇÃO

O Maranhão faz parte da macrorregião geopolítica do Nordeste do Brasil. Apresenta população de 6.574.789 habitantes, ocupa uma área de 331.937,450 Km² e densidade demográfica 19,81 hab/Km² (IBGE, 2010). Limita-se ao norte com o Oceano Atlântico, ao leste com o estado do Piauí, ao sul e sudoeste com o estado de Tocantins e ao oeste com o estado do Pará. É um dos estados menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH=0,639) do Brasil, atrás apenas de Alagoas (IDH=0,631). Está dividido em 217 municípios, distribuídos em cinco mesorregiões, sendo norte, sul, leste, oeste e centro maranhense (PNUD, 2011). Possui um Plano Diretor de Regionalização (PDR) que divide o Estado em oito macrorregiões de saúde e em dezenove regionais de saúde. Em dezembro de 2018, o estado tinha 86,57% de cobertura da Atenção Básica, 84,36% de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), com um total de 2.138 equipes. Destas, 1.496 (70%) possuíam equipe de Saúde Bucal (ESB), com uma cobertura estimada de 65,46% das ESB na ESF (NEVES et al., 2018; BRASIL, 2019a, 2019b).

Para ampliar e qualificar as ações de saúde bucal no país, em 2004, foram publicadas as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – “Brasil Sorridente”. Essa política priorizou, dentre outras linhas de ação, a expansão da cobertura das ESB na ESF e a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (BRASIL, 2004; BRASIL, 2016). Na Atenção Básica, a PNSB incentiva a incorporação das ESB na ESF, a qualificação do processo de trabalho na Atenção Básica, a ampliação das ações nesse nível de atenção, incorporando ações de prevenção e diagnóstico de câncer de boca e atenção ao edentulismo ao rol de ações das ESB, dentre outras. Porém, uma das principais contribuições da PNSB foi a ampliação e qualificação da Atenção Especializada, em especial com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Outra frente importante da PNSB foi a indução da organização de núcleos de monitoramento e avaliação da saúde bucal no país (BRASIL, 2004).

Dessa forma, passados 10 anos da PNSB, foi realizada uma grande avaliação dos CEO no país, com o 1º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso aos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), em 2014. Na ocasião, o Maranhão possuía 28 CEO. Os resultados dessa avaliação apresentam um grande panorama da atenção especializada em saúde bucal no estado.

Neste capítulo, apresentaremos aspectos relacionados à preparação e desenvolvimento do PMAQ-CEO no Maranhão, bem como os principais resultados da estrutura, do processo de trabalho e da percepção do usuário sobre a saúde bucal no estado, contextualizando-os em relação aos resultados nacionais. Serão, ainda, discutidos alguns desafios e potencialidades identificados no processo de avaliação. Por fim, disponibilizamos um vídeo com fotografias das fachadas dos CEO do estado.

A avaliação externa no Maranhão: descrevendo o processo

A seleção de avaliadores para o primeiro ciclo da Avaliação Externa do PMAQ-CEO do Maranhão foi organizada pelo Grupo Gestor (representantes do Centro Colaborador em Vigilância em Saúde Bucal do Ministério da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco e Coordenação Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde). Os critérios para seleção foram: ser graduado em Odontologia, ter experiência com coleta de dados de pesquisa. Os dados foram enviados via plataforma digital e as pontuações para os candidatos foram obtidas baseadas em análise curricular e na redação de um texto elaborado pelo candidato.

Foram selecionados dois avaliadores para o Estado. A capacitação dos selecionados foi

gerenciada pela coordenação macrorregional e coordenadores estaduais do PMAQ-CEO e ocorreu em três polos nacionais. Os avaliadores do Maranhão participaram da capacitação realizada no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, polo Recife/PE, nos dias 12 e 13 de dezembro de 2013. Neste momento, abrangeram-se os objetivos da pesquisa, aspectos metodológicos, incluindo a leitura e discussão dos questionários, bem como outros aspectos gerais, como a pactuação das datas de início e término do campo, previsto para o início de 2014.

Um segundo momento de formação foi realizado em São Luís/MA com a coordenação estadual do PMAQ-CEO, já de posse dos equipamentos eletrônicos que seriam utilizados no campo (*tablets*) com a versão final dos questionários. Realizou-se também um estudo piloto no CEO do município de São José de Ribamar.

Existiam 28 CEO no estado do Maranhão, dispostos em 25 municípios (Figura 1, Quadro 1). Destes, 20 aderiram ao Programa. No entanto, todos foi planejada a avaliação completa em todos, aplicando-se os módulos I (estrutura do CEO), II (processo de trabalho do CEO) e III (percepção dos usuários). A implantação dos CEO no Maranhão não seguiu adequadamente o Plano Diretor de Regionalização do estado. Seis das 19 regionais não possuíam CEO: Açailândia, Chapadinha, Itapecuru-Mirim, Rosário, Viana e Zé Doca. Além disso, mesmo nas regionais com CEO, nem sempre este estabelecimento estava localizado na sede da regional, como é o caso de Pinheiro (CEO localizado no município de Cururupu) e São João dos Patos (CEO localizado no município de Colinas). Um estudo anterior, que considerou os CEO do Maranhão no ano de 2011, também já tinha apontado falhas na distribuição regionalizada dos Centros (THOMAZ et al., 2016).

Foram definidas duas rotas de trabalho, organizadas pela distância e disponibilidade de transporte entre os municípios. Cada avaliador ficou responsável por uma rota, composta por 14 CEO. Os gestores municipais foram avisados previamente sobre as visitas mediante reunião com as coordenações estaduais de saúde e bucal e da pesquisa. Posteriormente, cada gestor foi contatado individualmente pelo avaliador responsável, mediante endereço eletrônico e telefone para pactuação da data da visita e outros esclarecimentos. As regionais de saúde estaduais também foram contatadas e apoiaram os avaliadores com transporte intermunicipal.

O tempo de duração das avaliações no estado variou entre um e três dias, sendo a maioria realizada em um dia. Em geral, a avaliação tendia a ser mais rápida nos CEO onde existia uma equipe mais preparada para receber a avaliação, com a unidade de saúde em pleno funcionamento, com todos os documentos organizados e com todos os entrevistados elegíveis presentes em quantidades suficientes.

O instrumento de avaliação foi composto por três módulos:

- Módulo I: observação direta. Objetivou avaliar as condições de infraestrutura, equipamentos, instrumentos, materiais, insumos e medicamentos dos CEO.

Em geral, este módulo foi respondido por último, pois as questões não dependiam da presença de usuários e nem de profissionais, apenas do acompanhamento de um profissional do CEO, preferencialmente o gestor. Para avaliar a presença de instrumentos/equipamentos, solicitava-se que o profissional mostrasse os mesmos, e não apenas respondesse se estavam presentes ou não. Neste momento, percebia-se que aqueles que não tinham formação em saúde bucal, tinham dificuldade em responder sobre a presença da maioria dos instrumentos/equipamentos. Nestes casos, solicitavam o auxílio de um outro profissional, como um auxiliar/técnico em saúde bucal. O tempo médio para avaliar este módulo variou entre 3 e 4 horas.

Figura 1. Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, segundo regionais de saúde. 2014.

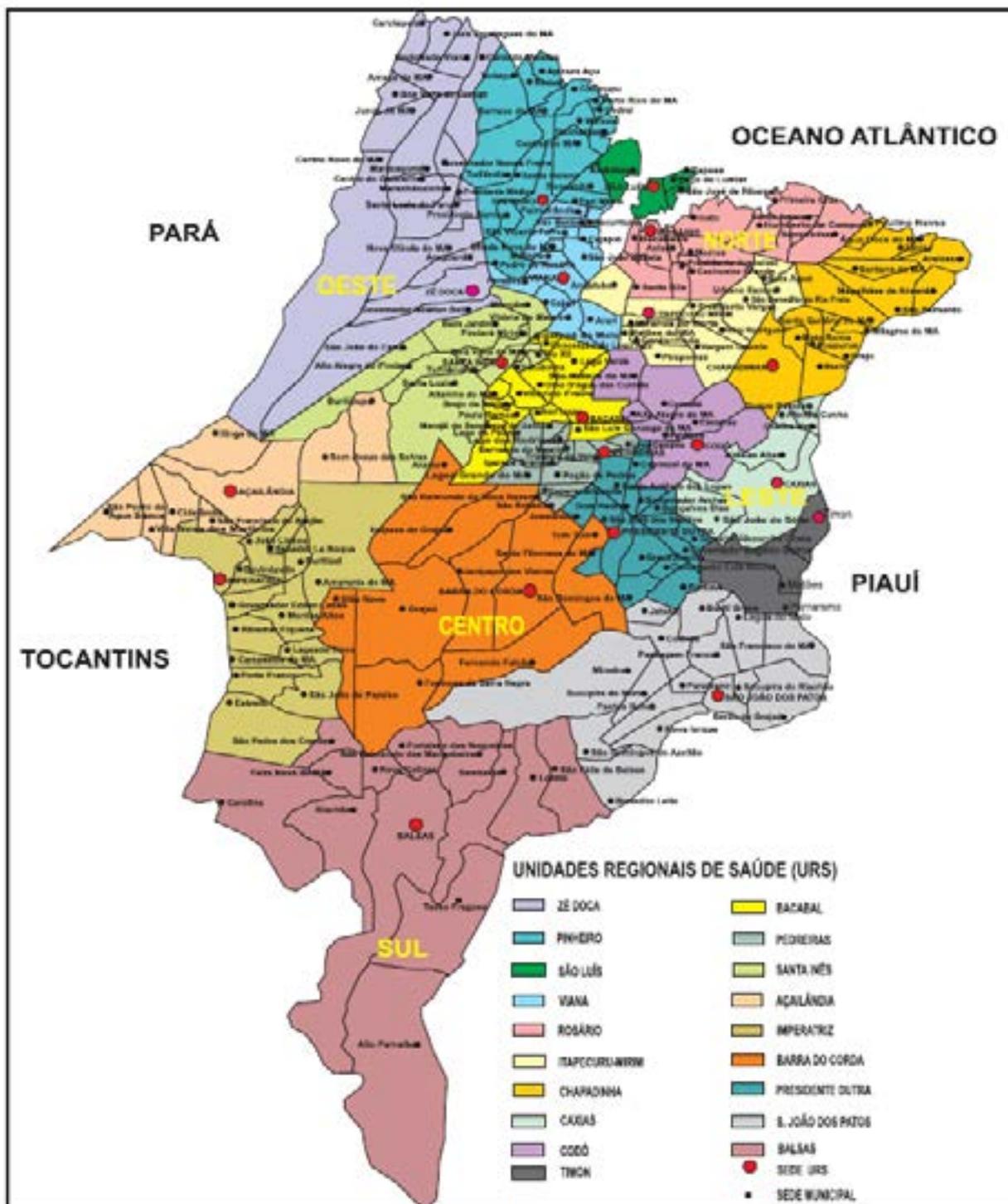


FIGURA 1

Mapa do Maranhão por Regiões Geográficas e Unidades Regionais de Saúde.

Quadro 1. Lista dos 28 CEO do Maranhão. 2014.

REGIONAL	MUNICÍPIO	CNES
Bacabal	Bacabal	3875911
Bacabal	Lago da Pedra	6531598
Bacabal	São Luís Gonzaga do Maranhão	2310813
Balsas	Balsas	3698254
Barra do Corda	Barra do Corda	3851265

Barra do Corda	Tuntum	3529150
Caxias	Caxias	3725685
Caxias	Coelho Neto	5872774
Codó	Codó	3563715
Codó	Coroatá	6287115
Imperatriz	Imperatriz	3883469
Imperatriz	Imperatriz	3927385
Imperatriz	João Lisboa	6201539
Imperatriz	Porto Franco	3460843
Pedreiras	Pedreiras	7210558
Pedreiras	Poção de Pedras	3975800
Pinheiro	Cururupu	5679036
Presidente Dutra	Dom Pedro	5841305
Presidente Dutra	Presidente Dutra	2455145
Santa Inês	Santa Inês	5005388
São João dos Patos	Colinas	5212170
São Luís	Paço do Lumiar	5656435
São Luís	São José de Ribamar	3733246
São Luís	São Luís	2308320
São Luís	São Luís	6379575
São Luís	São Luís	6048544
Timon	Parnarama	2454750
Timon	Timon	3254445

- Módulo II: entrevista com profissionais (O gerente e pelo menos um cirurgião-dentista do CEO). Objetivou obter informações sobre os processos de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário.

Observou-se que muitos gestores não compreendiam muitas das perguntas. Além de não compreender o significado de termos como “referência e contra referência”, “educação permanente em saúde”, “articulação intersetorial”, “apoio institucional”, mesmo após a explicação, eles não conseguiam responder, pois pareciam não estar próximos da rotina do serviço.

Para a maioria das perguntas, especialmente “se algum critério era cumprido”, a resposta “sim” não parecia muito confiável.

Houve dificuldades no recolhimento dos documentos solicitados pelo Ministério da Saúde, por não estarem disponíveis no CEO. Muitos gestores informaram não saber que estes documentos seriam verificados, apesar do contato prévio com o gestor municipal e das publicações do governo federal. Nos casos onde essa documentação não estava pronta, os avaliadores tiveram que aguardar, às vezes até um dia além do programado, para recebê-los.

- Módulo III (entrevista com os usuários). Eram entrevistados 10 usuários em cada CEO, visando verificar a satisfação e percepção quanto ao serviço de saúde, no que se refere ao acesso, utilização e qualidade dos serviços prestados.

Geralmente este era o módulo mais rápido a ser preenchido, desde que os 10 usuários estivessem disponíveis. Essa indisponibilidade ocorreu principalmente nos seguintes casos: i) os gestores desmarcavam os atendimentos, apesar de avisados para não o fazer; ii) poucos atendimentos eram realizados no CEO; iii) os profissionais atendiam muito cedo pela manhã e iam embora. Houve municípios onde a avaliação foi estendida por mais dias para conseguir entrevistar o total de 10 usuários. Neste módulo, a linguagem estava mais simples, portanto, de modo geral, os usuários não apresentaram dificuldades para responder.

Após cada visita, elaborou-se um diário de campo, com fotos e descrição mais detalhada da visita, onde eram anotadas as impressões e percepções dos avaliadores no campo. Este instrumento permitiu registros subjetivos que o instrumento objetivo não foi capaz de medir. Uma realidade sob o olhar do avaliador.

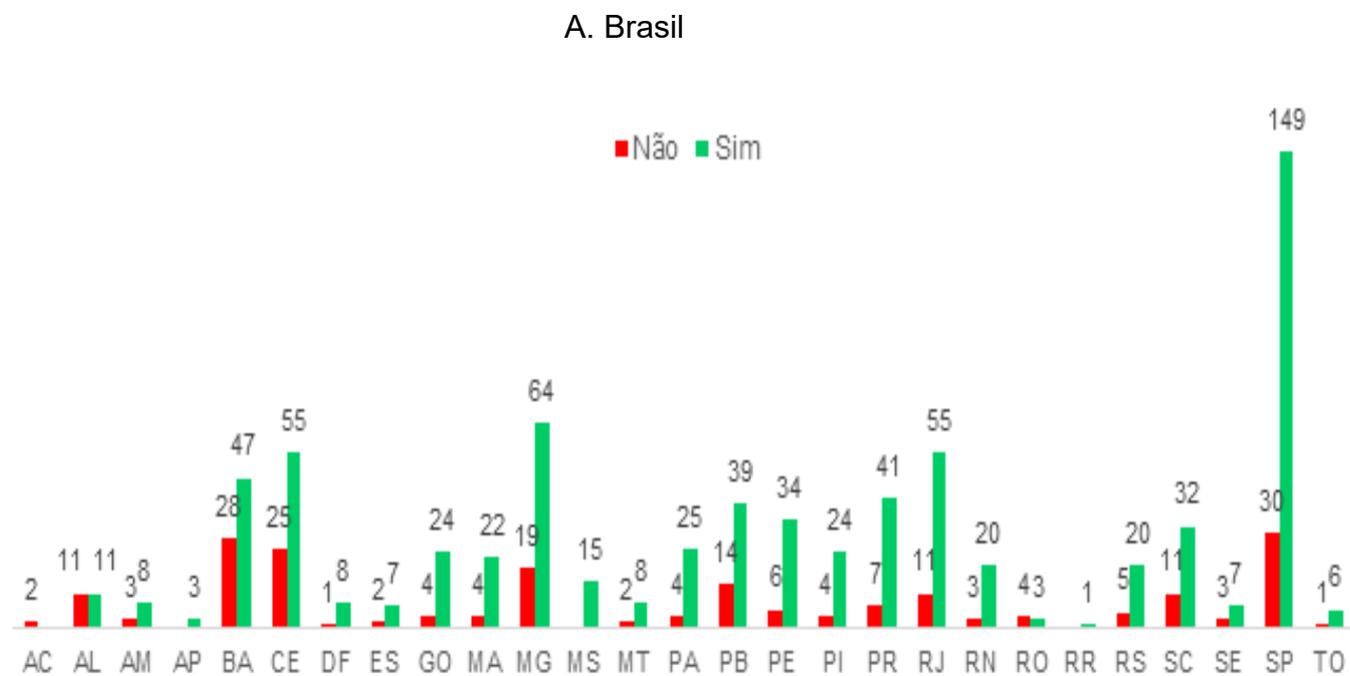
O cenário da atenção especializada em saúde bucal no Maranhão

Dos 28 CEO com portaria de homologação no Maranhão, foram avaliados 26 (92,8%). Os dois CEO não avaliados (localizados nos municípios de Caxias e Poção de Pedras) estavam em processo de reforma e não estavam em funcionamento por ocasião da avaliação externa. Alguns dos principais achados de estrutura, processo de trabalho e satisfação do usuário são descritos a seguir.

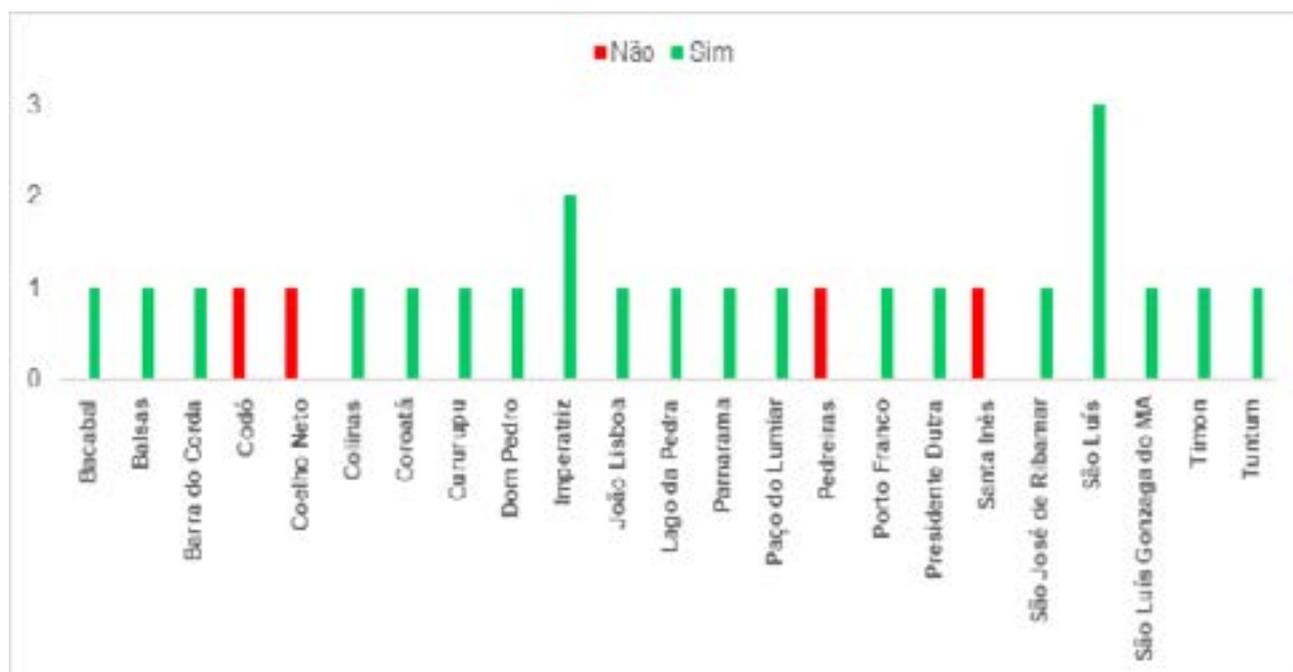
Infraestrutura dos CEO

A oferta de especialidades odontológicas para além das especialidades mínimas, tem sido um importante incentivo para ampliar os serviços que possibilitem atender às demandas regionais em todo o país. Além das especialidades mínimas (Diagnóstico, Cirurgia, Periodontia, Endodontia e Pacientes com necessidades especiais), 84,6% (n=22) dos CEO do Maranhão ofertavam outras especialidades, sendo a maioria a especialidade de Odontopediatria. Os CEO de Codó, Porto Franco e Santa Inês ofertavam apenas as especialidades mínimas (Figuras 1A e 1B)

Figura 1. Número de CEO que ofertam outras especialidades nos CEO, além das mínimas. Brasil e Maranhão. 2014.



B. Maranhão



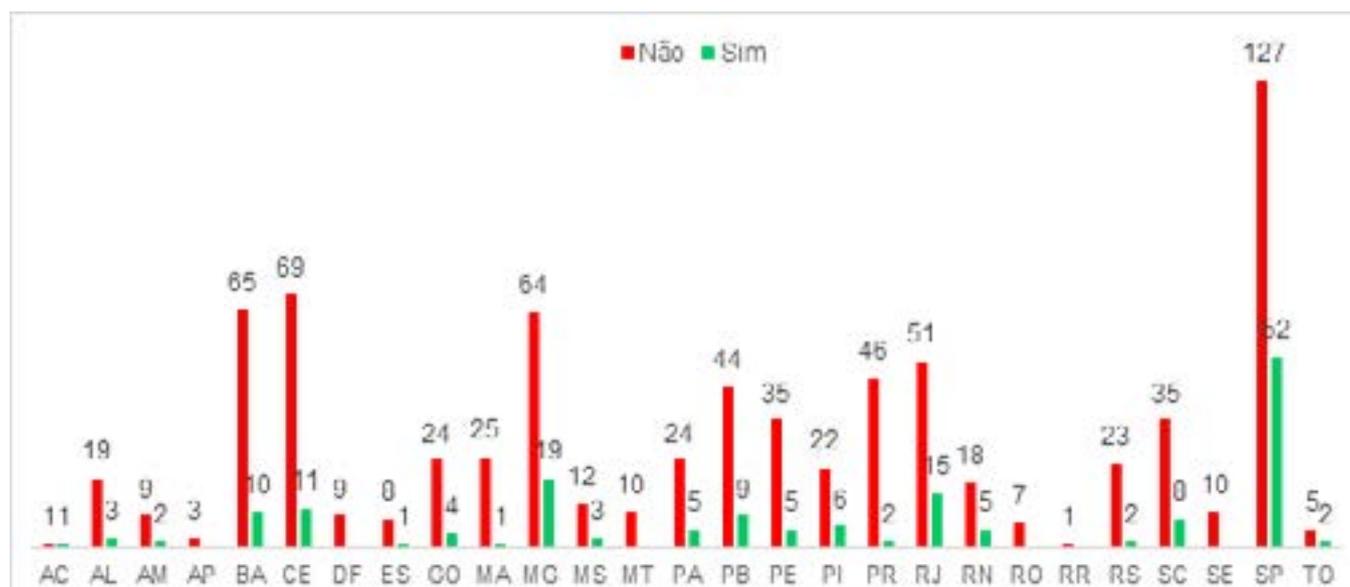
A adequação visual é importante porque visa maior acessibilidade aos serviços de saúde e deve estar em conformidade com o Manual de Aplicação da Marca Brasil Sorridente. Placa de identificação para recepção, placa de identificação em todos os consultórios, placa de inauguração, móbil para sinalização do Brasil Sorridente e a utilização de jaleco pelos profissionais do CEO foram os itens avaliados. A placa de identificação para fachada foi o único item de estrutura visual em que o Maranhão apresentou um percentual acima da média nacional, enquanto todos os demais itens ficaram abaixo da média brasileira, com destaque para as menores proporções de adequação aos itens móbil para sinalização do Brasil Sorridente (Tabela 1). Somente o município de Tuntum apresentou todos os itens de adequação visual (Figura 2A e 2B).

Tabela 1. Adequação visual dos CEO. Brasil e Maranhão. 2014.

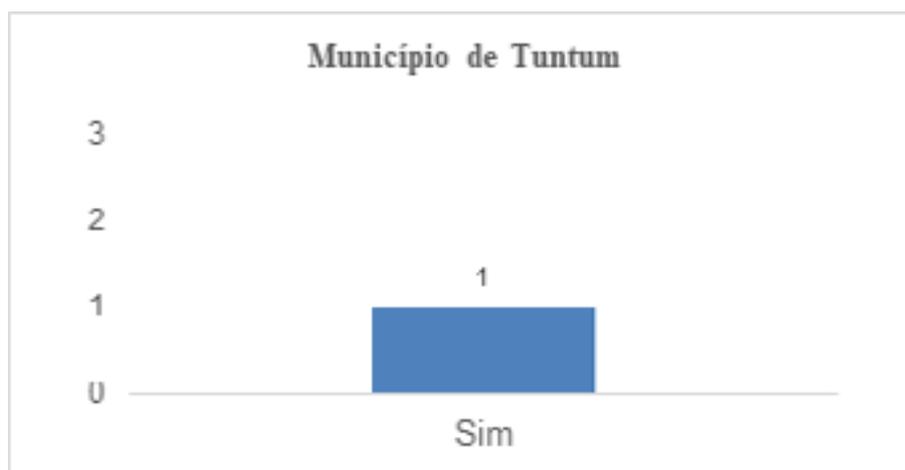
O CEO possui:	Brasil	MA
Placa de identificação para fachada	79,7%	84,6%
Placa de identificação para recepção	69,1%	57,7%
Placa de identificação em todos os consultórios	75,2%	65,4%
Placa de inauguração	75,3%	57,7%
Móbil para sinalização do Brasil Sorridente	44,8%	15,4%
Os profissionais do CEO utilizam jaleco	39,1%	26,9%
TODOS OS ITENS ACIMA	17,8%	3,8%

Figura 2. Número de CEO com adequação visual (presença de placa de inauguração, móbil para sinalização do Brasil Sorridente e uso de jaleco pelos profissionais do CEO). Brasil e Maranhão. 2014.

A. Brasil



B. Maranhão



Os serviços de saúde devem propiciar acessibilidade à maior quantidade possível de pessoas para ampliar a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente, edificações e mobiliário. Nas dependências do CEO, quatro itens de acessibilidade foram analisados: corredores adaptados para cadeira de rodas e portas adaptadas para passar cadeira de rodas, cadeira de rodas, rampa de acesso com corrimão. Os dois primeiros podem ser considerados imprescindíveis para que o atendimento ocorra, considerando que minimamente o indivíduo venha de cadeira de rodas e tenha auxílio de pessoas que carregam a cadeira. O Maranhão apresentou percentuais acima da média em relação a esses dois primeiros itens, porém persistem dois (7,7%) CEO (em Pedreiras e João Lisboa) que não possuíam qualquer dos 4 itens (Tabela 2).

Tabela 2. Localização e acessibilidade dos CEO. Brasil e Maranhão. 2014.

Nas dependências do CEO existe:	Brasil	MA
Corredores adaptados para cadeira de rodas	76,9%	84,6%
Portas adaptadas para passar cadeira de rodas	78,1%	88,5%
NENHUM DOS 4 ITEM DE ACESSIBILIDADE*	9,2%	7,7%

*CEO sem corredores adaptados, sem portas adaptadas, sem cadeira de rodas e sem rampa de acesso a cadeirantes.

Dentre os documentos do processo de cuidados dos pacientes, o prontuário tem grande importância no planejamento do cuidado, no atendimento integrado ao usuário, e no registro dos procedimentos. Reflete a produtividade da equipe. Todos os CEO do MA utilizavam prontuário clínico e esse percentual estava acima da média do Brasil. A modalidade mais comum foi o prontuário único para todas as especialidades (Tabela 3, Figura 3).

Tabela 3. Tipo de prontuário dos CEO. Brasil e Maranhão. 2014.

O prontuário é:	BRASIL	MA
Único para todas as especialidades	65,5%	69,2%
Específico para cada especialidade	16,9%	11,5%
Algumas especialidades possuem o seu próprio prontuário	15,5%	19,2%
Não se aplica	2,2%	0,0%

Figura 3. Número de CEO que utilizam prontuário clínico. Maranhão. 2014.



Equipamentos dos CEO

O uso de equipamentos e insumos odontológicos, bem como de tecnologias de informatização tem sido incentivado com vistas à melhoria dos processos de trabalho em saúde.

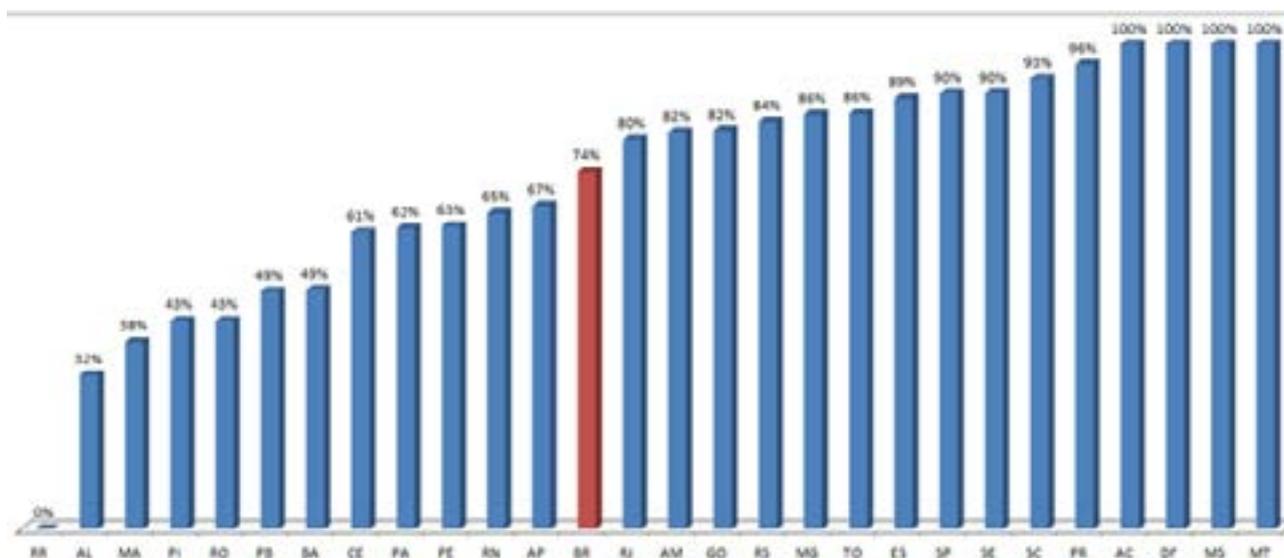
Ter pelo menos um computador em condições de uso e a equipe do CEO ter acesso à internet foram os itens em que o MA ficou muito abaixo da média brasileira (Tabela 4). Tendo, o primeiro item, colocado o MA como o terceiro pior percentual nesse quesito (Figura 4A e 4B).

Tabela 4. Informatização. Brasil e Maranhão. 2014.

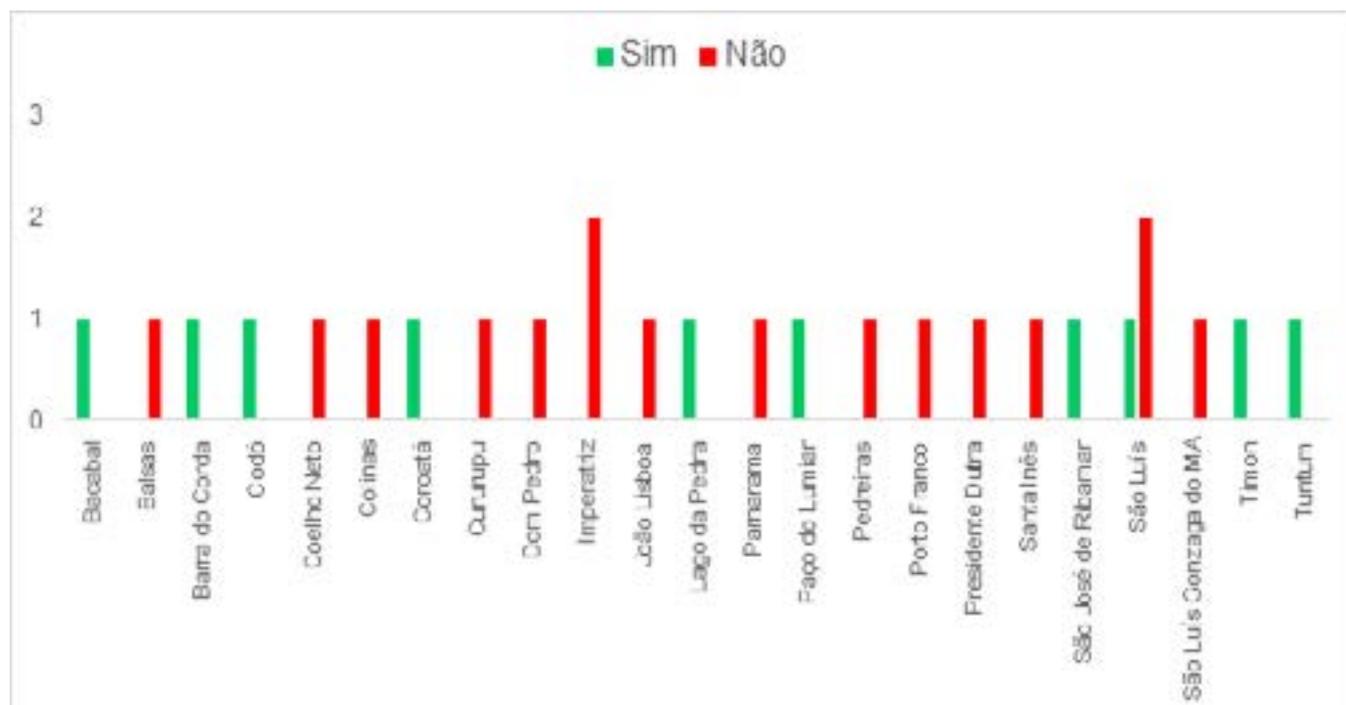
	BRASIL	MA
Pelo menos um computador em condição de uso?	73,7%	38,5%
A equipe do CEO tem acesso à internet?	61,1%	15,4%

Figura 4. CEO que têm pelo menos um computador em condição de uso. Brasil e Maranhão. 2014.

A. Brasil (%)



B. Maranhão (número absoluto)



Dentre os equipamentos para odontologia, os três itens analisados ficaram abaixo do percentual médio brasileiro, porém o aparelho de RX odontológico foi o mais próximo da média brasileira, enquanto o instrumento rotatório para Endodontia e o localizador apical para Endodontia ficaram muito abaixo da média (Tabela 5). A maioria dos CEO do MA possuíam aparelho de RX, apenas os municípios de Parnarama e Presidente Dutra não possuíam o aparelho por ocasião desta avaliação. Por outro lado, somente o CEO de Bacabal possuía o instrumento rotatório de endodontia e os CEO de Bacabal e de Santa Inês possuíam o localizador apical para endodontia em condições de uso.

Tabela 5. Equipamentos odontológicos. Brasil e Maranhão. 2014.

	BRASIL	MA
Aparelho de RX Odontológico (no mínimo 1 em condições de uso)	96,6%	92,3%
Instrumento Rotatório para Endodontia	19,4%	3,9%
Localizador Apical para Endodontia	33,0%	7,7%

Instrumental e insumos dos CEO

No MA, a falta de atendimento por falta de insumos ou instrumental e por não ter equipamento funcionando adequadamente obteve percentuais acima da média brasileira (Figuras 5 e 6). Nos municípios de Balsas, Codó, Colinas, Coroatá, Cururupu, Imperatriz João Lisboa, Porto Franco, Presidente Dutra e São Luís foi referido cancelamento da agenda por falta de insumos ou instrumental, nos 12 meses anteriores à avaliação. Já o cancelamento da agenda por mal funcionamento de equipamentos foi identificado nos municípios de Bacabal, Balsas, Codó, Coelho Neto, Colinas, Imperatriz, João Lisboa, Presidente Dutra, Santa Inês e São Luís.

Figura 5. Cancelamento da agenda por falta de insumos ou instrumental, nos últimos 12 meses (%). Brasil e Unidades da Federação. 2014.

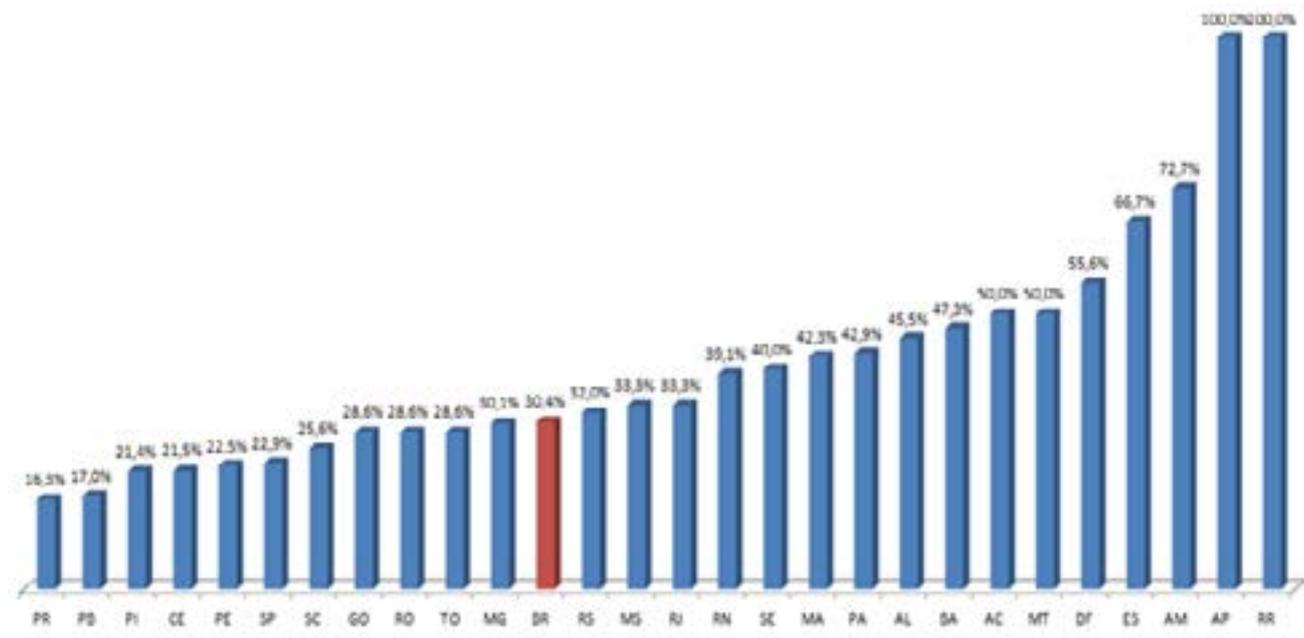
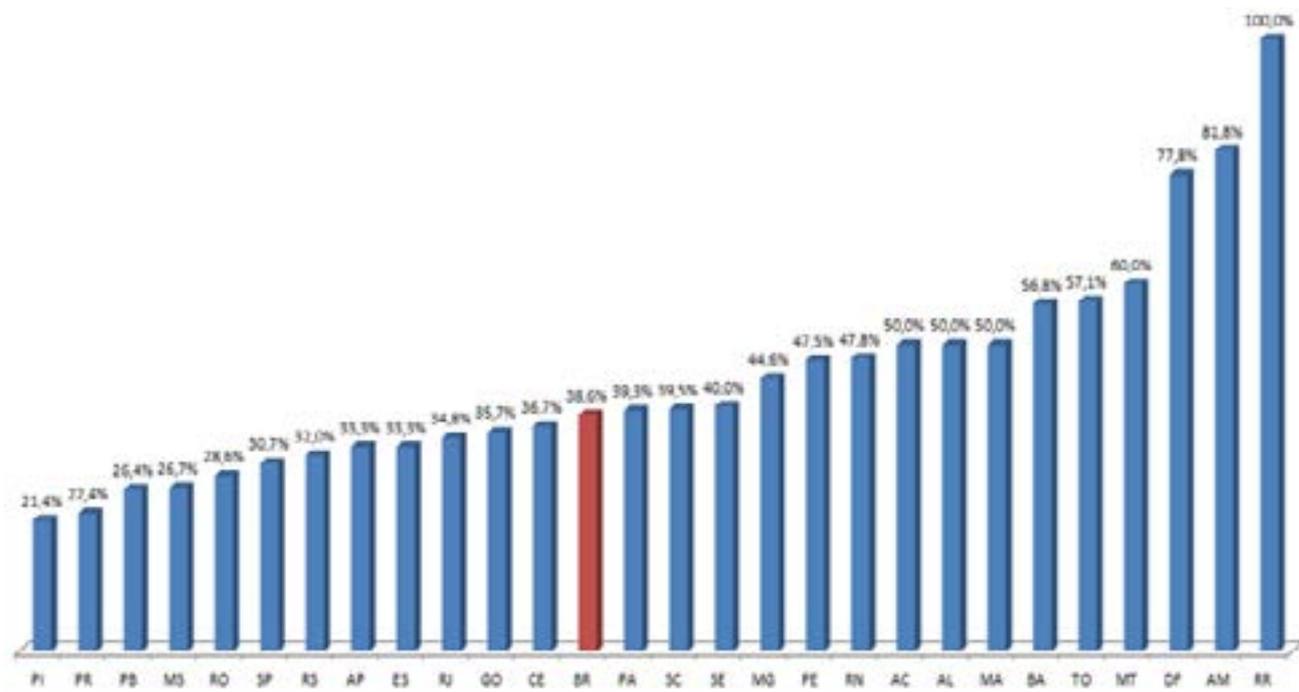


Figura 6. Cancelamento da agenda por mal funcionamento do equipamento, nos últimos 12 meses (%). Brasil e Unidades da Federação. 2014.



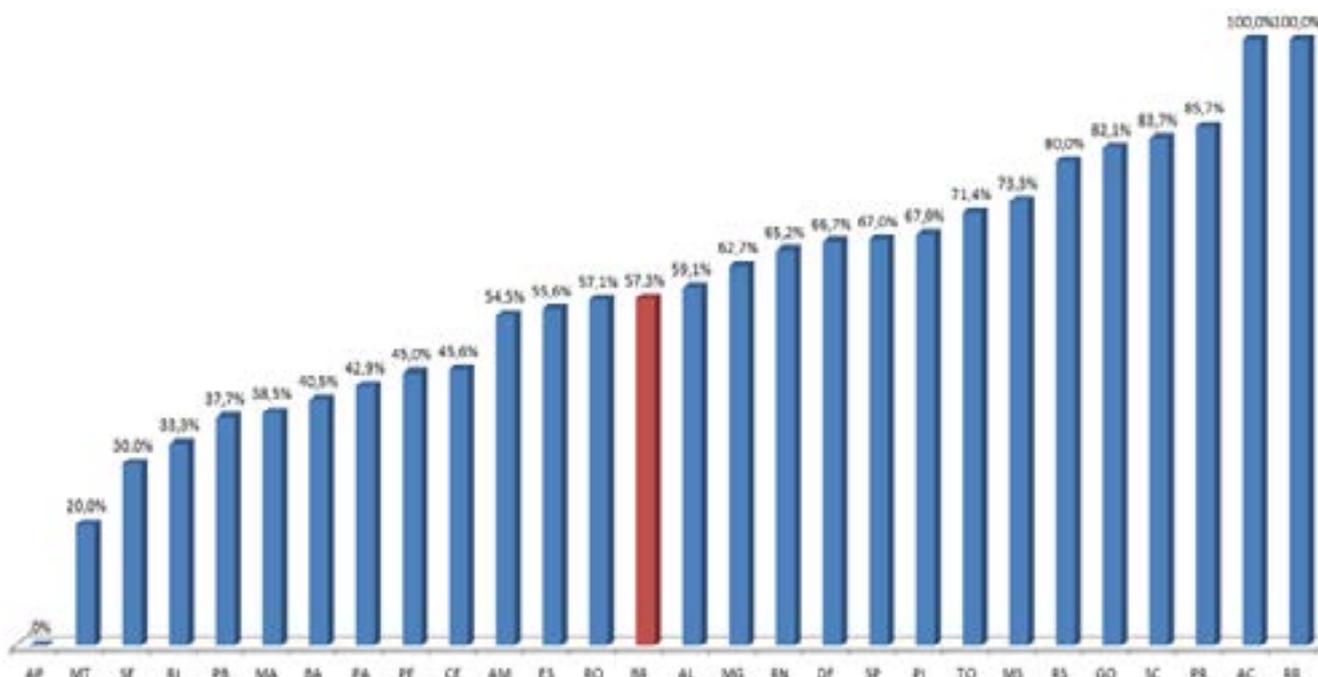
Acesso aos CEO

A organização da oferta dos serviços dos CEO, que permita o acesso aos serviços especializados, compreende o controle das disponibilidades de horários de consultas e a alocação de cada horário aos pacientes encaminhados para as consultas. Pode compreender diferentes arranjos para sua efetivação. Nesta avaliação, verificou-se que o acesso aos CEO do MA se dava principalmente por meio da demanda Mista (espontânea e referenciada) (Tabela 6 e Figura 7). A Política Nacional de Saúde Bucal recomenda que o acesso se dê exclusivamente por meio de referenciamento dos demais pontos da Rede de serviços. No MA, os municípios de Bacabal, Codó, Coelho Neto, Coroatá, Lago da Pedra, Pedreiras, Porto Franco São José de Ribamar, São Luís e Timon referiram utilizar apenas essa modalidade de acesso.

Tabela 6. Formas de acesso aos CEO. Brasil e Maranhão. 2014.

O acesso ao CEO se dá por meio da demanda:	BRASIL	MA
Apenas espontânea	1,3%	0,0%
Mista (Espontânea e Referenciada)	41,4%	61,5%
Apenas Referenciada	57,3%	38,5%

Figura 7. Proporção de CEO em que o acesso se dá exclusivamente por demanda referenciada. Brasil e Unidades da Federação. 2014.



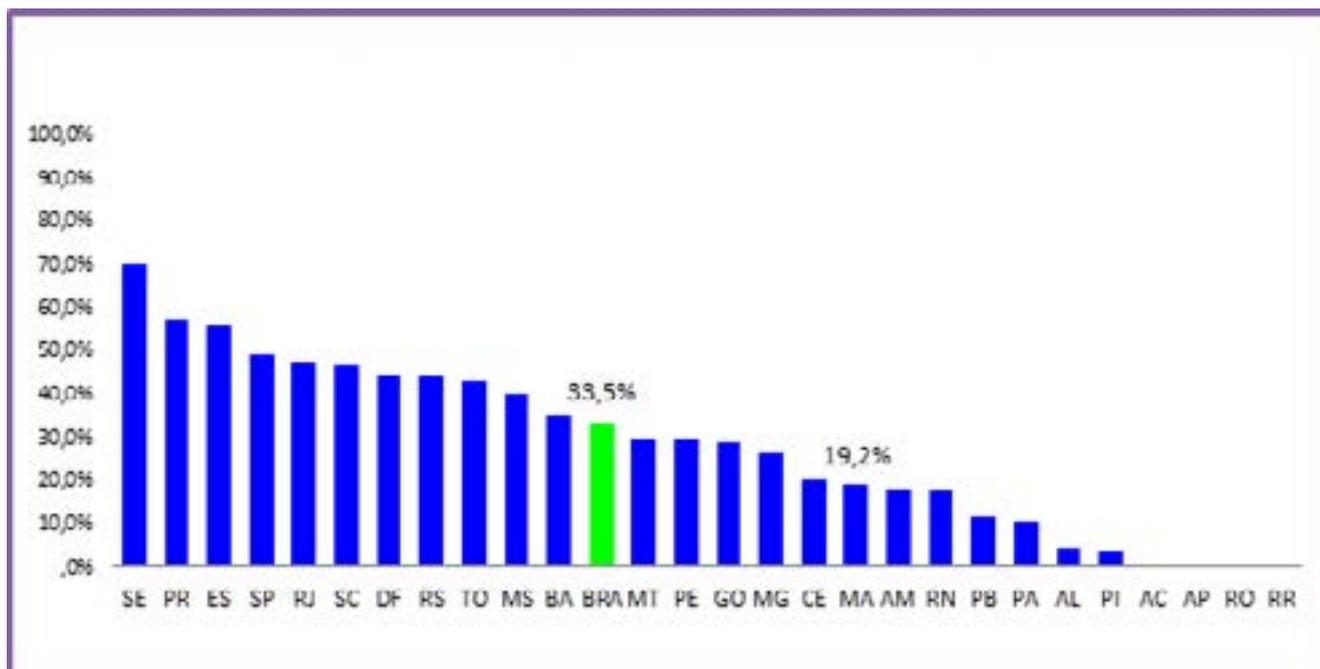
A principal forma de agendar a consulta nos CEO do MA foi por meio de ficha entregue ao paciente na Unidade Básica de Saúde para encaminhamento/referência ao CEO, seguida de outras formas, marcação na unidade básica de saúde e marcação pelo próprio paciente junto à central de marcação de consultas especializadas. Houve diferença do percentual médio do Brasil apenas na segunda forma mais frequente que foi marcação na Unidade Básica de Saúde (Tabela 7 e Figura 8A e 8B). No MA, a principal forma de marcação da consulta foi por ordem de chegada, seguido de horários ou turnos definidos do dia, encaixe, e por último, com hora marcada. Já no Brasil foi hora marcada depois, ordem de chegada, seguido de horários ou turnos definidos do dia e o encaixe.

Tabela 7. Formas de agendamento de consulta no CEO. Brasil e Maranhão. 2014.

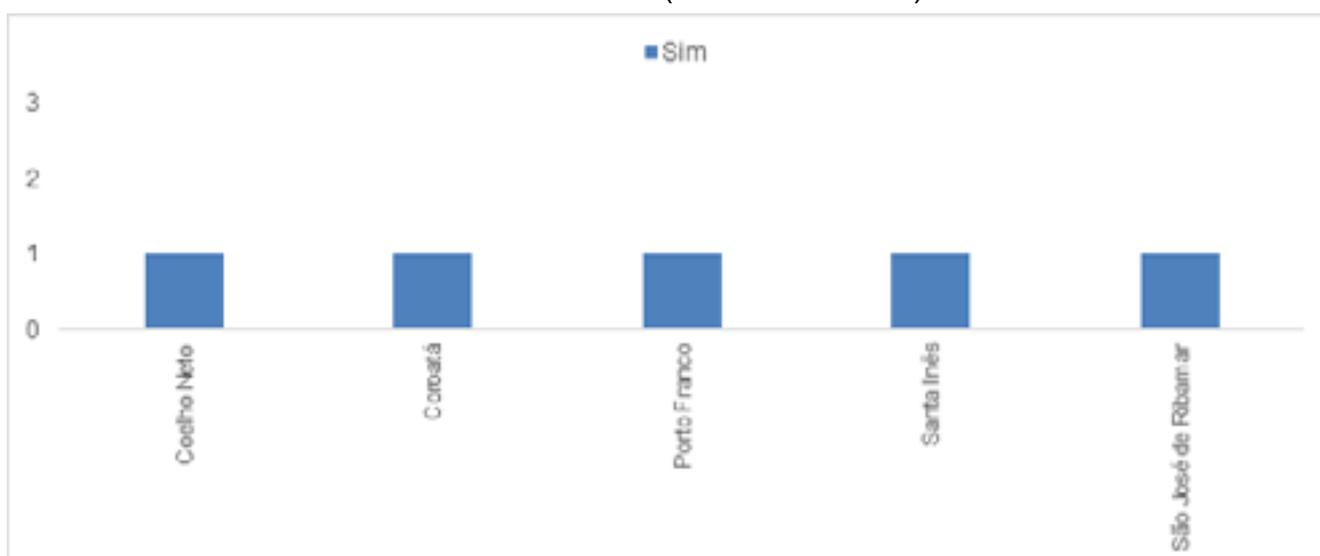
Quais são as formas possíveis de agendar a consulta no CEO?	BRASIL	MA
É marcada pela UBS	33,5%	19,2%
É marcada pelo próprio paciente junto à central de regulação	14,7%	3,9%
O paciente recebe uma ficha de encaminhamento/referência na UBS e dirige-se ao CEO	75,3%	100,0%
Outra	21,2%	57,7%
Não há um percurso definido	0,4%	0,0%

Figura 8. CEO em que a consulta é agendada pela UBS. Brasil e Maranhão. 2014.

A. Brasil (%)



B. Maranhão (número absoluto)



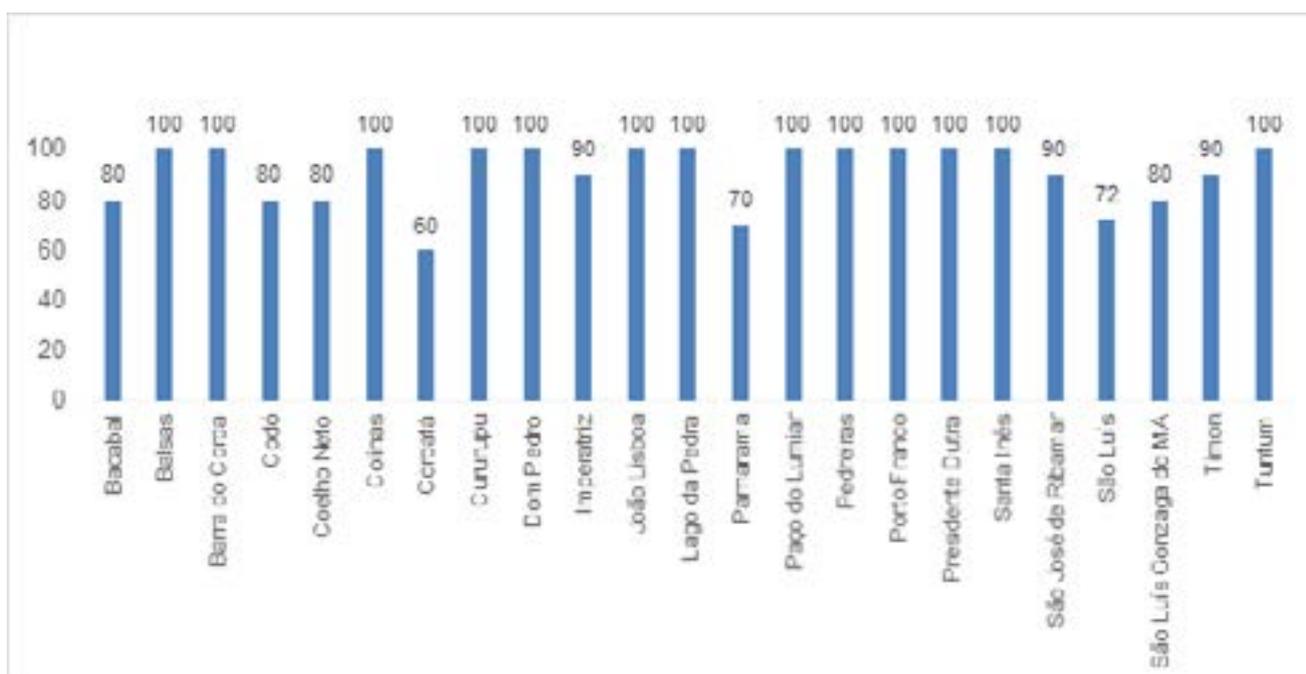
Tempo de espera para atendimento no CEO

No Brasil, a maioria dos usuários espera de uma semana a um mês para iniciar o tratamento no CEO, ao passo que, no MA, a maioria espera até uma semana (Tabela 8). A Figura 9 apresenta os percentuais de usuários entrevistados que referiram esperar de uma semana a um mês para iniciar o tratamento no CEO.

Tabela 8. Tempo de espera para iniciar o tratamento no CEO. Brasil e Maranhão. 2014.

	BRASIL	MA
Até uma semana	33,0%	55,1%
De uma semana a um mês	38,0%	34,4%
Entre um e três meses	15,2%	9,8%
Entre três e seis meses	5,9%	0,4%
Entre seis e doze meses	4,0%	0,4%
Mais de doze meses	4,0%	0,0%

Figura 9. Proporção de usuários que referiram tempo de espera de até um mês. Maranhão. 2014.



Gestão do CEO

O MA foi um dos estados com menor percentual de CEO sem gerente – apenas um CEO (em São Luís Gonzaga do Maranhão) não tinha gerente por ocasião da avaliação. Nos demais CEO do estado, a maioria dos gerentes atuava exclusivamente nesta função (Tabela 9, Figura 10).

Tabela 9. CEO que possuem gerente. Brasil e Maranhão. 2014.

	BRASIL	MA
Sim, profissional acumula a atividade clínica e de gerente do CEO	37,7%	34,6%
Sim, profissional que atua exclusivamente como gerente do CEO	50,0%	61,5%
Não há gerente	12,3%	3,9%

Figura 10. Número de CEO, segundo presença e atuação do gerente. Maranhão. 2014.



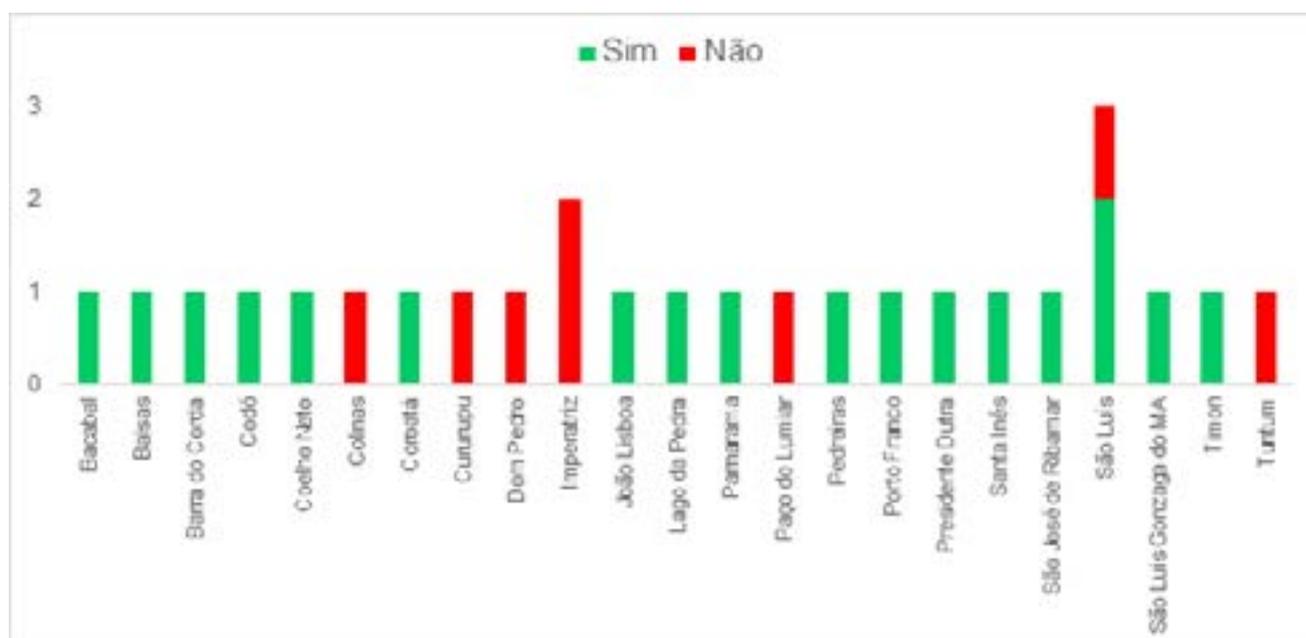
Organização do processo de trabalho

O apoio matricial constitui arranjos organizacionais e metodológicos para a gestão do trabalho em saúde que visa a integração entre distintas especialidades e níveis de atenção. O MA informou um elevado percentual das equipes do CEO que realizam o matriciamento ou ações de apoio para as equipes de saúde bucal da atenção básica na resolução de casos considerados complexos, embora esse percentual seja menor que o do Brasil (Tabela 10). Porém, em sete CEO do MA, o apoio matricial foi considerado ausente (Figura 11).

Tabela 10. Apoio matricial. Brasil e Maranhão. 2014.

	BRASIL	MA
A Equipe do CEO realiza o matriciamento ou ações de apoio para as ESB na resolução de casos considerados complexos?	70,6%	69,2%

Figura 11. Número de CEO que realizam o matriciamento ou ações de apoio para as ESB na resolução de casos considerados complexos. Maranhão. 2014.

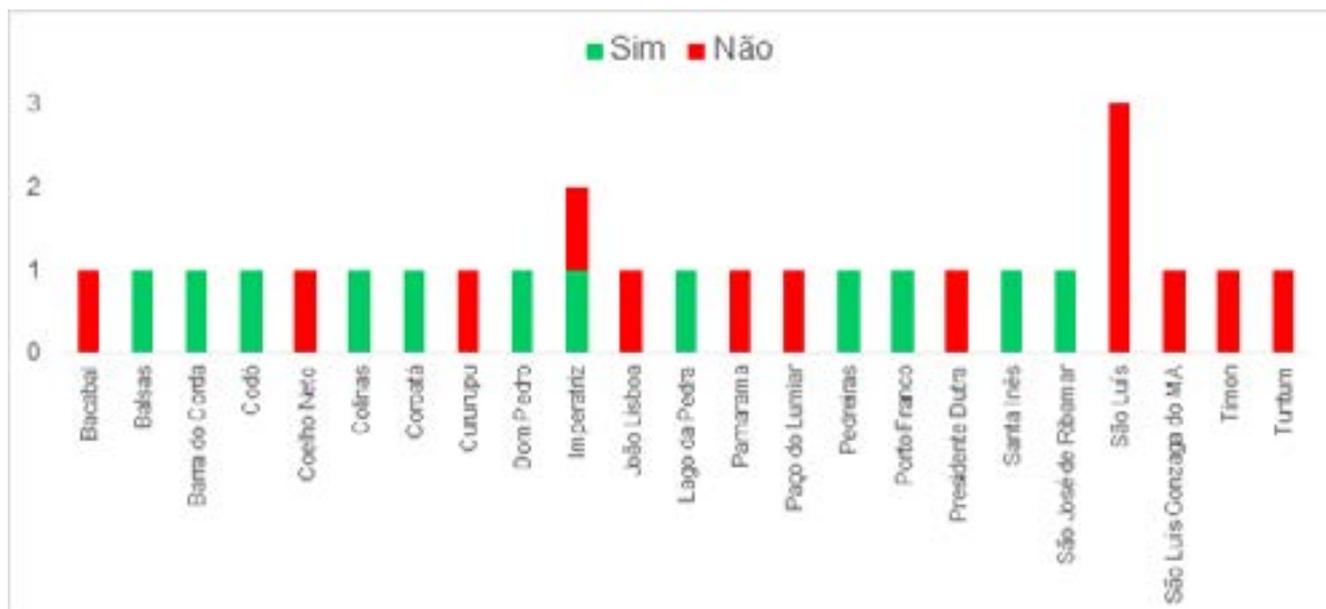


A educação permanente tem como questão central a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações. Menos da metade dos municípios do MA promoviam ações de educação permanente incluindo os profissionais do CEO. Proporção semelhante foi identificada no Brasil (Tabela 11). Na Figura 12 pode-se identificar os CEO em que não foi referida a ocorrência de tais ações de educação permanente.

Tabela 11. Ações de educação permanente. Brasil e Maranhão. 2014.

	BRASIL	MA
O município promove ações de educação permanente que incluam os profissionais do CEO?	49,5%	46,2%

Figura 12. Municípios que promovem ações de educação permanente incluindo os profissionais do CEO. Maranhão. 2014



Dentre as atividades que uma equipe de saúde deve desenvolver, destaca-se a reunião de equipe, uma vez que possibilita discussão coletiva de casos, planejamento, definição das ações, estratégias de saúde, etc. O percentual de CEO que realizavam reunião de equipe no MA foi acima da proporção do Brasil, porém sem periodicidade definida (Tabela 12, Figura 13 e 14).

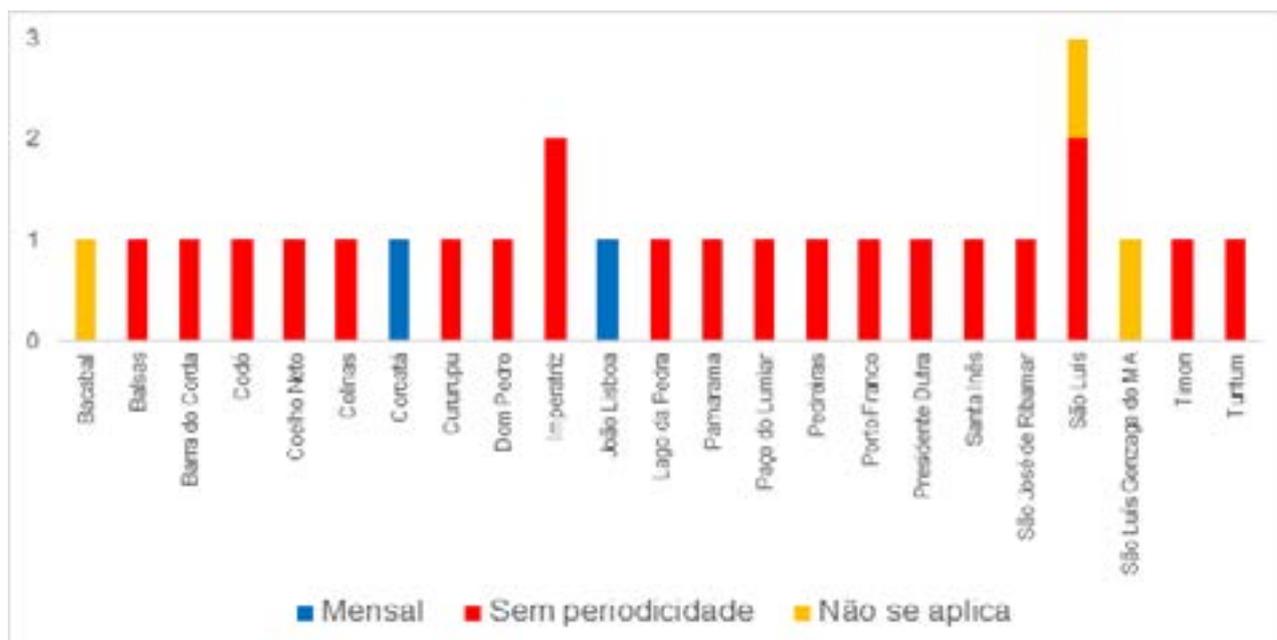
Tabela 12. Reuniões de equipe nos CEO. Brasil e Maranhão. 2014.

	BRASIL	MA
O CEO realiza reunião de Equipe?	76,8%	88,5%
Qual a periodicidade das reuniões?		
Semanal	1,7%	0,0%
Quinzenal	2,5%	0,0%
Mensal	27,8%	7,7%
Sem periodicidade definida	44,7%	80,8%
Não se aplica (não faz reuniões)	23,3%	11,5%

Figura 13. Número de CEO que fazem reuniões de equipe. Maranhão. 2014.



Figura 14. Número de CEO, conforme periodicidade das reuniões de equipe. Maranhão. 2014.



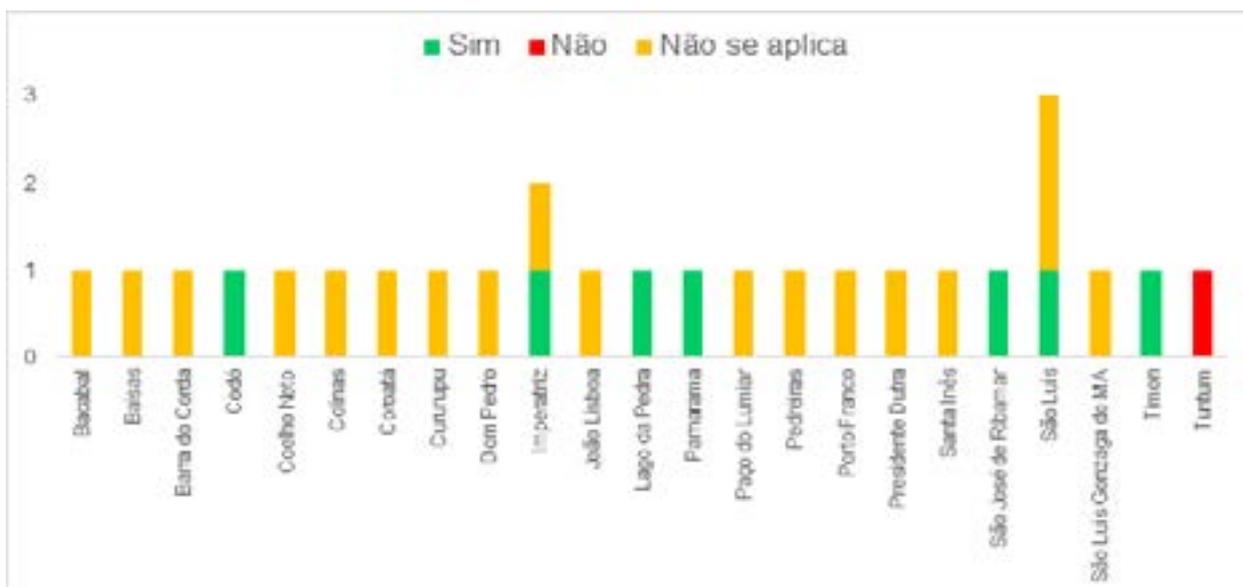
Não se aplica = gerente disse que não há reuniões de equipe no CEO.

Os principais recursos utilizados para a realização do planejamento no MA foram os relatórios e consolidados mensais do sistema de informações ambulatoriais (SIA), seguidos de painel informativo, informativos epidemiológicos e sala de situação. No Brasil, embora o uso de relatórios e consolidados mensais do SIA tenha sido maior que no MA, menos de 50% dos gerentes apresentaram documento que comprovasse a sua utilização (Tabela 12). No MA, apenas os CEO de Codó, Imperatriz, Lago da Pedra, Parnarama, São José de Ribamar, São Luís e Timon apresentaram documento comprobatório do uso desses relatórios. O CEO de Tuntum referiu utilizar, mas não comprovou por meio de documentos, e nos demais CEO o gerente mencionou não utilizar esse instrumento de planejamento (Figura 15).

Tabela 12. Recursos utilizados para ações de planejamento no CEO. Brasil e Maranhão. 2014.

	BRASIL	MA
Painel informativo	14,9%	19,2%
Informativos epidemiológicos	12,3%	7,7%
Sala de situação	12,3%	3,9%
Relatórios e consolidados mensais do SIA	45,6%	26,9%

Figura 15. Número de CEO que utilizam relatórios e consolidados mensais do SIA para a realização de planejamento. Maranhão. 2014.

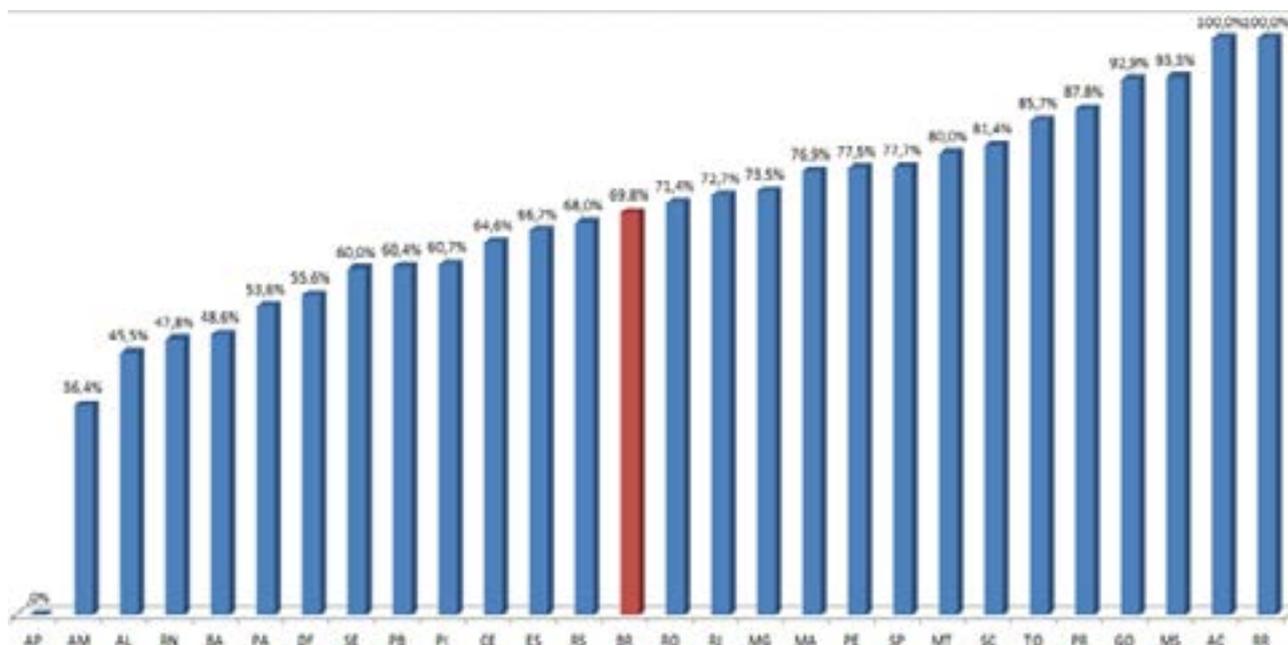


Sim = gerente disse SIM e apresentou documento comprobatório. Não = gerente disse SIM mas NÃO apresentou documento comprobatório. Não se aplica = gerente disse NÃO.

Para efetivar as ações nos CEO é importante o monitoramento dos processos e resultados das intervenções das atividades especializadas em odontologia. O MA está acima da média nacional no que se refere à realização do monitoramento e análises das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO. Nos municípios de Bacabal, Colinas, Parnarama e São Luís Gonzaga do Maranhão, os CEO não realizavam monitoramento e análises das metas estabelecidas para cada especialidade. Os CEO de Paço do Lumiar e Presidente Dutra houve relato de uso, porém não havia documentação comprobatória (Figura 16A e 16B).

Figura 16. CEO que realizam monitoramento e análises das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO. Brasil e Maranhão. 2014.

A. Brasil (%)



B. Maranhão (número absoluto)

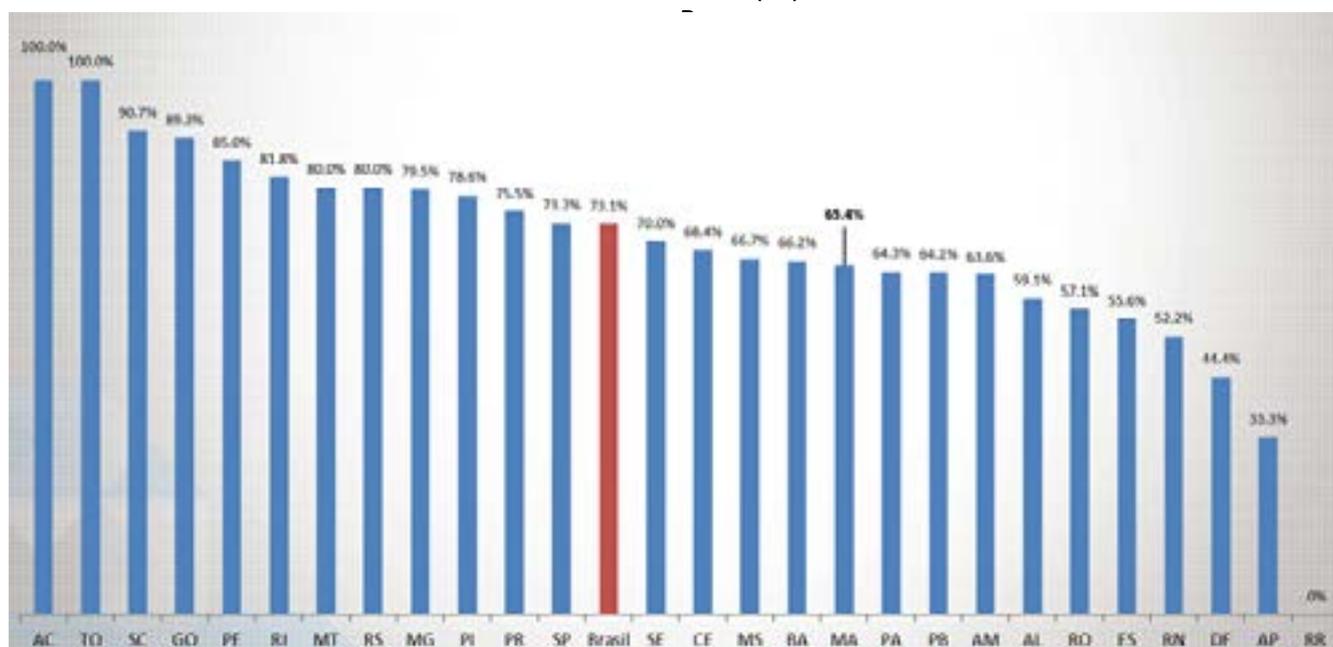


Sim = gerente disse SIM e apresentou documento comprobatório. Não = gerente disse SIM mas NÃO apresentou documento comprobatório. Não se aplica = gerente disse NÃO.

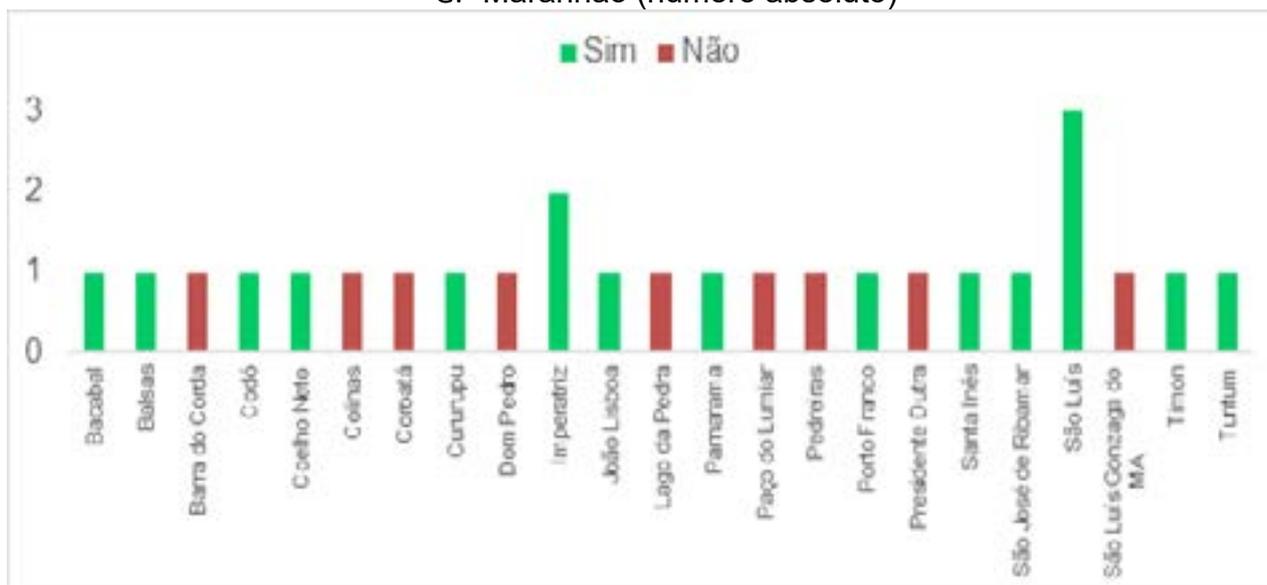
Apesar da dificuldade de autoavaliação criticamente, essa é uma ferramenta de extrema importância para a melhoria do processo de trabalho das equipes, identificando potencialidades e fragilidades. Algum processo de autoavaliação foi realizado pelas equipes do CEO nos últimos seis meses em 65,4% dos CEO do MA e em 73,1% dos CEO do Brasil (Figura 17A). Na Figura 17B é possível identificar os CEO em que não foi identificado qualquer tipo de autoavaliação.

Figura 17. CEO que realizaram algum tipo de autoavaliação nos últimos seis meses. Brasil e Maranhão. 2014.

A. Brasil (%)



G. Maranhão (número absoluto)



Articulação do CEO na rede de atenção à saúde

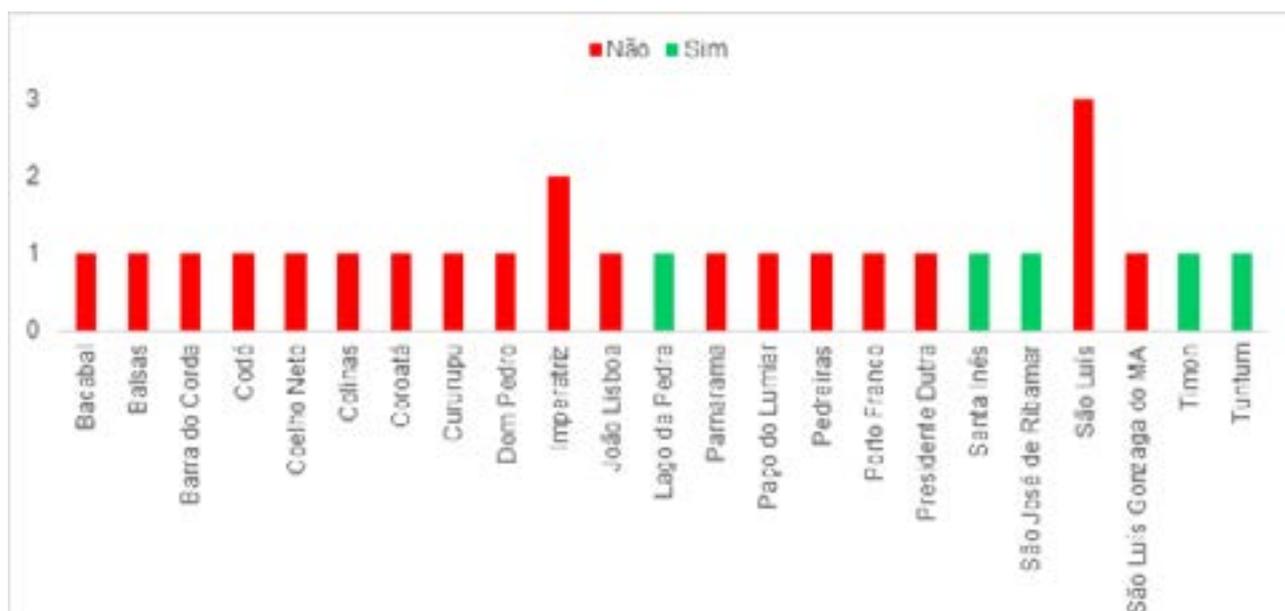
Para o estabelecimento de mecanismos de referência e contrarreferência, destaca-se a necessidade de diretrizes e protocolos clínicos que visem a melhorar a qualidade e otimizar os custos dos serviços ofertados. Esses documentos devem ainda orientar o encaminhamento de pacientes entre os diferentes pontos de atenção na Rede, e deve ser pactuado entre os profissionais. No MA, os maiores percentuais de protocolos clínicos pactuados foram para as especialidades de Cirurgia Oral, Endodontia e Periodontia (23,1%), o mesmo para o Brasil, porém com maiores percentuais (Tabela 13).

Tabela 13. Existência de protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da AB aos CEO. Brasil e Maranhão. 2014.

	BRASIL	MA
Cirurgia Oral	61,3%	23,1%
Endodontia	62,5%	23,1%
Pacientes com necessidades especiais	57,5%	19,2%
Periodontia	60,5%	23,1%
Diagnóstico bucal, com ênfase no câncer de boca	50,5%	19,2%

Apenas os CEO de Lago da Pedra, Santa Inês, São José de Ribamar, Timon e Tuntum apresentaram protocolos clínicos (para as 5 especialidades mínimas) que orientassem o encaminhamento (referência) de pacientes (Figura 18).

Figura 22. CEO que apresentaram protocolos clínicos (para as 5 especialidades mínimas) que orientam o encaminhamento (referência) de pacientes. Maranhão. 2014.



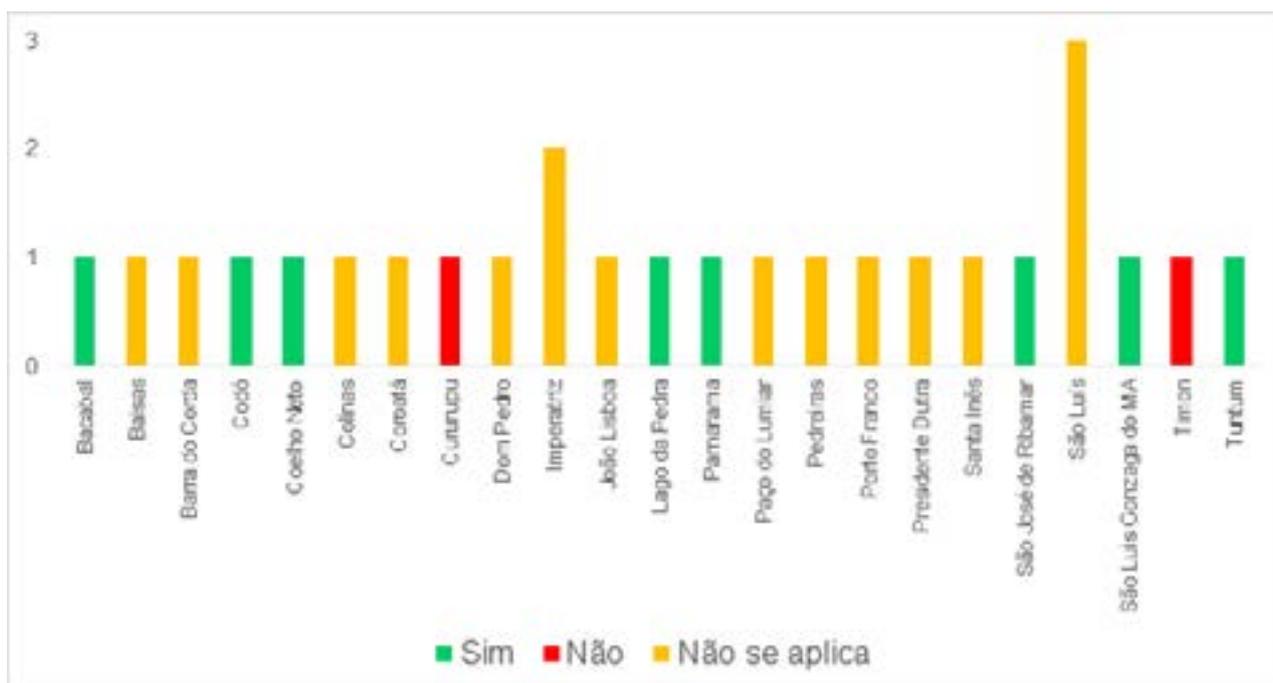
Participação e satisfação do usuário

A avaliação do grau de satisfação dos usuários é um importante indicador a ser considerado no planejamento das ações. Os percentuais de CEO que possuem mecanismos de avaliação de satisfação do usuário e que dispõem de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões são menores no MA que o do Brasil (Tabela 14). Somente os CEOs de Bacabal, Codó, Coelho Neto, Lagoa da Pedra, Parnarama, São José de Ribamar, São Luís Gonzaga do Maranhão e Tuntum conseguiram comprovar a existência desses mecanismos de avaliação de satisfação do usuário (Figura 19).

Tabela 14. Mecanismos de avaliação da satisfação do usuário do CEO. Brasil e Maranhão. 2014.

	BRASIL	MA
O CEO realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário (*)	51,0%	30,8%
O CEO dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões	75,1%	34,6%

Figura 19. Número de CEO que realizam ou têm mecanismos de avaliação de satisfação e canais de comunicação com o usuário. Maranhão. 2014.



Sim = gerente disse SIM e apresentou documento comprobatório. Não = gerente disse SIM mas NÃO apresentou documento comprobatório. Não se aplica = gerente disse NÃO.

Desafios e Potencialidades

Uma das principais dificuldades encontradas foi o despreparo de alguns gerentes para o cargo, e, portanto, para responder às questões levantadas sobre o serviço. Por várias vezes, o gerente do CEO chamava um outro funcionário, dentista ou auxiliar, para responder. Alguns não compreendiam as perguntas, outros, de fato, não tinham conhecimento do processo de trabalho do serviço. Isso reflete uma prática de indicação puramente política, e não técnica, que ainda existe no estado. Seria interessante instrumentalizar melhor a gestão, pois a diferença na qualidade do serviço é nítida quando o gerente é bom e cumpre bem o seu papel de líder da equipe e gestor do serviço.

Outra dificuldade encontrada foi a de que, em alguns municípios, era difícil encontrar usuários em número suficiente no dia da avaliação. Por várias vezes, os avaliadores tinham que retornar em outro dia para completar a amostra de usuários. Diante disso, levantam-se questões importantes relacionadas à gestão do processo de trabalho do serviço de saúde, tendo em vista a incoerência entre o pequeno número de pacientes nos CEO e a grande necessidade de assistência em saúde para os tratamentos especializados, conforme é apontado em todos os inquéritos nacionais de saúde bucal (FIGUEIREDO et al., 2016a; 2016b).

Os primeiros resultados da coleta também apontam que, muito provavelmente, o problema não seria a falta de usuários para o CEO, visto que há comprovações das filas de espera e demanda reprimida (FIGUEIREDO et al., 2016 a; 2016b). Muitos CEO tinham baixo número de agendamento e boa parte dos procedimentos eram de Atenção Básica, pois o CEO estava suprindo a falta de atendimento em Unidades Básicas de Saúde. Uma outra hipótese que poderia explicar a falta de usuário no momento da pesquisa seria o absenteísmo, e a falta de dentistas, que por meio do apoio da gestão, não cumprem a carga horária (FIGUEIREDO et al., 2016 a; 2016b).

Na maioria dos municípios, o GPS não funcionava. Também não havia sinal de internet disponível para o envio de dados logo após o processo de avaliação. Devido à dificuldade de acesso à internet, os dados por vezes foram enviados alguns dias após a avaliação, ou seja,

apenas quando o avaliador tinha acesso a uma rede de internet. Os problemas de infraestrutura de telefonia e internet também prejudicam o processo de trabalho nos CEO, pois dificultam o uso de tecnologia para a gestão, capacitação continuada dos profissionais, aperfeiçoamento dos processos de trabalho, dentre outros (FIGUEIREDO et al., 2016 a; 2016b). Discussões de casos clínicos com profissionais de outros níveis de atenção, por exemplo, não eram frequentes.

A maioria dos cursos oferecidos para os profissionais eram pontuais, sem continuidade. Além disso, os temas costumavam ser definidos pela gestão e não partiam da necessidade dos profissionais. Também não parecia haver momentos de discussão/estudo entre os profissionais do CEO. Reuniões de equipe, quando existiam, serviam como momentos para expor decisões já definidas pelo gestor.

Em alguns municípios que não aderiram ao PMAQ/CEO, a avaliação foi mais difícil, havendo pouca compreensão por parte de alguns envolvidos sobre a importância da mesma.

Em relação aos documentos que os avaliadores deveriam recolher, muitos tiveram dificuldades por não estarem disponíveis no CEO. Em muitos casos, a documentação não estava pronta e os avaliadores tiveram que aguardar. Percebeu-se que mesmo nos municípios onde havia sido feita a adesão, o objetivo de induzir mudanças no processo de gestão dos CEO, tornando-o mais participativo, mais foi adequadamente alcançado. Muitas vezes o gestor aderiu ao programa sem conhecimento dos seus objetivos e metas, e, quando os conhecia, não os discutia com os demais funcionários da gestão e assistência. Nas visitas, percebemos que os profissionais dentistas, e, até mesmo os gerentes, não conheciam o programa. O questionário AMAQ, que deveria ser respondido em equipe, quase nunca haviam sido respondidos, indicando falhas no desenvolvimento do programa. Isso corrobora achados de outros autores, que indicam problemas na institucionalização dos processos avaliativos nos serviços de saúde do SUS (FIGUEIREDO et al., 2016 a; 2016b).

A maioria dos municípios (exceto São Luís e Imperatriz) possuía apenas um CEO, independente do porte. Isso gera uma alta demanda de atendimentos, que também foi citada por vários profissionais durante conversas informais. Associada à alta demanda de pacientes, a baixa remuneração e a precarização das relações trabalhistas também são uma realidade (CORTEZ et al., 2019; SIMAS & PINTO, 2017; RAHMAN et al., 2017; MAISSIAT et al., 2015). Diante disso, acompanhamos profissionais que acumulavam vínculos e não se dedicavam integralmente ao CEO. Em alguns lugares, eles atendiam cedo da manhã e durante a visita já haviam saído para um outro local de trabalho, o que aumenta mais ainda a demanda reprimida. Problemas com o cumprimento da carga-horária são também referidos (SIMAS & PINTO, 2017).

Na especialidade de Endodontia, vale citar a dificuldade em receber o paciente pronto para o procedimento. A abertura do canal deveria ser realizada na Atenção Básica, com o paciente sem dor (BRASIL, 2004). Porém, a cultura de que o trabalho da atenção básica é “simples” persiste, e as urgências ainda não são resolvidas neste nível de atenção em muitos municípios do estado. Por conta disso, muitos CEO ainda trabalham com demanda espontânea e respondem a todas as urgências de dor, muitas vezes pacientes encaminhados da atenção básica para este fim.

O funcionamento de uma rede de atenção em saúde bucal coordenada e estruturada ainda consiste em um grande desafio no Maranhão. Durante as visitas, encontramos serviços de saúde que trabalhavam de forma isolada, sem comunicação com a atenção básica ou terciária. Mesmo quando os gestores respondiam que havia contra referência para a atenção básica, quase nunca eram apresentados documentos comprobatórios e os discursos de outros atores (usuários e profissionais) evidenciavam inconsistências.

Dentre as situações mais graves encontradas, foi um CEO no qual percebemos que os profissionais estavam realizando somente procedimentos de Atenção Básica, como se o CEO fosse uma extensão das Unidades Básicas de Saúde.

Apesar dos desafios, a maioria dos usuários estavam satisfeitos com o serviço. No máximo, reclamavam de ter que passar pela Atenção Básica para receber o encaminhamento. Quando entrevistávamos os mais velhos, muitos lembravam da situação da saúde bucal de alguns anos atrás e diziam que ter um CEO agora na cidade *era como estar literalmente no “céu”*.

Apesar das dificuldades encontradas, de modo geral, os avaliadores foram muito bem recebidos nos municípios, havendo raras ocasiões de resistência às avaliações. Em apenas um

município, tivemos recusa por parte dos usuários. O apoio da Secretaria Estadual de Saúde, especialmente das regionais e da coordenação de saúde bucal, foi fundamental para viabilizar a avaliação externa.

O uso do instrumento eletrônico, por meio do uso de *tablets*, foi um facilitador da coleta e envio dos dados, minimizando erros e acelerando o tempo de avaliação.

Consideramos a avaliação externa do PMAQ como fomentadora de pequenas transformações no serviço, com o papel indutor de mudanças que podem ser percebidas na forma como os CEO se prepararam para receber os avaliadores, já promovendo melhorias no aspecto físico e organizando o ambiente. Isso pode ser percebido nas observações dos avaliadores, registradas em seus diários de campo:

“Quando cheguei no CEO, estava cheirando à tinta. Era perceptível que tinha sido pintado e arrumado às vésperas da avaliação. Também encontrei alguns com caixas de materiais novos, recém enviados para o serviço.”

Em muitos municípios, encontramos profissionais dispostos a responder às necessidades da população e fazer a rede de serviços funcionar, em conformidade com os princípios do SUS, conforme se percebe na fala de um profissional transcrita para o diário de campo por um avaliador:

“Pra mim o importante é ver os pacientes satisfeitos e com todos os dentes saudáveis na boca. Graças a Deus aqui acabou o tempo que se tiver com dor tem que extrair, porque agora eles podem fazer o canal. Se não tem material, a gente se vira.”

Recomendações para o SUS

Passados 10 anos desde a publicação da PNSB, muitos avanços podem ser notados na oferta de serviços de saúde bucal para a população do Maranhão. Os tratamentos de endodontia, periodontia, cirurgia oral, diagnóstico de câncer oral e atendimento a portadores de necessidades especiais passaram a ser ofertados de forma universal aos usuários que necessitem. Além dessas cinco especialidades, alguns outros tratamentos – especialmente prótese e odontopediatria – passaram também a ser ofertados na maioria dos CEO do Maranhão. É, portanto, lícito afirmar que o objetivo de expansão da rede, com foco na integralidade da atenção, foi alcançado. No entanto, há ainda muitos desafios. Alguns deles são apontados abaixo:

- 1) A distribuição dos CEO no estado não acompanhou a lógica da regionalização. Há grandes vazios assistenciais em saúde bucal especializada no estado, especialmente em áreas de pior acessibilidade, como a região oeste (baixada maranhense) e sul (monocultura agrícola);
- 2) A infraestrutura dos CEO do estado é precária. Prédios adaptados, em desacordo com as normas vigentes e equipamentos em mal estado de conservação são comuns no estado;
- 3) Ainda não houve investimento suficiente para a incorporação de tecnologias leves e duras;
- 4) Os CEO no Maranhão são também uma porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, em desacordo com as recomendações de acesso apenas referenciado pela rede. Isso reflete a desorganização da rede de atenção primária no estado. Mas, por outro lado, reduz a burocracia para o acesso do usuário à rede de atenção;
- 5) O processo de planejamento e avaliação não está institucionalizado no cotidiano dos CEO;
- 6) Há problemas de gestão de insumos, de vagas/agenda e de recursos humanos nos CEO do Maranhão;
- 7) As reuniões de equipe, planos de educação permanente, matriciamento e marcação de consulta carecem de ampla discussão nos CEO do estado;
- 8) Não tem havido investimento na potencialização do controle social na atenção especializada em saúde bucal.

Apesar dos desafios ainda existentes, os avanços são notórios. Houve expressiva ampliação do acesso aos serviços especializados em saúde bucal. Dessa forma, concluímos que os primeiros 10 anos da PNSB foram extremamente importantes para a concretização do direito à saúde integral, universal e equânime no Maranhão. Porém, esse tempo ainda não foi suficiente. Esperamos que esse capítulo possa contribuir para alavancar os avanços necessários; e que possa nortear, especialmente gestores e profissionais de saúde, quanto aos desafios a serem superados.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 20p.
- 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: Ministério da Saúde; 2004. 16p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. E-Gestor. Informação e Gestão da Atenção Básica. Cobertura de Atenção Básica. 2019a. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 13/04/2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. E-Gestor. Informação e Gestão da Atenção Básica. Cobertura de Saúde Bucal. 2019b. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>. Acesso em: 13/04/2019.
- Cortez LR, Guerra EC, Da Silveira NJD, Noro LRA. The retention of physicians to primary health care in Brazil: motivation and limitations from a qualitative perspective. BMC Health Serv Res. 2019 Jan 22;19(1):57. doi: 10.1186/s12913-018-3813-3.
- Figueiredo N, Goes PSA, Martelli, PJL. 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; 2016a.
- Figueiredo N, Goes PSA, Martelli, PJL. Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife: Editora UFPE; 2016b.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 19/01/2019.
- Maissiat GDAS, Lautert L, Pai DD, Tavares JP. Work context, job satisfaction and suffering in primary health care. Rev Gaucha Enferm. 2015 Jun;36(2):42-9. doi: 10.1590/1983-1447.2015.02.51128.
- Neves RG, Flores TH, Duro SMS, Nunes BP, Tomasi E. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 27(3):e2017170, 2018.
- PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. IDH UF. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-uf-2010.html>. Acesso em: 29/03/2019.
- Rahman R, Pinto RM, Zanchetta MS, Wall MM. Delivery of Community-Based Care Through Inter-professional Teams in Brazil's Unified Health System (UHS): Comparing Perceptions Across Community Health Agents (CHAs), Nurses and Physicians. J Community Health. 2017 Dec;42(6):1187-1196. doi: 10.1007/s10900-017-0369-9.
- Simas PRP, Pinto ICM. Health work: portrait of community workers in the Northeast region of Brazil. Cien Saude Colet. 2017 Jun;22(6):1865-1876. doi: 10.1590/1413-81232017226.01532017.
- Thomaz EBAF, Sousa GMC, Queiroz, RCS, Coimbra LC. Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 2016 abr-jun; 25(2): 695-706.

MATO GROSSO DO SUL

Atenção Secundária em Saúde Bucal do Estado de Mato Grosso do Sul: Observações a partir da avaliação externa do PMAQ-CEO

Inara Pereira da Cunha¹
Maria Helena De Checchi¹
Marcelo de Castro Menehgin¹
Valéria Rodrigues de Lacerda²

¹ Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

² Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil.

Coração do Brasil (Almir Sater e Paulo Simões)

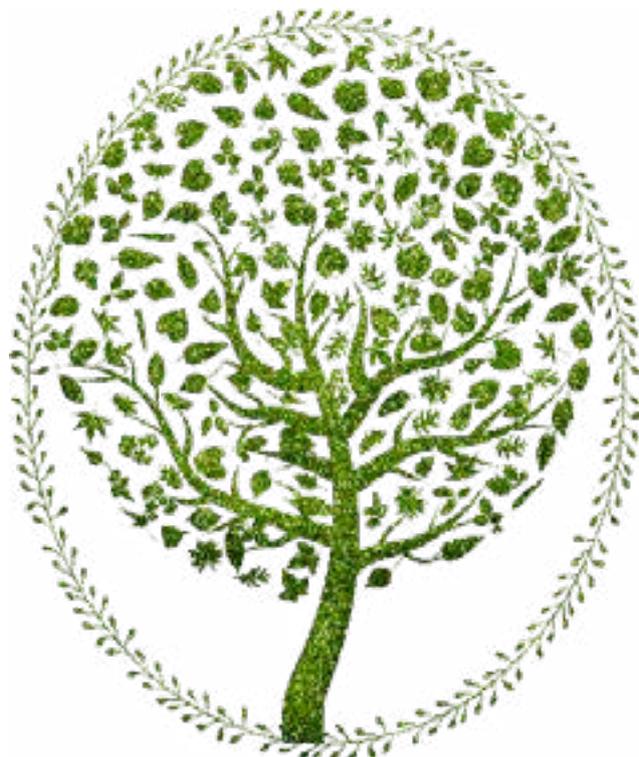
“40 anos, tanto já se passou.
Mas ainda me lembro quando uma nova estrela brilhou!
Eu vi nascer Mato Grosso do Sul.

40 anos, tanto água rolou.
Veio gente de fora, e com o povo daqui se juntou.
E vi crescer Mato Grosso do Sul.

40 anos, da semente saiu,
Uma árvore inteira, e nesta terra boa floresceu,
e se fez Coração do Brasil.

40 anos, muitos outros virão.
Seus filhos e filhas, por nossas trilhas se encontrarão.
No Coração do Brasil.

40 anos, a semente floresceu!
40 anos, Coração do Brasil!”



Resumo

Mato Grosso do Sul (MS) é um dos Estados mais jovens do Brasil, com 41 anos de emancipação, considerado o 21º mais populoso do país. Mundialmente conhecido por sua biodiversidade, é dividido em 79 municípios, organizados em quatro grandes regiões de saúde: Campo Grande, Dourados, Três Lagoas e Corumbá. A implantação da Atenção Secundária em saúde bucal, no Estado teve início no ano de 2005, e foi apenas no ano de 2014 com pactuação dos municípios ao PMAQ-CEO, que houve uma avaliação sistemática dos 16 Centros de Especialidades Odontológicas de MS. Assim o presente capítulo é um estudo descritivo, de caráter reflexivo, e observacional dos dados provenientes do 1º ciclo da fase de Avaliação do PMAQ-CEO. Foi possível identificar o perfil sociodemográfico dos usuários que acessam aos CEO's, as características profissionais, organizacionais e de processo de trabalho. Também foram identificados aspectos relacionados ao cuidado ao câncer bucal, apoio matricial e educação permanente. Por fim, o PMAQ-CEO no Estado de Mato Grosso do Sul, evidenciou algumas fragilidades dos serviços e contribuiu para apontamentos que visem à segurança da garantia dos direitos à saúde bucal dos usuários.

INTRODUÇÃO

O Levantamento de Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – SB – Brasil em 2003 evidenciou a necessidade de se criar a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada “Brasil Sorridente”, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. A PNSB possibilitou a expansão da atenção básica e conseqüentemente da ampliação e acesso aos procedimentos especializados da Odontologia.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são serviços de atenção secundária, que devem representar uma continuidade da assistência oferecida em saúde bucal na rede de atenção básica, possibilitando assim o cuidado integral da população. Deve oferecer minimamente as especialidades de endodontia, periodontia, cirurgia-oral, diagnóstico bucal e paciente com necessidades especiais. Podem ser classificados de acordo com seus recursos físico-estruturais em: CEO tipo I (três cadeiras odontológicas), CEO tipo II (quatro a seis cadeiras) e CEO tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas), devendo funcionar 40 horas semanais, possuindo quantidades variáveis de profissionais de acordo com as necessidades e com a Portaria nº599/GM/2006.

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) foi instituído através da Portaria GM nº 261, de 21 de fevereiro de 2013. O intuito foi de avaliar o desempenho dos CEOs, e repassar recursos para os serviços que cumprirem os padrões de qualidade pactuados.

Composto por quatro fases 1) adesão/contratualização, 2) desenvolvimento, 3) avaliação externa, 4) recontratualização, o programa teve a adesão voluntária de 951 CEO's em funcionamento no Brasil.

A avaliação externa no Estado de Mato Grosso do Sul (MS) foi realizada nos períodos de Março a Junho de 2014 e buscou verificar in loco os padrões de qualidade de estrutura e processo de trabalho, obtenção de informações sobre acesso aos 15 CEO's da região, para assim definir parâmetros de qualidade para melhoria e expansão das ações de atenção a saúde bucal.

A operacionalização das atividades de campo teve apoio de uma rede colaborativa coordenada pelo 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 do Ministério da Saúde, além de instituições de ensino e/ou pesquisas parceiras (IEP), que coordenaram diferentes macrorregiões do Brasil. A Universidade

Federal de Minas Gerais coordenou a pesquisa no Centro-Oeste executando e monitorando as atividades de campo por meio de um coordenador estadual e um avaliador externo respectivamente.

Assim, o presente estudo tem como objetivo descrever os principais dados do 1º Ciclo do PMAQ-CEO no Estado de Mato Grosso do Sul, dialogando com os atores envolvidos; gestores, profissionais e comunidade.

AS FASES DO PMAQ/CEO COM ÊNFASE NA AVALIAÇÃO EXTERNA

Em fevereiro de 2013, iniciava a primeira etapa do PMAQ-CEO com a adesão e contratualização dos CEO's, em caráter voluntário tanto pelos profissionais dos CEO's quanto pelos gestores municipais. Para a sua realização eram necessários: a habilitação do CEO (tipo I, II, III), a formalização da adesão através do preenchimento de um formulário eletrônico indicado pelo Ministério da Saúde, contratualização da equipe do CEO e do gestor municipal contendo os compromissos mínimos exigidos pelo programa, e informar o respectivo Conselho Municipal de Saúde, Comissão Intergestora Regional (CIR) e Comissão Intergestora Bipartite (CIB) da decisão.

A segunda fase do PMAQ foi denominada desenvolvimento e constituiu-se nas ações de autoavaliação da equipe do CEO através do AMAQ (Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), monitoramento realizado pela equipe do CEO dos indicadores pactuados na primeira fase, a realização de atividades voltadas à educação permanente considerando as necessidades das equipes dos CEO pactuados na CIB e CIR, e a aplicação de estratégias de suporte aos CEO por meio do gestor municipal, Secretaria de Estado da Saúde (SES), Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), Comissões Intergestores Regionais (CIR), Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Ministério da Saúde (MS).

A avaliação externa constituiu a terceira etapa do programa, sendo responsável pela certificação do desempenho do CEO, verificando o estabelecimento dos padrões previamente determinados, pesquisa de satisfação dos usuários e o monitoramento dos indicadores de saúde pelo Ministério da Saúde. Após o processo avaliativo o CEO poderia perder os 20% do incentivo do PMAQ-CEO, manter os 20%, ou ampliar para 60% ou para 100%.

Foram considerados como sujeitos da pesquisa: gerente (1), cirurgiões dentistas (1) e usuários (10) de cada estabelecimento de saúde, presentes na sala de espera. Os entrevistados deveriam ser maiores de 18 anos, que estavam em tratamento ou com encaminhamento de consulta ou com tratamento realizado no CEO no último ano. Foram excluídos os usuários menores de 18 anos e portadores de deficiência mental.

O Instrumento de Avaliação Externa estava organizado em três módulos, conforme o método de coleta das informações, e aplicado após assinatura do Termo de Consentimento livre Esclarecido TCLE, como descrito abaixo:

Módulo I – Observação direta: objetivava avaliar as condições de infraestrutura, equipamentos, instrumentos, materiais, insumos e medicamentos dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO. Sendo o avaliador acompanhado por um profissional do estabelecimento.

Módulo II – Em um ambiente reservado, foi entrevistado um gerente ou profissional que agregava o maior conhecimento sobre o processo de trabalho do serviço e um cirurgião dentista, de qualquer especialidade.

Módulo III - Aplicação de um questionário verificando a percepção e satisfação do usuário quanto ao CEO no que se refere ao acesso e utilização (CECOL/UFPE, 2013).

Cópias dos seguintes documentos deveriam ser recolhidas no ato da avaliação: Termo de Compromisso assinado pelo gestor, Termo de Comprometimento assinado pela equipe e pelo gestor, Ata de reunião entre gestor municipal e equipe do CEO, em que a equipe declarava adesão voluntária, folha de resposta e planilhas com matriz de intervenção propostas pelo o respectivo CEO por meio do AMAQ/CEO.

Em Dezembro de 2013 houve uma capacitação dos avaliadores externos com a entrega do manual instrutivo para o trabalho de campo. Após o recebimento de dois tablet's contendo os aplicativos dos instrumentos propostos pelo Ministério da Saúde, no mês de março de 2014 iniciou-se a avaliação. Todos os municípios e equipes de saúde bucal tiveram a oportunidade de acessar previamente o instrumento e o manual instrutivo, para a preparação da avaliação externa. Após a aplicação dos instrumentos, foi realizada uma fase de validação dos dados, que serão abordados no presente estudo.

A AVALIAÇÃO EXTERNA NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

O Estado de Mato Grosso do Sul, localiza-se na região Centro-Oeste do Brasil, segundo o IBGE em 2013 havia 2.587.269 habitantes aproximadamente, distribuído em 79 municípios. O estado apresenta 4 regiões de saúde a saber: Campo Grande, Dourados, Três Lagoas e Corumbá.

No total, 16 municípios aderiram ao PMAQ/CEO, sendo a maioria sede de microrregião e distribuídos pelas seguintes regiões de saúde (Resolução n.º. 4/SES/MS):

- Região de Campo Grande: Campo Grande, Coxim, São Gabriel do Oeste, Aquidauana, Sidrolândia, Bonito, Jardim, Bonito (8 municípios);
- Região de Três Lagoas: Três Lagoas, Paranaíba e Cassilândia (3 municípios);
- Região de Corumbá: Corumbá (1 município),
- Região de Dourados: Dourados, Naviraí, Nova Andradina, Ponta-Porã (4 municípios) (Fig. 1 e Quadro 1). O município de Dourados não realizou a pactuação, mas permitiu ser avaliado como censo.

No momento da realização da terceira etapa do PMAQ/CEO foram inaugurados no estado mais dois centros da rede secundária de saúde bucal, o CEO tipo I - Dr. "Leozório Rodrigues de Almeida Neto" (município de Aparecida do Taboado) localizada na macrorregião de Três Lagoas, e o CEO tipo II Dr. Édio de Figueredo (município de Campo Grande). O Centro de Especialidade Odontológica do município de Bonito fechou no período da avaliação e não participou da coleta de dados, restando ao final 15 estabelecimentos avaliados.



Fig. 1 – Mapa dos Centros de Especialidades Odontológicas de Mato Grosso do Sul. Fonte: <http://www.saude.ms.gov.br/>

Para o planejamento da avaliação externa, reuniu-se em dezembro de 2013 a avaliadora externa, a coordenadora estadual da avaliação e o coordenador estadual de Saúde Bucal de MS. Foram verificados os municípios a serem avaliados, em seguida elaborou-se um cronograma e discutiu-se a possibilidade do Estado auxiliar no transporte além de mediar o processo de avaliação com os gestores municipais.

Quadro 1 - Centros de Especialidades Odontológicas do Estado de Mato Grosso do Sul

UF	Município	Tipo de CEO	Portaria de Habilitação
MS	Aquidauana	II	Portaria N°118/GM, de 19 de janeiro de 2006
MS	Bonito	I	Portaria N° 651 de 12 de novembro de 2008
MS	Campo Grande	II	Portaria N°174/GM de 29 de janeiro 2008
MS	Campo Grande	III	Portaria N°986/GM, de 27 de junho de 2005
MS	Cassilândia	I	Portaria N°2.753/GM de 18 de novembro de 2008
MS	Corumbá	II	Portaria N°118/GM, de 19 de janeiro de 2006
MS	Coxim	II	Portaria N°2443/GM, de 12 de dezembro de 2005
MS	Dourados	II	Portaria N°132/SAS, de 08 de março de 2005
MS	Jardim	I	Portaria N°118/GM, de 19 de janeiro de 2006
MS	Nova Andradina	II	Portaria N°276/SAS de 15 de maio de 2008
MS	Paranaíba	II	Portaria N°2129/GM, de 04 de novembro de 2005
MS	Ponta Porã	II	Portaria N°986/GM, de 27 de junho de 2005
MS	São Gabriel do Oeste	I	Portaria N° 651 de 12 de novembro de 2008
MS	Sidrolândia	I	Portaria N°118/GM, de 19 de janeiro de 2006
MS	Três Lagoas	II	Portaria N°1652, de 15 de setembro de 2005

Fonte: SITE DAB/SAÚDE BUCAL



Figura 1. CEO do município de Corumbá. Região de saúde de Corumbá. 2014.



Figura 2. CEO do município de Dourados. Região de saúde de Dourados. 2014.



Figura 3. CEO do município de Nova Andradina. Região de saúde de Dourados. 2014.



Figura 4. CEO do município de Naviraí. Região de saúde de Dourados. 2014.



Figura 5. CEO do município de Ponta-Porã. Região de saúde de Dourados. 2014.



Figura 6. CEO do município de Paranaíba. Região de saúde de Três Lagoas. 2014.



Figura 7. CEO do município de Cassilândia. Região de saúde de Três Lagoas. 2014.



Figura 8. CEO do município de Três Lagoas. Região de saúde de Três Lagoas. 2014.



Figura 9. CEO do município de Campo Grande. Região de saúde de Campo Grande. 2014.



Figura 10. CEO do município de Campo Grande. Região de saúde de Campo Grande. 2014.



Figura 11. CEO do município de Paranaíba. Região de saúde de Campo Grande. 2014.



Figura 12. CEO do município de Sidrolândia. Região de saúde de Campo Grande. 2014.



Figura 13. CEO do município de Coxim. Região de saúde de Campo Grande. 2014.



Figura 14. CEO do município de São Gabriel do Oeste. Região de saúde de Campo Grande. 2014.



Figura 15. CEO do município de Jardim. Região de saúde de Campo Grande. 2014.

A INVESTIGAÇÃO E SEUS DESDOBRAMENTOS

Os principais dados coletados pela avaliação do 1º Ciclo do PMAQ-CEO no Estado de MS são descritos nessa seção.

Por meio da aplicação do Módulo III (módulo de entrevista com os usuários), foi possível identificar que a maioria dos usuários que acessam aos serviços de especialidades odontológicas no Estado de Mato Grosso do Sul, são do sexo feminino, maiores de 45 anos de idade, que se autodeclararam pretos ou pardos, moradores urbanos, cobertos pela Estratégia Saúde da Família, com ensino fundamental incompleto, renda de 1 a 2 salários mínimos e que não participam do programa bolsa família.

Você sabia?

Poucos são os estudos epidemiológicos que caracterizam o perfil das necessidades de saúde bucal da população do Estado de Mato Grosso do Sul. Buscando um retrato mais atualizado para colaborar com o planejamento de projetos na área, está sendo desenvolvido pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, em parceria com a Secretária Estadual de Saúde e com Universidade de São Paulo o Levantamento de Saúde Bucal conhecido como “SB Mato Grosso do Sul”.

Fonte: <http://www.acritica.net/editorias/saude/mapa-da-saude-bucal-dos-sul-matogrossenses-e-apresentado-em-pesquisa/200469/>

Tabela 1. Principais características sociodemográficas dos usuários que acessaram aos Centros de Especialidades Odontológicas de Mato Grosso do Sul, 2014 (n =117).

Variáveis	Usuários n = 117 (%)
Sexo	
Feminino	79 (67,5%)
Masculino	38 (32,5%)
Idade	
≤45 anos	44 (37,6%)
>45 anos	73 (62,4%)
Cor	
Branco	42 (35,8%)
Preto/Pardo	72 (61,5%)
Amarelo/ indígena/outros	3 (2,7%)
Tipo de moradia	
Urbana	100 (85,4%)
Rural	17 (14,6%)
Casa é coberta (acompanhada) pela Estratégia Saúde da Família	
Sim	100 (85,4%)
Não	16 (13,6%)
Não sabe	1 (1%)
Escolaridade	
Sem alfabetização	4 (3,7%)
Ensino fundamental incompleto	54 (46,1%)
Ensino fundamental completo	6 (5,1%)

Ensino médio incompleto	24 (20,5%)
Ensino médio completo	16 (13,6%)
Ensino superior incompleta	7 (5,9%)
Ensino superior completa	6 (5,1%)
Renda	
Sem rendimento	4 (3,7%)
De 1 a 2 salários mínimos	36 (30,7%)
De 2 a 3 salários mínimos	49 (41,8%)
De 3 a 5 salários mínimos	20 (17%)
De 6 ou mais salários mínimos	8 (6,8%)
Bolsa Família	
Participa	34 (29%)
Não Participa	82 (70%)
Já participou	1 (1%)

Apenas nos municípios de Campo Grande, Sidrolândia, Três Lagoas e Jardim a meta de usuários entrevistados foi atingida (10 usuários por município). Coincidentemente o CEO dessas regiões eram os únicos que marcavam os pacientes buscando preencher mesmos horários de funcionamento, organizavam as agendas por ordem de chegada em períodos diurnos determinados, dessa forma, todos os usuários chegavam ao mesmo horário e no mesmo período, sobrecarregando a sala de espera. Desses municípios considerados de baixo fluxo de usuários, dois eram de abrangência regional, os atendimentos que começavam no início da manhã, ou da tarde tinham os procedimentos encerrados após três horas de trabalho.

Observando os dados coletados pelo Módulo I (Tabela 2), foi possível revelar que a maioria dos CEO's era do tipo II. É importante ressaltar que na Região de Campo Grande existiam 3 CEO's do Tipo I, 3 do tipo II e 1 do tipo III. A Região de Três Lagoas apresentou 2 CEO's do tipo II e 1 do Tipo I. A Região de Dourados todos do Tipo II, e a região de Corumbá apenas 1 do tipo II.

Sobre os atendimentos todos os CEO's funcionam de segunda à sexta-feira no período matutino e vespertino, no entanto atendimentos noturnos foram observados apenas na Região de Campo Grande e Dourados. Outros períodos diferenciados como atendimentos aos sábados foram identificados em Campo Grande e Corumbá. O atendimento no horário do almoço foi identificado na Região de Campo Grande e Três Lagoas (Tabela 2).

Sobre as principais características de estrutura, ressalta-se que todas as regiões de saúde apresentaram laboratório de prótese no CEO, exceto a Região de Corumbá. Porém, a maioria dos laboratórios estava desativada (exceto Campo Grande, Sidrolândia, Coxim e Paranaíba).



Figura 16. Laboratório de prótese do CEO do município de Paranaíba/MS.2014.



Figura 17. Laboratório de prótese do CEO do município de Sidrolândia/MS.2014



Figura 18. Laboratório de prótese do CEO do município de Sidrolândia/MS.2014.

Todas as Regiões de Saúde apresentaram pelo menos um CEO com a necessidade de reformas. Ainda sobre estrutura, porém tecnológica, apenas os municípios de Campo Grande, Corumbá, Naviraí e Nova Andradina afirmaram que as equipes tinham computadores com acesso a Internet.

Tabela 2. Frequência das variáveis destacadas dos Centros de Especialidades Odontológicas de Mato Grosso do Sul, 2014 (n=15).

Variáveis	CEO n=15 (%)
Características do CEO	
Tipo I	4(26,6%)
Tipo II	10 (66,6%)
Tipo III	1 (6,8%)
Atendimentos	
Atendimento Noturno	
Sim	4 (26,6%)
Não	11 (73,3%)
Aos sábados	
Sim	3(20%)
Não	12(80%)
Hora de almoço	
Sim	2(13,3%)
Não	13 (86,6%)
Estrutura	
Laboratório de prótese	
Sim	10(66,6%)
Não	5(33,4%)
O CEO necessita de reforma	
Sim	10 (66,6%)
Não	5(33,4%)
A equipe tem computadores com acesso à Internet	
Sim	5(33,4%)
Não	10(66,6%)

Fique sabendo

Mato Grosso do Sul vai receber em 2019 um reforço financeiro de R\$ 1,3 milhão para melhorias da assistência à saúde bucal pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A verba será destinada a 15 municípios do Estado para compra de equipamentos para reforçar o atendimento odontológico.

Fonte: <https://www.correiadoestado.com.br/cidades/mato-grosso-do-sul-tera-repasse-de-r-13-milhoes-destinados-a-compra/344060/>

Na entrevista com o gerente (Módulo II) foi possível identificar que a maioria dos CEO's de MS possui seu próprio gerente. Também foi possível identificar que 73,3% dos profissionais inseridos nos CEO's não são contemplados pelo plano de cargo e carreira. Ainda, 80% dos estabelecimentos afirmaram realizar planejamento das ações nos últimos meses, e todos realizaram o monitoramento das metas estabelecidas para cada especialidade. No entanto, 66,6% não avaliam as ações que foram programadas. A maioria dos CEO's realiza reunião de equipe, e não pararam nos últimos 12 meses por falta de insumos ou equipamentos estragados (Tabela 3). Os profissionais dos CEO's que afirmaram dificuldades com insumos e equipamentos estavam na Região de Dourados e Corumbá.

Sobre o uso de prontuário eletrônico, observou-se que ainda não está sendo utilizado em todos os CEO's. Com relação à demanda dos usuários, foi possível verificar que o tipo de demanda é mista ou referenciada, que a maioria dos CEO's não sabe o percentual de absenteísmo dos usuários e não entra em contato prévio para confirmar a consulta. Muitos gerentes/responsáveis pelo estabelecimento relataram que só prestaram atenção nessa questão após o PMAQ-CEO, colocando ações estratégicas para a diminuição do absenteísmo nas planilhas de intervenção confeccionadas na etapa II do programa. O absenteísmo de consultas especializadas é um problema que acarreta reflexos negativos para os três níveis de atenção. Esse fenômeno é multicausal, relacionadas à gestão, trabalhadores e usuários, destacando que a ação da equipe de saúde, em especial o agente comunitário por meio das visitas domiciliares, pode reduzir significativamente as faltas. Destaca-se ainda que o Ministério da Saúde não define um parâmetro do que seria uma taxa máxima de absenteísmo aceitável (CAVALCANTE et al., 2013).

Ainda sobre os usuários, a maioria é encaminhada para o CEO com ficha específica da atenção básica e é contrarreferenciado com ficha específica também (Tabela 3).

Durante a avaliação observou-se que a maioria das contrarreferências eram referentes aos usuários em tratamento na especialidade de Periodontia. Uma experiência de relação estreita com equipe da atenção básica ocorreu no CEO de Dourados, onde um relatório de absenteísmo e tratamentos realizados detalhadamente é produzido pela gerente que os repassa mensalmente as unidades, solicitando as equipes de saúde bucal da atenção básica a identificação dos motivos das faltas às consultas, permitindo também o melhor acompanhamento dos casos encaminhados para as equipes de saúde bucal da atenção básica.

Ainda é incipiente a relação do CEO com a alta complexidade. Observa-se que a maioria dos profissionais dos CEO's entra em contato regular com os hospitais e não são todos os centros que possuem essa referência pactuada (Tabela 3). Esse dado encontra-se distribuído em todas as regiões de saúde do Estado.

Você sabia?

Desde o ano de 2005 o Conselho Federal de Odontologia (CFO) realiza o Prêmio Nacional CFO de Saúde Bucal. O prêmio é concedido às cidades brasileiras que se destacam no atendimento odontológico, obedecendo a critérios específicos. Os municípios de Campo Grande e Corumbá já foram vencedores nacionais. No ano de 2018, o município de Naviraí também foi premiado.

Fonte: <http://www.croms.org.br/noticias.php?id=1224>

Por fim, a tabela 3 mostra que não são todos os CEO's que realizam ou tem mecanismos de avaliação da satisfação dos usuários, sendo uma característica distribuída nas Regiões de Saúde.

Tabela 3 – Características profissionais, de vínculo empregatício, organizacionais e de processo de trabalho nos Centros de Especialidades Odontológicas de Mato Grosso do Sul, 2014 (n=15).

Variáveis	CEO n=15 (%)
Possui gerente	
Sim	13(86,6%)
Não	2(13,3%)
Plano de Cargo e Carreira	
Sim	4(26,6%)
Não	11(73,3)
Houve planejamento das ações do CEO nos últimos 12 meses	
Sim	12(80%)
Não	3(20%)
Equipe do CEO avalia as ações programadas	
Sim	5(33,3%)
Não	10(66,6%)
O CEO realiza reunião de equipe	
Sim	12(80%)
Não	3(20%)
O dentista deixou de atender por falta de insumos	
Sim	5(33,3%)
Não	10(66,6%)
O dentista deixou de atender devido a estragos no equipamento	
Sim	4(26,6%)
Não	11(73,3%)
Utilizam prontuário eletrônico	
Sim	8(53,3%)
Não	7(46,6%)
Tipo de demanda ao CEO	
Referenciada	11(73,3%)
Mista	4(26,6%)
O CEO sabe o percentual de absenteísmo?	
Sim	4(26,6%)
Não	11(73,3%)
O CEO entra em contato com o usuário para confirmar a consulta	
Sim	4(26,6%)
Não	11(73,3%)
O usuário é encaminhado da AB com ficha específica	
Sim	11(73,3%)
Não	4(26,6%)
O usuário é contra referenciado com ficha específica?	
Sim	14(93,3%)

Não	1(6,6%)
Frequência de contato entre CEO e profissionais de nível hospitalar	
Sempre	3(20,1%)
Algumas vezes	8(53,3%)
Nunca	4(26,6%)
Existe referenciada pactuada a nível hospitalar?	
Sim	7(46,6%)
Não	8(53,3%)
O CEO realiza ou tem mecanismos de avaliação da satisfação do usuário?	
Sim	9(60%)
Não	6(40%)

Na tabela 4, é possível verificar o número de cirurgiões-dentistas nos CEO, e o tipo de vínculo empregatício. A maioria dos cargos comissionados e temporários encontra-se na região de saúde de Três Lagoas.

Tabela 4 – Tipo de Vínculo entre os Cirurgiões-dentistas Centros de Especialidades Odontológicas de Mato Grosso do Sul, 2014 (n=149).

Vínculo Profissional dos Cirurgiões-dentistas	Cirurgiões-dentistas do CEO n=149(%)
Servidor Público Estatutário	135(90,6%)
Comissionados	3(2%)
Temporários	11(7,4%)

Sobre o Câncer Bucal, observa-se que a maioria das equipes não realiza capacitação com os profissionais da Atenção Básica para a detecção do câncer de boca. Todos afirmaram realizar a biópsia dos casos suspeitos, e a maioria dos CEO's apresentaram registros de usuários diagnosticados com a doença, mas não possuem referência para o encaminhamento a nível hospitalar.

Tabela 5 – Frequência dos dados relacionados ao Câncer Bucal nos Centros de Especialidades Odontológicas de Mato Grosso do Sul, 2014 (n=15).

Variável	CEO n=15(%)
Realizaram capacitação com os profissionais da atenção básica para a detecção do câncer de boca	
Sim	6(40%)
Não	9(60%)
Registro de usuários com diagnóstico de câncer de boca	
Sim	11(73,3%)
Não	4(26,6%)
O CEO possui referência para o encaminhamento dos casos diagnosticados de câncer de boca	
Sim	7(46,6%)
Não	8(53,3%)

É alta a frequência de CEO's que realizam a moldagem e entrega da prótese dentária no Estado. A Região de Saúde de Campo Grande é a que mais confecciona prótese ao mês (em torno de 116 próteses totais), no entanto, é a região que apresenta a maior fila de espera para o tratamento (quase 900 pessoas na fila de espera).

Tabela 6 – Frequência dos dados relacionados à Prótese Dentária nos Centros de Especialidades Odontológicas de Mato Grosso do Sul, 2014 (n=15).

Variáveis	CEO n=15(%)
O CEO realiza moldagem para prótese	
Sim	13(86,6%)
Não	2(13,3%)
Próteses entregadas por mês*	
≤43	8(53,3%)
>43	7(46,6%)
Pessoas na lista de espera para a prótese dentária*	
≤40	9(60%)
>40	6(40%)

*Variáveis dicotomizadas pela média.

Sobre apoio matricial, foi possível identificar que a maioria dos profissionais do CEO necessita de apoio para os casos considerados complexos. Porém, poucos contribuem com o apoio matricial para a Atenção Básica. Observou-se uma alta frequência de CEO's que não realizam atividades em conjunto com as equipes de saúde bucal, com a construção de projetos terapêuticos singulares, protocolos e atividades de educação (Tabela 8). Através do exposto, pode-se dizer que a atenção secundária de saúde bucal pouco reconhece da realidade da Atenção Básica e, conseqüentemente, dos determinantes sociais que influenciam nas doenças bucais dos usuários atendidos.

Tabela 7 – Apoio Matricial relacionado aos Centros de Especialidades Odontológicas de Mato Grosso do Sul, 2014 (n=15).

Variáveis	CEO n=15(%)
Os profissionais do CEO necessitam de apoio para casos considerados complexos	
Sim	11(73,3%)
Não	4(26,6%)
Realizam apoio para a Equipe da Atenção Básica	
Sim	13(86,6%)
Não	2(13,3%)
Periodicidade do apoio	
Sem periodicidade	13(86,6%)
Mensal	1(6,7%)
Semanal	1(6,7%)
Realizam construção conjunta de projetos terapêuticos com os profissionais das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica	
Sim	4(26,6%)
Não	11(73,3%)

Realizam atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica	
Sim	3(20%)
Não	12(80%)
Realizam construção e discussão de protocolos clínicos	
Sim	6(40%)
Não	9(60%)

Na tabela 8, identifica-se que é incipiente a educação permanente para os profissionais do CEO, bem como o uso do Telessaúde nas ações de diagnóstico, consultoria e educação. Investigando a educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas, pouco mais da metade dos avaliados responderam que o município promovia ações de educação permanente que incluíam os profissionais do CEO e que contemplavam parcialmente as demandas e necessidades da equipe. Alguns municípios assinalaram a participação em seminários, troca de experiências entre os profissionais da rede. O Telessaúde e seus recursos de telediagnóstico e tele-educação parecem ser desconhecidos pela maioria dos cirurgiões-dentistas.

Tabela 8 – Educação Permanente e uso do Telessaúde referente aos Centros de Especialidades Odontológicas de Mato Grosso do Sul, 2014 (n=15).

Variáveis	CEO	n=15(%)
O município promove ações de educação permanente que incluam o profissional do CEO		
Sim		8(53,3%)
Não		7(46,6%)
A equipe utiliza o telediagnóstico		
Sim		1(6,6%)
Não		14(93,4%)
Teleconsultoria		
Sim		2(20%)
Não		13(80%)
Tele-educação		
Sim		2(20%)
Não		13(80%)

Sobre a espera dos usuários para o atendimento nos CEO's, verifica-se que as especialidades de Cirurgia e Endodontia são as que apresentaram maior tempo de espera, principalmente na Região de Saúde de Dourados. Para essas mesmas especialidades, a Região de Campo Grande apresentou o menor tempo de espera.

Tabela 9 – Distribuição do tempo de espera em dias pelos usuários para o atendimento no Centros de Especialidades Odontológicas de Mato Grosso do Sul, de acordo com as especialidades odontológicas, 2014 (n=15).

Especialidades	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Cirurgia	3	60	18	±18,25
Endodontia	10	90	27	±21,41
Pacientes com Necessidades Especiais	0	15	6	±5,31
Periodontia	1	30	13	±8,83
Estomatologia	0	60	6	±5,76

CONSIDERAÇÕES FINAIS E EXPECTATIVAS PARA O SEGUNDO CICLO DO PMAQ-CEO EM MS

Através da avaliação da rede de serviços secundária em saúde bucal haverá a possibilidade de novas tomadas de decisões e o reordenamento das políticas e programas de saúde bucal, além de firmar a necessidade do monitoramento constante das práticas fortalecendo a vigilância em saúde bucal (GOES et al., 2012). Antes do programa de melhoria e acesso a qualidade dos serviços de saúde, o processo avaliativo encontrava-se em fase incipiente de construção.

O processo de avaliação externa do PMAQ-CEO possibilita reforçar ações e estratégias das gestões do SUS qualificando e melhorando as condições do processo de trabalho, considerando a participação dos usuários, registrando as dificuldades e potencialidades de cada um dos CEO's, promovendo maior equidade nos investimentos das esferas de governo (CECOL/UFPE, 2013).

No estado de Mato Grosso do Sul, percebe-se que a avaliação dos serviços odontológicos públicos é escassa. A contratualização do PMAQ-CEO foi uma oportunidade de autoavaliação, realizada pela primeira vez em estabelecimentos que funcionavam a mais de dez anos. Foram 15 CEO's avaliados, com a desistência de apenas um município (município de Bonito, região de Saúde de Campo Grande).

Através da descrição dos dados da avaliação externa, foi possível identificar algumas fragilidades nos serviços, dentre elas, a falta de comunicação entre a gestão e as equipes de saúde. Houve momentos em que algumas equipes demonstraram na avaliação desconhecer o programa e seus critérios, sendo o mesmo pactuado apenas em documento oficial. A rotatividade de gestores, coordenadores municipais e estaduais de saúde bucal, e a ausência de gerentes, podem contribuir para o desmembramento do programa que pode não ser compreendido por seus sucessores.

Os usuários participaram da avaliação através de um questionário subjetivo. Foi possível identificar o perfil dos usuários que acessam a média complexidade da rede de atenção à saúde bucal do Estado, o que está relacionado com fatores socioeconômicos, educacionais e culturais da população, sendo singular em cada região. Foi possível identificar também a pouca participação

dos mesmos nas decisões do serviço.

A maioria dos CEO's encontrava-se em locais adaptados, com mínimo de acessibilidade aos pacientes com necessidades especiais. As reuniões de equipe pareceram ocorrer em ambientes impróprios, com planejamentos centrados nas metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para cada especialidade. Verificou-se também uma tendência da complementação do sistema privado dos serviços protéticos.

A relação entre a equipe de Saúde Bucal do CEO e da Atenção Básica apresentou-se como pontual, e pouco esclarecida para os seus membros. Notou-se uma priorização da assistência com poucas preocupações com a prevenção em saúde bucal. Essa realidade pode ter sido uma consequência do não desenvolvimento de estratégias de educação permanente que contemplassem as reais necessidades dos recursos humanos na área odontológica.

As perguntas da avaliação externa do PMAQ-CEO proporcionaram aos profissionais do CEO a refletirem sobre o processo de trabalho, fomentando a necessidade de autoavaliação constante e do planejamento das ações. Por fim, os dados apresentados poderão servir de propostas de intervenções da equipe, podendo ser um norte para novas melhorias.

REFERÊNCIAS

- Secretária estadual de saúde de mato grosso do sul. Aprova as decisões da comissão intergestora tripartite estadual de mato grosso do sul. Resolução n°. 04/SES/MS. Campo Grande, 26 de fevereiro de 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/AMAQ_CEO.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Portaria GM n°. 261/2013. Brasília 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Portaria GM n°. 648/2006. Brasília 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Portaria GM n°. 599/2006. Brasília 2006.
- Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal – CECOL/UFPE. Avaliação Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade os Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO): Manual instrutivo para o trabalho d campo. Pernambuco, 2013. (Apostila).
- Cavalcanti RP, Cavalcanti JTM, Serrano RMSM, Santana PR. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistemas de saúde pública: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa - PB, Brasil. *Tempus Actas Saúde Coletiva*. 2013; 7(2):63-84.
- Goes PSA et al . Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(Supl.), s81-s89.
- Correia ADMS, Dobashi BF, Gonçalves CCM, Kanomata MN, Monreal VRFD, Nunes EA. Telessaúde brasil redes e teleodontologia: relato da experiência em mato grosso do sul. *J Bras Tele* 2013;2(2):35-37.

PARÁ

ACESSO E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO ESTADO DO PARÁ

Danielle Tupinambá EMMI
Coordenadora do Estado do Pará no PMAQ-CEO. Professora Adjunto da
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará.

Rhuan Vitor Sodré LEAL
Graduando da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará.

INTRODUÇÃO

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) constituem estabelecimentos de saúde que devem integrar a rede hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), representando referência para a atenção primária, integrados ao processo de planejamento loco-regional. Surgiram como uma das linhas de ação estratégicas da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, para ampliar e garantir à população, acesso à atenção secundária em saúde bucal, com oferta mínima das especialidades de periodontia, endodontia, atendimento a pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer de boca e cirurgia oral menor.

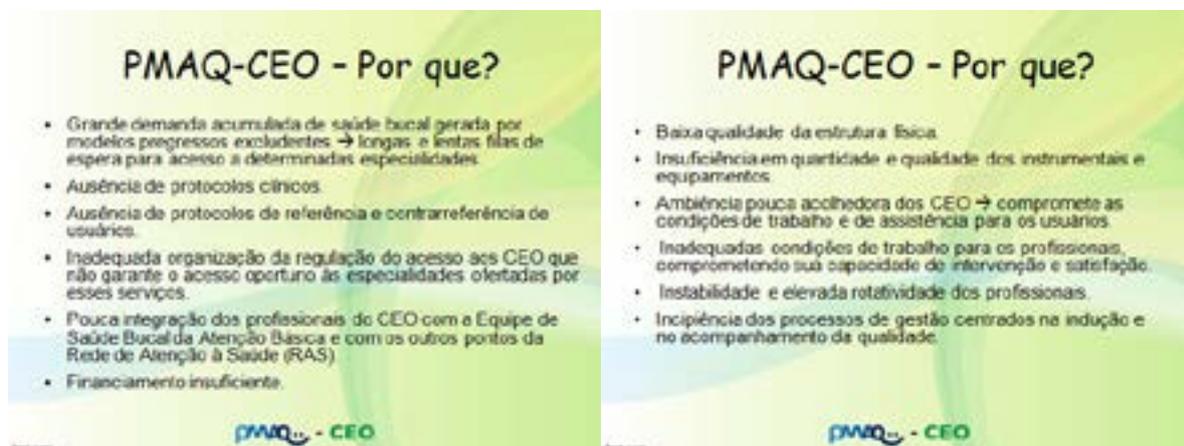
Observa-se que a implantação dos CEO constitui uma estratégia relevante com vistas à integralidade da atenção no âmbito odontológico (CHAVES et al., 2010) e, como serviços de saúde que representam, devem ser avaliados, objetivando a melhoria contínua da qualidade do serviço ofertado (LIMA et al., 2010).

Neste contexto, a avaliação deve constituir uma rotina nas práticas dos serviços, nos diversos setores da saúde, devendo tornar-se uma ferramenta contínua e permanente da gestão, pois o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional (FELISBERTO, 2006).

Assim, diante do cenário de avaliação dos serviços de saúde e buscando a qualificação da atenção especializada em saúde bucal, estimulando um processo contínuo e progressivo de melhora nos padrões de acesso e qualidade que envolvesse a gestão e os processos de trabalho, bem como, mobilizasse gestores, trabalhadores e usuários para mudança da cultura de gestão e qualificação, foi instituído no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal e por meio da Portaria nº 261/GM/MS, de 21 de fevereiro de 2013, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) (BRASIL, 2013a).

O PMAQ-CEO acontece em ciclos complementares e contínuos de 3 fases: 1) adesão e contratualização; 2) avaliação externa e certificação; 3) recontratualização. Essas fases são permeadas por um eixo estratégico transversal de desenvolvimento que compreende ações transversais e sistemáticas durante todo o período de participação da equipe do CEO no Programa, visando alavancar as mudanças necessárias ao serviço.

Uma das ações do eixo estratégico transversal de desenvolvimento é a autoavaliação da equipe, que constitui ação crítico-reflexiva importante a ser construída coletivamente, com o objetivo de estimular a equipe a colocar seu processo de trabalho em análise e a pensar modos de mudá-lo para alcançar os objetivos pactuados por este mesmo grupo. A autoavaliação deve, além de identificar problemas, realizar propostas de intervenções para contornar as dificuldades presentes (BRASIL, 2013a).



Mas, quais as dificuldades e desafios enfrentados pelos CEO e que são foco do PMAQ-CEO para melhoria do acesso e qualidade?

O compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanentemente reforçado com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos desafios apresentados pela realidade local, seja em função da complexidade das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico, quanto em função do aumento das expectativas da população em relação à eficiência e qualidade do SUS (BRASIL, 2013a).

OS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO ESTADO DO PARÁ

O Estado do Pará está localizado na região norte do Brasil, sendo o Estado mais populoso da Região e o segundo maior Estado brasileiro em dimensão territorial, com área maior que toda a região Sudeste. Apresenta 144 municípios divididos em seis mesorregiões geográficas, definidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que mostram uma identidade regional individualizada definida pelo processo social, quadro natural e rede de comunicação (IBGE, 1990): Mesorregião Metropolitana de Belém; do Baixo Amazonas; do Marajó; do Nordeste Paraense; do Sudeste Paraense e Mesorregião do Sudoeste Paraense. O Estado apresenta extensa bacia hidrográfica, cujos rios caudalosos funcionam, muitas vezes, como único meio de deslocamento entre os municípios do Estado e municípios vizinhos.



Figura 1: Mesorregiões Paraenses. (Fonte: Google Imagens).

Durante o 1º ciclo do PMAQ-CEO, ocorrido nos anos de 2013 e 2014, os dados mostraram que menos de 50% dos paraenses tinham cobertura da atenção secundária odontológica. Em todo o Estado, somente 32 CEO estavam implantados, com 25 municípios cobertos pela atenção especializada (BRASIL, 2018). Desses CEO, apenas 25 aderiram ao Programa, no entanto, 29 foram avaliados e 03 CEO que estavam em reforma estrutural não foram avaliados.

Foi possível observar, com a extensa área territorial do Estado, as diferenças mesorregionais na atenção secundária em saúde bucal, com maior concentração de CEO em algumas mesorregiões, como a Metropolitana, que abriga 10 CEO, em contraste com os vazios assistenciais de outras, como a mesorregião do Marajó que não apresenta CEO.



▣ **Cobertura:** Número de CEO implantados no Pará:

▣ 32 CEO em 25 municípios:

▣ Entre 1 e 2

▣ Mais de 2

▣ **Adesão ao 1º ciclo do PMAQ-CEO:**

▣ 25 CEO em 22 municípios.

Figura 2: Distribuição de CEO nas mesorregiões do Estado do Pará. (Fonte: Google Imagens).

Em todo o Estado, a oferta de serviços especializados era representada por 131 cadeiras odontológicas, distribuídas nos diferentes tipos de CEO. Para cada tipo de CEO há um valor de implementação e de custeio mensal. Quase todos os estabelecimentos funcionavam no mínimo durante 5 dias da semana e pelo menos em 2 turnos.



POR ENTRE ESTRADAS E RIOS: A AVALIAÇÃO EXTERNA NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO PARÁ: DESAFIOS E DIFICULDADES

O Estado do Pará com sua extensa área territorial, suas longas estradas de rio e grande diversidade regional, apresenta também, heterogeneidade em seus Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), seja nas características estruturais, de gestão, de funcionamento, processo de trabalho, oferta de serviços e/ou acesso. Neste enfoque, diante do número crescente de CEO implantados no Brasil, das dimensões continentais do país e desigualdades macrorregionais, que refletem nas condições de saúde bucal da população, se torna necessário verificar o panorama geral destes serviços, a fim de que se possa monitorar a qualidade do serviço oferecido à população, com vistas a ampliação do acesso, para que os padrões adequados a serem alcançados, sejam equivalentes nos diferentes municípios, estados e regiões do País.

Compreendendo uma das fases do PMAQ-CEO, a avaliação externa é o momento em que os CEO são visitados pelos avaliadores de qualidade, para coleta de dados e análise de documentos do estabelecimento. Para isso, são utilizados instrumentos específicos para os diferentes atores do serviço: gerência do CEO, equipe de trabalho e usuários, onde todos os instrumentos contemplam aspectos importantes das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente.

Dessa forma, o Instrumento para Avaliação Externa é organizado em três módulos, conforme o método de coleta das informações: A) Módulo I que compreende as observações no CEO, avaliando as condições de estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos do estabelecimento; B) Módulo II, que corresponde a entrevista com o gerente do CEO e um cirurgião dentista, de qualquer especialidade para obtenção de informações sobre o processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado para os usuários; e C) Módulo III que contém a entrevista que deve ser feita com 10 usuários em cada CEO, visando verificar a satisfação e percepção destes quanto

aos serviços especializados de saúde bucal no que se refere ao seu acesso e utilização (BRASIL, 2013c).

Para esta avaliação in loco, o Ministério da Saúde conta com o apoio de Instituições de Ensino e Pesquisa que atuam na organização e no desenvolvimento dos trabalhos de campo, incluindo a seleção e capacitação dos entrevistadores (BRASIL, 2013c)

No Pará, durante o 1º ciclo do PMAQ-CEO, a parceria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará foi de grande importância, disponibilizando e apoiando a participação da coordenadora estadual do Programa, bem como, o espaço físico necessário para as capacitações e reuniões com os avaliadores de qualidade. Neste processo, pode-se também destacar a participação ativa da Coordenação de Saúde Bucal do Estado do Pará, algumas Regionais de Saúde, como também as Coordenações de Saúde Bucal e Secretarias de Saúde dos municípios que foram visitados, que viabilizaram e facilitaram os deslocamentos dos avaliadores intra e intermunicípios, atuando como aliadas importantes neste processo.

Para o 1º ciclo, o Estado contou com a seleção de apenas 02 avaliadores de qualidade. Contudo, a extensa área territorial do Pará necessitou da colaboração de 03 avaliadores do Estado do Amazonas. Todos seguiram rotas pré-estabelecidas levando em consideração a logística de deslocamento quanto a proximidade entre municípios que apresentavam CEO. Sabe-se que no Pará muitos deslocamentos só podem ser realizados por via aérea ou fluvial e que estas, na maioria das vezes, não contam com muitas opções. Isso exigiu um grande empenho dos avaliadores, pois precisavam cumprir a agenda de avaliações rigorosamente dentro do prazo estabelecido. Além disso, a época em que foram realizadas as avaliações, no período de maior volume de chuva, dificultou o acesso à muitos CEO.

Apesar do 1º ciclo do PMAQ-CEO ser instituído por meio da Portaria nº 261/GM/MS, em fevereiro de 2013, muitos gestores, quando contactados para a fase de avaliação externa no primeiro trimestre de 2014, ainda desconheciam o processo. Esse fato pode ser decorrente da grande rotatividade de gestores de CEO e coordenadores municipais, em função das mudanças políticas. De um modo geral, isso reflete negativamente no serviço, pois sabe-se que o comprometimento dos gestores é um diferencial para que o serviço funcione de forma eficiente e satisfatória.

As datas de avaliação foram previamente acordadas entre a Coordenação Estadual do PMAQ-CEO e as Coordenações de Saúde Bucal e Secretarias de Saúde dos municípios, visto a necessidade do estabelecimento estar preparado para receber o avaliador em momento de atendimento e rotinas normais do serviço, assim como, para o gestor ter disponível e em mãos, os documentos comprobatórios para agilizar a entrevista. Contudo, apesar dos agendamentos prévios com a gestão, alguns serviços não apresentaram o quantitativo de 10 usuários de retorno no serviço, necessários para a realização do Módulo III, assim como, não detinham a documentação necessária, sendo estas algumas das principais dificuldades enfrentadas pelos avaliadores de qualidade.

Os gestores de CEO ainda viam a avaliação realizada pelo PMAQ-CEO como um processo punitivo, procurando adequar o serviço momentos antes da visita do avaliador de qualidade, como para atender as exigências do Ministério da Saúde e não, como uma necessidade de adequação do serviço para melhoria do cuidado ao usuário. Neste contexto, observa-se o papel indutor de

mudanças disparado pelo PMAQ-CEO, pois a gestão, ao promover adequações no aspecto físico naquele momento, já estava organizando o ambiente e gerando melhorias ao serviço (FIGUEIREDO et al., 2016)..

RETRATO DO SERVIÇO OFERTADO NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) NO ESTADO DO PARÁ

Os CEO foram planejados como unidades de referência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, com procedimentos clínicos odontológicos complementares, criando-se um sistema de referência e contrarreferência importante para a organização da demanda e atendimento integral às necessidades de saúde do usuário. Assim, os profissionais da AB são responsáveis pelo primeiro contato com usuários, realização de diferentes ações de saúde de promoção e prevenção, assim como procedimentos clínicos de baixa complexidade. Os casos mais complexos e que não apresentam resolutividade na atenção básica, devem ser encaminhados para os CEO (SOUZA et al., 2015).

Nesses estabelecimentos especializados, os serviços são divididos em especialidades mínimas obrigatórias e outras especialidades. As atividades relacionadas às especialidades mínimas devem ser desenvolvidas em todos os serviços de maneira compulsória. Além das especialidades mínimas obrigatórias, outros procedimentos podem ser realizados nos CEO, os quais estão inclusos na tabela do SUS, como: aparelho ortodôntico/ortopédico e implante dentário osteointegrado (incluindo a prótese sobre o implante) (BRASIL, 2013b).

Os procedimentos referentes às especialidades não obrigatórias são financiados de acordo com a produção apresentada via Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), ou mediante à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) dos municípios e estados, publicados em portaria específica. Para o cumprimento dessas atividades, os CEO devem ter profissionais habilitados, correspondendo às outras especialidades não obrigatórias como: implantodontista, odontopediatra, ortodontista/ ortopedista, dentística especializada e protesista (BRASIL, 2011).



ESPECIALIDADES MÍNIMAS:

- Cirurgia Oral
- Endodontia
- Estomatologia
- Pacientes com necessidades especiais
- Periodontia
- Cirurgia Oral

OUTRAS ESPECIALIDADES:

- Implantodontia
- Odontopediatria
- Ortodontia/ Ortopedia
- Dentística especializada
- Prótese

No Pará, dentre as especialidades mínimas, a endodontia foi a especialidade que apresentou mais dentistas atuantes e maior carga horária semanal de trabalho, enquanto a estomatologia apresentou menos profissionais atuantes e menor carga horária semanal. Os CEO que mais apresentaram Cirurgiões Dentistas (CD) no Estado foram: CEO Ananindeua, CEO do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) e Centro de Especialidades Médicas e Odontológica (CEMO). Identificou-se também que o maior nível de formação (especialização, mestrado e doutorado) concentrara-se em profissionais nas especialidades de endodontia e periodontia.

Apesar de todos os CEO estarem incumbidos de realizar as especialidades mínimas, 16 desses estabelecimentos não tinham profissionais atuantes em pelo menos uma dessas especialidades, destacando-se os municípios de Santarém, que não possuíam nenhum profissional atuante em estomatologia e apresentava CEO sem profissionais atuantes em endodontia e periodontia, bem como em Marituba, onde não havia profissionais na especialidade de periodontia.

No Estado do Pará, mais de 80% dos CEO ofertavam tratamento além das especialidades mínimas. Somente 4 CEO nos municípios de Belém e Santarém não apresentavam especialidades não obrigatórias. Quanto aos Cirurgiões Dentistas atuantes em outras especialidades, identificou-se que a maior frequência foi em odontopediatria, com 53 CD distribuídos em 16 CEO; ortodontia, com 30 CD espalhados em 4 CEO; e protesista, com 17 CD em 14 CEO.

Como referência de estabelecimentos que possuíam outras especialidades não obrigatórias, destacaram-se os CEO do município de Salinópolis, que apresentou 20 profissionais das especialidades de ortodontia e odontopediatria, e o CEO do Hospital Universitário João de Barros Barreto, que foi o único serviço no Estado que apresentou a especialidade de implantodontia, prótese e radiologia.

Como parte da ampliação da atenção secundária, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) também viabilizou a implantação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) no SUS. De forma integrada à rede de atenção, os LRPD visam suprir uma grande necessidade da população brasileira, que é a reabilitação oral protética, a qual passou a ser uma das principais metas da Política Nacional de Atenção à Saúde Bucal. Os municípios, com qualquer base populacional, podem credenciar LRPD, sem restrição quanto à natureza jurídica desse laboratório (BRASIL, 2012).

Em 2013, no Pará, estavam implantados 29 LRPD, com produção de 11.477 próteses dentárias (BRASIL, 2018). De acordo com os dados do PMAQ-CEO, 17 (58,6%) CEO responderam que realizavam entrega de prótese dentária, com cobertura total de 43 municípios paraenses (29,86% de municípios cobertos). Identificou-se também que 11 (37,93%) CEO possuíam LRPD integrados a sua infraestrutura.

Quanto ao acesso a atenção especializada em saúde bucal, constatou-se que na maioria dos CEO do Estado, o acesso do usuário ao serviço especializado era misto (53,6%), ou seja, por demanda espontânea e/ou referenciada da Unidade Básica de Saúde (UBS). Em 42,9% dos CEO o acesso era somente por demanda referenciada da UBS. E, em 3,6% o acesso ao CEO se dava somente por demanda espontânea. A consulta era marcada no próprio CEO (92,9%), na maioria

das vezes, por turno (54,1%) ou hora marcada (34,2%). Neste quesito observou-se que apenas em 10,7% dos estabelecimentos, a consulta inicial no CEO era agendada pela UBS, sendo este o caso de apenas 03 serviços no Pará.

Quanto ao tempo de espera médio, na maioria dos serviços, essa espera era de até 1 semana (53,8%). Destaca-se que o Pará foi o terceiro estado com o menor tempo de espera para o atendimento, com frequência menor que os estados do Maranhão e Amazonas, estando acima da média de espera nacional.

Para facilitar o acesso desse usuário aos CEO é importante que itens de acessibilidade e de adequação visual estejam presentes, garantindo a informação, universalidade e equidade no acesso. Desse modo, no Estado, a maioria dos itens de adequação visual estava acima da média nacional, como por exemplo, a placa de identificação na fachada, que facilita a localização do serviço pelo usuário. Os móveis com a identidade do Brasil Sorridente foi dentre os itens de adequação visual, o menos utilizado no Estado, ficando abaixo da média nacional.

Quanto aos itens de acessibilidade, somente 02 CEO do Estado, ambos localizados na capital, não apresentaram nenhum desses itens estruturais, como rampas de acesso, portas e corredores adaptados para cadeira de rodas. No entanto, o Estado encontrava-se acima da média nacional, demonstrando que a maioria dos CEO estavam de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, no que se refere a acessibilidade.



Com relação a adequação dos CEO no que tange a equipamentos, insumos e instrumental, observou-se que o Estado do Pará se encontrava com as médias de adequação desses itens acima dos parâmetros nacionais. Como exemplo, destaca-se que todos os CEO do Pará possuíam aparelho de raio-x, indispensável para a realização de exames complementares e procedimentos endodônticos. Em mais de 95% dos CEO do Estado havia suprimento de materiais impressos como: ficha clínica, receituário, atestados, encaminhamentos, e, mais de 50% dos estabelecimentos estavam adequados quanto aos itens insumos e instrumentais.

Além disso, os dados evidenciaram que o Pará foi o segundo Estado com mais CEO adequados em relação aos insumos (58,6%) e que, também, tinha mais estabelecimentos adequados quanto aos equipamentos (3,4%) que todos os estados das regiões Norte, Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

Apesar disso, a frequência quanto aos diferentes itens de equipamentos não superava 5% dos CEO no Pará e 2% nos CEO brasileiros, evidenciando que os CEO do País ainda são pouco equipados.

Entretanto, foi observado que a frequência de dentistas que deixaram de atender nos últimos 12 meses nos CEO do Estado, por falta de insumos e instrumentais (42,9%) e equipamentos (39,3%) funcionando adequadamente foi bem expressiva e acima da média nacional.

Em relação ao controle social e participação popular, o que está relacionado com o usuário, identificou-se que em aproximadamente 60% dos CEO havia à disposição, canais de comunicação que permitiam aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões para que, juntos com os profissionais atuantes pudesse melhorar a assistência. Entretanto, somente 25% realizavam ou tinham algum mecanismo que pudesse avaliar a satisfação dos usuários.

Quanto a informatização, observou-se que os CEO estavam abaixo da média nacional, pois somente 62,1% possuíam computador em condições de uso e somente 20,7% possuíam acesso à internet, comprometendo o acesso à dados epidemiológicos, cumprimento das atividades no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e a participação em ações de Educação Permanente da equipe, como o Telessaúde, por exemplo.

Nos CEO do Pará, as especialidades de cirurgia oral, endodontia e periodontia foram as que apresentaram maiores índices de desistência do usuário. Isso pode ser justificado pela complexidade e tempo de tratamento, que requer muitas sessões, ou ainda pela falta de recursos materiais. Nesse contexto, identificou-se que, em relação ao cumprimento das atividades mínimas, a endodontia foi a mais afetada. Apesar de 89,3% dos CEO do Estado realizarem tratamento endodôntico em dentes com 3 ou mais raízes, apenas 12% apresentaram localizador apical e instrumento rotatório para endodontia.

Nessa perspectiva, a Região Norte estava entre as Regiões que menos realizaram ações para diminuir o absenteísmo (30,5%). No Pará, a maioria dos serviços realizava o contato prévio com o usuário (35,7%) e/ou não realizava nada (35,7%), e 17,8% utilizavam o overbook.

Quanto a organização dos prontuários, identificou-se que a maioria dos serviços no Estado utilizavam o prontuário único. A utilização de prontuário por especialidade, apesar de estar acima da média nacional, não ultrapassava 20%. Menos de 4% dos CEO paraenses dispunham de prontuário eletrônico, o que pode ser justificado também pela inadequação da informatização nestes estabelecimentos do Estado.

Em relação à rede de atenção, apesar do referenciamento das UBS para os CEO serem majoritários, a existência de protocolos clínicos pactuados entre a atenção básica e especializada foi insuficiente, correspondendo a 14,3% para a especialidade de estomatologia e 17,9% para as demais especialidades mínimas, estando abaixo da média nacional. Além disso, o apoio matricial dos CEO para com a atenção básica, o que corresponde ao apoio técnico e funcional na resolução de casos complexos, encontrava-se pouco desenvolvido no Estado e muito abaixo da média nacional.

Com relação a gestão e processo de trabalho visto nos CEO do Pará, observou-se que a metade (50,0%) apresentava um gerente que desenvolvia apenas esta função no estabelecimento e que 46,4% desenvolvia função de gerente e clínico no CEO. Contudo, 32% destes gerentes,

não tinha nenhuma formação na área de administração de serviços e gestão em saúde. Além disso, as ações de educação permanente foram insuficientes e abaixo da média nacional para os profissionais atuantes (39,3%). Em 20 CEO do Estado, não ocorriam essas ações.

Observa-se então, que os resultados do PMAQ-CEO fornecem subsídios para o incentivo e certificação dos estabelecimentos, não se limitando somente ao alcance de elevados padrões de qualidade, mas também ao desenvolvimento de ações para o fortalecimento dos processos de gestão e de trabalho.

Os pesos para certificação dos CEO compreendem:



Assim, destaca-se que a participação dos CEO nos processos de autoavaliação é fundamental para identificar a qualidade da assistência e para gerar uma reflexão nos processos de trabalho desenvolvidos no CEO. No Pará, apenas 64,3% dos CEO realizaram a autoavaliação, ficando bem abaixo da média nacional.

Quanto ao monitoramento das metas para cada especialidade ofertada nos CEO do Pará, 53,6% realizavam o monitoramento, estando abaixo da média nacional. Alguns CEO de Belém, e os CEO de Abaetetuba, Capanema, Castanhal, Marituba, Tucumã e Água Azul do Norte não executavam essas ações. Em 75% dos CEO ocorriam reuniões de equipe para discutir e efetivar estas metas, apesar destas reuniões não apresentarem uma periodicidade definida, o que pode impactar no acesso e qualidade do serviço.

Para estimular a participação dos estabelecimentos no PMAQ-CEO, após a homologação da Contratualização, na fase 1 do ciclo, o Ministério da Saúde disponibiliza um incentivo financeiro, de 20% do valor integral do PMAQ-CEO, denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal, por cada CEO contratualizado. Esse valor é repassado ao Município, Estado ou Universidade Federal no qual o serviço está vinculado e varia de acordo com o tipo de CEO. Após a avaliação externa e de acordo com o desempenho dos CEO, os serviços são gratificados e certificados, como forma de reconhecimento do esforço dos profissionais e do gestor para melhoria do acesso e da qualidade no CEO.

No entanto, se após a avaliação, o desempenho do CEO for insatisfatório, haverá a suspensão dos 20% do valor do incentivo. E, se o desempenho for mediano ou abaixo da média o valor do incentivo se mantém. Em caso do desempenho estar acima da média, haverá o aumento de 20% do valor do incentivo no repasse e, em caso do desempenho estar muito acima da média, haverá o aumento de 100% do incentivo no repasse.



	Adesão ao Programa 20%	Desempenho mediano ou abaixo da média 20%	Desempenho acima da média 60%	Desempenho muito acima da média 100%
CEO I	R\$ 1.650,00	R\$ 1.650,00	R\$ 4.950,00	R\$ 8.250,00
CEO II	R\$ 2.200,00	R\$ 2.200,00	R\$ 6.600,00	R\$ 11.000,00
CEO III	R\$ 3.850,00	R\$ 3.850,00	R\$ 11.550,00	R\$ 19.250,00

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2013.

Desse modo, observa-se que o desempenho dos CEO é influenciado por formas de organização e gerenciamento dos processos de trabalho e por características contextuais dos locais onde estão implantados (MACHADO et al., 2015). Assim, a busca pela excelência e qualidade da assistência deve ser constante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação, apesar de um processo que implica em julgar e emitir um juízo de valor, deve ser analisada como um procedimento que visa a melhoria das ações e não como uma possibilidade punitiva para os estabelecimentos e seus atores.

Os resultados obtidos durante o 1º ciclo do PMAQ-CEO no Estado do Pará mostraram que os CEO do Estado apresentaram desempenho mediano ou abaixo da média, com claras deficiências, fragilidades, heterogeneidade e dificuldades dos serviços, que precisam ser vistas pela gestão municipal, estadual e equipe do CEO como um gatilho disparador de mudanças para reorientação de ações, trabalhando-as de forma continuada com intervenções adequadas, para melhoria do acesso e da oferta de serviços com equidade e qualidade à população usuária. A avaliação em saúde precisa ser incorporada ao cotidiano do serviço e neste contexto, o 2º ciclo do PMAQ-CEO está em andamento, para avaliar a evolução e melhoria desses serviços.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 718/SAS/MS, de 20 de dezembro de 2010, republicada em 31 de dezembro de 2010. Retificação na Portaria nº 718 SAS/MS, de 20 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial nº 251, de 31 de dezembro de 2010, seção 1, páginas 100 a 113. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 27, 8 fev. 2011, p. 48.
- Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, 2012. 92p.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Manual Instrutivo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas**. Brasília, 2013a. 34p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a passo das ações do Brasil Sorridente**. Brasília, 2013b. 19p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades odontológicas (PMAQ/CEO): Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas**. Brasília, 2013c. 45p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE. Redes e programas: Saúde mais perto de você – Atenção Básica**. Brasília, 2018. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br>. Acesso em: 24 de abril de 2019.
- CHAVES, S. C. L.; BARROS, S.G.; CRUZ, D.N.; FIGUEIREDO, A.C.L.; MOURA, B.L.A.; CANGUSSU, M.C.T. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1005-1013, 2010.
- FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p. 553-563, 2006.
- FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A.; MARTELLI, P.J.L. **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: Ed. UFPE, 2016. 97p.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Divisão Regional do Brasil em Mesorregiões e Microrregiões Geográficas**. Brasília, 1990. p. 26-28.
- LIMA, A. C. S.; CABRAL, E.D.; VASCONCELOS, M.M.V. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 991-1002, 2010.
- MACHADO, F. C. A.; SILVA, J. V.; J FERREIRA, M. A. F. M. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1149-1163, 2015.
- SOUZA, G. C., LOPES, M.L.D.S.; RONCALLI, A.G.; MEDEIROS-JUNIOR, A.; CLARA-COSTA, I.C. Referência e contrarreferência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. **Revista de Salud Pública**, Colômbia, v. 17, n. 3, p. 416-428, 2015.

PARAÍBA

ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL NA PARAÍBA: REGISTROS DO 1º CICLO DO PMAQ CEO

*Bianca Marques Santiago¹
Andreia Medeiros Rodrigues Cardoso²
Naiana Braga da Silva³
Edson Hilan Gomes de Lucena¹
Wilton Wilney Nascimento Padilha⁴*

¹ Professor(a) Adjunto(a) do curso de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, UFPB.

² Professora Assistente do curso de Odontologia do Centro Universitário de João Pessoa, UNIPÊ.

³ Professora Assistente do curso de Odontologia do Instituto de Ensino Superior da Paraíba, IESP.

⁴ Professor do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPB.

Introdução

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) foi instituído pelo governo federal em 2012, tendo sido direcionado inicialmente para Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo, entre outros, de ampliar o impacto da Atenção Básica (AB) sobre as condições de saúde da população e a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações.

No ano seguinte, em 21 de fevereiro, o escopo do Programa foi ampliado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 261/2013, instituindo-o no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o qual incorporou os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), recebendo a denominação Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Uma de suas diretrizes apontava a necessidade da definição de parâmetros de qualidade para os CEO, considerando as diferentes realidades de saúde, de maneira a promover maior resolutividade dos serviços especializados em saúde bucal.

Em seu 1º Ciclo, o Programa se organizou em quatro fases (Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização). A 3ª fase – Avaliação Externa, foi organizada pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde em parceria com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP), dentre elas a Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Nesta etapa, um grupo de avaliadores da qualidade (todos cirurgiões-dentistas), selecionados através de edital público e capacitados pelas IEP, visitaram in loco os serviços especializados de Saúde Bucal, entre o novembro de 2013 e o 1º semestre de 2014, para aplicar os instrumentos de coleta de dados do programa, utilizando um tablet, com o intuito de verificar os padrões de acesso e qualidade alcançados pelos profissionais e pela gestão. Realizou-se observações de infraestrutura do CEO, verificação de documentos, entrevista com o Gerente do serviço, com um cirurgião-dentista de alguma especialidade ofertada e com grupos de dez usuários.

Diante do exposto, o presente capítulo teve por objetivo resgatar as experiências vivenciadas na realização da Avaliação Externa do 1º Ciclo do PMAQ-CEO no estado da Paraíba e apresentar os principais resultados obtidos.

Contextualização – Paraíba

O estado da Paraíba, localiza-se no litoral oriental da região Nordeste do Brasil e onde está situado o ponto mais oriental das Américas. Limita-se ao Norte com o Estado do Rio Grande do Norte; ao Sul com Pernambuco; a Oeste com o Ceará; e a Leste com o Oceano Atlântico.

Em 2010, a população do estado (75,4% urbana e 24,6% rural) representava 7,0% da população da região Nordeste e 2,0% da população do País. Sua capital é João Pessoa. É uma das unidades da federação de menor superfície (0,66% do território nacional e 3,6% do território nordestino, ocupando a 21ª posição em ordem decrescente), sendo que 85,9% (48.502 km²) situa-se no semi-árido. Apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,722, Índice GINI de 0,613. Atualmente, estima-se que a Paraíba superou a marca dos quatro milhões de habitantes (Paraíba, 2019).

O estado possui 223 municípios, dos quais 52 emancipados em 1996. 58,3% apresentam população entre dois e dez mil habitantes, sendo considerados de pequeno porte. Quatro municípios (João Pessoa, Campina Grande, Santa Rita e Patos) possuem mais 100 mil habitantes.

O estado é dividido em três Macrorregiões de Saúde com as sedes em João Pessoa, Campina Grande e Patos e 16 Regionais de Saúde que têm a missão de assumir a responsabilidade sanitária compartilhada no território de abrangência, oferecendo apoio técnico, crítico e reflexivo aos municípios, acompanhando e planejando as ações e serviços de saúde, fortalecendo os espaços de co-gestão e do processo de regionalização no estado (Figura 1).



Figura 1 – Regionais de Saúde da Paraíba, fonte: Paraíba, 2019

Conheça um pouco mais sobre o estado da Paraíba: <https://www.youtube.com/watch?v=JWx9LCRZBJM>

A atenção secundária em saúde bucal na Paraíba

A Paraíba possui uma expressiva rede de serviços da atenção secundária em saúde bucal, é o terceiro estado em número absoluto de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), atrás de São Paulo e Minas Gerais, e o primeiro para a proporção de CEO por habitantes no Brasil.

Os CEO desempenham um papel fundamental na garantia do cuidado integral em saúde bucal atuando como referência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, ofertando serviços de endodontia, cirurgia oral menor, periodontia, atendimento a pacientes com necessidades especiais e diagnóstico bucal com ênfase na detecção de câncer de boca.

Os primeiros CEO da Paraíba foram implantados em 2004, nas cidades de Campina Grande (Tipo II) e João Pessoa (Tipo III). Já no ano seguinte foram implantados oito novos serviços e em junho de 2019 totalizam 92 CEO em funcionamento (Figura 2).

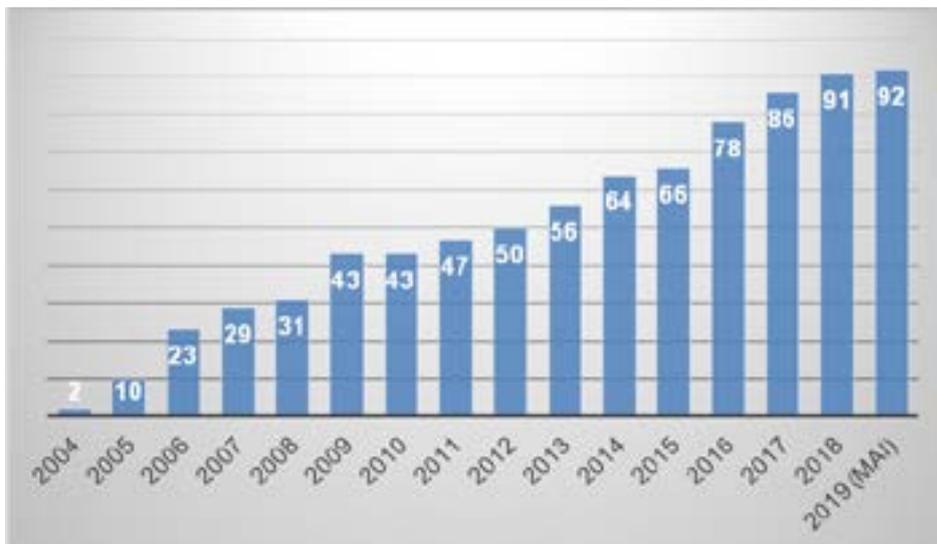


Figura 2 – Número de Centros de Especialidades Odontológicas implantados na Paraíba, de 2004 até maio de 2019. Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE).

Todas as Regionais de Saúde estão contempladas com os serviços especializados de saúde bucal. A gestão dos CEO é municipal em 91 CEO e estadual no CEO Tipo III em João Pessoa (Figura 3).



Figura 3 – Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas por Regionais de Saúde da Paraíba, Fonte: Paraíba, 2019.

Entre 2003 e 2011, o Brasil Sorridente investiu mais de 200 milhões de reais no estado da Paraíba para garantir e ampliar oferta de saúde bucal na atenção básica, por meio das equipes de saúde bucal da estratégia saúde da família; na atenção secundária com os CEO e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, além da doação, para os municípios paraibanos, de aproximadamente 4 milhões de kits contendo escova e creme dental.

A avaliação externa no estado da Paraíba pelo PMAQ-CEO

Do total de 981 CEO avaliados no 1º ciclo do PMAQ-CEO, 54 localizavam-se no estado da Paraíba em 49 municípios, sendo que a capital, João Pessoa, apresentava cinco CEO e Campina Grande com dois CEO, estando um em reforma da estrutura física, sendo o único estabelecimento que não foi avaliado no 1º Ciclo (Quadro 1).

Quadro 1 – Relação dos CEO participantes do 1º Ciclo do PMAQ-CEO e sua localização (município). Paraíba, 2014.

Nº.	Nome do CEO	Município
1	CEO de Alagoa Grande	Alagoa Grande
2	CEO	Alagoa Nova
3	CEO	Araruna
4	CEO Dr José Constantino Silveira	Bananeiras
5	CEO II	Bayeux
6	CEO de Belém	Belém
7	CEO	Boqueirão
8	CEO de Caaporã	Caaporã
9	CEO	Cabedelo
10	CEO de Cajazeiras	Cajazeiras
11	Centro de Saúde Dr. Francisco Pinto	Campina Grande
12	UEPB Clínica Odontológica	Campina Grande
13	Centro de Saúde de Catolé do Rocha	Católé do Rocha
14	CEO José Moroni Frade	Conceição
15	CEO de Conde	Conde
16	Policlínica Francisca Silva de Andrade	Coremas
17	CEO Tipo I	Cuité
18	CEO de Esperança	Esperança
19	CEO Dr Hugo B de Paiva	Guarabira
20	CEO Tipo I	Igaracy
21	CEO Dr. Aglair da Silva	Itabaiana
22	Policlínica Manoel Medeiros Maia	Itaporanga
23	CEO de Itatuba CEO I	Itatuba
24	CAIS Mangabeira	João Pessoa
25	CAIS Cristo Redentor	João Pessoa
26	CEO Jaguaribe	João Pessoa
27	Centro Odontológico Cruz das Armas	João Pessoa
28	CEO Torre	João Pessoa
29	CEO	Juazeirinho
30	CEO Roselia Machado Leite Costa	Juripiranga
31	CEO Dr. Renato Fonseca	Mamanguape
32	CEO	Massaranduba
33	CEO de Monteiro	Monteiro
34	Fundação Hospitalar Dra Ivete Unidade Mista	Mulungu

35	CEO de Patos CEO II	Patos
36	CEO	Paulista
37	CEO Dr. Kilza R Alves	Pedras de Fogo
38	CEO de Piancó	Piancó
39	CEO	Picuí
40	CEO	Pilar
41	CEO Cloves Chaves	Pocinhos
42	CEO de Pombal	Pombal
43	CEO Tipo I Princesa Isabel	Princesa Isabel
44	CEO	Queimadas
45	Centro de Saúde Dr. Raul Nóbrega Filho	Rio Tinto
46	CEO I	Santa Cruz
47	Policlínica Dr. Kival Gorgonio	Santa Luzia
48	CEO Dr. Wilson Seixas	Santa Rita
49	CEO	São Bento
50	CEO Tipo I	São João do Rio do Peixe
51	CEO	Soledade
52	CEO de Sousa	Sousa
53	CEO Imaculada Conceição	Sumé
54	CEO Tipo II Taperoá	Taperoá

Fases da avaliação externa

Fase Pré-Campo

A fase pré-campo da avaliação externa foi iniciada em novembro de 2013 com a realização do Seminário Estadual para Avaliação Externa do PMAQ-CEO, o qual teve como objetivos: apresentar a equipe de coordenação envolvida e um cronograma preliminar de execução (que estava na dependência da capacitação dos avaliadores de qualidade), sistematizar as atribuições e responsabilidades do coordenador estadual do PMAQ-CEO e do apoiador do Estado; e elaboração de um roteiro preliminar de visitas com a solicitação de apoio do Estado para deslocamentos dos avaliadores.

Este Seminário foi também propício para identificar nós críticos relativos as fases anteriores à avaliação externa (Adesão e Contratualização; e Desenvolvimento), visto que muitos coordenadores municipais informaram dificuldades na realização da avaliação interna (AMAQ) e no entendimento de todos sobre os processos envolvidos no PMAQ-CEO. Foi registrada a ausência de representação de um número significativo de municípios e entre os presentes, essa representação ficou a cargo de um ator não envolvido com a saúde bucal.

O Estado da Paraíba foi contemplado com quatro avaliadores de qualidade. Sua seleção aconteceu em novembro de 2013 possibilitando a participação no Seminário Estadual. A capacitação dos avaliadores ocorreu nos dias 12 e 13 de dezembro de 2013, junto com outros estados da região Nordeste, na Universidade Federal de Pernambuco. Nesse momento, os tablets ainda não estavam disponíveis, fazendo com que a capacitação sobre o instrumento de coleta de dados da avaliação externa ocorresse com material impresso.

Considerando a extensão territorial do estado, a distribuição espacial dos 54 CEO, e a experiência apresentada em pesquisa de campo dos avaliadores selecionados, o grupo gestor do PMAQ-CEO avaliou a Paraíba como Baixo Risco em um mapa de Riscos para o Desenvolvimento da Avaliação Externa.

Após a fase de treinamento, a etapa seguinte consistiu na sistematização do roteiro de viagem de cada avaliador. Primeiramente, foi proposto um roteiro dividindo o território paraibano em quatro, tendo como orientação a divisão das macroregionais de saúde. No entanto, essa proposta não foi

aceita pelos avaliadores, visto que a maioria residia em João Pessoa e Campina Grande e ficaria muito oneroso que apenas um se deslocasse para as regiões mais interioranas do Estado. Aqui, há de se fazer um parênteses, não houve apoio estadual para o deslocamento dos avaliadores, que custearam suas viagens com auxílio da remuneração recebida do PMAQ-CEO. Dessa forma, um novo roteiro foi pensado, levando em consideração as distâncias a serem percorridas e buscando uma distribuição equitativa das mesmas entre os quatro avaliadores (Figura 4).

PMAQ-CEO: Roteiro para pesquisa de campo (AVALIAÇÃO EXTERNA) - Estado da PARAÍBA
Condensado Estadual

	Avaliador 1			Avaliador 2			Avaliador 3			Avaliador 4		
	Município	Distância (km)	Tipos de CE	Município	Distância (km)	Tipos de CE	Município	Distância (km)	Tipos de CE	Município	Distância (km)	Tipos de CE
Semana 01 (08/03 a 12/03)	Campina Grande 2	18	1	João Pessoa - Campina Grande	18	1	João Pessoa - Marizal	18	1	João Pessoa - Fátima	18	1
	Solânea	138	2	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2
	Jucati	124	1	Pão de Açúcar	124	1	Pão de Açúcar	124	1	Pão de Açúcar	124	1
	Monteiro	124	1	Monteiro	124	1	Monteiro	124	1	Monteiro	124	1
Semana 02 (19 a 23/03)	Campina Grande 2	18	1	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2
	Solânea	138	2	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2
	Jucati	124	1	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2
	Monteiro	124	1	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2
Semana 3 (30/03 a 03/04)	Campina Grande 2	18	1	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2
	Solânea	138	2	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2
	Jucati	124	1	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2
	Monteiro	124	1	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2
Semana 4 (10 a 14/04)	Campina Grande 2	18	1	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2
	Solânea	138	2	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2
	Jucati	124	1	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2
	Monteiro	124	1	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2
Semana 5 (21 a 25/04)	Campina Grande 2	18	1	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2
	Solânea	138	2	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2
	Jucati	124	1	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2
	Monteiro	124	1	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2	Monteiro	138	2

08/03: Nesta semana os avaliadores foram avaliados de acordo com a Portaria 2.093/2010 (CEOs) e foram avaliados em 08/03/2014. 08/03: Para a semana seguinte, foram avaliados em 08/03/2014 e foram avaliados em 08/03/2014.

Figura 4 –Roteiros de visita aos CEO, para avaliação externa do PMAQ-CEO, considerando a distância a ser percorrida e a semana de avaliação. Paraíba, 2014.

Com o atraso das entregas dos tablets e demais materiais de pesquisa, a avaliação externa foi iniciada em 10 de março de 2014, o que demandou a substituição de um dos avaliadores já treinado e calibrado. Uma vez iniciada a pesquisa em campo, foram utilizadas como ferramentas de comunicação e gerenciamento o whatsapp e e-mail para que os avaliadores e coordenadores pudessem manter contato durante as visitas de avaliação. Entretanto, algumas localidades mais distantes dificultavam essa comunicação, em virtude de sinal inoperante o que também ocorreu com o GPS dos tablets na maioria dos CEO visitados. Como principais dificuldades do processo de coordenação e operacionalização, pode-se citar a necessidade de substituição de um avaliador, rotatividade dos gestores municipais, a ausência de representantes de 30% dos municípios ao Seminário Estadual para Avaliação Externa do PMAQ-CEO e a inexistência do cargo/função de Coordenador Estadual de Saúde Bucal, que poderia ter apoiado a comunicação com algumas Secretarias Municipais.

Fase de Campo

Durante a fase de coleta dos dados, tanto o Ministério da Saúde, quanto a Universidade Federal da Paraíba e as gerências locais deram suporte material, com a disponibilização dos instrumentos de coleta e Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Contudo, o deslocamento dos avaliadores enfrentou dificuldades inerentes ao horário dos ônibus e as condições das estradas em viagem. A Coordenação Estadual PMAQ-CEO fazia uma comunicação relacionando o avaliador ao serviço a ser avaliado,, mas a comunicação para agendamento e acessibilidade aos CEO era realizada diretamente entre o avaliador e o gestor local, este contato facilitou a organização das entrevistas, as quais ocorreram sem grandes dificuldades, visto a facilidade da ferramenta de emprego do instrumento de coleta ser digital. Embora a coleta tenha sido favorecida pela agilidade do uso dos tablets, algumas respostas de usuários não se enquadravam nos questionamentos do instrumento.

Na Figura 5, são exemplificadas imagens das fachadas de alguns CEO visitados. Tais imagens fizeram parte da avaliação externa, onde a fachada com a sinalização apropriada era um dos itens a ser avaliado durante a visita.



Figura 7 – Imagem de diário de campo preenchido e enviado pelo avaliador para o coordenador estadual por email a cada visita realizada. Paraíba, 2014.

DIÁRIO DE CAMPO DOS AVALIADORES PMAQ/CEO

- Código do avaliador: 02
 - Município: X
 - Estado: Paraíba

CEO

CHES: X TIPO: I
 O CHES da unidade é diferente do indicado no Tablet? () Sim () Não
 Se sim, anote a nova CHES:

Número de entrevistas realizadas no CEO:

Módulo	Nº de entrevistas	Nome/ cargo de pessoa entrevistada	Data da entrevista	Data de envio	Nota
Módulo VI	01	GERENTE DO CEO	28/03/2014	28/03/2014	
	01	GERENTE	28/03/2014	28/03/2014	
Módulo IX	01	USUÁRIO	28/03/2014	28/03/2014	
	01	USUÁRIO	28/03/2014	28/03/2014	
	01	USUÁRIO	28/03/2014	28/03/2014	
	01	USUÁRIO	28/03/2014	28/03/2014	
	01	USUÁRIO	28/03/2014	28/03/2014	
	01	USUÁRIO	28/03/2014	28/03/2014	
	01	USUÁRIO	28/03/2014	28/03/2014	
	01	USUÁRIO	28/03/2014	28/03/2014	
	01	USUÁRIO	28/03/2014	28/03/2014	sem documento de identificação no TOLE

- Que(Os) (s) veículo(s) utilizado(s) para chegar ao CEO? Cerra
 - Quem forneceu (s) veículo(s) utilizado(s) para chegar ao CEO? Veículo próprio
 - Em que condições estavam as ruas? Boas condições
 - Quanto tempo de deslocamento do município até ao CEO? 18 minutos
 - Teve alguma dificuldade para avaliar algum módulo?
 () Sim (X) Não

- Se sim, especifique as dificuldades, citando qual módulo e quais? Questões:

O tempo decorrido entre a abertura e o envio do módulo foi:
 () MENOS DO PREVISTO () MAIOR QUE O PREVISTO () IGUAL QUE O PREVISTO.

Se não for dentro do previsto, explique a porquê:

Muitas perguntas do módulo foram sem resposta? Se sim, por que?
 Não.

O QPÉ do acultador funciona na abertura dos módulos que você aplicou?
 () SIM (X) NÃO Se não, quais foram os módulos? Fiquei 20 minutos da 1ª e da 2ª hora, na abertura do CEO, tentando explicar as dificuldades para QPÉ nos 12 módulos aplicados e estranhos meus ao (QPÉ), no entanto, aparentemente em 1 parte dos 10 recursos, eu consegui aplicar o QPÉ, nos outros não obtive sucesso.

Você precisou preencher algum módulo em papel?
 () SIM (X) NÃO Se sim, quais foram os módulos? Desconheço essa possibilidade.

Você realizou o envio de algum módulo fora do horário de funcionamento do CEO?
 () SIM (X) NÃO Se sim, quais foram os módulos? Apesar de falta de **acessibilidade**, com a internet no serviço, ainda foi possível se conectar a uma rede própria para enviar os módulos dentro do horário de funcionamento do CEO.

Apesar de contato prévio com a gerente do CEO, no dia de sua visita, o CEO estava fechado?
 () SIM (X) NÃO

- Você teve algum problema com:
 () Permissão para realizar o seu trabalho no CEO
 () Relacionamento com equipe do CEO
 () Relacionamento com Sistema Municipal de Saúde
 () Disponibilidade dos usuários para serem entrevistados
 () Conectar ou manter quieto de estruturação da pesquisa
 () Alimentação
 () Transporte
 () Impedimento
 () Segurança
 () Acesso ao CEO
 () Comunicação por celular
 () Acesso à internet
 () Outros: Não

Figura 8 – Imagem do Relatório Estadual elaborado após a finalização do processo da coleta de dados pela avaliação externa e entregue ao grupo gestor do PMAQ-CEO. Paraíba, 2014.



PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE

Relatório Estadual do processo de Avaliação Externa dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) Paraíba

3. Apresentação

A Avaliação Externa do Programa de Melhorias de Acesso à Qualidade (PMAQ) dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) se constitui no núcleo base do PMAQ-CEO.

O Ministério da Saúde em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa realizou ações para com avaliação de qualidade, que ocorreram sob coordenação nacional e estadual, as quais resultaram nesta avaliação externa de acesso (AE) para garantir avaliação de um conjunto de aspectos, desde a identificação e inclusão de questões relativas ao processo de trabalho.

A avaliação externa tem como finalidade a identificar as falhas e resultados das ações profissionais e dos gestores municipais de saúde na qualificação dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Neste relatório, apresentamos o Relatório Estadual de Avaliação Externa do PMAQ-CEO das Especialidades Odontológicas (CEO) sob o foco de avaliação de acesso.

Essa forma, apesar de simplificada, não apenas se aplica ao processo de gestão, mas também, tem sido utilizada para a melhoria do processo de trabalho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), bem como para a ampliação do acesso e da qualidade das serviços de saúde locais oferecidos à população brasileira.

A investigação e seus desdobramentos

Dos 53 CEOs avaliados no período, três não haviam aderido ao PMAQ-CEO. As especialidades mínimas estavam presentes em 73,6% e 17,0% apresentavam todos os itens relativos a adequação visual pontuados no instrumento, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Adequação visual dos CEO Paraíba

O CEO possui:	Sim (%)
Placa de identificação para fachada	88,7%
Placa de identificação para recepção	79,2%
Placa de identificação em todos os consultórios	83,0%
Placa de inauguração	84,9%
Móbil para sinalização do Brasil Sorridente	34,0%
Os profissionais do CEO utilizam jaleco	39,6%
Todos os itens acima	17,0%



VOCÊ SABIA?

Poucos foram os CEO que apresentaram completa adequação visual durante a avaliação do 1º Ciclo do PMAQ/CEO! Pois é, apenas 17,8% de todos os CEO do Brasil apresentaram total adequação visual correspondente aos itens apontados durante a avaliação externa no primeiro ciclo (CARDOSO, PADILHA, 2018).

Os CEO da Paraíba com adequação visual completa encontravam-se nos municípios de Bananeiras, Patos, Pedras de Fogo, Pombal, São Bento e João Pessoa. É importante destacar que o processo de avaliação favoreceu melhoramentos nos estabelecimentos, como ocorreu no município de Sumé, cujo gestor local enviou imagens da adequação visual após avaliação (Figura 9).

INDICADORES	PARÂMETROS MÍNIMOS	INSTRUMENTO DE REGISTRO	FONTE
1. Procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais no mês	Tipo I: 80; Tipo II: 110 e Tipo III: 190	BPA-I	SIA/SUS
2. Procedimentos de periodontia no mês	Tipo I: 60; Tipo II: 90 e Tipo III: 150	BPA-C / BPA-I	
3. Procedimentos de endodontia no mês	Tipo I: 35; Tipo II: 60 e Tipo III: 95	BPA-C / BPA-I	
4. Procedimentos de cirurgia oral no mês	Tipo I: 80; Tipo II: 90 e Tipo III: 170	BPA-C / BPA-I	
5. Procedimentos de endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes no mês	Tipo I: 7; Tipo II: 12 e Tipo III: 29	BPA-C / BPA-I	
6. Procedimentos restauradores realizados em pessoas com necessidades especiais no mês	Tipo I: 40; Tipo II: 55 e Tipo III: 95	BPA-I	

Figura 9 – Adequação visual melhorada após o processo de avaliação, Paraíba, 2014.

Os CEO também foram avaliados quanto a acessibilidade e localização, apresentando corredores adaptados para cadeiras de rodas em 84,9% e portas adaptadas em 83,0% dos CEO da Paraíba. A ausência de todos os itens de acessibilidade previstos no instrumento de coleta ocorreu em um único CEO.

Acessibilidade é a inclusão de pessoas com deficiência na atividade e uso de produtos, serviços e informações (BRASIL, 2019). O termo acesso possui conceito mais complexo e pode se referir, na área da saúde, ao sentido de utilização dos serviços de saúde, bem como, ao modo como se chega ao uso dos serviços. Ou seja, o conceito de acessibilidade pode estar incluído no conceito de acesso aos serviços de saúde, porém não encerra seu significado. É possível dizer que é a redução ou quebra de barreiras que possam dificultar ou impedir o acesso a um direito universal. Ter essa percepção é importante para que a análise das informações referentes acessibilidade não se limitem ao “chegar até o local”, mas também sejam compreendidas amplamente como o pleno exercício do direito à saúde de todo cidadão.

Quando questionados sobre o uso de prontuários, observou-se que estava presente em 96,2% dos CEO da Paraíba, sendo mais frequente o prontuário único para todas as especialidades do CEO. Na Figura 10, é possível identificar como cada CEO organizava os prontuários na época da avaliação do 1º Ciclo.

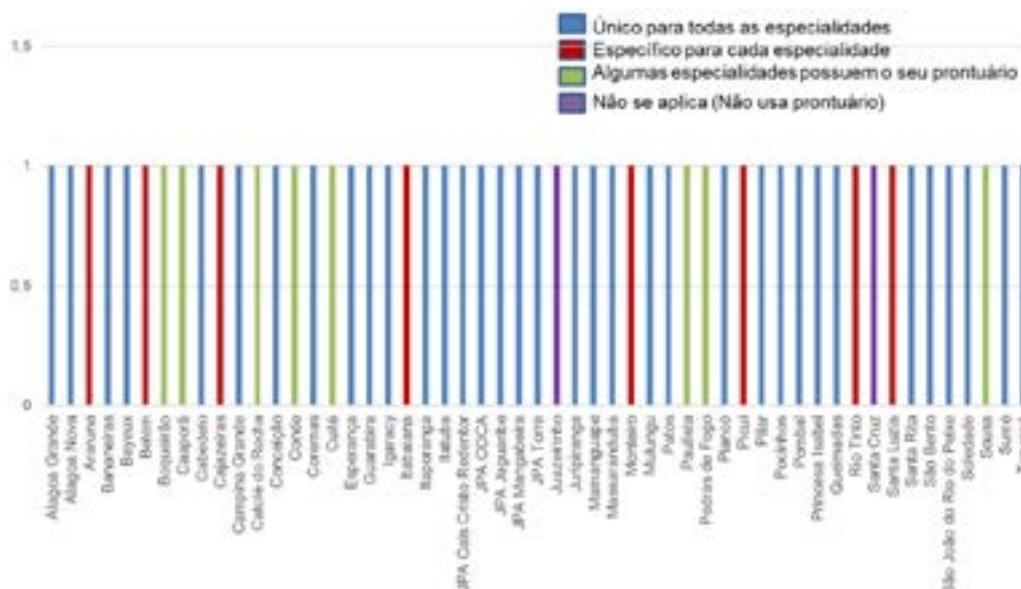


Figura 10 – Organização dos prontuários conforme uso nos CEO da Paraíba, 2014. Fonte: CARDOSO, PADILHA, 2018.

A Informatização e Equipamentos Odontológicos foram avaliados e permitiram identificar que 49,1% dos CEO paraibanos possuíam pelo menos um computador em uso e 34,0% das equipes tinha acesso a internet.

Outro dado importante foi que todos os CEO possuíam ao menos um aparelho de Raios X em uso, entretanto, o mesmo não ocorreu para os equipamentos facilitadores de tratamentos endodônticos, como o aparelho rotatório e localizador apical, que estiveram presentes em cinco municípios.

IMPORTÂNCIA DA INSTRUMENTAÇÃO MECÂNICA NO CEO

De acordo com a Portaria 1.464, de 24 de junho de 2011, o financiamento dos CEO fica condicionado ao cumprimento de metas de produção, as quais devem ser alcançadas mensalmente, sob risco de suspensão de repasses. Sendo assim, ao analisar os códigos de produção para Endodontia, percebe-se que só são computados os procedimentos de finalização das terapias endodônticas realizadas no CEO.

O cumprimento das metas para endodontia são difíceis de serem atingidos (https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00807.pdf). Para que seja possível obter maior agilidade na finalização dos casos, o uso de instrumentação mecânica rotatória e localizadores apicais são de grande auxílio. Porém, é importante destacar que além de favorecer a manutenção dos repasses por cumprimento de metas, essa prática mecanizada também contribui para redução do absenteísmo e da fila de espera para especialidade, proporcionando maior acesso ao serviço, uma vez que há alta clínica mais rapidamente, permitindo maior rotatividade dos pacientes.

Ao entrevistar os Cirurgiões-Dentistas sobre insumos e instrumentais, 17% responderam que deixaram de atender nos últimos 12 meses por falta de insumos ou instrumentais. Em relação aos equipamentos, o número de não atendimentos nos últimos 12 meses por equipamento que não funcionava adequadamente foi de 26,4%.

O acesso ao CEO foi investigado e observou-se que 63,3% foi realizado de forma mista (referenciada e de forma espontânea). Com tempo de espera para o atendimento de uma semana a um mês, para 42,6% dos CEO e marcação da consulta realizada por ordem de chegada em 79,1% dos CEO da Paraíba.

Os dados coletados sobre a Gestão dos CEO da Paraíba foram respondidos, no Módulo VII do instrumento de coleta, pelo Gerente do CEO ou o cirurgião-dentista que agregasse maior conhecimento sobre o processo de trabalho do serviço. Foram investigados: a presença de gerente no CEO; a realização de matriciamento para a equipe de saúde bucal de Atenção básica para solucionar casos complexos; ações de Educação Permanente em Saúde; reuniões de equipe; ações de planejamento, monitoramento e de autoavaliação realizadas pelas equipes dos CEO.

De acordo, com os dados do 1º Ciclo do PMAQ-CEO, 96,2% dos CEO da Paraíba possuíam Gerentes, e dois CEO não apresentavam gerentes nos municípios de Massaranduba e Pocinhos. No entanto, em 47,2% dos CEO o gerente atuava exclusivamente como gerente do CEO, sendo esta uma condição mais satisfatória por permitir ao profissional mais tempo para atuação na gestão.



VOCÊ SABIA? A equipe do CEO pode realizar o matriciamento ou ações de apoio para as equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica para resolução de casos considerados complexos.

Na Paraíba, 45,3% dos CEO realizavam a atividade de matriciamento ou ações de apoio para as equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica na resolução de casos considerados complexos. No Brasil, 70,6% dos CEO realizavam essa atividade. A Figura 11 apresenta a distribuição dos municípios de acordo com a realização do matriciamento ou ações de apoio as equipes de Atenção básica.

Além das ações de gestão, outros pontos foram investigados. A articulação entre a atenção básica e os CEO, que é importante para a adequada referência e contra-referência dos pacientes e fortalecimento da rede de cuidados em saúde bucal, investigada a existência de protocolos clínicos pactuados para orientar o encaminhamento dos pacientes para os CEO. A frequência desse evento na Paraíba foi maior para a Endodontia e é apresentada, por especialidade, na Tabela 2.

Tabela 2 - Frequência da utilização de protocolos clínicos para encaminhamento de Pacientes para os CEO, 2014.

Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da AB aos CEO?	BRASIL	PB
Cirurgia Oral	61,3%	37,7%
Endodontia	62,5%	39,6%
Pacientes com necessidades especiais	57,5%	30,2%
Periodontia	60,5%	32,1%
Estomatologia (Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca)	50,5%	26,4%

Fonte: CARDOSO, PADILHA, 2018.

Alguns CEO da Paraíba se destacaram por apresentar protocolos clínicos para as cinco especialidades mínimas, conforme mostra a Figura 15.

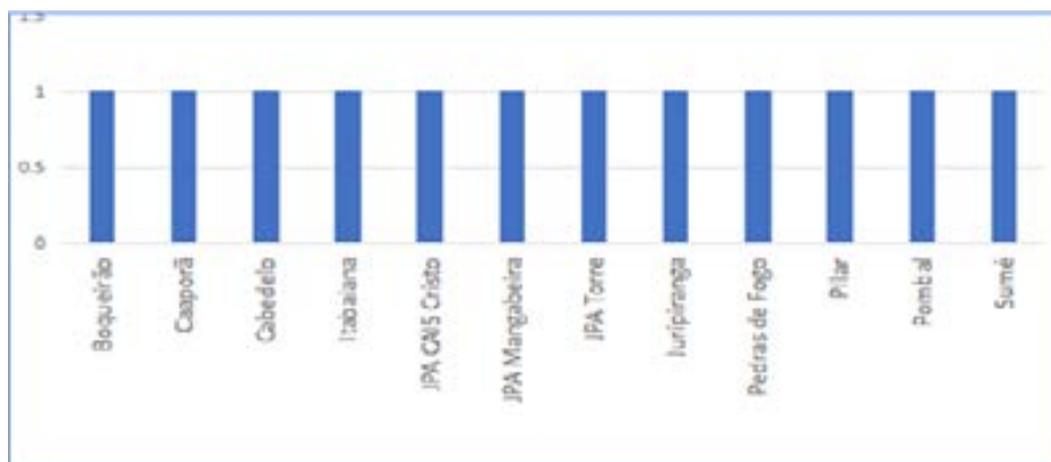


Figura 15 - CEO da Paraíba que apresentaram protocolos clínicos de orientação ao encaminhamento de pacientes da AB para o CEO nas cinco especialidades mínimas, 2014. Fonte: CARDOSO, PADILHA, 2018.

A participação e satisfação dos usuários foi objeto de coleta junto aos cirurgiões-dentistas atuantes nos CEO da Paraíba e obtidas as frequências com que os CEO apresentavam canais de comunicação permitindo aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões e são apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos CEO sobre a participação e satisfação dos usuários nos CEO da Paraíba, 2014.

Pergunta	BRASIL	PARAÍBA
O CEO realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário?	51,0%	34,0%
O CEO dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões?	75,1%	54,7%

Fonte: CARDOSO, PADILHA, 2018.

Considerações finais e expectativas para o segundo ciclo do PMAQ-CEO na Paraíba

A Paraíba possui uma expressiva rede de serviços da atenção secundária em saúde bucal, sendo um dos estados com maior número absoluto de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), apresentando a melhor proporção de CEO por habitantes no Brasil.

O número de CEO da Paraíba que foram avaliados entre os anos de 2013 e 2014, por meio do PMAQ-CEO 1º Ciclo sofreu grande expansão até 2019.

Na avaliação do 1º Ciclo, os CEO da Paraíba apresentaram adesão ao programa, ofertavam as especialidades mínimas, mostraram estrutura física acessível para pessoas com deficiência física, utilizavam prontuários únicos para todas as especialidades e pequena proporção de interrupções do atendimento por falta de material ou por falhas nos equipamentos.

Os itens de adequação visual e tinha disponibilidade de computadores, internet e de equipamentos facilitadores de tratamento endodônticos no serviço foram pouco frequentes. Ainda nessa perspectiva, na avaliação do acesso ao serviço dos CEO, observou-se que a demanda era mista, o atendimento era realizado por ordem de chegada e o tempo de espera para o atendimento era de uma semana a um mês para a maioria dos CEO.

Já com relação aos dados de gestão do serviço, destacaram-se a presença de gerentes, que, no entanto, acumulavam a função de gerente e de atuação clínica nos CEO. O monitoramento das metas e autoavaliação também foi frequente.

As atividades de matriciamento, de EPS e de planejamento, bem como presença mecanismos de avaliação ou canais de comunicação para o usuário, foram pequenas e inferiores aos dados nacionais. A presença de reuniões de equipe foi alta, porém sem periodicidade definida.

Desse modo, muitos pontos positivos foram observados na estrutura e organização do processo de trabalho, no entanto, algumas atividades de gestão do serviço necessitam ser realizadas com mais frequência e/ou aprimoradas, como planejamento, EPS, matriciamento, avaliação e participação popular no serviço. Atividades que talvez ainda não tinham sido despertadas pelos gestores, mas que ao serem questionadas pelo PMAQ-CEO, podem aumentar o interesse e desenvolvimento das mesmas com o apoio das instituições de saúde e de educação envolvidas no processo.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. **Portaria GM nº. 648/2006**. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. **Portaria GM nº. 599/2006**. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. **Portaria 1.464**, Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. **Portaria GM nº. 261/2013**. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Acessibilidade. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acessibilidade>. Acesso em: março de 2019.
- CARDOSO, A.M.R.; PADILHA, W.W.N. Encontro com gestores dos CEO da Paraíba. **Avaliação Externa do 1º Ciclo do PMAQ-CEO**. João Pessoa, 2018.
- CAVALCANTI, R.P.; CAVALCANTI, J.T.M.; SERRANO, R.M.S.M.; SANTANA, P.R. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistemas de saúde pública: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa - PB, Brasil. **Tempus Actas Saúde Coletiva**. 2013; 7(2):63-84.
- CECOL/UFPE. Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal – CECOL/UFPE. **Avaliação Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade os Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO): Manual instrutivo para o trabalho de campo**. Pernambuco, 2013. (Apostila).
- CORREIA, A.D.M.S.; DOBASHI, B.F.; GONÇALVES, C.C.M.; KANOMATA, M.N.; MONREAL, V.R.F.D.; NUNES, E.A. Telessaúde brasil redes e teleodontologia: relato da experiência em m.ató grosso do sul. **J Bras Tele** 2013;2(2):35-37.
- GOES, P. S. A. et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2012; 28(Suppl.), s81-s89.
- PARAÍBA. Disponível em: <http://portal.saude.pb.gov.br/infosaudedef/ifremeR.php>. Acesso em: 20 de junho de 2019.

PERNAMBUCO

Percursos e percepções da avaliação externa do 1º ciclo do PMAQ-CEO em Pernambuco

*Ronald Pereira Cavalcanti¹
Gabriela da Silveira Gaspar¹
Edson Hilan Gomes de Lucena²
Petrônio José de Lima Martelli³
Nilcema Figueiredo³
Paulo Sávio Angeiras de Goes⁴*

- 1. Professor no Núcleo de Saúde Coletiva. UFPE*
- 2. Professor no Departamento de Odontologia. UFPB*
- 3. Professor na Área Temática de Saúde Coletiva. Curso de Medicina. UFPE.*
- 4. Professor no Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva. UFPE*

PLANEJANDO A AVALIAÇÃO EXTERNA

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO) foi instituído pelo Ministério da Saúde em 21 de fevereiro de 2013, através da portaria nº 261. Constituído de 4 (quatro fases) em seu primeiro ciclo, destaca-se a sua 3ª fase, denominada Avaliação externa, na qual foi operacionalizado visitas *in loco* para ser aferir padrões de qualidade sobre estrutura-processo-resultados, através de instrumentos de coleta de dados usados por avaliadores de qualidade (FIGUEIREDO et al, 2018).

Os avaliadores de qualidade do 1º ciclo da avaliação externa do PMAQ/CEO, ocorrido entre os anos de 2013 e 2014, foram profissionais dentistas selecionados mediante processo público, no qual se inscreveram 52 candidatos para o preenchimento de 4 vagas. Foram analisados os currículos e priorizados, principalmente, aqueles que no perfil tinham: disponibilidade de tempo para viajar, durante a semana, para os estabelecimentos de saúde localizados no interior do estado; pós-graduação na área de saúde coletiva; e, menos de 10 anos de conclusão de graduação. Concluída a fase de análise de currículo e definido os selecionados, foi feito um contato telefônico com os candidatos pré-selecionados para assegurar a disponibilidade de tempo para as atividades e esclarecer dúvidas. Nessa etapa, uma candidata desistiu por verificar que não teria o tempo necessário para exercer a atividades propostas.

Concluída a seleção dos avaliadores externos, articulou-se por meio do coordenador estadual da avaliação externa do PMAQ-CEO em Pernambuco, uma parceria com a coordenação de saúde bucal da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) apoio a execução das atividades tanto à comunicação com os municípios. A SES-PE, colaborou no contato com os responsáveis pelos CEOs, disponibilização de alojamentos para as avaliadoras pernovernarem em algumas rotas e transporte com motoristas para todas as avaliações fora da capital do estado e das cidades limítrofes (Olinda, Camaragibe, Paulista e Jaboatão dos Guararapes). Sem dúvida, este apoio integral da SES-PE viabilizou a realização de uma avaliação externa de menor custo e de maior agilidade.

Ao todo, foram definidas 19 rotas, isto é, caminhos a serem percorridos e a sequência de serviços a serem visitados pelos avaliadores, distribuídas em 6 semanas (Quadro 1), em comum acordo entre SES-PE, coordenação estadual e avaliadores do PMAQ-CEO. Na sequência, a

SES-PE fez contatos com os municípios para pactuar as respectivas agendas de avaliação. Programou-se que cada serviço seria avaliado por um avaliador, no entanto, flexibilizou-se e em alguns casos a avaliação foi realizada em dupla.

Quadro 1: Roteiro da primeira semana de avaliação externa em PE, no ano de 2014.

	Avaliador (A)				Saída Recife	Retorno	Chegada Recife
	1	2	3	4			
Semana 1 (14 a 18 jan.)	Petrolina 3 ^a (dorme em Ouricuri)		Ondina 2 ^a e 3 ^a	Jaboatão 2 ^a , 2 ^a , 4 ^a , 5 ^a	A1 e A2 2 ^a , 7 horas	---	---
	Ita 4 ^a M		Paulista 4 ^a e 5 ^a		---	---	---
	Cedro 4 ^a T, 5 ^a M				---	---	---
	Serra Talhada 5 ^a T, 6 ^a M				---	A1 e A2, Serra Talhada 13h	A1 e A2, 10h

A1: avaliador 1, A2: avaliador 2, Dias da semana: 2^a, 3^a, 4^a, 5^a, 6^a; Turnos do dia: Manhã (M), Tarde (T).

É importante ressaltar que antes dos avaliadores irem para campo, todos passaram por treinamento e calibração com o uso de tablet (equipamento utilizado para registrar as coletas dos dados). Além de conhecerem melhor o funcionamento do Programa e terem conhecimento dos documentos a serem coletados durante a avaliação.

Situação dos CEOs de Pernambuco

O estado Pernambuco possui 184 municípios, mais o distrito de Fernando de Noronha, e está dividido em 12 regiões de saúde. No período da avaliação externa havia 45 CEOs, de referência municipal, distribuídos em 38 municípios, sendo que alguns municípios possuíam mais de um CEO (Recife 4, Caruaru 2, Jaboatão dos Guararapes 2, Brejo da Madre de Deus 2, Vitória de Santo Antão 2), conforme o mapa na Figura 1.



Figura 1: Número de CEOs por município em PE no ano de 2014. Fonte: Elaboração própria.

Os Centros de Especialidades Odontológicas foram instituídos no SUS no ano de 2004 pelo governo federal como uma estratégia de organização da atenção secundária em saúde bucal no Brasil, e parte estruturante da Política Nacional de Saúde Bucal denominada Brasil Sorridente. São considerados como elementos-chave na configuração da Rede de Atenção à Saúde (RAS) ao favorecer o acesso da população a procedimentos de maior complexidade tecnológica, não contemplados nas unidades básicas de saúde (UBS)(CARRER, et al 2019).

Após 9 anos de expansão dos serviços de saúde bucal no país, tornou-se a maior rede de serviços públicos no mundo. Porém, com o intuito de garantir a qualidade dos serviços, o Ministério da Saúde, criou o Programa que tem como objetivo de melhorar o acesso e qualidade dos CEOs através da avaliação contínua, permitindo assim identificar fragilidades e potencialidades que subsidiem tomada de decisão aos processos de gerência/gestão (MACHADO, SILVA e FERREIRA, 2015).

Dos 45 CEOs que existente em PE no ano de 2013, 5 (11,1%) não foram avaliados por motivo de greve, recusa ou reforma do estabelecimento, localizado nos municípios de Brejo da Madre de Deus, Camaragibe, Moreno, Itapissuma e Vitória de Santo Antão. Sendo assim, os avaliadores externos conseguiram aplicar os três módulos do Instrumento de Avaliação Externa em 40 serviços, dos quais 17 (42,5%) foram do tipo I, 21 do tipo II (52,5%) e 2 (5%), do tipo III.

A partir dos dados coletados, destacamos algumas características de funcionamento e organização dos serviços, a saber: 34 CEOs (85%) ofereciam outras especialidades, além das mínimas exigidas pelo Ministério da Saúde. Os serviços eram gerenciados por profissional com atividade exclusiva de gerente em 19 (47,5%) estabelecimentos, outros 19 (47,5%) acumulavam atividades clínica e de gerência, e 2 (5%) estabelecimentos não possuíam gerente. Entre aqueles que possuíam gerente, 29 (76,3%) atuavam na função em um período de até 2 anos, e 27 (71%) possuíam alguma formação complementar em saúde pública ou saúde coletiva.

Na força de trabalho na atividade clínica, constatou-se 333 cirurgiões-dentistas, deste 186 (55,9%) estavam vinculados à administração direta, 10 (3%) à empresa, 6 (1,8%) à uma Organização Social, 4 (1,2%) à uma Entidade Filantrópica e 127 (38,1%) apresentavam vinculação indeterminada. Já na forma contratual, 166 (49,8%) eram através de contrato temporário, 155 (46,5%) por meio do serviço público Estatutário, 10 (3%) pela Consolidação das Leis do Trabalho e 2 (0,6%) indeterminados.

Sobre o acesso e o atendimento prestado, 18 (45%) CEO relataram que atendem apenas demandas referenciadas da Atenção Básica, e os demais estabelecimentos afirmaram que atendem de forma mista (demandas espontâneas e referenciadas).

Dentre os 394 usuários entrevistados, 63% (250) afirmaram que para ter acesso ao CEO, obtiveram uma guia da Unidade Básica de Saúde e marcaram o atendimento diretamente no serviço. O tempo máximo de espera para todas as especialidades foi de 60 dias, exceto para a endodontia que foi de 120 dias. Para iniciar o tratamento, 36% (143) esperaram até uma semana, 38% (148) entre uma semana e um mês e os demais, esperaram mais de um mês. De todos os usuários, 32,2% (127) já haviam concluído algum tratamento no serviço e destes, apenas 6 (4,7%) não tinha conseguido resolver o problema. De acordo com o grau de satisfação, 43% consideraram muito bom, 50% bom, 6% regular, 0,2% ruim e 0,5% péssimo.

Para o processo de certificação, o Ministério da Saúde adotou como critérios para composição da nota final de cada CEO: a realização da autoavaliação (correspondendo a 10% da nota final da certificação), o desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados (correspondendo a 30% da nota final da certificação) e o resultado da avaliação externa (correspondendo a 60% da nota final da certificação).

Diante desses parâmetros, os CEOs de PE ficaram classificados da seguinte forma: 21 CEOs como mediano ou abaixo da média (com essa classificação os CEOs recebem 20% de adicional no recurso de custeio repassado pelo Ministério da Saúde), 15 CEOs como Acima da Média (com essa classificação os CEOs recebem 60% de adicional no recurso de custeio repassado pelo Ministério da Saúde) e 1 CEO como muito acima da média (com essa classificação os CEOs recebem 100% de adicional no recurso de custeio repassado pelo Ministério da Saúde). Vale salientar, que alguns CEOs receberam a visita do avaliador, mas não foram classificados pois não aderiram ao Programa.

Os recursos extras variavam conforme o desempenho obtido por cada tipo de CEO em: desempenho Acima da Média CEO I (R\$ 3.300), CEO II (R\$ 4.400) e CEO III (R\$ 7.700) e muito acima da média CEO I (R\$ 6.600), CEO II (R\$ 8.800) e CEO III (R\$ 15.400).

Quanto ao cumprimento das metas de produção dos CEOs no ano de 2007, verificou-se um incremento no percentual de serviços que cumpriram a atenção secundária em saúde bucal em função do aumento do porte populacional, vale dizer, quanto maiores as cidades, melhores foram os resultados para o indicador. Apontando um percentual de serviços que o cumpriram na sequência crescente de cidades: com até 30 mil habitantes (49,2%); entre 30-50 mil habitantes (54,0%); entre 50-100 mil habitantes (61,0%); e acima de 100 mil habitantes (77,8%). Os CEO tipo III tiveram melhores resultados para o desempenho e cumprimento das metas. Nos municípios de menor porte populacional e desenvolvimento humano, piores desempenhos foram encontrados (GOES et al, 2012).

A PMAQ-CEO na visão do avaliador externo

A atividade de avaliar o serviço trouxe inúmeras percepções e relatos dos avaliadores sobre o funcionamento dos serviços ao longo do período de coleta de campo compartilhados com a coordenação estadual da avaliação externa.

Percepção dos avaliadores externos do PMAQ/CEO sobre o processo de avaliação externa identificou a importância do uso de coleta via dados móveis, com uso de tablet e migração de dados via internet. A preocupação com uma “avaliação justa” foi percebida pelos avaliadores e sua formação e a estrutura de gestão da pesquisa pode dar segurança à coleta de dados.

A avaliação externa foi vista como uma atividade que trouxe crescimento profissional aos avaliadores por tê-los colocado em uma perspectiva da gestão do SUS, ao avaliar os serviços. Parte dessa percepção se formou quando os serviços viam nos avaliadores os responsáveis finais pelo resultado do CEO no PMAQ.

Aprendizados dessa experiência

Os avaliadores externos identificaram a importância desse trabalho quando perceberam que essa atividade era um dispositivo de apoio aos trabalhadores locais para “pressionar” a gestão quanto a melhorias nas condições de trabalho, uma vez que, devido ao agendamento da avaliação externa, o gestor local providenciou algumas melhorias no CEO. Uma maior frequência dessa avaliação, poderia produzir mais resultados, tendo em vista que em alguns locais, não se tinha claro o que era o PMAQ, resumindo a intenção do gestor a um único desfecho: ter ou não o repasse do recurso conforme o desempenho. O recurso financeiro em si, não é suficiente para se internalizar na rotina do serviço as variáveis de qualidade do programa.

A formação de graduação do dentista voltada para o setor privado, enfraquece a produção de perfis direcionados aos resultados orientados pelos princípios e diretrizes do SUS.

O Monitoramento municipal e regional da rede de saúde bucal: a experiência de Pernambuco com o Observatório de Saúde Bucal/UFPE

A partir do desafio de usar as tecnologias em saúde para minimizar os problemas de saúde bucal, seja no âmbito da atenção, mas, sobretudo na gestão dos serviços, desde em 2015 foi implantado na Universidade Federal de Pernambuco, o Observatório de Saúde Bucal (**OSB/UFPE**), idealizado como espaço de desenvolvimento de atividades de pesquisa, ensino e extensão, com vistas a intervenção nas políticas públicas de saúde bucal.

Nessa perspectiva a equipe de trabalho é constituída por docentes e discentes do curso de odontologia, saúde coletiva e medicina; residentes de odontologia e saúde coletiva; e, gestores e profissionais da saúde bucal. A intenção tem sido fortalecer no estado de Pernambuco uma rede colaborativa entre academia e serviços, com a participação dos diversos atores sociais envolvidos.

As atividades são realizadas, semanalmente, no Laboratório de Gestão da Informação em Saúde Bucal através do uso de ferramentas eletrônicas, análise de dados dos sistemas de informação em saúde e do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Além dos produtos técnicos, a equipe também participa de programa de educação permanente, no qual são convidados professores para debater assuntos importantes na área.

Como produtos técnicos são ofertados, semestralmente, Boletins (relatórios de monitoramento) dos serviços de atenção básica e dos CEO. As informações são disponibilizadas on-line, na página do Observatório e são de livre acesso (<https://www.ufpe.br/cecol/observatorio>) desde 2017. Ademais, ao final de cada semestre, é realizado seminário com a participação de toda a equipe do observatório e gestores dos municípios e do estado de Pernambuco.

Dentre os produtos científicos, destacam-se, trabalhos de conclusão de curso de graduação, de residência, dissertações, sobretudo artigos publicados em periódicos científicos, livros sobre saúde bucal coletiva, apresentação de trabalhos em eventos, entre outros. Dessa forma, além de capacitar os envolvidos nesses produtos, ocorre a divulgação, no meio científico, de informações atualizadas sobre planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal, podendo subsidiar práticas

embasadas por boas evidências.

Programa computacional denominado Portal CEO também se constitui importante produto científico que foi utilizado para pesquisas de intervenção sobre os CEO. É uma ferramenta *web based* a qual permite o processamento automatizado de dados para avaliação do estabelecimento de saúde em nível local; monitoramento remoto dos serviços; e auxilia ainda no processo de tomada de decisão para sua melhoria de qualidade. Segue o modelo teórico universalmente aceito que é o modelo sistêmico proposto por Donabedian, com enfoque nos componentes estrutura e processo para a avaliação. Contém 2 módulos de avaliação de qualidade: 1- O módulo Gerente, tem formulário com 7 Componentes de Qualidade (CQ): Cobertura do Serviço; Gestão e Gerência do Serviço; Estrutura do CEO; Gestão de Pessoas; Critérios Organizacionais; Controle Social e Financiamento; Avaliação e Monitoramento das ações do CEO; e, 2- O módulo Profissional, tem formulário com os seguintes componentes de qualidade: Estrutura e Processo. Após o preenchimento completo dos módulos, as respostas são autoprocessadas e geram avaliação com notas por CQ e a Nota Geral do Serviço (NGS), oriunda da média aritmética das demais, obtendo-se a classificação do serviço. Ademais, a partir do auto processamento dos resultados e classificação dos serviços, carta de recomendações a mudanças é emitida pelo programa (SANTOS, 2018).

O Portal CEO, por gerar instantaneamente avaliação e recomendações para mudanças, ser de fácil manuseio e carecer de recursos tecnológicos mínimos (computador com acesso à rede de internet) tem se constituído como ferramenta para gestão da informação que permite tomada de decisão imediata. Ademais, podem prestar grande contribuição no apoio ao planejamento/gestão à identificação de aspectos críticos do serviço que prejudicam a qualidade, tendo forte potencial para servir como apoio institucional suplementar ao PMAQ/CEO. Iniciativas como o Portal CEO devem ser estimuladas e difundidas para uso no âmbito do SUS (SANTOS, 2018).

Soma-se, ainda, um papel importante do OSB/UFPE, que é o de assessoria aos serviços de saúde, no qual são elaborados planos de ação, geralmente a partir de oficinas de planejamento com a participação de atores sociais externos (controle social).

Após cada semestre é realizada uma avaliação das ações do observatório de saúde bucal com todos os envolvidos. Esta iniciativa, pioneira no estado de Pernambuco, no âmbito da saúde bucal, tem sido bem avaliada, tanto pelos participantes do observatório, quanto pelos gestores da saúde bucal.

Outra contribuição importante, no âmbito da pesquisa e intervenção, foram as ações do componente Vigiflúor em Pernambuco, que promoveu o diagnóstico e monitoramento dos níveis dos teores de flúor nas águas de mananciais e abastecimento, permitindo maior conhecimento da questão, em que reforça a necessidade da implantação da fluoretação artificial nos sistemas de abastecimento público em Pernambuco e o fortalecimento das ações de vigilância da fluoretação que garantam a manutenção de níveis de flúor que promovam máximo benefício no combate à cárie e mínimo risco de fluorose dentária para a população.

Como contribuição ao SUS, espera-se, sobretudo, induzir a amplificação do uso de metodologias tecnológicas avaliativas em saúde, modernização da gestão em saúde, além da contribuição à melhoria da qualidade dos serviços, a partir das intervenções propostas pela equipe do observatório e pactuadas com a gestão pública.

Qual o futuro da rede de serviço de saúde bucal? Limites e possibilidades.

A implementação de políticas públicas é um processo complexo, que requer o envolvimento dos diferentes atores, entre eles, gestores, profissionais da saúde, pesquisadores, sociedade civil, entre outros. Sendo assim, é fundamental que o país crie mecanismos favoráveis para sua concretização (CARRER et al, 2019).

Apesar dos limites, em Pernambuco, há inúmeras possibilidades que têm sido desenvolvidas, tanto pelos serviços quanto pela academia (graduação e pós-graduação). Reporta-se a implementação das ações do Observatório de Saúde Bucal/UFPE, como bom exemplo, que tem contribuído tanto ao fortalecimento da evidência científica, através de seus inúmeros produtos técnicos e científicos quanto a intervenção no âmbito estadual à indução da reflexão entre teoria e prática, práxis, no cotidiano da rede de serviços de saúde bucal (ensino=formação que interage com realidade, através dos estágios, programas de extensão, educação permanente, dentre outros) à busca de melhor gestão das informações para melhoria da tomada de decisão, amparados pela indução às ações de planejamento e avaliação em saúde e atuação pelos gestores, mas sobretudo pelos profissionais com intuito ao cuidado integral à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Carrer FCA, Galante ML, Martins FC, Ditterich RG, Frias, AC, Gabriel M, Fratucci MVB, Araujo ME, Pucca Junior GA. Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): a maior política pública de saúde bucal do mundo; p. 23-31. In: SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir. [Coord.] Carrer FCA, Pucca Junior GA, Araujo ME. [Org.] Silva DP, Gabriel M, Galante ML. – São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019. 167p.
2. Figueiredo N, Goes PSA, Martelli PJJ, Luvison IR, Werneck MAF, Ribeiro MAB, Araujo ME, Padilha WWN, Lucena EHG. Theoretical and Methodological Aspects of the External Evaluation of the Improvement, Access and Quality of Centers for Dental Specialties Program. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*, 2018, 18 (1): e 3433.
3. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Junior GA, Rosales MS. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 28 Sup:S81-S89, 2012
4. Machado FCA, Silva JV, Ferreira MÂF. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Ciênc Saúde Colet*, 20(4):1149-1163, 2015.
5. Santos LX, Almeida DRS, Silva JS, Rizental ACMF, Goes PSA, Figueiredo N. A Web-Based Tool for Monitoring and Evaluating Health Care Services: An Analysis of Centers for Dental Specialties Webpage. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*, 2018, 18(1):e 3385.

PIAUI

Organizar a ausência
Retomar em fragmentos
A memória
Um mosaico em construção
Quantas histórias formam uma existência
Um ciclo de viagens avaliativas
Atravessou em 2014 o Piauí
Convidar o tempo
Nem tão distante
Muito distante
Retornar,
Reatar o laço
Unir como ponte,
as partes importantes
Muitos laços
Muitos antes
Pausas para não perder o tato
Ou cansar a vista
Antes do fim
Contar o que preciso for
Tirar o cisco do olho
Ainda que talvez impreciso
Corramos o risco
Choro, riso,
Espanto, incredulidade
Indignação, silêncio
O que já havíamos dado como alcançado,
Conquistado a duras penas
Nunca imaginaríamos perdido ou por perder
Tempos estranhos aparecem na janela
Brasília e suas estranhas danças
Subterrâneas tramas
Desmundos de um SUS sob ataque
A perigo
Em perigo
Frágil menina, frágil menino
Nosso sonho civilizatório alegre,
De viver,
De não perecer precoce ou inevitavelmente
Sonho dormido e não amanhecido
Torturaram-no os dentes
As sementes
Para que não sepultemos os sonhos
Que redescubramos os sonhos
Para a história que é preciso contar
Em memória analógica
Navegação que se fia no imã
Agulha posta em papéis, grafites, lembranças,

Itinerários feitos,
Greves de motoristas
Trajetos desfeitos,
Refeitos
Longe lá se vão 5 anos
Exatamente uma quarta-feira de cinzas – 06 de março de 2019
Saudosismo para o início
Primeiro dia da avaliação externa do primeiro ciclo – 05 de março de 2014
Eu, você, nós tantos
Tantos nós por desatar - desatamos
5 anos depois
PMAQ-CEO e seus aniversários
Linhas do tempo
Tempo esquivo de se buscar em calendários
Perto do mar, longe do mar,
Estio
“E no meu sertão plantei sementes de mar
Grãos de navegar
Partir”
Para aprender
Um contato, convite inicial
Dúvidas, incertezas,
Camadas de compreensão aos poucos se assentando
Externa avaliação
Uma seleção por fazer no final de 2013
Avaliadores aparecidos
Simplificados virtualmente:
Critérios, currículos resumidos, intencionalidades
Cidades invisíveis na tela líquida do cristal
Duas avaliadoras externas ao final
E perto do final do ano,
Dezembro em Recife
E tantas palavras e não menos promessas
Tecnologias a nos amparar,
Ou melhor
Nós a esperarmos por elas
Tecnologias ou quimeras
Um manual ainda não virtual,
‘Sementes de mar, grãos de navegar’
Impressas no papel - dúvidas
Quanto papel,
Quanta dúvida,
Quanta lua,
Quanta luta
A promessa que em breve seria
Teve que aguardar o tempo
Tempo de realizar a agenda
Dos que lidavam com paciência
Com tabletes e aplicativos
Inserir programas,
Rodar programas,
Testar versões
Ponderações

Viramos o ano,
Cruzamos com samba o carnaval e
Em marcha de quarta-feira de cinzas
O Brasil e seus CEOS fomos avaliar
Teresina para começar
Dois CEOS
Duas avaliadoras
Uma ex-aluna,
Uma ex-coordenadora (estadual de saúde bucal)
Duas histórias em transição
O começo de uma
A pausa profissional de outra
Empenhos, experiências, ênfases
Blocos de municípios por alcançar
Contatos prévios
Ligações, e-mails, redes sociais, sinais de fumaça
E ainda assim: ruídos
Promessas desfeitas, incompreensões
E mesmo assim
Intrépidas elas,
As avaliadoras estavam lá
Tabletes na mão,
Ansiedades por dominar
Para uma, além de tudo,
A idiosincrasia da tecnologia
Para a outra,
A juventude e sua impetuosidade
Sinais de satélite não nos comunicavam
Abandona-mo-los
Notas técnicas muito ajudaram
E para o diapasão das dúvidas,
Idas e vindas, muitas leituras
Documentos por recolher em cada CEO (papeis em demasia)
Questões por perguntar
Coordenadores, profissionais, usuários
Materiais, instrumentais e estruturas para conferir
Ah CEOS do Piauí
Tão diversos
Vinte nove avaliados, vinte oito certificados/ contratualizados
Caminhos e curvas de tantos rios
Muitos quilômetros percorridos
Muitos auxílios
Secretaria de Estado da Saúde do Piauí
Conselho Regional de Odontologia,
Núcleo Estadual do Ministério de Saúde e
A UFPI via Professor Doutor Osmar Cardoso, responsável pela realização da avaliação externa
do PMAQ-AB.
Motoristas, carros, hospedagens
Contatos do próprio município
A delicadeza para recusar convites para almoçar, jantar
Evitar que as coisas se confundissem
Que a aproximação pudesse ser entendida como facilidade indevida
Ou imparcialidade comprometida

Em todo caso, não é não
CEOS na capital e a 1.000 quilômetros de distância
CEOS no Delta do Parnaíba e nas distâncias da Serra da Capivara
Blocos de percurso e de repente a contagem regressiva avançou
Três ou quatro CEOS por semana
Na maior parte das vezes bem recebidas
Em algumas poucas situações,
Incompreendidas foram as meninas
Aos poucos a câmara escura da avaliação
Produziu suas imagens
Revelando o que os olhos já viam
Mas não podiam expressar por onde andaram
De fio a pavio,
Impávidas
Muitas equipes motivadas, comprometidas e presentes
Mas também equipes desmotivadas, incompletas,
Desencontradas e ausentes
Ausência de profissionais, ausência de gente
Vergonha da gente
Tudo ausente
CEO às moscas,
Chaves perdidas,
Consultórios incompletos, desmontados,
CEO tinindo de bem cuidado e bem ocupado
Ausência de compromisso,
Abundância de compromisso
Para além da sinalização padrão,
Tótems, placas, logomarcas em aventais
Sinais de vida cuidando e vidas sendo cuidadas
Ah se fosse sempre assim
Se fosse a maior parte do tempo, a maior parte das vezes assim
Se as gestões municipais encontrassem no CEO,
Na saúde bucal coletiva,
Na saúde da família um propósito enfim
Mutatis mutandi
Quantos desencontros
Quantas torpezas também vimos
Coronéis doutores e seu destino de atraso luzindo
Portas fechadas, materiais vencidos, superfícies de metal dos instrumentais enferrujadas
E a avaliadora querendo interditar o CEO
Caras amarradas
Descasos, descuidos, displicências com a vida do outro e outras vidas
Quantos bons encontros tivemos
Em Teresina,
Boas e nem tão boas notícias
Já esperávamos e não esperávamos
Nesta época não havia
Gerência de Saúde Bucal no maior município,
Capital do Piauí
Esta foi uma conquista mais recente
2016
E esta conquista
Ainda muito precisa

Ressignificada
Redimida,
Revista
Mostrar muito mais ao que veio,
Por que veio e
O que pode conseguir
Não há o que temer
Não temos que temer
E por não temer
Distantes de Teresina
Onde tudo pareceria mais difícil,
menos real ou possível
Surreal manter um CEO ali,
Bom Jesus, São João do Piauí
Longe do norte do estado,
O Piauí e seu viés de norte
De Teresina em direção ao Atlântico
400, 500, 600, 800 quilômetros ao sul
Houve boas e razoáveis experiências para observar,
Ver e contar
Profissionais de saúde bucal estavam lá
Cumprindo afazeres, horários e tocando em frente
OS CEOS estavam lá
Ora precários, ora tímidos,
Mal cuidados, mal geridos
Em outras rotas,
Melhores notas
CEOS Decentes, dignos
Presentes e de portas abertas
Nada do outro mundo
Apenas consistentes com o SUS que queremos
A ousadia de fazer cumprir o que é correto,
O que está na lei
Para nós e para toda a gente
Nossa gente,
Eu e você
Avisa lá
Que eu vou chegar mais cedo para avaliar
Há CEO para ser visto
CEOS pequenos, mínimos
Apenas com as especialidades mínimas
Obrigatórias na letra da lei:
Buriti dos Lopes, Luzilândia e Simplício Mendes
CEOS que acertaram em cheio a adequação visual
A acessibilidade se mostrou inacessível também em 6 outros CEOS
Como fazer para torná-los mais *friendly*
Todos os CEOS piauienses utilizam prontuário clínico ainda bem,
Ninguém trabalha sem registro clínico do que é realizado, do que é consultado
Alguns até com prontuários específicos
No Piauí insumos, instrumentais faltando, e equipamentos não funcionando adequadamente
deixam CEOS disfuncionais
Por tempo demais
Demanda espontânea ainda é uma forma de acesso para 9 CEOS

E a ideia da conquista da integralidade em saúde bucal se esvai
Uma ficha de referência na mão e o caminho no chão é a forma de acesso aos CEOS,
Menos em Teresina, onde o sistema de marcação encurta o caminho
De uma semana a doze meses pode-se esperar para chegar a um CEO no Piauí
As especialidades encaminhadas dirão a sorte do rápido acesso ou o tamanho da fila de espera e da demora
Valença em 2014 não possuía gerente no seu Centro de Especialidades
Em 15 centros, além de gerente, o colega era doutor de cadeira
10 trabalhadores eram exclusivamente gerentes
Matriciamento e educação permanente a maior parte dos CEOS responderam que sim,
Fazem,
Mas eita dúvida cruel se de fato fazem
Reuniões de equipe foram mais presentes que ausentes,
Ainda que sem uma periodicidade definida
Mais parecem reuniões rotineiramente perdidas no tempo e no espaço
Dispositivos de planejamento e ações da gestão para organização do processo de trabalho do CEO não são utilizados pela maior parte dos CEOS avaliados,
Se não planejam, não estabelecem metas
Que também se estabelecidas
Não são monitoradas,
Nem por especialidade,
Nem por cidade
Os CEO estão com protocolos de encaminhamento para as especialidades mínimas (cirurgia oral menor, endodontia, paciente com necessidades especiais, periodontia e estomatologia) distribuídos para rede de atenção à saúde bucal (atenção básica),
Mas também não estão, e talvez os encaminhamentos aconteçam sem critérios muito claros
Ao mesmo tempo que mecanismos de participação e satisfação do usuário estão na maior parte do CEOS, ainda que em 10 não estejam.

RIO DE JANEIRO

A AVALIAÇÃO EXTERNA DO PROGRAMA DE MELHORIA DE ACESSO E QUALIDADE DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

1º CICLO (AVE/PMAQ-CEO) NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: PRINCIPAIS RESULTADOS.

Andréa Neiva da Silva¹
Cesar Luiz Silva Junior²
Caroline Montez³
Daniela Alvine⁴
Maria Ercília de Araujo⁵

¹ Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ); Mestre em Odontologia Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

² Mestre em Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense (UFF). Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). Cirurgião-dentista, Universidade Federal Fluminense (UFF).

³ Mestranda em Clínica Odontológica pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

⁴ Especialista em Saúde da Família (ENSP/FIOCRUZ), Residente em Gestão da Atenção Básica (ENSP/FIOCRUZ).

⁵ Doutora em Saúde Coletiva, Professora titular do Departamento Odontologia Social (FOUSP).

INTRODUÇÃO

A Avaliação Externa do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas – 1º Ciclo (AVE/PMAQ-CEO) no estado do Rio de Janeiro teve seu início em outubro de 2013. O processo de capacitação dos avaliadores externos aconteceu em 10 de dezembro de 2013 na Universidade de São Paulo (Figura 1) com o grupo gestor do PMAQ-CEO e a coordenação macrorregional sudeste.

O Seminário Estadual de implantação do PMAQ-CEO (Figura 1) subsidiou o Grupo Gestor na elaboração de estratégias para a efetivação da avaliação externa do PMAQ-CEO no estado e contou com a presença da Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), representada pela assessora da Superintendência de Atenção Básica do estado, Mara Ribeiro, dos gerentes dos CEO do Estado do Rio de Janeiro, além da coordenação Macrorregional (Prof^ª Dr^ª Maria Ercília Araújo) e estadual do PMAQ-CEO (Prof^ª Dr^ª Andréa Neiva da Silva). Os gerentes CEO presentes ao encontro fizeram importantes contribuições na elaboração do roteiro de visitas aos CEO, o que em muito facilitou o trabalho de campo dos avaliadores externos. Tanto a Área Técnica de Saúde Bucal do Estado do Rio de Janeiro quanto os gestores CEO mostraram-se bastante receptivos às avaliações externas do PMAQ-CEO durante o encontro.



Figura 1 - Fotografias da Capacitação dos avaliadores externos e do Seminário Estadual de implantação do PMAQ-CEO, 2013.

Legenda: Fotografia 1: Capacitação dos avaliadores externos do PMAQ-CEO ocorrida em 10 de dezembro de 2013 na Universidade de São Paulo. Da esquerda para a direita: os avaliadores externos Marcos Alex Mendes e Luana Gonçalves, profa. Andréa Neiva (coordenadora estadual da AVE PMAQ CEO do Rio de Janeiro), Prof. Paulo Goes (coordenador geral da avaliação externa do PMAQ CEO) e as avaliadoras externas Raphaela Bernardo e Débora Gorito. / Fotografia 2: Seminário Estadual de implantação do 1º ciclo do PMAQ CEO no Estado do Rio de Janeiro realizado em Novembro de 2013. Ao fundo, profa Maria Ercília Araújo, coordenadora Macroregional da AVE PMAQ CEO na Região Sudeste.

Fonte: Produção própria do autor, 2013.

O Ministério da Saúde (MS) recomendou a avaliação para um total de 68 estabelecimentos de saúde. O período de realização das visitas aos CEO do estado para a condução das avaliações externas propriamente ditas se estendeu de 20 de Março a 15 Maio de 2014. Dois CEO (2,9%), um localizado no município de Areal e outro em Mangaratiba, não puderam ser avaliados em virtude de os mesmos se encontrarem em reforma de suas instalações durante todo o período reservado para a avaliação externa.

Com exceção dos serviços de saúde localizados na região noroeste fluminense (Itaperuna, Porciúncula, Bom Jesus do Itabapoana, Santo Antônio de Pádua e Natividade), que se encontravam muito afastados da região metropolitana do estado, a acessibilidade aos CEO não se configurou um problema. De um modo geral, os avaliadores externos residiam em áreas relativamente próximas aos CEO sob sua responsabilidade, o que facilitou seus deslocamentos para as visitas de avaliação. As prefeituras de Bom Jesus de Itabapoana, Santo Antônio de Pádua, Belford Roxo, Barra Mansa, Piraí, Duque de Caxias, Volta Redonda, Itatiaia e Resende providenciaram transporte para o deslocamento dos avaliadores em seus municípios, facilitando, portanto, o acesso aos CEO dessas regiões.

Durante o 1º ciclo da AVE/PMAQ-CEO foram realizadas 132 entrevistas com gerentes e cirurgiões-dentistas (CD) dos 66 CEO do Estado do Rio de Janeiro e 614 usuários desses serviços foram entrevistados.

O presente capítulo tem por objetivo descrever os principais resultados do 1º ciclo da AVE/PMAQ-CEO no estado no tocante à: distribuição territorial e horário de funcionamento; características estruturais (adequação visual, acessibilidade, ambiência e recursos); ações da gestão para organização do processo de trabalho; qualificação dos profissionais e educação permanente;

acesso (caracterização das demandas, organização da agenda e tempo de espera relacionado ao perfil dos usuários); planejamento e monitoramento das ações pelas equipes; e articulação dos CEO na Rede de Atenção à Saúde.

Ao apresentarmos os principais resultados alcançados pelos CEO do Estado do Rio de Janeiro e apontarmos alguns desafios que estão colocados para o aprimoramento da atenção especializada em saúde bucal ofertada à população fluminense, esperamos que o presente capítulo possa contribuir para subsidiar as gestões estadual e municipal na tomada de decisão no campo da atenção especializada em saúde bucal.

APRESENTAÇÃO: ESTADO DO RIO DE JANEIRO

O estado do Rio de Janeiro apresentava população estimada de 16.461.173 habitantes em 2014, destacando-se como o estado brasileiro com a 3ª maior população do país. Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o estado ocupava a 4ª posição no país em 2010, com 0,761 (IBGE, 2019).

O Rio de Janeiro é composto por 92 municípios organizados em 09 (nove) regiões de saúde, que são: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana. A Tabela 1 apresenta as estimativas das populações de cada regional de saúde do estado.

Tabela 1 - Regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro com número de municípios adscritos, estimativa populacional e coberturas de atenção básica, 2014.

REGIÃO DE SAÚDE	População	Nº de Municípios	% da População por região	Cobertura de Atenção Básica	Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica
Baía da Ilha Grande	264.913	03	1,61	100,0	79,3
Baixada Litorânea	752.911	09	4,57	67,4	54,9
Centro-Sul	326.523	11	1,98	94,1	93,7
Médio Paraíba	875.542	12	5,32	86,6	79,2
Metropolitana I	10.082.078	12	61,25	51,9	25,8
Metropolitana II	2.008.412	07	12,20	77,2	34,6
Noroeste	335.686	14	2,04	90,2	76,7
Norte	882.578	08	5,36	45,9	61,3
Serrana	932.530	16	5,67	63,5	39,5
ESTADO DO RJ	16.461.173	92	100,0	60,3	36,9

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do IBGE/TCU e site e-Gestor Atenção Básica, 2019.

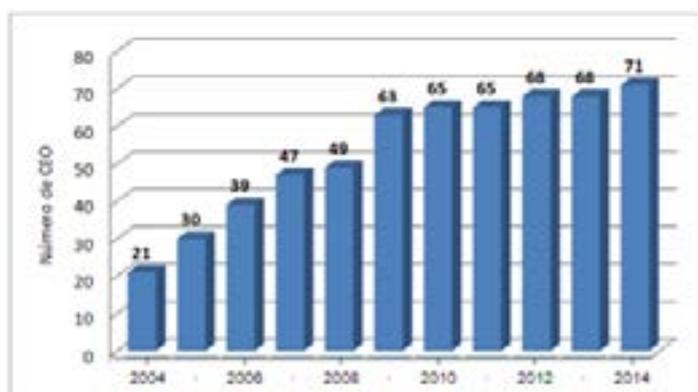
As regiões Serrana e Noroeste se destacam por apresentar o maior número de municípios adscritos. Por sua vez, as Metropolitanas I e II concentravam aproximadamente 64% da população do estado, representadas por 19 municípios. Em relação à cobertura populacional estimada por equipes de atenção básica (AB), o estado apresentava 60,3%, destacando-se as regiões Baía da Ilha Grande,

Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana II e Noroeste. Na saúde bucal, a cobertura do estado era de apenas 36,9%, com destaque para Baía da Ilha Grande, Centro-Sul, Médio Paraíba e Noroeste.

HISTÓRICO DE IMPLANTAÇÃO DE CEO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Em 2004, o lançamento das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente (PNSB) deu início aos processos de habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) pelo Ministério da Saúde no país. A Portaria nº 2.192/GM, de 08 de outubro de 2004, habilitou os primeiros Centros de Especialidades Odontológicas do estado, sendo 18 CEO no município do Rio de Janeiro (Região Metropolitana I) e 01 (um) em Santo Antônio de Pádua (Região Noroeste).

Gráfico 1 - Evolução do número de Centros de Especialidades Odontológicas no estado do Rio de Janeiro, de 2004 a 2014.



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do DAB/SAS/MS, 2019.

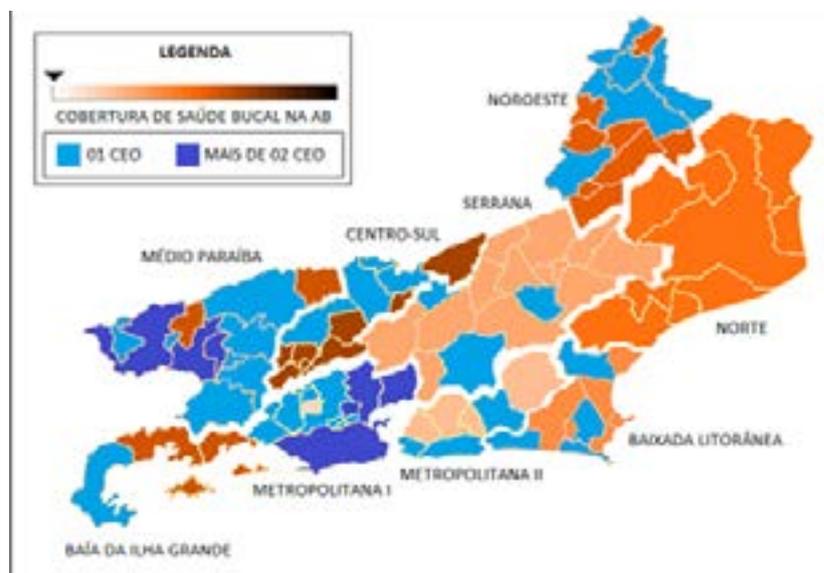
Conforme apresentado no gráfico 1, observa-se que, a partir das portarias de habilitação datadas de 2009 e 2010, o número de CEO foi impulsionado para 65 centros, representando três vezes o número inicialmente estabelecido em 2004, no lançamento da PNSB. Em 2014, o estado totalizava 71 Centros de Especialidades Odontológicas implantados.

PRINCIPAIS RESULTADOS

Distribuição territorial e horário de funcionamento dos CEO

O Rio de Janeiro apresentou 66 Centros de Especialidades Odontológicas com resultados no 1º Ciclo da Avaliação Externa do PMAQ-CEO (AVE/PMAQ-CEO), sendo: 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.

Figura 2 - Regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, considerando a cobertura de saúde bucal na atenção básica e a distribuição de CEO com resultados na Avaliação Externa do PMAQ-CEO – 1º Ciclo, 2014.



Fonte: Elaboração própria, 2019.

Com relação aos tipos de CEO no Rio de Janeiro, a maior proporção é de CEO Tipo II (66,7%), acompanhando os resultados da região Sudeste (59,1%) e do Brasil (77,8%). Entre as regiões, a Metropolitana I concentrava mais da metade dos CEO Tipo II do estado (52,3%), com destaque para o município do Rio de Janeiro (n=15; 34,1%), conforme a tabela 2. Sobre o número de cadeiras, a maioria dos CEO do estado apresentava 04 cadeiras odontológicas completas (equipo, unidade auxiliar e refletor).

Tabela 2 - Número e tipos de CEO com resultados no 1º Ciclo da AVE/PMAQ-CEO, por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, região Sudeste e Brasil, 2014.

REGIÕES DE SAÚDE	TIPO I		TIPO II		TIPO III	
	n	%	n	%	n	%
Baía da Ilha Grande	00	-	01	100	00	-
Baixada Litorânea	01	25	03	75	00	-
Centro-Sul	02	50	02	50	00	-
Médio Paraíba	06	43	06	43	02	14
Metropolitana I	04	13	23	77	03	10
Metropolitana II	01	33	02	67	00	-
Noroeste	01	20	03	60	01	20
Serrana	01	20	04	80	00	-
ESTADO DO RJ	16	24	44	67	06	09
REGIÃO SUDESTE	112	33,2	199	59,1	26	7,7
BRASIL	349	37,4	474	50,9	109	11,7

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da AVE-PMAQ/CEO 1º Ciclo/2014, 2019.

Os CEO do estado funcionavam cinco dias na semana, de segunda a sexta, em 2 turnos (matutino e vespertino), superando o resultado nacional de 95,8%. Ainda, 09 CEO também funcionavam aos finais de semana, sendo 02 na região Médio Paraíba e 07 na Metropolitana I.

Todos os CEO eram municipais e, conseqüentemente, se apresentavam como referências somente para os municípios-polo. Este contexto representa algumas limitações referentes, principalmente,

à falta de cobertura dos demais municípios pelos serviços especializados, reforçando-se a importância do papel da gestão em relação ao planejamento, organização e implantação de CEO em perspectiva regional no estado (SILVA JUNIOR, 2019).

Quanto às especialidades ofertadas, 83,3% dos CEO do Rio de Janeiro ofereciam outras especialidades além das mínimas, principalmente Odontopediatria, Prótese e Ortodontia. A região Serrana foi a que apresentou o menor percentual de CEO com oferta de especialidades além das mínimas (40%). De maneira geral, o resultado do estado superou o nacional, de 78,1%.

No que se refere à especialidade mínima de Estomatologia e ao papel do CEO preconizado pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2018), com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, a maioria dos CEO (84,9%) apresentou cirurgiões-dentistas (CD) nesta especialidade. Por sua vez, a análise dos cenários deve ser cautelosa, considerando que a ausência de profissionais estomatologistas pode não representar, necessariamente, o não atendimento de pacientes em Estomatologia no CEO. Ainda sobre o diagnóstico do câncer de boca, observou-se que 66,7% tinham fichas de requisição e resultado de exame anatomopatológico em uso, com destaque para a região Serrana (100%).

Características estruturais dos CEO: Adequação visual, acessibilidade, ambiência e recursos

Sobre a adequação visual, a placa de identificação da fachada (77,2%) se destacou como o item com maior percentual de adequação nos CEO do estado. Por outro lado, o uso de jaleco por todos os profissionais acompanhou os resultados nacionais marcados por uma baixa adequação, de apenas 36,4%.

Quanto à acessibilidade, a presença de todos os itens foi maior nas regiões Sudeste e Sul do país. No estado do Rio de Janeiro, a maioria dos CEO apresentou itens como corredores adaptados para cadeira de rodas (66,7%), portas adaptadas para passar cadeira de rodas (74,2%) e cadeira de rodas, em condições de uso, disponível para deslocamento do usuário (53%). O item de rampa de acesso com corrimão teve a menor proporção, de 43,9%. As regiões Médio Paraíba, Baía da Ilha Grande e Centro-Sul tiveram os melhores resultados percentuais nos itens de acessibilidade. Destaca-se que em 08 CEO (12%) nenhum dos itens de acessibilidade foram observados, sendo 06 na região Metropolitana I, 01 (20%) na Noroeste e 01 (20%) na Serrana. O resultado nacional foi de 9,2% de CEO com nenhum item de acessibilidade.

Em relação às características estruturais e ambiência, 69,7% (n=46) dos CEO tinham sala de espera em boas condições de limpeza, contando com boa ventilação ou climatização e lugares suficientes para os usuários aguardarem, com destaque para as regiões Baía da Ilha Grande, Centro-Sul e Serrana, com 100%. Além disso, 80,3% apresentaram consultórios odontológicos em boas condições de uso, de limpeza e com uma boa iluminação (natural ou artificial) e 95,5% dos consultórios possuíam ar-condicionado. Outro item importante indicou que 75,8% realizavam a esterilização de material no próprio CEO, com menores percentuais registrados na Metropolitana I. Quanto aos recursos materiais, apenas um CEO do estado (1,5%) apresentou adequação dos 18 itens de equipamentos, 19 (28,8%) com adequação dos 16 itens de insumos e 31 (47%) com adequação dos 16 itens de instrumental. Os resultados referentes aos equipamentos e instrumentais foram superiores ao do país (1,1% e 38,1%, respectivamente). Sobre a informatização, em 68,2%

dos CEO foram observados pelo menos um computador em condição de uso. Apenas 57,6% das equipes tinham acesso à internet, sendo 100% (n=1) na Baía da Ilha Grande, 50% (n=2) na Baixada Litorânea, 50% (n=2) na Centro-Sul, 78,6% (n=11) na Médio Paraíba, 60% (n=18) na Metropolitana I, 66,7% (n=2) na Metropolitana II, 80% (n=4) na Noroeste e 80% (n=4) na Serrana. Por sua vez, estes resultados se mostraram inferiores aos nacionais, de 73,7% e 61,1%, respectivamente.

Em contexto com resultados apresentados, destaca-se que, nos últimos 12 meses, 33% dos CEO do Rio de Janeiro relataram que deixaram de atender por falta de insumos/instrumentais e 35% por não ter equipamentos funcionando adequadamente, conforme a tabela 3.

Tabela 3 - Motivos de não atendimento nos últimos 12 meses nos CEO, por regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, região Sudeste e Brasil, 2014.

REGIÕES DE SAÚDE	Deixou de atender por falta de insumos ou instrumentais?		Deixou de atender por não ter equipamentos funcionando adequadamente?	
	n	%	n	%
Baía da Ilha Grande	00	00	01	100
Baixada Litorânea	02	50	00	00
Centro-Sul	01	25	01	25
Médio Paraíba	00	00	00	00
Metropolitana I	15	50	17	57
Metropolitana II	02	67	02	67
Noroeste	00	00	00	00
Serrana	01	20	02	40
ESTADO DO RJ	22	33	23	35
REGIÃO SUDESTE	94	27,9	118	35
BRASIL	283	30,4	359	38,6

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da AVE-PMAQ/CEO 1º Ciclo/2014, 2019.

Entre as regiões do estado, a Médio Paraíba e a Noroeste se destacaram por não registrar relatos de não atendimento nos últimos 12 meses, por motivos de falta de insumos ou defeitos em equipamentos. No geral, o Rio de Janeiro apresentou percentuais superiores aos da região Sudeste e do país, reforçando a importância do planejamento de ações e estratégias pelos gestores dos CEO frente ao panorama de dificuldades de contratualização de insumos/instrumentais e manutenção de equipamentos.

Planejamento e ações da gestão para organização do processo de trabalho nos CEO

O papel da gestão é fundamental para organização e qualidade dos serviços e, a partir desta perspectiva, torna-se essencial garantir a existência de gerentes nos CEO. A maioria dos CEO (93,9%) apresentou profissional como gerente, sendo que 72,5% eram exclusivos para gerência e 27,4% acumulavam atividade clínica. Os resultados do Rio de Janeiro se mostraram superiores aos nacionais, onde 12,3% não apresentavam gerentes e apenas 56,4% tinham profissionais exclusivos como gerentes.

Tabela 4 - Relação de cargos de gestão, por regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, região Sudeste e Brasil, 2014.

REGIÕES DE SAÚDE	Atua exclusivamente como gerente do CEO		Acumula a atividade clínica e de gerente do CEO		Não há gerente	
	n	%	n	%	n	%
Baía da Ilha Grande	01	100	00	00	00	00
Baixada Litorânea	02	50	01	25	01	25
Centro-Sul	00	00	04	100	00	00
Médio Paraíba	08	57,1	06	42,9	00	00
Metropolitana I	26	86,7	03	10	01	3,3
Metropolitana II	03	100	00	00	00	00
Noroeste	03	60	01	20	01	20
Serrana	02	40	02	40	01	20
ESTADO DO RJ	45	72,5	17	27,4	04	6,1
REGIÃO SUDESTE	189	56,1	98	29,1	50	14,8
BRASIL	464	50,2	347	37,5	114	12,3

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da AVE-PMAQ/CEO 1º Ciclo/2014, 2019.

Em relação ao planejamento dos CEO, 87,9% (n=58) informaram que foi realizada alguma atividade de planejamento das ações nos últimos 12 meses, contando com todos os CEO das regiões de Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea e Metropolitana II.

É importante notar que 60,3% (n=35) responderam ter recebido apoio ao planejamento e organização do processo de trabalho, principalmente através do Coordenador Municipal e/ou Estadual de Saúde Bucal.

Os recursos investigados ao planejamento consideraram painel informativo, informativos epidemiológicos, sala de situação e relatórios e consolidados mensais do SIA/SUS. Neste contexto, em 87,9% (n=58) dos CEO são realizadas ações de monitoramento e análise das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada, ressaltando os resultados das regiões Baixada Litorânea (100%), Metropolitana II (100%), Noroeste (100%), Metropolitana I (93,3%), Médio Paraíba (85,7%) e Centro-Sul (75%).

Ainda sobre as práticas de monitoramento, 78,8% (n=52) dos CEO sabiam o percentual mensal de absenteísmo no serviço, bem superior ao resultado do país (59,4%). Neste panorama, 43,9% (29) tinham absenteísmo superior a 25% e 9,1% (n=6) absenteísmo maior que 50%, sendo 05 CEO da região Metropolitana I e 01 CEO da Médio Paraíba.

Entre as especialidades que apresentavam maior percentual de absenteísmo dos usuários, Endodontia foi mencionada como a primeira, Cirurgia Oral como a segunda e Periodontia a terceira. A partir disso, um baixo percentual de CEO relatou realizar estratégias para diminuir o absenteísmo dos usuários, com destaque para 48,5% (n=32) que entra em contato previamente com o usuário para confirmar a data e a presença do mesmo à consulta e 24,2% (n=16) que trabalha com "Overbook" (quando o CEO agenda mais do que a quantidade de vagas disponíveis no serviço). Em 18,2% (n=12) dos CEO, nenhuma ação específica foi mencionada.

Qualificação dos profissionais dos CEO e Educação Permanente

Em relação à educação permanente, 57,6% (n=38) dos municípios promovem ações que incluem os profissionais dos CEO, sendo: 100% (n=1) da região de Baía da Ilha Grande, 25% (n=1) da Baixada Litorânea, 50% (n=2) da Centro-Sul, 78,6% (n=11) da Médio Paraíba, 46,7% (n=14) da Metropolitana I, 66,7% (n=2) da Metropolitana II, 40% (n=2) da Noroeste e 100% (n=5) da Serrana. Destes, 78,9% relataram que as ações contemplam parcialmente ou totalmente as demandas e necessidades do serviço.

Nesta perspectiva, as equipes dos CEO participam ou participaram de ações no último ano, principalmente, através de seminários, mostras, oficinas, grupos de discussão (39,4%), troca de experiência (39,4%), cursos presenciais (30,3%) e cursos à distância (28,8%). Assim como os resultados gerais do país, observou-se que ações nas modalidades Telessaúde (19,7%) e Tutoria/Preceptoria (6,1%) são as menos realizadas.

Acesso aos CEOs: caracterização das demandas, organização da agenda e tempo de espera relacionado ao perfil dos usuários

A grande maioria dos usuários participantes da AVE/PMAQ-CEO 1º Ciclo, de todas as regiões do estado, relatou residir no mesmo município do CEO, com destaque para Baía da Ilha Grande e Baixada Litorânea (100%). A região Metropolitana II apresentou o maior percentual de usuários residentes em municípios diferentes do CEO (6,67%).

Neste contexto, considerando que a cobertura de saúde bucal na atenção básica, principalmente pela Estratégia Saúde da Família (ESF), se apresenta como fator essencial para garantia deste acesso (BRASIL, 2018), o gráfico 2 apresenta o percentual de usuários dos CEO que relataram cobertura pela ESF.

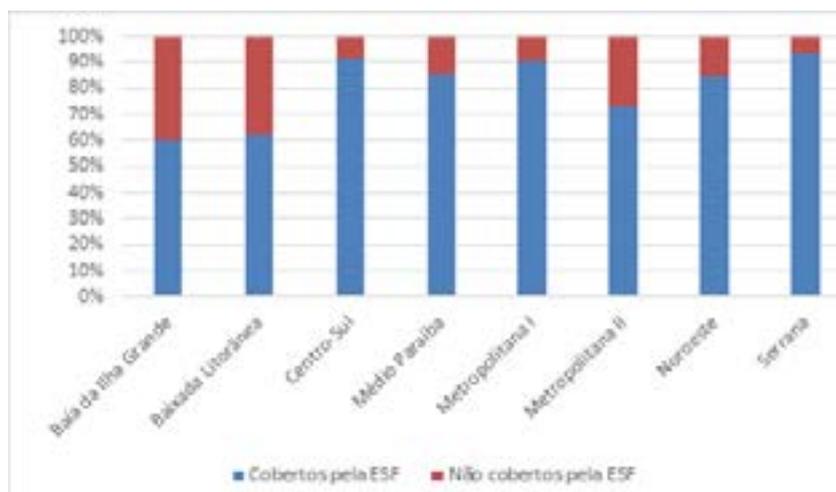


Gráfico 2 - Percentual de usuários dos CEO do estado do Rio de Janeiro, segundo cobertura pela Estratégia Saúde da Família nas regiões de saúde, 2014.

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da AVE-PMAQ/CEO 1º Ciclo/2014, 2019.

Com relação à cobertura pela ESF, percebe-se que a maior parte dos usuários é coberta por equipes de saúde da família. A região com maior cobertura foi a Serrana, com 93,18% , e com menor foi a Baía da Ilha Grande, com 60%.

Quanto à demanda nos CEO, os resultados apontaram que houve predominância da demanda mista – espontânea e referenciada (66%), sendo mais frequente na Baía da Ilha Grande (100%), Metropolitana I (76%) e Baixada Litorânea (75%). O menor percentual foi observado nas regiões Centro-Sul (50%) e Médio-Paraíba (50%). Nota-se, portanto, que o acesso através da demanda referenciada aos CEO do estado (33%) foi consideravelmente menor do que os resultados da região Sudeste (59,1%) e do país (57,3%).

Tabela 5 - Caracterização da demanda dos CEO e ações em relação à demanda espontânea nesses serviços nas regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, na região Sudeste e no Brasil, 2014.

REGIÃO DE SAÚDE	TIPO DE DEMANDA						AÇÕES NA DEMANDA ESPONTÂNEA							
	Espontânea		Mista		Referenciada		Agenda o usuário no CEO		Orienta e encaminha para UBS		Nenhuma, apenas nega o atendimento		Outro(s)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baía da Ilha Grande	00	00	01	100	00	00	01	100	01	100	00	00	00	00
Baixada Litorânea	00	00	03	75	01	25	03	75	04	100	00	00	01	25
Centro-Sul	00	00	02	50	02	50	03	75	03	75	01	25	00	00
Metropolitana I	00	00	23	76	07	24	20	66	26	86	00	00	01	04
Metropolitana II	00	00	02	66	01	33	01	33	03	100	00	00	01	33
Noroeste	00	00	03	60	02	40	02	40	05	100	00	00	01	20
Serrana	00	00	03	60	02	40	03	60	04	80	00	00	01	20
Médio Paraíba	00	00	07	50	07	50	11	78	12	85	00	00	00	00
REGIÃO SUDESTE	09	2,7	129	38,3	199	59,1	154	45,7	302	89,6	04	1,2	46	13,6
BRASIL	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 AVE-PMAQ/CEO 1º Ciclo/2014, 2019.

Mesmo considerando o elevado percentual de demanda mista nas regiões de saúde do Rio de Janeiro, que variou de 50 a 100%, verificou-se que a maioria das unidades tinha como conduta na demanda espontânea encaminhar o usuário para a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência (87%), mostrando que os CEO incentivavam a inserção deste usuário na rede de atenção. É fundamental destacar o número expressivo de serviços (66%) que apontaram a marcação direta na agenda do CEO por meio de demanda espontânea, descumprindo diretrizes da Política. As regiões que menos realizavam essa prática foram a Metropolitana II (33%) e Noroeste (40%).

Por sua vez, a tabela 6 evidencia que, de um modo geral, cada CEO apresentou uma organização própria da sua demanda, permitindo o agendamento de consultas através de diversas formas.

Tabela 6 - Forma de agendamento de consultas nos CEO das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, na região Sudeste e no Brasil, segundo gerências dos CEO 2014.

REGIÕES DE SAÚDE	A consulta é marcada pela UBS		A consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação		O usuário recebe ficha de encaminhamento na UBS e dirige-se ao CEO		Outra(s) formas (s)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Baía da Ilha Grande	00	00	01	100	01	100	00	00
Baixada Litorânea	03	75	02	50	04	100	02	50
Centro-Sul	00	00	00	00	04	100	00	00
Médio Paraíba	08	57	01	15	11	78	01	08
Metropolitana I	17	56	07	24	20	66	02	07
Metropolitana II	01	33	00	00	03	100	02	66
Noroeste	01	20	02	40	05	100	00	00
Serrana	01	20	02	40	05	100	00	00
ESTADO DO RJ	31	47	15	22,7	52	78,8	07	10,6
REGIÃO SUDESTE	146	43,3	58	17,2	221	65,6	77	22,8
BRASIL	312	33,5	137	14,7	700	75,3	197	21,2

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da AVE-PMAQ/CEO 1º Ciclo/2014, 2019.

De acordo com a gerência dos CEO, em todas as regiões de saúde observou-se o uso da ficha de encaminhamento/referência entre UBS e CEO como a principal forma de agendamento de consulta pelo usuário. A menos relatada por todas as regiões foi relacionada à central de marcações pelo próprio usuário. As regiões da Baixa Litorânea, Médio Paraíba e Metropolitana I apresentaram os maiores percentuais de marcação de consultas pela UBS com, respectivamente, 75%, 57% e 56%. Porém, sob a perspectiva dos usuários, o serviço foi predominantemente acessado através de ida ao setor de marcação de consultas (32%) e por meio de ficha de encaminhamento da UBS com agendamento direto no CEO (32%). A marcação de consulta realizada pela atenção básica e aviso ao usuário foi a terceira forma mais frequente de agendamento (18%). Entre as alternativas, a marcação pelas Secretarias de Saúde foi menos citada. No geral, estes resultados estão em linha com os dados da região Sudeste e do país, conforme a tabela 7.

Tabela 7 - Características organizacionais no acesso aos serviços dos CEO das regiões do estado do Rio de Janeiro, na região Sudeste e no Brasil, segundo usuários dos CEO, 2014.

REGIÕES DE SAÚDE	B. da Ilha Grande	Baixada Litorânea	Centro-Sul	Médio Paraíba	Metro I	Metro II	Noroeste	Serrana	ESTADO DO RJ	REGIÃO SUDESTE	BRASIL
FORMA DE AGENDAMENTO DE CONSULTA											
Ligou para o CEO	00 0%	02 5%	05 14%	25 20%	02 1%	00 0%	00 0%	05 14%	39 6%	228 6,9%	377 4,2%
A UBS marcou e avisou	00 0%	07 17%	00 0%	17 13%	87 30%	00 0%	00 0%	00 0%	111 18%	955 29%	2083 23,4%
Fez contato ou foi até a Secretaria de Saúde marcar	00 0%	00 0%	01 3%	00 0%	03 1%	00 0%	00 0%	00 0%	04 1%	46 1,4%	214 1,4%
Fez contato ou foi até o setor de marcações de consultas	01 10%	15 37%	00 0%	24 19%	117 40%	10 33%	20 40%	10 29%	197 32%	347 10,5%	816 9,2%
Recebeu guia na UBS e fez marcação direta no CEO	00 0%	15 37%	26 76%	47 37%	56 19%	13 43%	28 56%	12 35%	197 32%	1141 34,6%	3965 44,6%
Outra	09 90%	01 3%	02 5%	11 9%	23 7%	07 23%	02 4%	07 20%	62 10%	579 17,6%	1442 16,2%
TEMPO DE ESPERA PARA INÍCIO DO TRATAMENTO											
< 7 dias	06 60%	11 27%	16 47%	38 30%	47 16%	14 46%	23 46%	10 29%	165 27%	918 27,8%	2932 32,9%
7-30 dias	02 20%	17 42%	10 29%	57 45%	138 47%	05 16%	16 32%	19 55%	264 43%	1217 36,9%	3382 38%
1-3 meses	01 10%	08 20%	08 23%	20 16%	53 18%	08 26%	07 14%	04 11%	109 17%	535 16,2%	1349 15,2%
3-6 meses	00 0%	01 3%	00 0%	03 2%	21 7%	00 0%	03 6%	01 3%	29 4%	229 7,0%	524 5,9%
6-12 meses	01 10%	03 7%	00 0%	03 2%	12 4%	02 6%	01 2%	00 0%	22 4%	187 5,7%	358 4,0%
> 1 ano	0 0%	00 0%	00 0%	03 2%	17 5%	01 3%	00 0%	00 0%	21 3%	210 6,4%	352 4,0%
ESPECIALIDADE PARA TRATAMENTO											

Periodontia	04 40%	15 34%	04 11%	23 18%	66 22%	09 30%	09 18%	05 14%	135 22%	652 19%	1569 18%
Endodontia	03 30%	08 18%	09 26%	37 29%	72 25%	08 26%	22 44%	08 23%	167 27%	969 29%	2670 30%
Cirurgia Oral	01 10%	10 22%	03 8%	18 14%	83 28%	08 26%	09 18%	14 41%	146 23%	715 21%	2039 22%
Estomatologia	00 0%	00 0%	00 0%	00 0%	05 2%	00 0%	00 0%	01 2%	06 1%	60 1%	101 1%
PNE	00 0%	04 9%	03 8%	06 4%	09 3%	00 0%	08 16%	01 2%	31 5%	129 3%	420 4%
Radiologia	00 0%	00 0%	01 2%	00 0%	01 1%	00 0%	00 0%	00 0%	02 1%	24 1%	117 1%
Ortodontia/ Ortopedia	00 0%	03 7%	00 0%	03 2%	19 6%	01 3%	00 0%	00 0%	26 4%	35 1%	117 1%
Prótese Dentária	00 0%	00 0%	05 14%	12 9%	09 3%	03 10%	02 4%	01 2%	32 5%	467 14%	1202 13%
Implantodontia	00 0%	00 0%	00 0%	01 1%	00 0%	00 0%	00 0%	00 0%	01 1%	05 1%	31 1%
Outro	02 20%	00 0%	09 26%	24 19%	24 8%	01 3%	00 0%	04 11%	64 10%	240 7%	631 7%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da AVE-PMAQ/CEO 1º Ciclo/2014, 2019.

Observa-se que as regiões Baía da Ilha Grande, Centro-Sul, Médio Paraíba e Metropolitana I variaram bastante no que se refere à forma de acesso aos CEO. As demais regiões apresentaram resultados semelhantes ao estado.

Em relação ao tempo de espera para início do tratamento, a maioria dos usuários (43%) relatou ter esperado de 07 a 30 dias. Esses resultados estão ligeiramente acima dos percentuais da região Sudeste (36,9%) e do país (38%). Ainda, parcelas significativas das regiões Baía da Ilha Grande (60%), Centro-Sul (47%), Metropolitana II (46%) e Noroeste (46%) relataram tempo de espera menor que 7 dias para o início do tratamento, bem superior aos resultados de 27,8% e 32,9% da região Sudeste e do país, respectivamente.

Quanto à especialidade utilizada pelo usuário na ocasião da visita da AVE/PMAQ-CEO 1º Ciclo, os usuários relataram uso mais frequente das especialidades de Endodontia (27%), Cirurgia (23%) e Periodontia (22%). A especialidade de Estomatologia foi a menos citada (1%). Entre as regiões, identificou-se que o uso da Endodontia foi mais apontado pelos usuários da região Noroeste (44%) e a Periodontia nos relatos da Baía da Ilha Grande (40%), Baixada Litorânea (34%) e Metropolitana II (30%). A Cirurgia Oral foi mais frequente entre os usuários da Metropolitana I (28%).

Planejamento e monitoramento das ações pelas equipes dos CEO

O planejamento e o monitoramento das ações são potentes ferramentas na gestão e gerenciamento dos serviços de saúde. A institucionalização da prática de planejamento busca dar, por meio desse mecanismo, direcionalidade às ações de saúde (BRASIL, 2018).

Tabela 8 - Planejamento e monitoramento das ações nos CEO, por regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, região Sudeste e Brasil, 2014.

REGIÕES DE SAÚDE	Realizou planejamento nos últimos 12 meses com CD		Considera sugestões / opiniões dos CD		Equipes avaliam as ações planejadas / programadas		Monitora e analisa metas por especialidade	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Baía da Ilha Grande	01	100	00	00	01	100	00	00
Baixada Litorânea	03	75	03	100	02	66,7	04	100
Centro-Sul	02	50	02	100	02	100	03	80
Médio Paraíba	10	71,4	09	90	09	90	12	85,7
Metropolitana I	18	60	18	100	16	100	28	93,3
Metropolitana II	03	100	02	66,7	02	66,7	03	100
Noroeste	04	75	04	100	02	50	05	100
Serrana	04	75	04	100	03	75	03	60
ESTADO DO RJ	45	68,2	42	93,3	37	82,2	58	87,9

Fonte: Elaboração própria, a partir da AVE-PMAQ/CEO 1º Ciclo/2014, 2019.

Observou-se que 68,2% das equipes dos CEO realizaram planejamento nos últimos 12 meses com a participação dos cirurgiões-dentistas, com destaque para as regiões Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Médio Paraíba, Metropolitana II, Noroeste e Serrana. Neste contexto, a maioria relatou que considera as sugestões e opiniões dos CD para planejamento e programação das ações/atividades dos CEO.

No que se refere ao monitoramento e avaliação, 82,2% das equipes avaliaram as ações planejadas/programadas, com menor percentual na região Noroeste. Ainda, a maioria dos CEO (87,9%) realizaram o monitoramento e análises das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada, com menores percentuais nas regiões Serrana (60%) e Baía da Ilha Grande (0%). O estado do Rio de Janeiro apresentou resultados superiores ao do país, de 69,8%.

Articulação dos CEO na Rede de Atenção à Saúde

Na interface entre a atenção básica e a atenção secundária em saúde bucal, destaca-se que 84,8% (n=56) informaram que a equipe do CEO realizava o matriciamento ou ações de apoio para as equipes de saúde bucal da AB na resolução de casos considerados complexos, superando o resultado nacional de 70,6%.

Tabela 9 - Ações conjuntas entre os profissionais do CEO e as equipes de saúde bucal da atenção básica, por regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2014.

ATIVIDADES CONJUNTAS	B. da Ilha Grande	Baixada Litorânea	Centro-Sul	Médio Paraíba	Metro I	Metro II	Noroeste	Serrana	ESTADO DO RJ
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Discussão de casos clínicos	01 (100)	03 (75)	04 (100)	11 (84,6)	14 (63,6)	03 (100)	05 (100)	04 (100)	45 (80,4)
Ações clínicas compartilhadas	01 (100)	04 (100)	03 (75)	11 (84,6)	15 (68,2)	03 (100)	03 (60)	02 (50)	42 (75)
Capacitação para detecção do CA de boca	00 (00)	03 (75)	02 (50)	06 (46,1)	10 (45,4)	01 (33,3)	03 (60)	01 (25)	26 (46,4)
Construção de projetos terapêuticos	00 (00)	04 (100)	01 (25)	09 (69,2)	03 (13,6)	02 (66,7)	02 (40)	02 (50)	23 (41,1)
Atividades de educação permanente	01 (100)	04 (100)	02 (50)	10 (76,9)	09 (40,9)	02 (66,7)	03 (60)	03 (75)	34 (60,7)
Construção e discussão de protocolos clínicos	01 (100)	02 (50)	04 (100)	11 (84,6)	16 (72,7)	03 (100)	04 (80)	04 (100)	45 (80,4)
Pactuação de critérios para referência por especialidade	01 (100)	03 (75)	02 (50)	11 (84,6)	19 (86,4)	03 (100)	04 (80)	02 (50)	45 (80,4)
Realização de visitas, quando solicitado	00 (00)	02 (50)	04 (100)	09 (69,2)	04 (18,2)	02 (66,7)	04 (80)	01 (25)	26 (46,4)

Fonte: Elaboração própria, a partir da AVE-PMAQ/CEO 1º Ciclo/2014, 2019.

No estado do Rio de Janeiro, as ações que apresentaram maiores percentuais foram relacionadas à discussão de casos clínicos, construção e discussão de protocolos clínicos e pactuação de critérios para referência por especialidade, com destaque para as regiões Médio Paraíba, Metropolitana II e Noroeste. Porém, é importante evidenciar a baixa realização de capacitações para detecção do câncer de boca, reforçando-se a necessidade de estratégias de fortalecimento desta ação no contexto de articulação entre os profissionais da atenção básica e do CEO.

Considerando que a interface entre atenção básica e secundária em saúde bucal é fundamental para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o uso de protocolos clínicos e de fichas de referência destaca-se pelas suas capacidades de regulação dos fluxos assistenciais.

Tabela 10 - Uso de ficha de referência pelas unidades básicas de saúde para o encaminhamento de usuários aos CEO das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, da região Sudeste e do Brasil, segundo especialidade odontológica, 2014.

REGIÕES DE SAÚDE	Cirurgia Oral	Endodontia	Pacientes com necessidades especiais	Periodontia	Estomatologia	Radiologia	Ortodontia/Ortopedia	Implantodontia	Prótese Dentária	Odontopediatria
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Baía da Ilha Grande	01 (100)	01 (100)	01 (100)	01 (100)	01 (100)	00 (00)	00 (00)	00 (00)	00 (00)	01 (100)
Baixada Litorânea	03 (75)	03 (75)	03 (75)	03 (75)	02 (50)	00 (00)	00 (00)	00 (00)	01 (25)	01 (25)
Centro-Sul	04 (100)	04 (100)	04 (100)	04 (100)	03 (75)	00 (00)	02 (50)	00 (00)	03 (75)	03 (75)
Médio Paraíba	13 (92)	13 (92)	13 (92)	13 (92)	12 (85)	03 (22)	03 (22)	02 (15)	10 (71)	09 (64)
Metropolitana I	25 (85)	25 (85)	25 (85)	25 (85)	19 (63)	08 (26)	02 (03)	01 (04)	03 (10)	11 (36)
Metropolitana II	03 (100)	03 (100)	02 (66)	03 (100)	02 (66)	00 (00)	01 (33)	00 (00)	01 (33)	02 (66)
Noroeste	02 (40)	02 (40)	02 (40)	02 (40)	01 (20)	01 (20)	00 (00)	00 (00)	01 (20)	01 (20)
Serrana	05 (100)	05 (100)	05 (100)	05 (100)	04 (80)	02 (40)	00 (00)	00 (00)	00 (00)	01 (20)
ESTADO DO RJ	56 (84)	56 (84)	56 (84)	56 (84)	44 (66)	14 (21)	08 (13)	03 (05)	19 (28)	29 (43)
BRASIL	751 (80)	759 (81)	703 (75)	740 (80)	547 (62)	238 (25)	95 (10)	16 (02)	455 (48)	281 (30)

Fonte: Elaboração própria, a partir da AVE-PMAQ/CEO 1º Ciclo/2014, 2019.

Com relação ao uso de ficha de referência pelas UBS para encaminhamento de usuários aos CEO, idealmente, devem conter os critérios clínicos definidos, assim como os tratamentos clínicos prévios realizados. No Rio de Janeiro, observou-se que, com exceção da radiologia, o uso de ficha de referência pelas unidades básicas do estado é superior aos resultados nacionais, na maioria das especialidades. Os maiores percentuais (aproximadamente 84%) foram observados nas especialidades de cirurgia oral, endodontia e paciente com necessidades especiais. Por sua vez, os menores percentuais foram registrados nas especialidades não obrigatórias (radiologia, ortodontia/ortopedia e implantodontia).

Quanto à implantação de protocolos clínicos nos CEO do estado do Rio de Janeiro, identificaram-se resultados, de um modo geral, superiores aos observados na região Sudeste e no país, conforme a tabela 11.

Tabela 11 - Uso de protocolos clínicos pactuados entre os CEO e a atenção básica nas regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, na região Sudeste e no Brasil, segundo especialidades odontológicas, 2014.

REGIÕES DE SAÚDE	Cirurgia Oral	Endodontia	PNE	Periodontia	Estomatologia	Radiologia	Ortodontia / Ortopedia	Implantodontia	Prótese Dentária	Odontopediatria
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)						
Baía da Ilha Grande	01 (100)	01 (100)	01 (100)	01 (100)	01 (100)	00 (00)	00 (00)	00 (00)	00 (00)	00 (00)
Baixada Litorânea	03 (75)	03 (75)	02 (50)	03 (75)	01 (25)	00 (00)	00 (00)	00 (00)	00 (00)	01 (25)
Centro-Sul	4 (100)	4 (100)	4 (100)	4 (100)	03 (75)	00 (00)	00 (00)	00 (00)	03 (75)	02 (50)
Médio Paraíba	14 (100)	14 (100)	14 (100)	14 (100)	14 (100)	06 (42)	04 (29)	03 (22)	11 (78)	10 (71)
Metropolitana I	26 (86)	27 (90)	23 (76)	27 (90)	25 (83)	08 (26)	10 (33)	03 (09)	07 (23)	12 (39)
Metropolitana II	03 (100)	03 (100)	03 (100)	03 (100)	03 (100)	00 (00)	01 (33)	00 (00)	00 (00)	01 (33)
Noroeste	03 (60)	02 (40)	02 (40)	03 (60)	00 (00)	00 (00)	01 (20)	00 (00)	02 (40)	01 (20)
Serrana	01 (20)	03 (60)	02 (40)	01 (20)	01 (20)	00 (00)	00 (00)	00 (00)	00 (00)	00 (00)
ESTADO DO RJ	56 (86)	56 (86)	52 (77)	56 (84)	44 (71)	14 (21)	16 (24)	03 (06)	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)	05 (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 da AVE-PMAQ/CEO 1º Ciclo/2014, 2019.

Os maiores percentuais de protocolos clínicos de encaminhamento entre AB e CEO foram observados nas especialidades de Cirurgia Oral (86%), Endodontia (86%), Periodontia (84%) e PNE (77%), semelhante ao panorama nacional. Considerando as regiões de saúde do estado, destacam-se a Baía da Ilha Grande, Centro-Sul e Metropolitana II. Já as regiões Serrana e Noroeste apresentaram os menores percentuais no uso de protocolos dessa natureza.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos principais resultados apresentados, alguns desafios estão colocados para a melhoria do acesso e da qualidade dos CEO do estado do Rio de Janeiro. Entre eles: a) incentivo à organização e implantação de CEO regionais; b) garantia da acessibilidade às unidades, tendo em vista que o atendimento à pacientes com necessidades especiais constitui especialidade obrigatória dos CEO; c) implementação de medidas voltadas a diminuir a interrupção de atendimentos com insumos/materiais/equipamentos adequados disponíveis; d) fortalecimento das atribuições da gerência no que se refere a processos de planejamento, organização e monitoramento; e) incentivo à implantação de estratégias para diminuição do absenteísmo nos serviços; f) fortalecimento de ações conjuntas para aumento da articulação entre os profissionais do CEO e da atenção básica; e g) aprimoramento do processo de organização da demandas;

No tocante à organização da demanda, os resultados apontaram que o acesso aos CEO através da demanda eminentemente referenciada ainda se constitui um importante desafio para muitos serviços do estado. Embora nos casos de demanda espontânea tenha ficado evidenciado que a grande maioria das unidades adotavam o encaminhamento dos usuários para as unidades básicas de referência como principal estratégia para organização do acesso aos CEO, um número expressivo de serviços possibilitava, por meio de demanda espontânea, a marcação direta na agenda do serviço. Essa demanda espontânea atendida nos CEO parece refletir a insuficiência da cobertura da atenção primária comprometendo a rede de cuidado em saúde bucal.

Iniciativas no sentido de buscar uma interface adequada entre atenção primária e secundária em saúde bucal nos CEO do estado também foi observada através da avaliação externa do PMAQ CEO. A implantação de protocolos clínicos na maior parte dos CEO fluminenses aliado ao uso das fichas de referências para esses serviços constituem importantes iniciativas no sentido da regulação dos fluxos assistenciais.

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 do uso cada vez mais ampliado de protocolos clínicos de referência. Além disso, o estreitamento das relações entre os profissionais do CEO e da atenção básica através de ações de matriciamento como discussão de casos clínicos e ações de educação permanente podem contribuir para regular os fluxos, melhorar o acesso e a qualidade da atenção em saúde bucal.

Em síntese, o presente capítulo está alinhado às diretrizes do PMAQ-CEO que, considerando as diferentes realidades de saúde do estado, visa estimular um processo contínuo e progressivo de melhoria dos padrões e indicadores de acesso e qualidade, envolvendo e mobilizando gestores, equipes dos CEO e os usuários num processo de mudança de gestão e qualificação da atenção especializada em saúde bucal, com vistas a desenvolver e reforçar a cultura do planejamento e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários (BRASIL, 2017).

REFERÊNCIAS

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) [recurso eletrônico] – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 34 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/panorama>>. Acesso em: 30 mai. 2019.

Silva Junior CL. Implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas Regionais no estado do Ceará, Brasil. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019. 145 f.

RIO GRANDE DO
NORTE

NAS TRILHAS DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO SUS: UM OLHAR SOBRE A VIVÊNCIA NO CICLO I DA AVALIAÇÃO EXTERNA PMAQ-CEO NO RIO GRANDE DO NORTE

Elizabete Cristina Fagundes de Souza
Georgia Costa de Araújo Souza
Anna Paula Serejo da Costa

RESUMO

Neste capítulo apresentamos alguns aspectos vivenciados durante a Avaliação Externa do primeiro ciclo do PMAQ-CEO no estado do Rio Grande do Norte, a partir dos registros extraídos do Relatório Estadual e dos Diários de Campo das avaliadoras, para apresentar o percurso vivenciado na Avaliação Externa e um olhar crítico sobre seu aprendizado.

A AVALIAÇÃO EXTERNA PMAQ-CEO NO RIO GRANDE DO NORTE: UMA BREVE APRESENTAÇÃO

Apresentamos alguns aspectos vivenciados durante a Avaliação Externa do primeiro ciclo do PMAQ-CEO no estado do Rio Grande do Norte (PERNAMBUCO, 2014), cuja recomendação foi para um total de 25 estabelecimentos de saúde, dos quais foram avaliados 24 e apenas um não pôde ser avaliado (o município de Ceará Mirim), pois o estabelecimento estava em reforma durante todo o período em que se realizou as visitas locais.

Na figura 1 está o mapa do Rio Grande do Norte com os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que foram avaliados no Ciclo 1 da Avaliação Externa PMAQ-CEO realizada entre os meses de março e maio de 2014.

Fonte: mapa capturado pela Internet e adaptado pelas autoras



Figura 1. Mapa do Rio Grande do Norte com indicação de estabelecimentos de Centro de Especialidade Odontológica (CEO) por Região de Saúde avaliados durante o período de realização da Avaliação Externa PMAQ-CEO-Ciclo I. Rio Grande do Norte, 2014

Um aspecto importante a ressaltar no desenvolvimento da Avaliação Externa do primeiro ciclo PMAQ-CEO no Rio Grande do Norte foram as parcerias locais.

No Rio Grande do Norte, após o encontro com gerentes ocorrido em 2013 (Figura 2), reiniciamos as articulações em fevereiro de 2014 com reunião entre a Coordenação Estadual do PMAQ-CEO, avaliadoras e Coordenação Estadual de Saúde Bucal, nas dependências da Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP/RN) onde funciona o Grupo Auxiliar de Saúde Bucal.



Figura 2. Registros fotográficos do Seminário com gerentes de estabelecimentos de Centro de Especialidade Odontológica do Rio Grande do Norte, realizado em Natal/RN. Auditório do Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde (CEFOPE/RN), em novembro de 2013.

Figura 3. Apoio e colaborações importantes das instituições locais para a realização do PMAQ-CEO Ciclo I no Rio Grande do Norte. Rio Grande do Norte, 2014.



Fonte: informações extraídas de PERNANBUCO, 2014. Figura criada pelas autoras.

Naquela reunião, informamos os encaminhamentos da Coordenação Nacional sobre a previsão de entrega dos *tablets* e início do trabalho de campo e passamos a trabalhar com a previsão de início do campo a partir de 10 de março. Procedemos à revisão da distribuição de CEO a serem avaliados por cada avaliadora, que fora definida anteriormente, ouvindo as avaliadoras e considerando a localização geográfica e o tempo de deslocamento em referência à capital do estado. Com base nesses critérios ficaram nove estabelecimentos sob a responsabilidade de uma das avaliadoras (CEO mais distantes da capital do estado) e 15 para outra avaliadora (CEO em municípios mais próximos da capital).

A articulação com a Coordenação de Saúde Bucal da SESAP/RN foi muito importante para o respaldo institucional da avaliação externa, em especial, na colaboração com o agendamento das visitas das avaliadoras aos municípios. No entanto, devido ao contexto institucional de crise financeira e problemas na frota de veículos, a SESAP não pode contribuir no deslocamento das avaliadoras. Outros parceiros importantes foram o Conselho Regional de Odontologia (CRO-RN), que facilitou o deslocamento de uma das avaliadoras, e o Conselho Estadual de Saúde na tentativa de contribuir na condução das avaliadoras, mas houve dificuldades de compatibilizar a agenda própria de visita aos municípios com o cronograma da avaliação externa que teve prazo pouco flexível.

Houve problema de comunicação entre a Coordenação Estadual de Saúde Bucal e alguns gerentes dos municípios, que não identificamos como comunicação interrompida, pois a coordenação demonstrou ter enviado a comunicação a todos os gerentes.

Apesar da contribuição dessas parcerias, no primeiro ciclo da avaliação externa PMAQ-CEO, a maior parte do deslocamento foi custeado pelas avaliadoras. Dessa forma, ressaltamos que o apoio ao transporte pode ser considerado elemento importante nas próximas avaliações e ser assegurado, previamente, na articulação entre as esferas federal e estadual ou ser incluído no orçamento o recurso específico para o transporte de avaliadores.

Nos 24 estabelecimentos de saúde avaliados, ocorreu a avaliação integral de todos os módulos em 22 CEO e em apenas dois foram avaliados parcialmente. Destes, em um deixaram de ser aplicadas as entrevistas referentes ao módulo de usuários e em outro deixaram de ser aplicadas as entrevistas referentes ao módulo de usuários e do cirurgião-dentista. Em outro CEO o módulo de usuários foi cumprido parcialmente, pois não houve número suficiente de dez usuários a serem entrevistados durante os dias programados para a avaliação. Entre todos os 24 CEO avaliados apenas o município de Apodi no período da avaliação ainda estava em processo de credenciamento junto ao Ministério de Saúde (Tabela 1).

Tabela 1. Listagem dos CEOs segundo a realização dos módulos de avaliação do PMAQ-CEO Ciclo 1. Rio Grande do Norte, 2014.

N	Município do CEO	Módulo I		Módulo II		Módulo III	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
		Observação no CEO		Entrevista com Gerente do CEO, com Cirurgião-Dentista do CEO e Verificação de Documentos		Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário	
1	SÃO GONÇALO DO AMARANTE	x		x		x	
2	SANTO ANTONIO	x		x		x	
3	NOVA CRUZ	x		x		x	
4	SÃO JOSÉ DE CAMPESTRE	x		x		x	
5	PARELHAS	x		x		x	
6	CURRAIS NOVOS	x		x		x	
7	SÃO PAULO DO POTENGI	x		x		x	
8	GOIANINHA	x		x		x	
9	CANGUARETAMA	x		x		x	
10	MACAÍBA	x		x		x	
11	SÃO JOSÉ DE MIPIBU	x		x		x	
12	PARNAMIRIM	x		x		x	
13	NATAL – RIBEIRA	x		x		x	
14	NATAL – ZONA NORTE	x		x			x
15	NATAL – CID. ESPERANÇA	x			x		x
16	MOSSORÓ - DR JOSE AZEVEDO DE ARAÚJO	x		x		x	
17	MOSSORÓ - DR. OSIAS ALVES	x		x		x	
18	MACAU	x		x	x1	x	
19	ASSU	x		x		x	
20	JOÃO CÂMARA	x		x		x	
21	CARAÚBAS	x		x		x	
22	ALEXANDRIA	x		x		x	
23	SÃO MIGUEL	x		x		x	
24	APODI	x		x			x
25	CEARÁ-MIRIM		x		x		x

Vale salientar que o primeiro ciclo da Avaliação Externa teve também caráter censitário, isto é, todos os estabelecimentos existentes foram incluídos no cronograma de visitas da avaliação externa, mesmo aqueles CEO que não haviam realizado contratualização PMAQ-CEO, o que, de certa forma, explica algumas dificuldades para o trabalho das avaliadoras. Em todos os estabelecimentos avaliados que realizaram contratualização com PMAQ-CEO, as avaliadoras foram bem acolhidas, os documentos estavam prontos e os profissionais estavam a sua espera e demonstraram domínio dos procedimentos avaliativos.

Que aspectos identificamos como geradores de dificuldades? Em primeiro lugar, salienta-se que os estabelecimentos que não haviam aderido ao PMAQ-CEO não estavam preparados para receber a avaliação externa. Outros aspectos identificados foram da ordem contextual da própria gestão: interrupção parcial de atendimentos por falta de insumos, greve de profissionais na rede municipal de saúde, o que explica a falta de usuários e dentistas para serem entrevistados, e CEO funcionando em prédio compartilhado com outro tipo de serviço (Policlínica) em que a direção não dominava questões específicas da gerência do CEO.

O caráter censitário do primeiro ciclo, por um lado teve importância para se ter um panorama da situação dos CEO no país, por outro lado, ao incluir estabelecimentos não contratualizados com o PMAQ-CEO tornou para estes uma tarefa difícil à avaliação externa bem como para o processo de trabalho das avaliadoras.

NA VIVÊNCIA DA AVALIAÇÃO, BUSCANDO IDENTIFICAR POTENCIALIDADES PARA O “SUS QUE DÁ CERTO”

Tomamos os registros de Diários de Campo (DC) como o material empírico para sistematizarmos o que de potencialidade emergiu durante a avaliação pelo olhar das avaliadoras, incluindo as anotações de cunho positivo ou negativo. Consideramos que aspectos negativos identificados no processo de avaliação também podem sugerir oportunidades de melhoria para os serviços avaliados.

Vale destacar que o DC usado para o PMAQ-CEO ciclo 1 é um instrumento semiestruturado com algumas questões dirigidas sobre o momento da avaliação e com espaço aberto para registro livre de observação da avaliadora e anexação de imagens, sendo este o registro que consideramos na presente sistematização. Nesse sentido, há limitações de análise do DC por não se tratar de registro aberto das observações e das vivências das avaliadoras.

O diário de campo, oriundo dos estudos etnográficos, tem sido usado em pesquisas qualitativas como método ou como técnica, tomando como central o registro de observação do objeto pesquisado por quem realiza a pesquisa. Seu uso mais disseminado, para além de estudos antropológicos, incorporou variações de acordo com as referências teórico-metodológicas adotadas, desde a mais funcionalista de observação direta aos registros de impressões circunstanciadas pela análise da implicação dos sujeitos na pesquisa.

Pezzato e L'abbate (2011) ao usar o diário de campo da perspectiva da análise institucional destacam que se trata de

“uma ferramenta de intervenção que tem o potencial de produzir um movimento de

reflexão da própria prática, na medida em que o ato da escrita do vivido, no âmbito individual ou no coletivo, é o momento de reflexão sobre e com o vivido, revelando o não dito e pressupondo a não neutralidade do pesquisador no processo de pesquisar”.
(PEZZATO & L’ABBATE, 2011, p.1303)

As características do DC usado na avaliação do PMAQ-CEO, ciclo 1, não permitem uma análise mais aprofundada e singularizada sobre os registros de observação de cada CEO, mas permitiu identificar os aspectos que mais se destacaram nas observações das avaliadoras e que podem sugerir indicações oportunas para complementar a análise de tais estabelecimentos de saúde de um ponto de vista mais genérico dos aspectos avaliados.

Entre os registros de observação e impressões das avaliadoras, dois aspectos se destacaram: 1) a infraestrutura dos estabelecimentos e condições do ambiente físico; 2) a organização prévia para receber a avaliação externa. Entre outras observações pouco frequentes em alguns CEO ou isoladas em apenas determinado serviço, apareceram anotações sobre queixa de usuários sobre marcação de consultas, má comunicação entre equipe-usuário, desconhecimento de alguns profissionais sobre o que é o PMAQ-CEO ou sobre o destino do incentivo financeiro PMAQ-CEO, e a confiança de usuários na qualidade das ações ofertadas no CEO relatada por pessoas que haviam preterido o serviço particular realizado na capital pela preferência em frequentar o CEO em um município

Sobre a infraestrutura dos estabelecimentos e condições do ambiente físico, destacamos a expressão “boa estrutura, ambientes agradáveis e bem organizados” para definir o registro positivo sobre os estabelecimentos que se destacaram nesse aspecto. Para o registro negativo nesse mesmo tema, identificamos a expressões como “sala de espera apertadas ou funcionando em corredores”, “salas quentes com pouca ventilação”, “ambientes quentes sem equipamentos condicionadores de ar”, “estrutura física não adequada para CEO” e funcionamento de mais de uma unidade no mesmo prédio (Figura 4). Nesse caso, há situações em que isso se caracterizou como problema para organização do processo de trabalho e, em outros, oportunizou boa articulação entre serviços (CEO-Pronto-atendimento, ou CEO-maternidade, ou CEO-Policlínica) quando estiveram delimitadas as diferentes unidades com boa sinalização visual e bem organizados os fluxos de usuários e profissionais.



Aspectos positivos

Boa estrutura

Ambientes agradáveis

Ambientes bem organizados



Aspectos negativos

Sala de espera apertada

Espera para atendimento nos corredores

Estrutura física não adequada para um CEO

Salas quentes com pouca ventilação

Ambientes quentes sem ar condicionado

Mais de uma unidade de saúde no mesmo prédio

Figura 4. Destaques sobre a infraestrutura e condições do ambiente físico dos Centros de Especialidades Odontológicas visitados. Rio Grande do Norte, 2014.

As condições de estrutura física das unidades de saúde apresentam-se como um aspecto crucial que afeta a qualidade dos processos de trabalho em saúde e da atenção/cuidado ofertado às pessoas, com registro bem conhecido na literatura e na veiculação de notícias na mídia. Trata-se, pois, de questão que diz respeito à atenção à saúde das pessoas atendidas e, também, à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

A Política Nacional de Humanização - PNH (BRASIL, 2004) identifica a necessidade de enfrentamento do problema crônico das más condições das estruturas físicas das unidades de saúde não apenas como a necessidade de reformas e novas construções. Propõe entre suas diretrizes operacionais a **Ambiência** para abordar de forma mais ampla a necessidade de intervir nas condições insalubres provocadas por ambientes mal estruturados ou sem manutenção.

De um modo simplificado para definir o conceito, boa ambiência implica em condições adequadas para a coprodução de práticas e de sujeitos em estabelecimentos de saúde. Na PNH (BRASIL, 2008), o conceito de **AMBIÊNCIA** compõe três eixos interligados:

- O espaço que visa à confortabilidade com foco na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos e valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas tais como cor, cheiro, som, iluminação, morfologia, entre outros.
- O espaço que possibilita a produção de subjetividades a partir do encontro de sujeitos para ação e reflexão sobre os processos de trabalho.
- O espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

Os registros nos DC das avaliadoras do PMAQ-CEO – Ciclo 1, no Rio Grande do Norte,

corroboram a importância que a ambiência deve adquirir nos CEO seja nos aspectos que produzem conforto e bem-estar aos profissionais e usuários, seja nos demais eixos de produção do trabalho e coprodução dos sujeitos envolvidos. Certamente, a ambiência é um item importante que sugere pesquisas para compreender as interferências que os ambientes nos CEO produzem nas cargas de trabalho, na interação e nas relações entre profissionais e entre profissionais e usuários, e como se constitui em elemento facilitador ou dificultador nos processos de trabalho.

Vale salientar que a noção predominante no senso-comum de que estruturas físicas de serviços de saúde pública são “estruturas pobres feitas para pobres” precisa ser superada pela noção de assegurar conforto e beleza estética aos estabelecimentos de saúde e implantar a diretriz Ambiência como componente da luta para garantir o direito ao acesso universal à saúde. Nesse sentido, destacamos a importância de alguns CEO serem referidos nos registros de campo como de “boa estrutura, ambientes agradáveis e bem organizados”, o que mostra o potencial de se fomentar a cultura de valorização e qualificação dos espaços públicos como parte das estratégias de defesa dos direitos de cidadania e dever do Estado.

No que diz respeito à preparação prévia das equipes (gerentes e profissionais) para receberem a avaliação externa PMAQ-CEO, segundo item mais evidenciado nos registros dos DC, ressaltamos a importância dos processos avaliativos se tornarem rotina nos serviços de saúde, na perspectiva de construir uma cultura de avaliação das ações e serviços de saúde para aperfeiçoamento permanente dos serviços. Foi identificado que em alguns CEO, nem a equipe de profissionais nem a gerência havia preparado, previamente à visita, a documentação necessária ou havia deixado de realizar a autoavaliação. Mesmo considerando que o primeiro ciclo da avaliação externa do PMAQ-CEO teve caráter censitário, isto é, incluiu também os estabelecimentos que não fizeram contratualização, o desconhecimento de gerentes e profissionais sobre questões organizativas do processo de trabalho alerta para a necessidade de educação permanente para profissionais e usuários com temáticas abrangentes sobre o trabalho em saúde que inclua informações sobre as ofertas de ações e funcionamento de serviços de saúde.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE APRENDIZADOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA PMAQ-CEO NO RIO GRANDE DO NORTE

Esse processo avaliativo significou grande aprendizado para as avaliadoras, especialmente, pelo contato com alguns gerentes dos CEO. Na imersão ao campo foi possível constatar a diversidade de serviços, em que foram identificados alguns CEO com ótimo funcionamento, prestando bons serviços à população, alguns em processo de estruturação e outros que não deveriam ser classificados como CEO devido a sua precariedade de condições estruturais e de funcionamento.

As avaliadoras relatam que a impressão é de que antes do PMAQ, esses estabelecimentos não tivessem uma orientação e a avaliação externa pareceu ter sido uma intervenção para qualificar o trabalho, na medida em que estimulou a realização de melhorias, mesmo que ainda pequenas frente aos desafios a serem enfrentados para se alcançar a integralidade na atenção à saúde bucal. Nas palavras de uma das avaliadoras, resumimos a impressão do que ambas vivenciaram no campo: “Então, se o CEO recebeu condicionadores de ar, se recebeu uma pintura, se está

com adequação visual, se tem placas externas informando o local, então já está havendo algum benefício para a população”.

A relevância do CEO dentro da rede de serviços de saúde, como parte de um processo de articulação entre serviços e integralização da atenção em saúde bucal, não foi captada pelo instrumento de avaliação, o que pode ser decorrente da própria natureza do instrumento em não ser sensível para tal finalidade. Consideramos importante incluir esse aspecto em outras avaliações posteriores ou em estudos mais aprofundados de contextos territoriais específicos.

Outra questão importante que consideramos preocupação para que a avaliação não sofra descontinuidade quanto ao objetivo de contribuir para qualificação do cuidado em saúde bucal na atenção especializada, diz respeito ao esclarecimento sobre o incentivo financeiro aos profissionais. Foi identificado que valores do PMAQ-CEO não eram conhecidos por muitos profissionais. Houve dúvidas se estes valores seriam usados para qualificação dos espaços físicos do CEO, divididos entre cirurgiões-dentistas, auxiliares de saúde bucal (ASB) e/ou auxiliares de serviço geral (ASG) ou se teria algum outro destino perante a gestão municipal. Nesse sentido, seria importante a avaliação indicar orientação para esclarecimento e, também, para estimular a co-gestão nessas definições, o que poderia ser mais um incentivo para fortalecimento das equipes à medida de se verem implicadas nessas decisões.

CONCLUSÃO

Considerando o relato apresentado até aqui com as impressões das experiências vivenciadas pelas avaliadoras, durante a realização da Avaliação Externa do PMAQ-CEO-Ciclo 1, destacamos sua importância para a organização do CEO pela contribuição produzida como instrumento normativo, orientador e de qualificação que culminou com a melhoria de muitos desses serviços.

Nas trilhas percorridas na atenção à saúde bucal no SUS, durante a avaliação citada, salientam-se dois aspectos. O primeiro, a ambiência, que na em nossa análise provocou a desconstrução da noção senso comum de que estabelecimento de saúde deve ter estrutura pobre para atender pobres. A qualidade da ambiência presente em alguns CEO avaliados reforçaram o valor de espaços confortáveis, arejados e acolhedores para o trabalho em saúde e para o cuidado às pessoas. O segundo aspecto em destaque convoca à necessidade de implantação da cultura institucional da avaliação nesses estabelecimentos, ao desnudar o despreparo de alguns CEO que “não se prepararam” para receber a avaliação externa, deixando de fazer até mesmo a autoavaliação, quando comparados aqueles serviços que estavam bem preparados para receber as avaliadoras em todos os itens avaliados. Desvelam-se assim as fragilidades na apropriação por profissionais e usuários sobre o próprio funcionamento dos serviços de saúde que trabalham e frequentam, respectivamente.

Por fim, consideramos que mesmo que os registros dos DC apresentem limitações devido ao tipo de observação adotada, o material aqui apresentado pode contribuir para processos de educação permanente que visem melhor apropriação dos processos de trabalhos pelos trabalhadores e usuários, bem como para inspirar avaliações de caráter participativo e contextualizadas nos territórios locais para identificar, além dos aspectos organizativos e funcionais de cada CEO, a integração da atenção à saúde bucal especializada aos demais pontos das redes de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 32p.

PERNAMBUCO. Universidade Federal. Centro de Ciências da Saúde. Centro Colaborador em Vigilância da Saúde Bucal do Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Relatório Estadual do processo de Avaliação Externa dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) Rio Grande do Norte. 2014. 226p. (Arquivo pdf com diários de campo em apêndices)

Pezzato LM, L'Abbate S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2011, 21(4): 1297-1314.

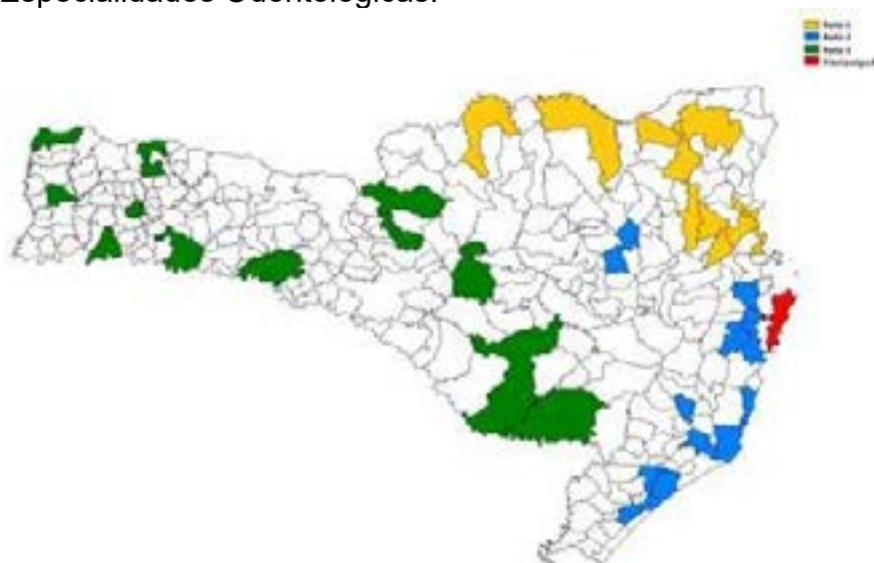
SANTA CATARINA

A AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ - CEO EM SANTA CATARINA

A Avaliação Externa do Programa de Melhoria de Acesso à Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ - CEO) em Santa Catarina ocorreu nos meses de março a maio de 2013, e foi realizada em 43 estabelecimentos, correspondendo a 100% dos CEO do estado naquele período. Assim como foi feito no 1º ciclo do PMAQ na Atenção Básica, todos os estabelecimentos de saúde foram visitados pelos avaliadores, mesmo aqueles que não tinham feito a adesão. Dos 43 CEO de Santa Catarina, 42 (97,7%) aderiram ao primeiro ciclo do programa, e foram certificados pelo Ministério da Saúde.

Para a coleta de dados, foram estabelecidas 3 rotas para abranger todos os CEO, conforme pode ser observado na figura 1: Rota norte (1), Rota Sul (2) e Rota Oeste(3). Interessante observar na figura a distribuição relativamente homogênea dos CEO no estado, fruto de um trabalho planejado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC), que em 2004 elaborou um “Plano para Implementação da Rede de Serviços Odontológicos Especializados no Estado”. A partir de um diagnóstico da demanda por serviços especializados de saúde bucal, esse plano estabeleceu critérios para credenciamento dos CEO, estipulando um parâmetro populacional de um centro especializado para cada 250 mil habitantes, determinando o credenciamento de pelo menos um CEO para cada macrorregião do estado, e de um CEO tipo 2 nas instituições com Faculdades de Odontologia, para além dos estabelecidos pelo critério populacional.

Figura 1: Divisão das rotas para coleta de dados, abrangendo todos os municípios catarinenses com Centros de Especialidades Odontológicas.



Três avaliadores foram selecionados e capacitados para realizar a avaliação externa, que iniciou no município de Florianópolis, logo após o término da última oficina de capacitação realizada na capital.

Os recursos materiais que foram passados para os avaliadores foram: tablet, uma pasta com caderno para anotações e os manuais do instrumento de coleta, instrumentos de coleta impressos (caso houvesse algum problema com o tablet), Termos de Consentimento Livre e Esclarecido impressos, Termos de recusa impressos e um crachá. Além disso, os avaliadores receberam um incentivo financeiro para auxiliá-los nas despesas logísticas.

O primeiro contato com os municípios foi realizado via SES/SC, que enviou um e-mail a todos os responsáveis/coordenadores dos CEO informando o início da coleta dos dados, a previsão de data para a coleta (rotas) e o nome e contato do avaliador externo que seria responsável por cada município. Para esse contato com os avaliadores externos, foi criado um e-mail para cada rota. Importante destacar o apoio incondicional da SES/SC durante todo o processo, facilitando muito a interlocução com os municípios, dando maior credibilidade ao processo, e promovendo maior envolvimento e colaboração de todos. Após esse contato inicial da SES/SC, os avaliadores começaram a fazer contato telefônico com cada CEO, confirmando a data da realização da avaliação.

Embora o Ministério da Saúde não tenha determinado que os municípios fornecessem algum tipo de apoio na coleta dos dados, vários deles ofertaram alimentação aos avaliadores (almoço e/ou lanche). Por opção pessoal, os avaliadores utilizaram carro próprio para o deslocamento até os municípios e dentro do município, para o deslocamento até o CEO, e por isso não foi necessário apoio de deslocamento.

Em cada CEO, foram entrevistados o coordenador, um profissional e dez usuários. Não houveram muitas recusas de entrevistas e estas, quando aconteceram, foram por parte dos usuários, principalmente porque não queriam informar o número do seu CPF, que era solicitado no preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Apesar de não ter ocorrido recusa por parte dos profissionais, nem todos foram prestativos e colaborativos ao responderem os questionários. Muitos se apresentaram contrariados com a avaliação externa, incluindo coordenadores. Essa contrariedade, na maioria das vezes, era um reflexo dos problemas existentes no local, fossem eles problemas estruturais e/ou falta de organização do serviço, mas principalmente pela falta de apoio institucional. Os avaliadores foram orientados a sortear o profissional que seria entrevistado, porém esta estratégia muitas vezes dificultou a logística do campo, pois nem sempre o sorteado era o que estava com maior disponibilidade no momento, já que os CEO mantiveram suas atividades no dia da avaliação externa e, portanto, havia vários pacientes agendados aguardando atendimento.

PRINCIPAIS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA EM SANTA CATARINA

Se juntarmos todas as informações coletadas na avaliação externa do PMAQ-CEO, por meio das entrevistas (com gestores, profissionais e usuários) e por meio da observação, temos um banco de dados com mais de 500 variáveis. Aqui fizemos uma seleção de algumas destas variáveis, que podem nos dar um panorama dos principais resultados encontrados nos CEO de

Santa Catarina. Para facilitar a leitura e compreensão, apresentamos esses resultados em duas dimensões - acesso e qualidade – as quais correspondem ao foco do programa, que visa melhoria do acesso e da qualidade da atenção especializada em saúde bucal. A dimensão de qualidade foi subdividida em Estrutura, Processo e Resultado, que são os três aspectos de qualidade avaliados pelo programa. A título de comparação, a média do Brasil foi utilizada em alguns casos, para que os dados do estado ficassem contextualizados dentro do panorama nacional.

1. DIMENSÃO DE ACESSO

O Acesso basicamente diz respeito ao grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (Travassos, Martins, 2004). Muitos fatores interferem no acesso dos usuários aos serviços de saúde, como a localização do estabelecimento de saúde, a disponibilidade de dias e horários de atendimento, o elenco de serviços ofertados, a integração entre os serviços de modo que os usuários consigam o atendimento às suas necessidades de saúde no momento oportuno, entre outros fatores.

1.1 Oferta de serviços no CEO

Observou-se que 79% dos CEO de Santa Catarina (n=43) possuíam pelo menos um profissional atuando nas especialidades mínimas e obrigatórias. Além disso, a maior parte, 74,4% (n=32), oferecia outras especialidades além das obrigatórias. No Brasil, os mesmos percentuais foram de 60,3% (n=562) e 78,1% (n=728), respectivamente.

1.2 Horário de funcionamento dos CEO

Todos os CEO de Santa Catarina funcionavam nos turnos matutino e vespertino, de segunda a sexta. Havia 2 CEO (4,6%) que funcionavam no período noturno e 1 CEO que funcionava aos sábados (2,3%). No Brasil, a maioria dos CEO funcionavam no turno matutino (99,8%) e no turno vespertino (98,9%) (Tabela 1).

Tabela 1. Quantidade e percentual de CEO conforme o horário de funcionamento, Santa Catarina e Brasil, 2014.

Variável	Santa Catarina		Brasil	
	n	%	n	%
Turno				
Matutino	43	100	930	99,8
Vespertino	43	100	922	98,9
Noturno	2	4,6	178	19,1
Dias da semana				
Segunda-feira	43	100	929	99,7
Terça-feira	43	100	928	99,5
Quarta-feira	43	100	928	99,5
Quinta-feira	43	100	927	99,4
Sexta-feira	43	100	919	98,6
Sábado	1	2,3	54	5,7
Domingo	0	0	10	1,0

Fonte: Avaliação Externa, 1º ciclo PMAQ-CEO.

1.3 Acessibilidade do CEO

A análise das variáveis de acessibilidade demonstrou que os itens com maiores percentuais de adequação nos CEO de Santa Catarina são corredores adaptados para cadeira de rodas (88,4%) e portas adaptadas para passar cadeira de rodas (88,4%), ao passo que a rampa de acesso apresentou os menores resultados de adequação (60,4%). Somente dois CEO (4,7%) não apresentaram nenhum item de acessibilidade (Tabela 2).

Tabela 2. Quantidade e percentual de CEO conforme a adequação dos itens de acessibilidade, Santa Catarina e Brasil, 2014.

Acessibilidade	Santa Catarina		Brasil	
	n	%	n	%
Corredores adaptados para cadeira de rodas	38	88,4	717	76,9
Portas adaptadas para passar cadeira de rodas	38	88,4	728	78,1
Cadeiras de rodas, em condições de uso, disponível para deslocamento do usuário	36	83,7	548	58,8
Rampas de acesso	26	60,4	437	46,9
Nenhum item de acessibilidade	2	4,7	86	9,2

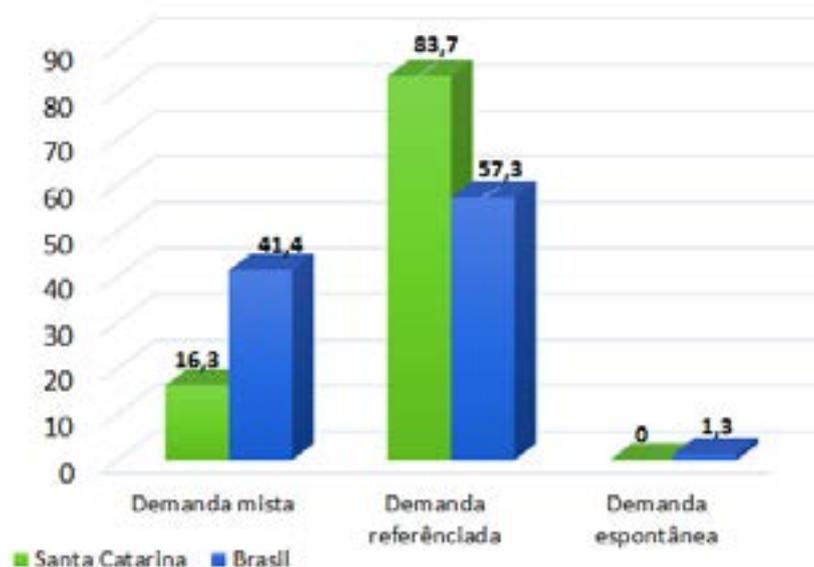
Fonte: Avaliação Externa, 1º ciclo PMAQ-CEO.

1.4 Acesso aos CEO

A rede de atenção à saúde bucal nos municípios deve estar organizada de modo que o usuário seja preferencialmente atendido na Atenção Básica, e que seja encaminhado para o CEO apenas quando indicado o tratamento especializado (demanda referenciada).

Foi observado que o acesso dos usuários aos serviços dos CEO de Santa Catarina se dá principalmente por meio da demanda referenciada (88,7%), e o acesso exclusivo por demanda espontânea não ocorre em nenhum dos CEO do estado (Gráfico 1).

Gráfico 1. Percentual de CEO conforme as formas de acesso, Santa Catarina e Brasil, 2014



Fonte: Avaliação Externa, 1º ciclo PMAQ-CEO.

Na maioria dos CEO do estado (58,1%) a consulta era agendada por meio de ficha de encaminhamento/referência. A Tabela 3 apresenta a quantidade e o percentual das formas possíveis de agendar consulta nos CEO de Santa Catarina e do Brasil.

Tabela 3. Quantidade e percentual de CEO conforme as formas de agendar consulta, Santa Catarina e Brasil, 2014.

Formas de agendamento de consulta	Santa Catarina		Brasil	
	n	%	n	%
A consulta é marcada pela unidade básica de saúde	20	46,5	312	33,5
A consulta é marcada pelo próprio paciente junto à central de marcação de consultas especializadas	6	13,9	137	14,7
O paciente recebe uma ficha de encaminhamento/ referência na unidade básica de saúde e dirige-se ao CEO	25	58,1	700	75,3
Outra	11	25,6	197	21,2
Não há um percurso definido	0	0	4	0,4

Fonte: Avaliação Externa, 1º ciclo PMAQ-CEO.

Um dos grandes problemas enfrentados pelos CEO é o absenteísmo dos usuários marcados. Dentre as especialidades mínimas, 15 CEO de Santa Catarina (34,9%) apresentam o maior percentual de absenteísmo dos usuários na especialidade Endodontia. Há que se considerar que a Endodontia é a especialidade com maior dificuldade de acesso por parte dos usuários, e o longo tempo de espera pode ser um dos fatores que explica este absenteísmo.

A maior parte dos CEO de Santa Catarina (76,7%) realizava alguma ação para reduzir o absenteísmo dos usuários. O contato prévio foi a ação mais utilizada, ao passo que o *overbook* foi pouco utilizado no estado (Tabela 4).

Tabela 4. Percentual e quantidade de CEO conforme as estratégias utilizadas para reduzir o absenteísmo, Santa Catarina e Brasil, 2014.

Estratégias utilizadas para reduzir o absenteísmo	Santa Catarina		Brasil	
	n	%	n	%
Contato prévio com o usuário para confirmar a data e a presença do mesmo à consulta	22	51,2	409	44,0
<i>Overbook</i> - O CEO agenda mais do que a quantidade de vagas disponíveis no serviço	5	11,6	166	17,8
Outro	14	32,5	276	29,7
Nenhuma ação específica	10	23,3	244	26,2

Fonte: Avaliação Externa, 1º ciclo PMAQ-CEO.

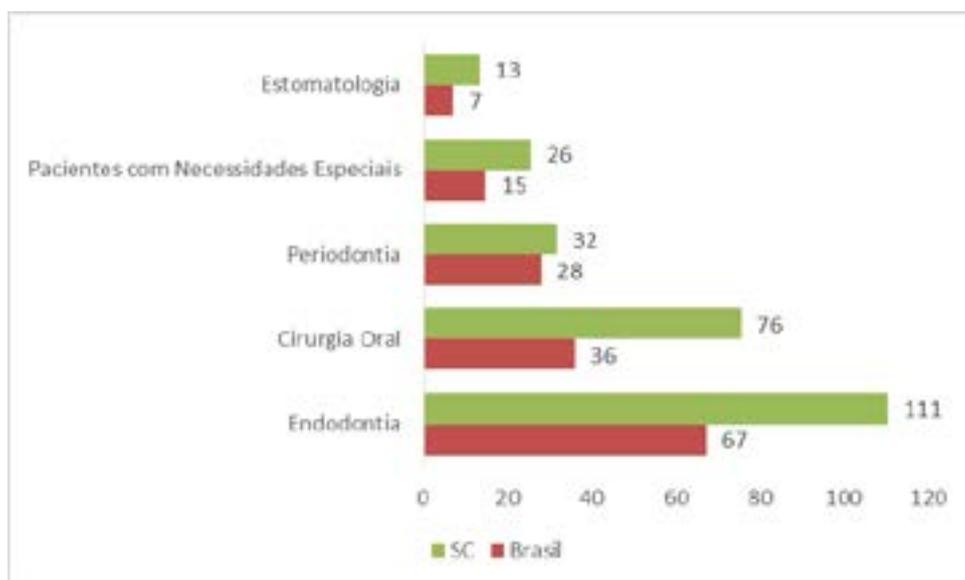
Foram também relatadas outras ações para tentar reduzir o absenteísmo dos usuários, como:

- ☐ Inserção de “travas” na remarcação da consulta (necessidade de entrar na lista de espera novamente, retornar à Unidade Básica de Saúde para novo encaminhamento);
- ☐ Ações de conscientização em relação à importância da consulta;
- ☐ Pactuações com responsáveis dos municípios em relação ao deslocamento dos usuários, quando estes dependem do veículo municipal para chegar no CEO;
- ☐ Ligação para as UBS mais próximas para tentar preencher as vagas.

1.5 Tempo de espera para iniciar o tratamento no CEO

A maioria dos usuários do CEO de Santa Catarina (40,5%) relatou que o tempo de espera para iniciar o tratamento no CEO variou de uma semana a um mês. Esse tempo de espera varia conforme a especialidade, sendo a Endodontia a que tem maior tempo de espera em Santa Catarina e no Brasil. Veja no gráfico xx a média de dias de espera para as especialidades mínimas.

Gráfico 2. Quantidade média de dias de espera para as especialidades mínimas dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Santa Catarina e Brasil, 2014.



2 . DIMENSÃO DE QUALIDADE

2.1 QUALIDADE DA ESTRUTURA

2.1.1 Adequação visual do CEO

A maioria do CEO de Santa Catarina apresentou adequação visual conforme o Manual de Aplicações Gráficas da Logomarca do Programa Brasil Sorridente (figura 2).

Figura 2 – Móbile, placas de identificação e placa de inauguração em Centros de Especialidades Odontológicas de Santa Catarina.



Fonte: avaliação externa PMAQ-CEO.

A placa de inauguração foi o item que obteve maior percentual de adequação nos CEO do estado (83,7%), ao passo que a utilização dos jalecos pelos profissionais do CEO obteve o menor percentual (37,2%). Uma pequena parcela dos CEO apresentou adequação de todos os itens de adequação visual do CEO avaliados. Os resultados relacionados com a adequação visual do CEO de Santa Catarina e do Brasil estão descritos na Tabela 7.

Tabela 7. Quantidade e percentual de CEO com a adequação visual. Santa Catarina e Brasil, 2014.

Adequação visual	Santa Catarina		Brasil	
	n	%	n	%
Placa de identificação para fachada	31	72,0	743	79,7
Placa de identificação para recepção	31	72,0	644	69,1
Placa de identificação em todos os consultórios	30	69,8	701	75,2
Placa de Inauguração	36	83,7	702	75,3
Móbile para sinalização do Brasil Sorridente	26	60,5	418	44,8
Jalecos para atendimento sendo utilizados por todos os profissionais do CEO	16	37,2	364	39,1
Apresentam todos os itens de adequação visual	8	18,6	166	17,8

Fonte: Avaliação Externa, 1º ciclo PMAQ-CEO.

2.1.2 Existência de equipamentos de tecnologia da informação no CEO

Em relação as tecnologias de equipamentos de tecnologia da informação, notou-se que, no estado de Santa Catarina, a maior parte dos CEO possuía computadores em condições de uso (n=40; 93%) e acesso à internet (n=41; 95%). Contudo, apenas 15 CEO (34,8%) possuíam consultórios com computadores conectados à internet.

No Brasil, 687 CEO (73,7%) possuíam computadores em condições de uso, 569 (61,0%) tinham acesso à internet e somente 108 CEO (11,8%) possuíam consultórios com computadores conectados à internet.

2.1.3 Existência de equipamentos, periféricos e instrumentais odontológicos em condições de uso

A maior parte dos CEO de Santa Catarina apresentaram pelo menos um de cada equipamento e periférico obrigatório em condições de uso. Nesta análise não se considerou a quantidade preconizada pelos documentos legais, somente a existência em condições de uso ou não (Tabela 8).

Ao considerar a quantidade de equipo odontológico conforme o preconizado, (CEO tipo I com três equipo odontológicos; CEO tipo II com seis; e CEO tipo III, no mínimo, sete - portaria nº 599, de 23 de março de 2006) notou-se que 41 CEO do estado (95,3%) estão atendendo as normas.

Tabela 8. Quantidade e percentual de CEO conforme a existência de pelo menos um de cada equipamento e periférico odontológico obrigatório em condições de uso, Santa Catarina e Brasil, 2014.

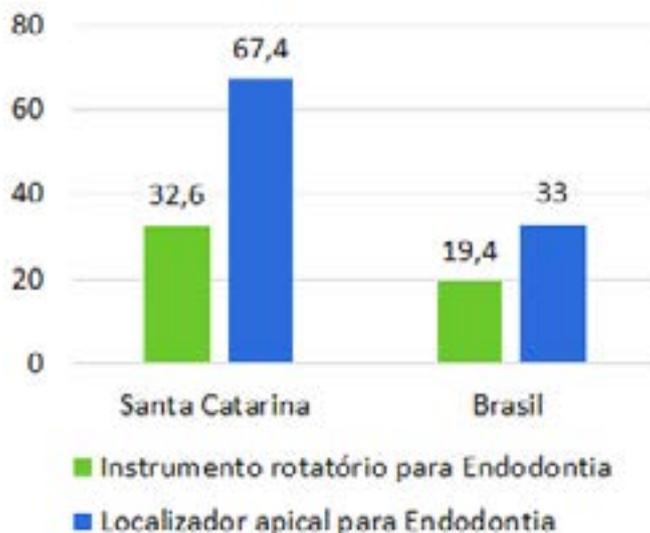
Variável	Santa Catarina		Brasil	
	n	%	n	%
Aparelho de RX odontológico	43	100	900	96,5
Equipo odontológico completo	43	100	927	99,4
Caneta de alta rotação	43	100	926	99,3
Caneta de baixa rotação	43	100	919	98,6
Amalgamador	39	90,7	849	91,0
Fotopolimerizador	41	95,3	908	97,4
Compressor	43	100	922	98,9
Total	43	100	932	100

Fonte: Avaliação Externa, 1º ciclo PMAQ-CEO.

Além dos itens obrigatórios, notou-se que 32,6% dos CEO de Santa Catarina possuíam instrumento rotatório para Endodontia e 67,4% possuíam localizador apical para Endodontia. Apesar de parte dos CEO não possuir esses itens, quando comparado com média do Brasil, Santa Catarina apresentou-se à frente. No Gráfico 2 é possível verificar as diferenças entre San-

ta Catarina e Brasil.

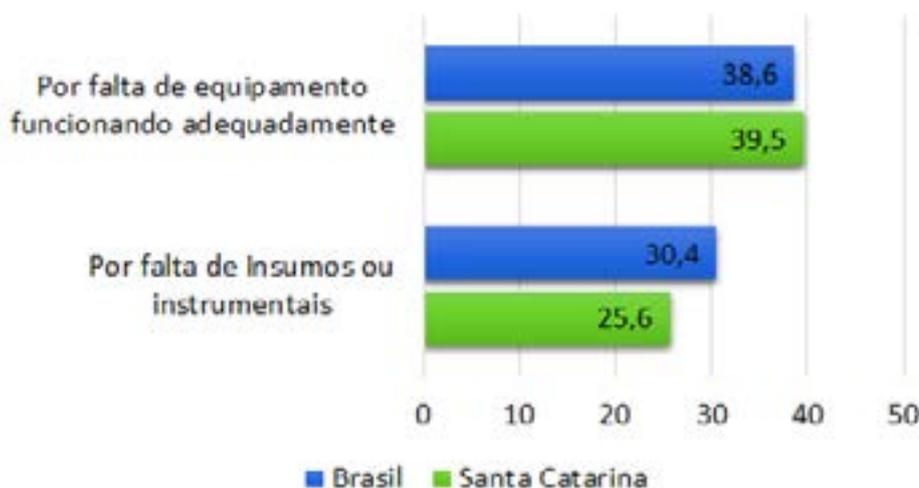
Gráfico 2. Percentual de CEO que dispunham de instrumental rotatório para Endodontia e localizador apical para Endodontia, Santa Catarina e Brasil, 2014.



Fonte: Avaliação Externa, 1º ciclo PMAQ-CEO.

Apesar dos resultados descritos acima, nos últimos 12 meses, 25,6% dos profissionais dos CEO de Santa Catarina mencionaram que deixaram de atender por falta de insumos ou instrumentais e 39,5% por não terem equipamento funcionando adequadamente (Gráfico 3).

Gráfico 3. Percentual de profissionais de CEO conforme as razões de não atendimento nos últimos 12 meses, Santa Catarina e Brasil, 2014.



Fonte: Avaliação Externa, 1º ciclo PMAQ-CEO.

2.2 QUALIDADE DO PROCESSO DE TRABALHO

2.2.1 Organização do processo de trabalho: planejamento e gerencia do CEO

Foi observado que a maior parte dos CEO de Santa Catarina (86,0%) e do Brasil (87,7%) possuíam gerentes, o que denota um ponto positivo, pois a existência de gestores de CEO influencia positivamente a qualidade dos serviços.

Em Santa Catarina, quase a metade dos CEO (48,8%) possuía gerentes que acumulavam atividade clínica e de gerencia. Menos da metade (37,2%) possuía profissional que atuava exclusivamente como gerente. A menor parte dos CEO de Santa Catarina não possuíam gerente. No Gráfico 5 estão apresentados os resultados descritos, assim como os resultados do Brasil.

Gráfico 5. Percentual de CEO conforme a gerencia do CEO, Santa Catarina e Brasil, 2014.



Fonte: Avaliação Externa, 1º ciclo PMAQ-CEO.

Atividades de planejamento e avaliação, bem como reuniões de equipe também são questões que influenciam diretamente a qualidade dos serviços. Observou-se que, em Santa Catarina, a maioria dos CEO atendeu aos itens de planejamento e avaliação observados e maior parte dos CEO realizava reuniões de equipe (79,1%). Contudo, notou-se que menos da metade dos CEO realizavam avaliação das ações planejadas/programadas (Tabela 9).

Tabela 9. Percentual e quantidade de CEO conforme a realização de planejamento e avaliação e reuniões de equipe, Santa Catarina e Brasil, 2014.

Planejamento e avaliação	Santa Catarina		Brasil	
	n	%	n	%
Realização de atividade de planejamento nos últimos 12 meses	33	76,7	723	77,7
Realização de algum processo de autoavaliação pela equipe do CEO nos últimos 6 meses	39	90,7	680	73,1
Consideração dos resultados da autoavaliação na organização do processo de trabalho	35	81,4	612	65,8
Realização de avaliação das ações planejadas/programadas	19	44,2	472	50,8
Realização de reuniões de equipe	34	79,1	714	76,8

Fonte: Avaliação Externa, 1º ciclo PMAQ-CEO.

2.2.2 Organização de prontuários

No estado de Santa Catarina, todos os CEO utilizavam algum tipo de prontuário. No Brasil, 97,8%. Em Santa Catarina, 69,8% dos CEO possuíam prontuário único para todas as especialidades. No Brasil, 65,5% (Tabela 6).

Tabela 6 Quantidade e percentual de CEO conforme o tipo de prontuários utilizado, Santa Catarina e Brasil, 2014.

Prontuário	Santa Catarina		Brasil	
	n	%	n	%
Prontuário único para todas as especialidades	30	69,8	609	65,5
Prontuário específico para cada especialidade	4	9,3	157	16,9
Prontuário específico para algumas especialidades	9	20,9	144	15,5
Sem prontuário	0	0	20	2,2
Total	43	100	930	100

Fonte: Avaliação Externa, 1º ciclo PMAQ-CEO.

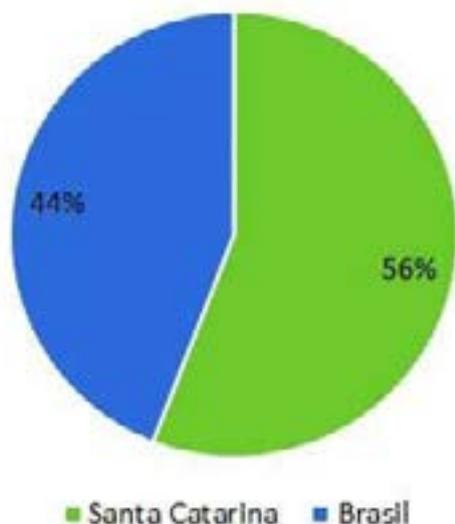
Quanto ao prontuário eletrônico, em Santa Catarina, observou-se que 18,6% (n=8) dos CEO possuíam esse tipo de prontuário implantado, e todos (100%) estavam interligados com outros pontos da rede de atenção. No Brasil, 7,8% (n=73) possuíam prontuário eletrônico implantado, e destes prontuários, 6% (n=56) estavam interligados com outros pontos da rede de atenção.

2.2.3 Educação Permanente

Conforme a Política Nacional de Educação Permanente, Educação Permanente em Saúde é a “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”, e tem por objetivo “a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho” (Brasil, 2009, p.20). Ações de educação permanente incluindo os profissionais do CEO podem trazer transformações e melhorias nos serviços.

Entretanto, no estado de Santa Catarina, nem todos os CEO desenvolviam ações de Educação Permanente para os profissionais. No Brasil, menos da metade desenvolviam essas ações (Gráfico 6).

Gráfico 6. Percentual de CEO com ações de educação permanente, Santa Catarina e Brasil, 2014.



Fonte: Avaliação Externa, 1º ciclo PMAQ-CEO.

Dentre as ações desenvolvidas em Santa Catarina, os cursos presenciais, seguido dos seminários, mostras, oficinas, grupos de discussão, troca de experiência e cursos à distância foram as modalidades de educação permanente mais desenvolvidas. Na tabela 10 estão descritos os resultados de Santa Catarina e do Brasil.

Tabela 10. Percentual e quantidade de CEO participantes das ações de educação permanente, Santa Catarina e Brasil, 2014.

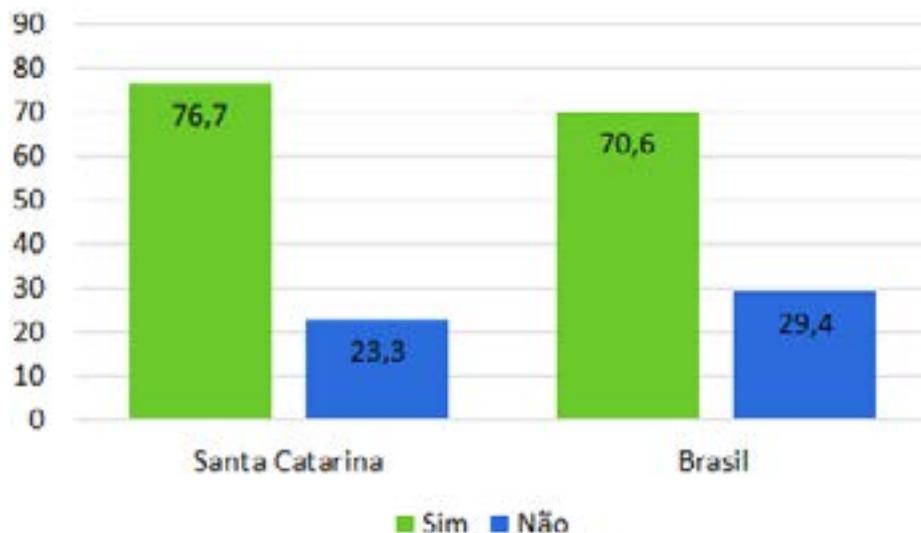
Ações de educação permanente	Santa Catarina		Brasil	
	n	%	n	%
Seminários, mostras, oficinas, grupos de discussão	19	44,2	341	36,7
Cursos presenciais	22	51,2	306	32,9
Cursos à distância	14	32,6	179	19,2
Telessaúde	4	9,3	45	4,6
Troca de experiência	15	34,6	291	31,3
Tutoria/Preceptoria	6	13,9	66	7,1

Fonte: Avaliação Externa, 1º ciclo PMAQ-CEO.

2.2.4 Articulação do CEO na rede de Atenção à Saúde Bucal

O matriciamento ou ações de apoio permitem uma melhor integração entre a Atenção Básica e Secundária e são importantes para a qualidade dos serviços. A ocorrência destes componentes foi observada na maioria dos CEO de Santa Catarina (76,7%) e do Brasil (70,6%) (Gráfico 7).

Gráfico 7. Percentual de equipes do CEO que realizam o matriciamento ou ações de apoio para as equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica na resolução de casos considerados complexos, Santa Catarina e Brasil, 2014.



Fonte: Avaliação Externa, 1º ciclo PMAQ-CEO.

2.3 QUALIDADE DOS RESULTADOS

2.3.1 Qualidade do atendimento na visão dos usuários

Os usuários entrevistados avaliaram o atendimento dos CEO, de forma geral, muito positivamente. Nenhum usuário considerou o atendimento ruim ou muito ruim, e mais da metade classificou-o como muito bom (figura 3)

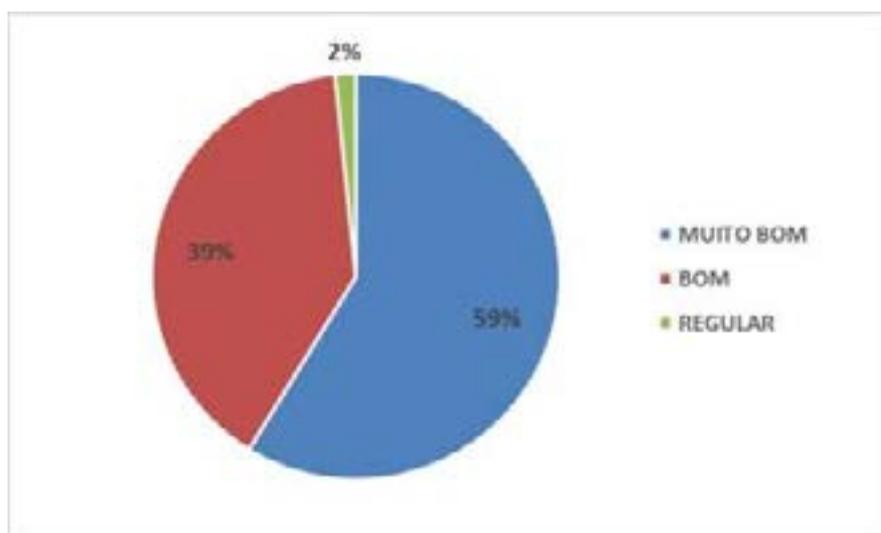
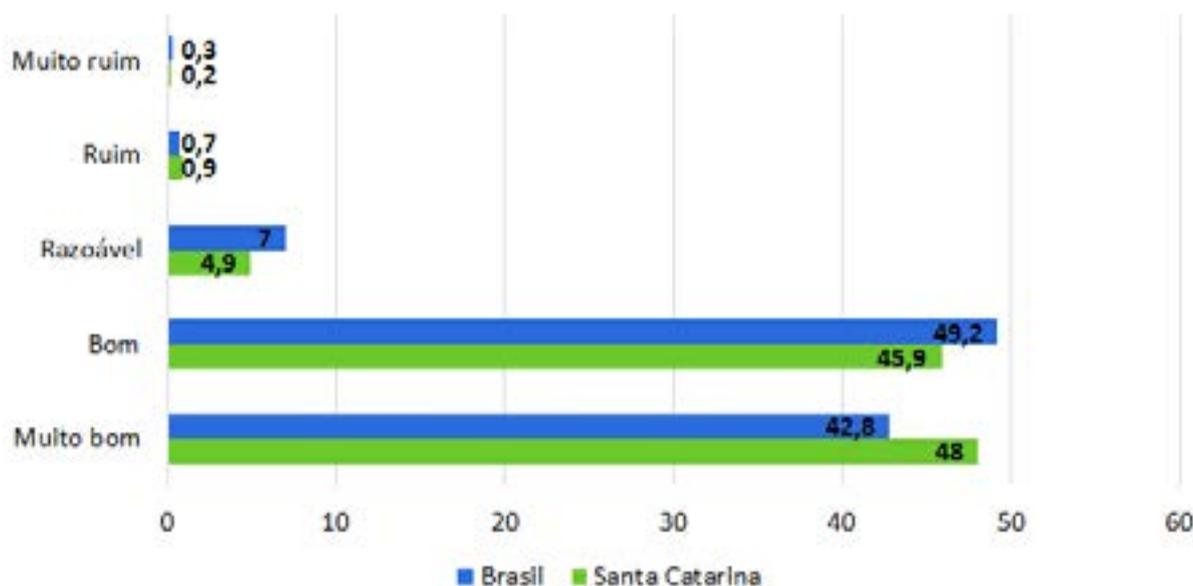


Figura 3 – Avaliação dos usuários em relação ao atendimento nos CEO de Santa Catarina, 2014.

A maioria dos usuários de Santa Catarina (97,7%) e do Brasil (97,1%) afirmou que sempre se sentem respeitados pelos profissionais do CEO em relação aos seus hábitos culturais, costumes e religião. No que tange ao conforto do usuário durante o atendimento odontológico, os resultados também foram positivos, conforme o Gráfico 4.

Gráfico 4. Percentual de usuários do CEO conforme o conforto sentido durante o atendimento odontológico, Santa Catarina e Brasil, 2014



Fonte: Avaliação Externa, 1º ciclo PMAQ-CEO

QUESTÕES PARA REFLEXÃO: ONDE TEMOS QUE AVANÇAR?

De modo geral, os CEO de Santa Catarina tiveram desempenho acima da média nacional nos aspectos avaliados relacionados ao acesso e qualidade dos serviços. Isso não significa que não há o que melhorar, por isso destacamos aqui alguns pontos deste processo avaliativo que podem subsidiar a melhoria da atenção secundária em saúde bucal.

Durante todo o trabalho de campo, os avaliadores registraram suas observações e impressões em diários de campo, que fornecem valiosas informações para além dos instrumentos de coleta de dados do programa. Essas informações qualificam a avaliação dos CEO e permitem uma reflexão mais aprofundada sobre algumas questões importantes relativas à qualidade e ao acesso dos CEO no estado.

- Em relação à estrutura física, ainda há inadequação em diversos estabelecimentos de saúde onde funcionam os CEO. Destaca-se:
 - Sinalização inadequada: as fachadas externas comportam as mais diversas formas de sinalização para os usuários, sem adequação ao manual de identidade visual
 - Paredes externas em más condições: às vezes o estabelecimento pode estar em boas condições em sua estrutura interna, porém, a estrutura externa com paredes rachadas, pintura descascada, placas de sinalização completamente desbotadas, provoca uma má impressão em relação ao serviço



- Ambientes internos em más condições estruturais



- Compartilhamento de ambientes com outras unidades de saúde: muitos CEO não funcionam em estruturas exclusivas, dividem espaços com outros serviços como atenção básica, Policlínicas, Vigilâncias, SAMU, Secretarias Municipais de Saúde. Esse compartilhamento extrapola a estrutura física, de modo que vários profissionais contratados para atender nos CEO atendem também os pacientes das unidades básicas de saúde, dividindo sua carga horária

entre atendimentos especializados e não especializados. Também são compartilhados equipamentos e materiais de consumo. Este fato acaba descaracterizando o serviço especializado e comprometendo o acesso dos usuários ao serviço.

Melhorias estruturais recentes foram observadas pelos avaliadores, como placas de fachada novas, ou aparelhos de ar condicionado com aspecto de recém-instalados. O processo de avaliação do PMAQ foi inegavelmente um disparador de ações para melhoria da estrutura e dos processos de trabalho. Por saber que seriam avaliados, gestores e equipes de saúde tomaram algumas providências no sentido de adequar o serviço ao preconizado. Este é um importante papel do processo avaliativo, de induzir mudanças antes, durante e após o processo avaliativo.

Sobre os recursos humanos, destaca-se:

- Gerentes sem experiência na gestão de serviços: muitas vezes os cirurgiões-dentistas do CEO se dividem na tarefa assistencial e de gestão, e não há uma pessoa atuando exclusivamente na gestão do serviço. Outras vezes a pessoa que está nessa função não está qualificada para tal. O amadorismo na gestão foi observado em diversos momentos. Fatos como ausência de alguns documentos (“ficaram com gerente anterior”), desconhecimento de outros (“não sei que documento é esse”), comentários do tipo “por mim esse CEO tinha que fechar”, exemplificam tal afirmativa.
- Insuficiência de profissionais auxiliares/técnicos: o número de auxiliares e técnicos é inferior ao necessário, o que certamente compromete a produtividade e qualidade do atendimento. Muitos municípios nem tem em seu quadro funcional a categoria de Auxiliar e Técnico em Saúde Bucal (ASB ou TSB), de forma que vários desses profissionais são contratados com outra função (auxiliar de enfermagem, faxineiro), e exercem a função de auxiliares nos consultórios dentários.
- Insatisfação dos profissionais: muitos profissionais se queixam da baixa remuneração e da falta de incentivo à sua qualificação e aperfeiçoamento. Há uma expectativa grande por parte dos CD de que o recurso que vem para o município pelo PMAQ CEO seja em parte repassado aos funcionários, como forma de reconhecimento pelo trabalho realizado, no entanto, isso quase sempre não é uma realidade.
- Ausência de profissionais: em alguns estabelecimentos nem todos os CD que deveriam estar atendendo estavam presentes no dia da avaliação externa. Em um dos CEO avaliado havia apenas um profissional, nem o gerente se encontrava no dia da avaliação.
- Apoio institucional inexistente e conflitos com a gestão: em alguns municípios a participação no programa foi imposta aos CEO, e não voluntária conforme preconizado.

Em relação aos usuários, observou-se que:

- Havia um baixo fluxo de pacientes nos CEO, sendo que vários profissionais tinham muito poucos pacientes agendados, muitos profissionais não se encontravam no CEO no dia da avaliação (incluindo alguns coordenadores), e por isso em vários CEO foi difícil conseguir os 10 usuários para a entrevista. Esse baixo fluxo certamente não condiz com a demanda da população a esses procedimentos especializados, se ob-

servarmos o tempo de espera para atendimento nas especialidades, há uma grande fila de pessoas aguardando pelo atendimento nos CEO.

- Apesar de muitos CEO serem de abrangência regional, ou seja, serem referência para diversos municípios, nenhum dos usuários entrevistados era proveniente de outro município
- Apesar da entrevista com usuários não interferir na qualificação dos CEO, houve a preocupação de muitos deles chamarem usuários que são funcionários da rede municipal para tentar qualificar o CEO.
- Naqueles locais onde o serviço era relativamente novo (menos de 2 anos), a população ainda desconhecia o serviço e suas atribuições;

A falta de uma boa gestão, de um sistema de regulação, e de articulação com a rede básica (referência e contrarreferência) parece estar afetando o acesso da população a esses serviços tão necessários e importantes na saúde bucal. Uma das possíveis causas para essa desarticulação e aparente desorganização de vários CEOs é a inexistência de uma coordenação atuante. Em vários CEOs não há um coordenador, ou gerente. Em outros, há alguém designado para essa função, mas que estão completamente despreparados, ou que efetivamente não a exercem. Muitos gerentes entrevistados não tinham a menor ideia do que era o PMAQ, dos instrumentos de avaliação, da documentação a ser entregue. Também os profissionais que atendem nos CEOs não sabem o que é o PMAQ, acabam tendo uma visão punitiva, como se fosse uma auditoria. Em um dos CEOs, ao solicitar a comprovação da AMAQ, foram entregues diversos questionários respondidos individualmente por cada profissional. Há um desconhecimento do programa, dos seus objetivos, das suas etapas.

O PMAQ é uma belíssima iniciativa do governo federal que pode ampliar a quantidade de recursos destinados aos serviços avaliados, nesse caso, os CEOs. Para isso, os municípios deveriam se preparar melhor, preparar seus profissionais, e realmente se preocuparem com a qualidade dos serviços oferecidos a sua população. No entanto, o que se percebe em muitos municípios são tentativas de burlar o processo, ou mascarar uma situação para que pareça melhor, de modo que vários profissionais acabam respondendo aquilo que é mais adequado para serem melhor avaliados, ao invés de informarem a realidade.

Apesar dos problemas detectados, há aquelas situações de encher os olhos quanto a organização, funcionamento, estrutura, indicando que é possível, sim, oferecer um atendimento de qualidade que todos merecem, com os recursos destinados a esses serviços especializados. Qual a receita? O modo de fazer depende da realidade de cada local e do comprometimento ético dos profissionais que lá atuam. Porém, um tanto de vontade política, organização, planejamento e gestão do processo são ingredientes que não podem faltar.

REFERÊNCIAS

TRAVASSOS, C. MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.

FEKETE, M.C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J.P. (Org.). **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1997. p. 114-120.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. p. 207-246.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: **Explorations in Quality Assessment and Monitoring** (A. Donabedian), vol. I, pp. 77-125, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.

UCHOA, Severina Alice da Costa et al . **Inovação e utilidade: Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 100-113, Sept. 2018 .

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. Diário Oficial da União. 23 Mar 2006.

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: Ministério da Saúde; 2009.

SÃO PAULO

Principais resultados da avaliação externa do programa de melhoria PMAQ-CEO dos departamentos regionais de saúde II, IX e XI do Estado de São Paulo

*Adriana Paula Paiato
Mariana Gabriel
Fernanda Campos de Almeida Carrer
Maria Ercília de Araújo*

1 INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) se apresenta como uma das principais estratégias indutoras da qualidade do Ministério da Saúde. Entre os objetivos do PMAQ, destaca-se a institucionalização da cultura de avaliação da atenção básica e especializada. A saúde bucal foi incluída nesta estratégia a partir da utilização do instrumento de avaliação para Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica - PMAQ ESB-AB. Posteriormente, incluiu-se também o instrumento de avaliação para os Centros de Especialidades Odontológicas - PMAQ-CEO (BRASIL, 2012; 2013).

Dentro do PMAQ-CEO, a terceira fase é a Avaliação Externa, realizada por avaliadores treinados a partir de padrões esperados para visita in loco aos Centros de Especialidades Odontológicas contratualizados de todo o Brasil (BRASIL, 2013). Por todo o país foram avaliados 932 CEOs, sendo que destes 884 fizeram a adesão a primeira fase do PMAQ-CEO (1º Ciclo). Especificamente no Estado de São Paulo, foram avaliados 179 CEOs, dos quais apenas 32 não fizeram a adesão.

Cabe ressaltar que o Estado de São Paulo se apresenta dividido administrativamente em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), cabendo a cada um desses departamentos coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial com os municípios e organismos da sociedade civil.

Para fins didáticos, as 17 DRSs foram agrupadas em 5 regiões e para este trabalho considerada apenas a Região de número 2, composta pelas DRSs: II (Região do município de Araçatuba), IX (Região do município de Marília) e XI (Região do município de Presidente Prudente). Tendo em vista que a avaliação em saúde deve subsidiar o processo decisório dentro do Sistema Único de Saúde e assim colaborar com a tomada de decisão pelos gestores envolvidos (BRASIL, 2012), este trabalho tem como objetivo apresentar os principais dados da avaliação externa do PMAQ-CEO (1º Ciclo) da Região 2 do Estado de São Paulo, composta pelas DRSs II, IX e XI.

2 MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal, quantitativo e observacional que correspondeu a fase 3 – avaliação externa do PMAQ-CEO (1º ciclo).

2.2 LOCAL DE ESTUDO E POPULAÇÃO ALVO

Em todo o Brasil foram avaliados 932 CEOs, sendo que destes 884 fizeram a adesão a primeira fase do PMAQ-CEO (1º Ciclo). No Estado de São Paulo, foram avaliados 179 CEOs, dos quais apenas 32 não fizeram a adesão. Desses 179 CEOs paulistas, apenas 17 pertencem à Região 2, composta pelas DRS II, IX e XI e foram considerados neste trabalho.

2.2.1 Os Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo

A divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo se faz através dos Departamentos Regionais de Saúde - DRS, perfazendo um total de 17 Departamentos de Saúde, os quais são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2012).

O mapa apresentado a seguir mostra a divisão do Estado de São Paulo em 17 Departamentos Regionais de Saúde.



Fonte: <http://www.saude.sp.gov.br>

Para fins didáticos, as 17 DRSs foram agrupadas em 5 regiões, conforme mapa abaixo:



Fonte: Adaptado de <http://www.saude.sp.gov.br>

Neste trabalho foram considerados os principais dados da avaliação externa do PMAQ-CEO (1º Ciclo) apenas da Região 2, composta por 142 municípios, dos quais apenas 17 deles possuíam CEOs, que por sua vez estavam divididos entre as seguintes DRSs: DRS II (Região de Araçatuba), IX (Região de Marília) e XI (Região de Presidente Prudente).

2.2.1.1 DRS II - Região de Araçatuba

Composta por 40 municípios, dos quais apenas 5 tem Centro de Especialidades Odontológicas (CEO): Araçatuba, Buritama, Penápolis, Pereira Barreto e Valparaíso.

Araçatuba é o maior município da DRS, com área de 1.167,126 Km² e população estimada de 195.874 (IBGE, 2018).

2.2.1.2 DRS IX - Região de Marília

Composta por 62 municípios, dos quais 10 possuem Centro de Especialidades Odontológicas (CEO): Bastos, Garça, Marília, Osvaldo Cruz, Ourinhos, Paraguaçu Paulista, Pompéia, Quintana, Santa Cruz do Rio Pardo e Tupã.

Marília é o maior município da DRS, com área de 1.170,515 Km² e população estimada de 237.130 habitantes (IBGE, 2018).

2.2.1.3 DRS XI - Região de Presidente Prudente

Composta por 45 municípios, dos quais somente 2 possuem Centro de Especialidades Odontológicas (CEO): Presidente Prudente e Junqueirópolis.

Presidente Prudente é o maior município da DRS, com área de 560,367 Km² e população estimada de 227.072 habitantes (IBGE, 2018).

2.3 COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DE DADOS

Este trabalho valeu-se de indicadores presentes nos três módulos de avaliação externa no PMAQ CEO (1º ciclo):

- Módulo VII - observação no CEO
- Módulo VIII - entrevista com gerente do CEO, com cirurgião-dentista do CEO e verificação de documentos (Módulo VIII)
- Módulo IX - entrevistas com usuários do CEO

Os indicadores utilizados foram:

- Infraestrutura – tipo de abrangência, especialidades ofertadas, adequação visual, localização e acessibilidade;
- Instrumentais e insumos – ausência/paralisação atendimento por falta de insumos, informatização e equipamentos odontológicos;
- Acesso – tipo de demanda atendida, marcação de consultas;
- Tempo de espera para atendimento;
- Gestão – percentual de absenteísmo e absenteísmo por especialidade, estratégias de enfrentamento do absenteísmo, presença de gerente;
- Organização do processo de trabalho – apoio matricial, educação permanente, reunião de equipe, planejamento e ações da gestão para organização do processo de trabalho, monitoramento, autoavaliação;
- Articulação do CEO na RAS – instituição de protocolos clínicos;
- Participação e satisfação dos usuários – controle social e participação popular.

As avaliações aconteceram no período de março a maio de 2014, a partir de entrevistas estruturadas realizadas pelos avaliadores externos com o gerente do CEO, um cirurgião-dentista que trabalhasse no CEO e 10 usuários que frequentavam o aquele CEO.

No Estado de São Paulo, em parceria com a Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), foram selecionados doze avaliadores e um coordenador, os quais receberam uma bolsa financiada pelo Ministério da Saúde.

2.4 ANÁLISE DE DADOS

A digitação e a apuração dos dados foram realizadas no Programa Microsoft Office Excel.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida a análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), obtendo a aprovação conforme parecer CAAE: 23458213.0.0000.5208 – Parecer 740.874.

As avaliações foram realizadas somente após as assinaturas dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLEs).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As tabelas 1, 2 e 3 mostram os principais resultados dos módulos VII (Observação no CEO), VIII (Gerente e Cirurgião-Dentista) e IX (Usuário), da avaliação externa do PMAQ CEO (1º ciclo) da Região 2, que compreende as DRS II, IX e XI, bem como os dados do Estado de São Paulo e Brasil. Cabe ressaltar que a Região 2 é composta por 5 CEOs da região de Araçatuba, 10 CEOs da região de Marília e 2 CEOs da região Presidente Prudente.

Tabela 1 – Principais resultados do módulo VII (observação no CEO) da avaliação externa do PMAQ-CEO (1º ciclo), 2014.

IDENTIFICAÇÃO DO TIPO E DOS PROFISSIONAIS DO CEO (avaliador)					
Qual o tipo do CEO?	Brasil	Estado SP	DRS II	DRS IX	DRS XI
Tipo I	37,4%	35%	60%	90%	50%
Tipo II	50,9%	55%	40%	10%	50%
Tipo III	11,7%	10%	0	0	0
Este CEO tem abrangência:					
Municipal	100%	100%	100%	100%	100%
Especialidades mínimas ofertadas?					
Sim	78,1%	83,7%	40%	60%	100%
Especialidades mínimas ofertadas?					
Implantodontia	0,85%	1,51%	0	0	0
Odontopediatria	22,5%	20,4%	20%	10%	50%
Ortodontia / Ortopedia	9,5%	9,8%	0	0	50%
Dentística	8,4%	7,2%	0	0	0
Prótese	40%	49,1%	80%	60%	50%
Radiologia	14%	12,1%	20%	0	50%
Outras	4,7%	0	0	0	0
ADEQUAÇÃO VISUAL DO CEO (avaliador)					
Placa de fachada	79,7%	86,6%	80%	100%	100%
Placa de inauguração	75,3%	76,5%	100%	80%	100%
Placa de identificação recepção	69,1%	72,63%	80%	70%	100%
Placa identificação consultórios	75,21%	15,45%	80%	80%	100%
Móbile Brasil Sorridente	44,85%	47,49%	80%	60%	50%
Uso de jaleco conforme as normas	39,1%	46,9%	60%	50%	50%
ACESSIBILIDADE NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (avaliador)					
Corredores adaptados para cadeiras de roda	76,9%	80,4%	100%	50%	50%
Quadro de especialidades e atendimento exposto	56,4%	50,3%	40%	70%	50%

Cadeira de rodas disponível	58,8%	73,2%	100%	70%	100%
Rampa de acesso com corrimão	46,9%	57,5%	80%	60%	50%
Nenhuma	9,2%	6,1%	0	0	0
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO CEO (avaliador)					
Turno de atendimento: manhã e tarde	95,8%	97,8%	100%	100%	100%
Noite	19,1%	29,6%	0	10%	0
Dias de atendimento: segunda a sexta	97,5%	98,32%	100%	100%	100%
Sábado	5,8%	4,5%	0	10%	0
Domingo	1,1%	1,7%	0	10%	0
EQUIPAMENTOS DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO NO CEO (avaliador)					
CEO tem computador em condições de uso?					
Sim	73,7%	99,4%	100%	70%	100%
EQUIPAMENTOS E PERIFÉRICOS					
CEO tem localizador apical?					
Sim	33,9%	40,2%	80%	10%	0
CEO tem rotatório para endodontia?					
Sim	19,4%	26,3%	20%	10%	0

Tabela 2 - Principais resultados do módulo VIII (gerente e cirurgião-dentista), da avaliação externa do PMAQ-CEO (1º ciclo), 2014.

INFORMAÇÕES SOBRE O ENTREVISTADO (gerente)					
Possui gerente?	Brasil	Estado SP	DRS II	DRS IX	DRS XI
Sim, acumula atividade clínica e gerência	37, %	31,3%	0	40%	0
Sim, é apenas o gerente	50%	50,3%	40%	30%	100%
Não	12, %	18,4%	60%	30%	0
CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA E ORGANIZAÇÃO DA AGENDA (gerente)					
Acesso ao CEO por:					
Demanda espontânea	1,3%	3,4%	0	0	0
Mista	41,4%	29,6%	20%	10%	0
Referenciada	67,7%	67%	80%	90%	100%
Sabe o percentual de absenteísmo mensal?					
Sim	59,4%	70%	60%	40%	50%
• Qual o percentual de absenteísmo?					
Menor ou igual a 25%	44,8%	53,1%	100%	100%	0
Maior que 25% e menor que 50%	14,5%	17,4%	0	0	100%
Especialidade com maior % de absenteísmo:					
Cirurgia	13,3%	15,1%	33,33%	0	100%
Endodontia	23%	27,9%	0	25%	0
Periodontia	9,4%	12,3%	33,33%	25%	0
Radiologia	1,1%	1,1%	0	0	0
Paciente com Necessidades Especiais	9%	9,5%	33,33%	50%	0
Odontopediatria	2,3%	2,8%	0	0	0
O CEO trabalha com overbook?					
Sim	17,9%	11,7%	20%	0	0
APOIO MATRICIAL (gerente)					
Equipe do CEO realiza matriciamento ou ações de apoio para ESB da AB?					
Sim	70,6%	70,9%	80%	70%	50%
• Discussão de casos clínicos	51,8%	57%	75%	57,14%	0
• Ações clínicas compartilhadas com ESB da AB	52,6%	53,6%	75%	85,71%	100%
• Capacitação com profissionais da AB para detecção câncer	38,5%	55,3%	50%	28,57%	0

• <i>Construção conjunta de projetos terapêuticos com ESB da AB</i>	29,8%	35,2%	25%	0	0
• <i>Atividades de educação permanente com ESB da AB</i>	37,7%	39,1%	25%	14,28%	100%
• <i>Construção e discussão de protocolos clínicos</i>	52%	54,8%	75%	42,86%	0
• <i>Pactuação de critérios para referenciamento</i>	62,6%	64,8%	100%	57,14%	0
• <i>Realização de visitas domiciliares com ESB da AB</i>	33,9%	29,6%	25%	28,57%	0
O CEO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (ORDENAMENTO DE FLUXOS) (gerente)					
Consulta marcada pela UBS	33,5%	49, %	40%	10%	50%
Consulta marcada pelo paciente junto à central de marcação	14,7%	19%	0	20%	0
O paciente recebe encaminhamento da UBS e dirige-se ao CEO	75,3%	58,1%	80%	60%	50%
Outra	21,2%	24%	60%	30%	50%
Não há um percurso definido	0,43%	0	0	0	0
Existem protocolos clínicos pactuados?					
Cirurgia	73%	85,5%	80%	90%	100%
Endodontia	73,2%	87,7%	80%	100%	100%
Pacientes com necessidades especiais	66,9%	79,9%	80%	80%	100%
Periodontia	72%	86,6%	80%	90%	100%
Estomatologia	57,9%	77,7%	60%	70%	100%
Radiologia	19,5%	15,1%	0	85,71%	100%
Ortodontia	9,7%	11,2%	0	0	100%
Implantodontia	1,3%	1,1%	0	0	0
Prótese dentária	44,5%	57%	20%	100%	100%
Odontopediatria	23,7%	22,9%	0	100%	100%
EDUCAÇÃO PERMANENTE NO PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS (dentista)					
Há ações de educação permanente promovidas pelo município?					
Sim	49,5%	56,4%	40%	50%	100%
PLANEJAMENTO E REUNIÃO DA EQUIPE DO CEO (dentista)					
O CEO realiza reunião de equipe?					
Sim	76,8%	72,1%	80%	70%	50%

<ul style="list-style-type: none"> Qual a periodicidade das reuniões? 					
Semanal	1,7%	2,8%	25%	0	0
Quinzenal	2,5%	1,7%	0	0	0
Mensal	27,8%	24%	25%	71,43%	0
Sem periodicidade definida	44,7%	43,5%	50%	28,57%	100%
Nos últimos 12 meses, foi realizada alguma atividade de planejamento das ações do CEO com a participação dos dentistas?					
Sim	70,%	69,3%	80%	60%	100%
<ul style="list-style-type: none"> Nestes planejamentos são levadas em consideração as sugestões/ opiniões dos dentistas? 					
Sim	69,%	68,2%	100%	100%	100%
<ul style="list-style-type: none"> A equipe do CEO planeja/programa suas atividades considerando: 					
<ul style="list-style-type: none"> Os desafios apontados a partir da autoavaliação 	50,%	44,7%	75%	83,33%	50%
<ul style="list-style-type: none"> O envolvimento de organizações da comunidade (parceria/pactuações) 	27,%	29,6%	25%	33,33%	50%
INSUMOS, INSTRUMENTAIS E EQUIPAMENTOS (dentista)					
Deixou de atender por falta de insumos ou instrumentais nos últimos 12 meses?					
Sim	30,%	22,9%	0	30%	0
Deixou de atender por não ter equipamento funcionando nos últimos 12 meses?					
Sim	38,%	30,7%	20%	20%	50%
PLANEJAMENTO E AÇÕES DA GESTÃO PARA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO CEO (gerente)					
São realizados monitoramento e análise das metas estabelecidas/especialidade ofertada?					
Sim	85,%	87,2%	100%	100%	50%
<ul style="list-style-type: none"> Existe documento que comprove? 					
Sim	69,%	77,6%	60%	90%	100%
PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL, SATISFAÇÃO E CANAL DE COMUNICAÇÃO COM O USUÁRIO (gerente)					
O CEO realiza ou tem mecanismo de avaliação da satisfação do usuário?					
Sim	57,%	59,2%	60%	80%	50%
<ul style="list-style-type: none"> Há documento que comprove? 					
Sim	51%	53,1%	33,33%	87,5%	100%
O CEO dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários se expressarem (demandas, reclamações e/ou sugestões)?					
Sim	75,%	87,7%	80%	80%	100%

Tabela 3 – Principais resultados do módulo IX (usuário), da avaliação externa do PMAQ-CEO (1º ciclo), 2014.

MARCAÇÃO DE CONSULTA NO CEO (usuário)					
Quanto tempo o senhor esperou para iniciar o tratamento no CEO?	Brasil	Estado SP	DRS II	DRS IX	DRS XI
Até 1 semana	33%	24%	39,2%	19%	35%
De uma semana a 1 mês	38%	39,1%	41,17%	40%	30%
Entre 1 e 3 meses	15,2%	16,2%	9,8%	21%	0
Entre 3 e 6 meses	5,9%	7,9%	5,9%	11%	15%
Entre 6 e 12 meses	4%	6,1%	0	2%	15%
Mais de 12 meses	4%	6,6%	3,9%	7%	5%
Quanto à marcação de consulta, foi:					
Com hora marcada	47,3%	82%	52,94%	74%	85%
Em horários ou turnos definidos do dia	17%	2,8%	0	8%	0
Por ordem de chegada	33,4%	12,5%	37,25%	18%	15%
Encaixe	2,1%	2,6%	9,8%	0	0

O módulo VII (Observação no CEO) mostrou que:

A maioria dos CEOs da Região 2 são tipo I e todos são de abrangência municipal, ou seja, a maior parte deles têm até 3 cadeiras odontológicas e só atende os cidadãos daquele determinado município. Os dados para o Estado de São Paulo e para o Brasil mostram uma percentagem menor de CEOs tipo I quando comparamos com os resultados dessa Região 2.

Um estudo efetuado por CELESTE et al. (2014) revelou que, independentemente do tipo do CEO, sua implementação em determinado município significou melhora na utilização de procedimentos odontológicos especializados para aquela cidade.

As especialidades mínimas são ofertadas em mais de 75% dos CEOs do Brasil e de São Paulo, porém, na Região 2 estudada, apenas a DRS XI alcançou porcentagem equivalente, revelando a necessidade de se garantir o atendimento das especialidades mínimas para a referida região. Para a DRS II o atendimento das especialidades mínimas é ainda mais precário, pois menos metade dos CEOs dessa DRS ofertam todas elas.

GOES et al. (2012) apontaram que deveriam ser revisadas as especialidades ofertadas segundo tipo de CEO para garantir que aquelas de maior demanda pudessem ser garantidas em todos os serviços.

É importante ressaltar que os CEOs devem garantir uma produção mínima mensal em cada especialidade (Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral, Estomatologia e Pacientes com Necessidades Especiais) definida na Portaria 1.464 de 24 de junho de 2011, podendo o Ministério da Saúde suspender os incentivos mensais recebidos quando essa produção em qualquer uma dessas especialidades mínimas não for alcançada por dois meses consecutivos ou três meses alternados no período de um ano (BRASIL, 2011 a). Garantir ao menos o atendimento às especialidades mínimas é um passo rumo a garantia da integralidade da atenção à saúde bucal da população.

A Prótese e a Odontopediatria são as especialidades não consideradas mínimas mais ofertadas no Brasil, no Estado de São Paulo e na Região 2. Cabe ressaltar que as DRSs II e XI

apresentaram porcentagens significativas de atendimento para a especialidade Radiologia, sendo superiores aos números encontrados para o Estado de São Paulo e para o Brasil (20 e 50%, respectivamente).

Dados do último levantamento nacional realizado mostraram que 31,2% dos cidadãos examinados na faixa etária de 35 a 44 anos e apenas 7,3% daqueles examinados de 65 a 74 anos de idade não necessitavam de prótese dentária (BRASIL, 2011b), revelando a importância dos CEOs ofertarem a especialidade Prótese.

Quanto à produção de exames radiográficos no Brasil, estudo realizado por LIRA-JÚNIOR et al. (2012) revelou que do total de exames realizados no Brasil no período de um ano, 94% foram radiografias periapicais e interproximais e apenas 3,8% de panorâmicas, as quais requerem aparelho e conhecimento especializado. Além disso, mais de 80% dos aparelhos de raios-x odontológicos em uso no Brasil pertenciam à rede privada.

Mais de 69% dos CEOs do Brasil, Estado de São Paulo e Região 2 possuíam placa de fachada, placa de inauguração e placa de identificação da recepção de forma a facilitar a identificação e o acesso pelos usuários, porém, para o Estado de São Paulo, apenas 15,45% apresentavam placa de identificação dos consultórios.

A ausência de identificação dos consultórios do CEO pode dificultar que o paciente encontre sua devida sala de atendimento quando esses atendimentos são realizados em salas separadas. Além disso, a falta de padronização visual pode prejudicar a integridade e consciência da marca entre as unidades de saúde (FIGUEIREDO et al., 2016).

O uso de jaleco, item de biossegurança, mostrou-se bastante precário no Brasil, no Estado de São Paulo e na Região 2, girando em torno de 50%.

Os jalecos de trabalhadores de saúde podem tornar-se contaminados por microrganismos de relevância epidemiológica, contribuindo para a possível disseminação de patógenos entre diferentes pacientes e ambientes (OLIVEIRA e SILVA, 2015). Além disso, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), toda a equipe de saúde deve utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), dentre os quais o jaleco faz parte, para proteção própria e do paciente (ANVISA, 2019).

A existência de cadeira de rodas de forma a facilitar a acessibilidade é um aspecto contemplado na maioria dos CEOs do Brasil, Estado de São Paulo e Região 2, porém ainda requer avanços. Alguns estudos relataram que a precariedade da estrutura física é um fator recorrente de insatisfação entre usuários (SOBREIRA et al., 2012; NORA e JUNGLES, 2013).

O horário de funcionamento dos CEOs no Brasil, no Estado de São Paulo e na Região 2 está concentrado no período da manhã e da tarde e de segunda a sexta-feira, ou seja, no horário noturno e durante os finais de semana quase não há atendimento.

A ampliação do horário de funcionamento dos CEOs poderia facilitar o acesso da população, especialmente dos trabalhadores, os quais costumam exercer suas atividades profissionais em horário comercial. Já existe uma iniciativa do Ministério da Saúde para incentivar a ampliação do horário de atendimento das Unidades Básicas de Saúde, as quais recebem um repasse financeiro pela adesão a essa nova estratégia (BRASIL, 2019).

De acordo com SCHERER et al. (2018), ter conhecimento sobre o itinerário do usuário dos serviços, bem como de suas possibilidades e escolhas, poderia facilitar a reorientação dos serviços e, por consequência, ampliar o acesso.

Quanto à existência de localizador apical e equipamento rotatório para endodontia, recursos que otimizam o tempo necessário para o tratamento endodôntico, menos de 40% dos CEOs do Brasil, do Estado de São Paulo e da Região 2 possuíam tais recursos. A exceção nesse trabalho foi a existência de localizador apical em 80% dos CEOs da DRS II (Região de Araçatuba), porém, para a mesma DRS, a existência de equipamento rotatório para endodontia foi de 20%, dado condizente com os números do Brasil e do Estado de São Paulo.

Cabe ressaltar que a especialidade Endodontia é a que apresenta os maiores tempos de espera no Brasil (FIGUEIREDO et al., 2016) e, portanto, investir em recursos que diminuam o tempo do tratamento endodôntico poderia favorecer um melhor atendimento segundo a necessidade da população local.

O módulo VIII (Gerente Cirurgião-Dentista) revelou que:

Em aproximadamente metade dos CEOs do Brasil e do Estado de São Paulo há um gerente que não acumula outra função no CEO, mas em torno de 30% o gerente acumula atividade de gerência com atividade clínica.

Dados discrepantes foram encontrados entre a DRS II, onde 60% dos CEOs não possuem gerente e a DRS XI, onde todos os CEOs possuem gerente para exercer exclusivamente essa função.

O acúmulo de atividades pode sugerir alguma sobrecarga de trabalho ao profissional ou até mesmo alguma desvalorização da importância da função de gerente, de extrema importância na gestão do processo de trabalho dentro dos CEOs. Além disso, conforme relatado por FIGUEIREDO et al. (2016), espera-se que o gerente do CEO seja um profissional capacitado e não indicado por motivos políticos, que possa administrar um serviço de saúde, tenha formação na área de saúde bucal e experiência ou qualificação em gestão pública e/ou de serviços de saúde.

A demanda referenciada é a mais utilizada para acesso os CEOs no Brasil, no Estado de São Paulo e na Região 2.

De acordo com o modelo de atenção proposto pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) devem mesmo se constituir referência especializada para as Unidades Básicas de Saúde, estabelecendo com elas protocolos capazes de orientar o acesso e estabelecer os fluxos (BRASIL, 2004). Esses protocolos devem estar de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

Mais da metade dos CEOs do Brasil, Estado de São Paulo e Região 2 conheciam o percentual de absentismo do estabelecimento, com exceção da DRS IX (Região de Marília), onde apenas 40% conheciam tal informação. Ainda assim, menos de 20% dos CEOs do Brasil, Estado de São Paulo e Região 2 trabalhavam com “overbook”.

Saber qual o percentual de absentismo e a especialidade com maior percentual é importante para subsidiar ações que busquem a redução desse número, porém, segundo OLESKOVICZ et al. (2014), as deficiências na gestão de serviços públicos contribuem para o agravamento da situação devido à ausência de ações efetivas para reduzir o absentismo ou diminuir os seus impactos negativos. Assim, a técnica do overbooking, bastante utilizada no setor de transporte, deve ser melhor investigada quanto a sua capacidade de melhorar a gestão de serviços públicos de saúde.

As especialidades Cirurgia, Endodontia, Periodontia e Pacientes com Necessidades Especiais, nesta ordem, foram as que apresentaram o maior percentual de absenteísmo no Brasil e Estado de São Paulo. Já na Região 2, o percentual de absenteísmo em Cirurgia na DRS IX, bem como o percentual de absenteísmo em Endodontia nas DRSs II e XI e o percentual de absenteísmo em Periodontia e em Pacientes com Necessidades Especiais na DRS XI foram iguais a zero, contrastando com os dados do país e do Estado. Interessante destacar que na DRS XI, a especialidade de Cirurgia concentrou 100% do absenteísmo informado.

Segundo FIGUEIREDO et al. (2016) os serviços que fazem substituição e busca ativa de faltosos para concluírem o tratamento em suas devidas especialidades garantem uma produção mínima, contribuindo assim para redução do absenteísmo. Assim, os CEOs devem continuamente trabalhar estratégias de redução do absenteísmo e, por conseguinte, otimização do serviço. A equipe do CEO realiza matriciamento ou ações de apoio para a ESB da AB em mais de 50% dos casos no Brasil, Estado de São Paulo e Região 2, destacando-se as ações clínicas compartilhadas, a discussão de casos clínicos e a pactuação de critérios para referenciamento. Como exceção tem-se os números revelados para a DRS XI, onde não há discussão de casos clínicos nem pactuação de critérios para referenciamento, porém destaca-se a porcentagem de atividades de educação permanente.

Segundo SANTOS et al. (2017) o matriciamento é uma importante estratégia para coordenação, resolutividade e integralidade dos cuidados em saúde, portanto, deve ser estimulado. No quesito ordenamento e definição de fluxos nos CEOs, em mais de 58% dos CEOs do Brasil, do Estado de São Paulo e da Região 2 o paciente recebe o encaminhamento e dirige-se ao CEO. Reordenar a Atenção de Média Complexidade é uma das premissas da Atenção Básica para garantir a integralidade da atenção aos usuários (BRASIL, 2008). Assim, a Atenção Primária deveria ser capaz de atuar como coordenadora dos cuidados, ou seja, garantir a marcação da consulta no CEO ou disponibilizar uma central de marcação para o paciente.

A Atenção Primária deve funcionar como porta de entrada para os demais níveis de atenção à saúde, contribuindo ainda para a racionalização de recursos e otimização no uso de tecnologias médicas mais caras. Logo, a implantação dos CEOs deveria ocorrer em municípios onde a Atenção Básica já foi devidamente estruturada (CHAVES et al., 2016).

Existem protocolos clínicos pactuados para as especialidades obrigatórias na maioria dos CEOs do Brasil, Estado de São Paulo e Região 2.

A existência de protocolos clínicos pactuados denota o ordenamento do fluxo, estando de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). É importante que os profissionais da Atenção Básica e do CEO tenham conhecimento e estejam capacitados a seguirem os protocolos.

A educação permanente é uma estratégia considerada em aproximadamente metade dos CEOs do Brasil, do Estado de São Paulo e da Região 2, com exceção da DRS XI (Região de Presidente Prudente), onde todos os CEOs possuem ações nesse sentido.

Em metassíntese da literatura com os descritores "*public health professional education*", "*permanente education*", "*continuing education*" e "*permanent education health*" MICCAS e BATISTA (2014) concluíram ser necessário realizar propostas de educação permanente em saúde com a participação de profissionais dos serviços, professores e profissionais das instituições de ensino. Cabe aqui ressaltar o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, que tem como finalidade a

expansão e melhoria da rede de serviços de saúde, sobretudo da Atenção Primária à Saúde, e sua interação com os demais níveis de atenção do SUS. Dessa forma, dispõe às equipes de saúde teleconsultoria sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho em saúde, além de disponibilizar cursos de capacitação (BRASIL, 2011c).

As reuniões de equipe acontecem na maioria dos CEO do Brasil, Estado de São Paulo e Região 2, entretanto, na maioria deles sem periodicidade definida, com exceção de DRS IX (Região de Marília) onde em mais de 70% das vezes acontece uma vez por mês.

A maioria dos CEOs do Brasil, Estado de São Paulo e Região 2 não leva em consideração o envolvimento de organizações da comunidade para planejar/ programar suas ações.

FIGUEIREDO et al. (2016) ressalta a importância das reuniões de equipe periódicas nos CEOs para avaliar o andamento das ações planejadas e, se for o caso, replanejar essas ações, levando em consideração o envolvimento com organizações da comunidade, além dos estudos epidemiológicos, das metas estabelecidas por especialidade e dos dados da autoavaliação.

A maioria dos CEOs do Brasil, Estado de São Paulo e Região 2 relatou efetuar monitoramento e análise das metas estabelecidas por especialidade. Tal monitoramento deve servir para ampliar a oferta e a qualidade dos serviços, ou seja, otimizar os processos organizacionais.

Mais da metade dos CEOs do Brasil, Estado de São Paulo e Região 2 relatou ter mecanismo para avaliação da satisfação do usuário e mais de 75% disseram possuir canais de comunicação que permitiam que o usuário se expressasse.

Em estudo realizado com gestores municipais de saúde de quatro regiões do país, SILVA et al. (2016) concluíram que as ouvidorias do SUS têm papel fundamental para a gestão, pois estimulam a participação do usuário e possibilitam aos gestores conhecerem a opinião da população a respeito das ações e dos serviços de saúde ofertados no município.

O módulo IX (Usuário) mostrou que:

O tempo entre o agendamento e o início do tratamento nos CEOs do Brasil, Estado de São Paulo e Região 2 variou, na maioria das vezes, de uma semana a um mês, prevalecendo a consulta com hora marcada seguida pela consulta por ordem de chegada.

Os dados revelam adequação no atendimento ao usuário, prevalecendo um tempo de espera razoável e consultas com hora marcada. As consultas por ordem de chegada referenciadas podem acarretar filas desnecessárias e perda de tempo, além de desfavorecer o acolhimento dos usuários, conforme apontaram SANTOS e ASSIS (2006).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados referentes a estrutura física, qualidade dos serviços e organização do trabalho ainda carecem de homogeneidade, tendo em vista os diferentes modelos de atenção adotados. Tais modelos são fruto dos arranjos dos sistemas locais de saúde advindos da autonomia dos entes federativos, especialmente dos municípios, típica do nosso federalismo.

O processo de trabalho dos CEO no Brasil tem representado avanços no sentido de se alcançar a integralidade da atenção, porém ainda requer progresso e melhoria no combate às disparidades regionais.

Institucionalizar o processo de avaliação em saúde levando em consideração essas disparidades, a grande quantidade de municípios e a dimensão e complexidade da realidade epidemiológica brasileira, bem como incorporar a utilização dos achados para promoção de melhorias efetivas em benefício da população, permanece como um grande desafio a ser alcançado.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2019**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/4048533/4992156/Biosseguran%C3%A7a+e+Gerenciamento+de+residuos.pdf/b8bb3a6c-89ed-4b32-8b8b-235f2b7651bf>. Capturado em 20/08/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ampliação do Horário de Funcionamento UBS**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-04/unidade-de-saude-que-ampliar-horario-de-atendimento-tera-mais-recursos>. Capturado em: 20/07/2019.

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. 2008. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/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. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal - resultados principais**. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf.

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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_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://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 de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, DF, 2012. 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.

CELESTE, R. K. *et al.* Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem centros de especialidades odontológicas no Brasil em 2010. **Cad. Saúde Pública**, [online], Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 511-521, Mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00011913>.

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](#).

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Estado de São Paulo segundo Departamentos de Saúde, 2012**. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/panorama>.

LIRA-JÚNIOR, R. *et al.* Panorama da Radiologia Odontológica no Brasil: disponibilidade de aparelhos e produção ambulatorial de radiografias. **Rev. cuba. estomatol**, Ciudad de La Habana, v. 49, n. 3, p. 223-231, jul./set. 2012. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000300005.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, [online], São Paulo, v. 48, n. 1. p. 170-185, Fev. 2014. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004498>.

NORA, C. R. D.; JUNGLES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, [online], São Paulo, v. 47, no. 6, p. 1186-1200, Dec. 2013. <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01186.pdf>.

OLESKOVICZ, M. *et al.* Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, [online], Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 1009-1017, Mai. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00158612>.

OLIVEIRA, A. C.; SILVA, M. D. M. Jalecos de trabalhadores de saúde: um potencial reservatório de microrganismos. **Medicina (Ribeirão Preto)**, [online], v. 48, n. 5, p. 440-448, Oct. 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/112590>.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciênc. saúde coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, jan./mar. 2006. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000100012>.

SANTOS, R. A. B. G; UCHOA-FIGUEIREDO, L.R; LIMA, L. M. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde debate** [online], Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694-706, jul./set. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711402>.

SCHERER, C. I. *et al.* O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe 2, p. 233-246, Oct. 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s216>.

SILVA, R. P. *et al.* O pensamento dos gestores municipais sobre a ouvidoria como um potencial instrumento de gestão participativa do SUS. **Saúde debate** [online], Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 81-94, jul./set. 2016. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611006>.

SOBREIRA, P. G. P; VASCONCELOS, M. T. L; PORTELA, M. C. Avaliação do processo de aconselhamento pré-teste nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Estado do Rio de Janeiro: a percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 17, no. 11, p. 3099-3113, Nov. 2012. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100026>.

Principais resultados da avaliação externa do 1º ciclo do PMAQ CEO da 3ª região de saúde do Estado de São Paulo

Fernanda Bortolotto

Profª Drª Mariana Gabriel

Profª Drª Fernanda Campos de Almeida Carrer

Profª Drª Maria Ercília de Araújo

1 INTRODUÇÃO

A região de **Bauru** está localizada na porção centro-oeste do Estado (Figura 1). É composta por 48 municípios, distribuídos em quatro regiões geográficas imediatas. Estas sub-regiões são representadas pelas cidades: Bauru, Botucatu, Jaú e Lins. Sua população total estimada pelo IBGE para 1º de julho de 2017 é de 1 422 468 habitantes, distribuídos em uma área total de 22 170 km². A cidade-sede Bauru tem, segundo a mesma estimativa, uma população de 371 690 habitantes, sendo a 67ª cidade mais populosa do país e a 18ª do estado (1).

A região apresenta uma economia bastante diversificada. Conta com um extenso parque industrial e um setor agropecuário bem desenvolvido: a região corresponde a 7,2% da produção agropecuária do Estado de São Paulo. A fabricação de alimentos e bebidas é a que mais destaca na região, sendo responsável por 52,2% do valor adicionado e por 32,7% da mão-de-obra ocupada pela indústria regional. Em seguida destacam-se os segmentos de produção e refino de petróleo e álcool, de preparação e confecção de artefatos de couro. Os municípios da região exibem nível de escolaridade acima da média estadual, o que proporciona uma mão-de-obra qualificada. Bauru também é um pólo centralizador de atividades comerciais e de serviços, atraindo estudantes de vários pontos do estado pela presença de duas universidades estaduais, a USP e UNESP. A cidade abriga outras quatro instituições de ensino superior e diversos cursos profissionalizantes. Ao lado de Jaú, tornou-se centro de especialidade na área da saúde, com instituições que são referências nacionais em tratamentos e pesquisas (2).



Figura 1 – Localização região de Bauru – SP (3).

A região de **Sorocaba** está localizada na porção centro-leste do Estado (Figura 2). É composta por 78 municípios, distribuídos em seis regiões geográficas imediatas. Estas sub-regiões são representadas pelas cidades: Sorocaba, Avaré, Itapetininga, Itapeva, Registro e Tatuí. Sua população total estimada pelo IBGE para 1º de julho de 2017 é de 3 003 423 habitantes, distribuídos em uma área total de 45 063 km². A cidade-sede Sorocaba tem, segundo a mesma estimativa, uma população de 659 871 habitantes, sendo a 31ª cidade mais populosa do país e a 9ª do estado (1).

A região também apresenta parte significativa de sua economia na indústria agropecuária e grandes empresas de alimentos, bebidas, madeireiras, confecções, farmacêuticas, autopeças e cerâmicas. Tradicionalmente havia predominância da indústria têxtil, região que antes era chamada de Manchester Paulista (famosa pelas fábricas de tecidos), entretanto atualmente vários setores industriais são representados na região. Também conta com a presença de importantes instituições de ensino superior e diversos outros centros de pesquisas médicas, agrônômicas e veterinárias (2).

Composta por apenas 14 municípios, a região de **Registro** está localizada no sul do Estado (Figura 2) e representa 0,72% da população paulista, sendo a área menos populosa e menos desenvolvida com a menor taxa de urbanização, com pequeno peso na economia. A agricultura tem na banana seu principal produto (81% do valor da produção regional). O turismo, embora ainda pouco desenvolvido, é uma atividade com grande potencial na região tendo em vista a importante reserva de mata atlântica existente, com parques estaduais e nacionais (2).



Figura 2 – Localização regiões de Sorocaba e Registro – SP (4).

2 OBJETIVO

Demonstrar os principais resultados da avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ – CEO, estado de São Paulo, das Distritais Regionais de Saúde VI (Bauru), XVI (Sorocaba) e XII (Registro) – Região 3.

3 METODOLOGIA

Estudo descritivo, transversal de caráter exploratório a partir da análise dos dados secundários do primeiro ciclo do PMAQ-CEO. O instrumento de avaliação desenvolvido pelo PMAQ-CEO segue a ideia do planejamento, gestão e avaliação para tomadas de decisões em saúde bucal baseada

em evidências científicas. Assim, através de um avaliador externo foram aplicadas questões validadas em que desenvolveu-se uma visão geral sobre os padrões de qualidade como condições de infraestrutura, processo de trabalho e nível de satisfação dos usuários. Criou-se uma base de dados para análise, comparação e possíveis intervenções a serem utilizadas para a melhoria do acesso e da qualidade em saúde bucal no país (3). Por se tratar de dados secundários, não há necessidade de aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa.

4 RESULTADOS

A DRS VI (Bauru) apresenta um total de 11 cidades que possuem CEO, já a DRS XVI (Sorocaba) apresenta 8 cidades e a DRS XII (Registro) apenas uma cidade. Com relação ao tipo de CEO, as regiões de Bauru e Registro assemelham-se ao estado de SP, sendo que a maior parte dos CEO destas regiões é do tipo I. Já na região de Sorocaba a maioria é CEO tipo II. Todas ofertam as especialidades mínimas, com exceção da região de Bauru que oferta em somente 63% de seus CEO. Em relação a adequação visual, somente a DRS de Registro apresentou-se abaixo dos resultados de SP e do Brasil. Quanto a acessibilidade, os resultados também são semelhantes, com exceção da região de Bauru, em que apenas a metade possui cadeiras de rodas disponíveis, da região de Sorocaba com apenas 12% das unidades com rampa de acesso e a DRS de Registro que não possui rampa de acesso em sua unidade. Todas as unidades funcionam de segunda a sexta-feira, no período da manhã e tarde e todas possuem computador em condição de uso. Somente a DRS de Sorocaba possui localizador apical em todas as unidades, sendo o rotatório para endodontia escasso ou inexistente nas outras DRS. (Tabela 1).

Na análise do segundo módulo foi possível observar que na maioria das unidades (75%) das DRS de Bauru e Sorocaba, o gerente acumula o cargo com atividade clínica. Somente na DRS de Registro o gerente é exclusivo para o cargo. Não há demanda espontânea em nenhuma unidade, sendo totalmente mista na DRS de Registro, metade mista e metade referenciada na DRS de Sorocaba e predominantemente (63%) referenciada na DRS de Bauru. Aproximadamente 10% das unidades apresentam mais que 25% de absenteísmo. Cerca de 18% das unidades da região de Bauru trabalham com overbook, 12% na região de Sorocaba e a Registro não realiza esta conduta. A unidade de Registro realiza todas as ações conjuntas com a Atenção Básica, seguida da DRS de Bauru. A DRS de Sorocaba é a que menos pratica estas ações. Em relação ao agendamento, nas unidades da DRS de Bauru e Sorocaba, a maior parte é realizada com o paciente que recebe a guia de encaminhamento e dirige-se ao CEO. A maioria das unidades apresentam protocolos clínicos pactuados para as especialidades, com exceção das DRS VI e XVI para prótese dentária e odontopediatria nas três distritais. A região 3 está abaixo da média nacional e estadual em relação a ações de educação permanente e reuniões de equipe, sendo estas normalmente mensais ou sem periodicidade definida. Nas unidades das DRS de Bauru e Sorocaba, cerca de metade realizam atividades de planejamento com participação do dentista. Na unidade de Registro há participação plena do dentista. Nenhuma unidade das regiões de Sorocaba e Registro deixaram de realizar atendimento devido falta de insumos ou instrumentais nos últimos 12 meses, porém 27% das unidades de Bauru tiveram este problema. Falta de atendimentos devido a falta de equipamento funcionando ocorreu em 27% na DRS de Bauru e 12% na DRS de Sorocaba. As regiões de Bauru e Sorocaba realizam em sua maioria análise e monitoramento das metas estabelecidas, 81% e 62%,

respectivamente, porém não é realizado em Registro. A última realiza atividades de autoavaliação, que também é realizada em 54% das unidades da DRS de Bauru e 75% da DRS de Sorocaba. Por outro lado, mecanismos de avaliação de satisfação dos usuários existem em 36% das unidades da DRS de Bauru, 50% da DRS de Sorocaba e também é realizado na unidade de Registro. Na maior parte de todas as unidades existem canais de comunicação que permitem que o usuário expresse sua opinião. (Tabela 2).

No terceiro módulo (usuário) em que é avaliado a marcação de consulta, cerca de 80% das unidades da região 3 marcaram seus pacientes entre uma semana a três meses. Quanto ao horário, a maior parte foi agendada com hora marcada seguida por ordem de chegada. Ambos apresentam resultados semelhantes às médias nacional e estadual. (Tabela 3).

TABELA 1 – PRINCIPAIS RESULTADOS DO MÓDULO VII (OBSERVAÇÃO NO CEO), DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO 1º CICLO, SÃO PAULO, REGIÃO 3, 2014.

IDENTIFICAÇÃO DO TIPO E DOS PROFISSIONAIS DO CEO					
Qual o tipo de CEO?	Brasil	Estado SP	DRS VI	DRS XVI	DRS XII
Tipo I	37,4%	35%	54,5%	12,5%	100%
Tipo II	50,9%	55%	45,5%	87,5%	0
Tipo III	11,7%	10%	0	0	0
Este CEO tem abrangência:					
Municipal	100%	100%	100%	100%	100%
Especialidades mínimas ofertadas					
Sim	78,1%	83,7%	63,3%	100%	100%
Especialidade/nº profissionais					
Implantodontia	0,85%	1,51%	11,8%	8,3%	0
Pediatria	22,5%	20,4%	14,4%	1,3%	1,4%
Ortodontia	9,5%	9,8%	5,7%	0	0
Dentística	8,4%	7,2%	5,7%	1,4%	16,7%
Prótese	40%	49,1%	11,7%	15%	16,7%
Radiologia	14%	12,1%	21,7%	2,9%	0
Outras	4,7%	0	0	0	0
ADEQUAÇÃO VISUAL					
Placa de fachada	79,7%	86,6%	100%	75%	100%
Placa de inauguração	75,3%	76,5%	100%	75%	0
Placa de identificação recepção	69,10%	72,63%	75%	62,5%	0
Placa identificação consultórios	75,21%	15,45%	91%	87,5%	0
Móvil Brasil Sorridente	44,85%	47,49%	45,4%	50%	100%
Uso de jaleco conforme as normas	39,1%	46,9%	72,7%	87,5%	100%
ACESSIBILIDADE					
Corredores adaptados para cadeiras de roda	76,9%	80,5%	100%	100%	100%
Quadro de especialidades e atendimento exposto	78,1%	78,8%	36,4%	50%	0
Cadeira de rodas disponível	56,4%	50,3%	54,5%	75%	100%
Rampa de acesso com corrimão	58,8%	73,2%	72,7%	12,5%	0
Nenhuma	46,9%	57,5%	0	0	0

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO					
Turno de atendimento: manhã e tarde	98,71%	100%	100%	100%	100%
Noite	19,1%	29,6%	0	0	0
Dias de atendimento: segunda a sexta	97,53%	98,32%	100%	100%	100%
Sábado	5,8%	4,5%	0	0	0
Domingo	1,1%	1,7%	0	0	0
EQUIPAMENTOS DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO DO CEO - Computador em condições de uso?					
Sim	73,7%	99,44%	100%	100%	100%
EQUIPAMENTOS E PERIFÉRICOS – possui					
Localizador apical	33%	40%	36,4%	100%	0
Rotatório para endodontia	19,4%	26%	36,4%	37,5%	0

Tabela 2 - Principais resultados do módulo VIII (Gerente e Cirurgião-Dentista), da avaliação externa do PMAQ-CEO 1º ciclo, São Paulo, região 3, 2014.

INFORMAÇÕES SOBRE O ENTREVISTADO					
Possui gerente?	Brasil	Estado SP	DRS VI	DRS XVI	DRS XII
Sim, acumula atividade clínica e gerência	37,7%	31,3%	75%	75%	0
Sim, é apenas o gerente	50%	50,3%	18,2%	12,5%	100%
Não	12,3%	18,4%	6,8%	12,5%	0
CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA E ORGANIZAÇÃO DA AGENDA					
Acesso ao CEO por:					
Demanda espontânea	1,3%	3,4%	0	0	0
Mista	41,4%	29,6%	36,4%	50%	100%
Referenciada	67,7%	67%	63,4%	50%	0
Conhece o percentual de absenteísmo?					
Sim	59,4%	40,7%	63,6%	37,5%	100%
Qual o percentual de absenteísmo?					
Menor ou igual a 25%	44,8%	53,1%	90,9%	87,5%	100%
Maior que 25% e menor que 50%	18,3%	23,5%	9,1%	12,5%	0
Especialidade com maior % de Absenteísmo					
Cirurgia	13,3%	15,1%	NA	12,5%	NA

Endodontia	23%	27,9%	18,2%	12,5%	NA
Periodontia	9,0%	9,5%	18,2%	12,5%	NA
Radiologia	13,3%	15,1%	NA	NA	NA
Paciente com Necessidades Especiais	23%	27,9%	18,2%	NA	NA
Pediatria	9,4%	12,3%	NA	NA	NA
CEO trabalha com Overbook?					
Sim	22%	78%	18,2%	12,5%	0
APOIO MATRICIAL					
Equipe CEO realiza matriciamento ou ações de apoio para ESB da AB?					
Sim	70,6%	70,9%	81,8%	62,5%	100%
Ações:					
Discussão de casos clínicos	51,8%	57%	63,6%	75%	100%
Ações clínicas compartilhadas	52,6%	54%	88,9%	40%	100%
Capacitação com profissionais da AB	38,5%	55%	77,8%	40%	100%
Construção conjunta de PTS	29,8%	35%	NA	NA	NA
Atividades de educação permanente	37,7%	39,1%	66,6%	40%	100%
Construção e discussão de protocolos clínicos	52%	54,8%	55,5%	80%	100%
Pactuação de critérios para referenciamento	62,6%	64,8%	77,7%	100%	100%
Realização de visitas domiciliares com ESB	33,9%	39%	33,3%	40%	100%
O CEO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ORDENAMENTO E DEFINIÇÃO DE FLUXOS					
Agendamento de consulta é feito pela própria UBS	33,5%	49,1%	45,4%	37,5%	0
Marcada pelo paciente na central de regulação	14,7%	19%	18,2%	25%	0
Paciente recebe encaminhamento e dirige-se ao CEO	75,3%	58,1%	72,7%	50%	0
Outra	21,2%	24%	18,2%	25%	100%
Não há um percurso definido	0,43%	0	0	0	0
Existem protocolos clínicos pactuados?					
Cirurgia	61,3%	80,4%	72,7%	100%	100%
Endodontia	62,5%	83,2%	72,7%	100%	100%
Pacientes com necessidades especiais	57,5%	75,4%	72,7%	87,5%	0
Periodontia	60,5%	81,5%	72,7%	100%	100%
Estomatologia	50,5%	73,1%	72,7%	87,5%	0
Radiologia	19,5%	15,1%	100%	100%	N ã o oferta

Ortodontia	9,7%	11,2%	66,7%	N ã o oferta	N ã o oferta
Implantodontia	1,3%	1,1%	100%	0	N ã o oferta
Prótese dentária	44,5%	57%	63,6%	83,3%	100%
Odontopediatria	23,7%	22,9%	45,5%	50%	0
EDUCAÇÃO PERMANENTE NA QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS					
Há ações de educação permanente promovidas pelo município?					
Sim	49,5%	56,4%	18,2%	37,5%	0
PLANEJAMENTO E REUNIÃO DA EQUIPE DO CEO					
Realiza reunião de equipe?					
Sim	76,8%	72%	63,6%	50%	0
Periodicidade das reuniões:					
Semanal	1,7%	2,8%	0	0	0
Quinzenal	2,5%	1,68%	0	0	0
Mensal	27,8%	24%	42,9%	25%	100%
Sem periodicidade definida	44,7%	43,5%	57,1%	75%	0
Nos últimos 12 meses, foi realizada alguma atividade de planejamento com a participação dos dentistas?					
Sim	70,6%	69,3%	54,5%	50%	100%
Neste planejamento, é levado em consideração a opinião/sugestão dos dentistas					
Sim	69,5%	68,2%	100%	100%	100%
A equipe CEO planeja/programa suas ações considerando:					
Os desafios apontados a partir da autoavaliação	50,1%	44,7%	33,3%	75%	100%
O envolvimento de organizações da comunidade (parceria/pactuações)	27,6%	29,6%	83,3%	50%	0
INSUMOS, INSTRUMENTAL E EQUIPAMENTOS					
Deixou de atender por falta de insumos ou instrumentais nos últimos 12 meses?					
Sim	30,4%	22,9%	27,3%	0	0
Deixou de atender por não ter equipamento funcionando, nos últimos 12 meses?					
Sim	38,6%	30,7%	27,3%	12,5%	0

PLANEJAMENTO E AÇÕES DA GESTÃO PARA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO					
É realizado análise e monitoramento das metas estabelecidas/especialidade?					
Sim	69,8%	77,6%	81,8%	62,5%	0
Com documento que comprove? Sim					
Não	69,8%	77,6%	88,9%	80%	0
Realizada alguma autoavaliação pela equipe CEO nos últimos 6 meses?					
Sim	73,1%	73,1%	54,5%	75%	100%
PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL, SATISFAÇÃO E CANAL DE COMUNICAÇÃO COM O USUÁRIO					
O CEO realiza ou tem mecanismo de avaliação da satisfação do usuário?					
Sim	51%	53%	36,4%	50%	100%
Há documento que comprove?					
Sim	51%	53,1%	100%	100%	100%
O CEO dispõe de canais de comunicação que permitem que o usuário se expresse (reclamações, demandas)?					
Sim	75,1%	87,7%	72,7%	100%	100%

TABELA 3 – PRINCIPAIS RESULTADOS DO MÓDULO IX (USUÁRIO), DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO 1º CICLO, SÃO PAULO, REGIÃO 3, 2014.

MARCAÇÃO DE CONSULTA NO CEO					
Quanto tempo o senhor espera para iniciar o tratamento no CEO?	Brasil	Estado SP	DRS VI	DRS XVI	DRS XII
Até 1 semana	33%	24%	19,1%	25%	50%
De uma semana a 1 mês	38%	39,1%	50%	35%	10%
Entre 1 e 3 meses	15,2%	16,2%	16,4%	22,5%	20%
Entre 3 e 6 meses	5,9%	7,9%	7,3%	6,3%	0
Entre 6 e 12 meses	4%	6,1%	3,6%	3,8%	0
Mais de 12 meses	4%	6,6%	3,6%	7,4%	20%
Quanto à marcação de consulta, foi:					
Com hora marcada	64,3%	80%	78,2%	53,8%	50%
Em horários ou turnos definidos do dia	17%	2,8%	3,6%	15%	20%
Por ordem de chegada	33,4%	12,5%	14,5%	31,2%	30%
Encaixe	2,1%	2,6%	3,7%	0	0

5 DISCUSSÃO

Em estudo da Universidade Federal de Pernambuco em que foram analisados os dados do primeiro ciclo do PMAQ CEO, a maior concentração dos CEO foi na Região Nordeste (38,2 %), seguida das Regiões Sudeste (36,2 %), Sul (12,6 %), Centro-Oeste (6,7 %) e Norte (6,3 %). Quanto ao porte populacional, 39,4 % localizam-se em municípios com mais de 100 mil habitantes. A maior parte dos CEO (59,2 %) encontram-se em municípios que apresentam uma proporção de cobertura populacional estimada de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família menor do que 63 %. E quando considerado o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), 59,5 % dos serviços especializados em saúde bucal (CEO) estão em municípios com alto/muito alto IDHM.(4)

Segundo Rahmeier et al. (5), há limitações na oferta de serviços na atenção especializada em saúde bucal no SUS, havendo ainda discrepâncias entre as regiões do país.

O estado de São Paulo é o mais populoso do país. Com melhores condições socioeconômicas, a população tem melhor acesso a serviços de saúde quando comparada aos demais estados. Devido aos pré-requisitos para implementação do CEO, Registro foi a única cidade do Vale do Ribeira a realizar a implementação de uma unidade. A região é considerada a mais vulnerável do estado de São Paulo, com valor médio de IDHM de 0,75, inferior às médias estaduais. Cerca de 25% da população é pertencente a zona rural e 7,7% está em situação de extrema pobreza. Apesar de a unidade ter apresentado os piores resultados quanto à estrutura física, é a que mais desenvolve atividades junto a Atenção Básica. Já as regiões de Bauru e Sorocaba apresentam maior número de CEO, sendo o IDHM de 0,81 e 0,79 respectivamente(6). Desta forma, estas regiões apresentaram melhores resultados quando comparado a região de Registro.

Com a inserção da saúde bucal na estratégia Saúde da Família, o cuidado odontológico superou a prática exclusivamente assistencial e passou a ser parte do cuidado integral do paciente. A implementação dos CEO contribuiu para melhoria no acesso e utilização dos serviços odontológicos especializados, complementando os cuidados prestados pela atenção básica(7).

O PMAQ CEO é uma iniciativa governamental que visa, através de um processo de avaliação, identificar necessidades vigentes da gerência, dos profissionais e dos usuários, levando assim a melhoria do acesso e qualidade das unidades especializadas em saúde bucal. Além disso, as pesquisas podem e devem abordar aspectos peculiares dos territórios onde os CEO se localizam, atendendo aos pressupostos da política de planejamento do SUS em viabilizar um planejamento local e ascendente(8).

6 CONCLUSÃO

De modo geral, os dados do primeiro ciclo do PMAQ CEO das regiões que compreendem as DRS XVI (Bauru), DRS XVI (Sorocaba) e DRS XII (Registro) apresentam-se ligeiramente acima da média nacional, semelhante às médias do estado de São Paulo. Além disso, há menor cobertura de saúde bucal na região do Vale do Ribeira (sul do estado), a qual também é desfavorecida economicamente.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Divisão Regional do Brasil. [Access 2019 Apr 16]. Available from: <http://www.ibge.gov.br>.
2. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Perfil do Estado de São Paulo – Regiões administrativas. [Access 2019 Apr 16]. Available from: <http://www.seade.gov.br>.
3. 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>.
4. LUCENA, E. H. G. *et al.* Condições associadas a atividade de planejamento nos centros de especialidades odontológicas. **Univ. odontol**, v. 38, n. 80, p.1-27, ene./jun. 2019.
5. 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. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 28, n. 1, 2019. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742019000100016>.
6. SILVA, B. P. *et al.* Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? **Ciênc. saúde coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2899-2906, Set. 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15552016>.
7. CHAVES, S. C. L. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. **Ciênc. saúde coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3115-3124, Nov. 2012. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100027>.
8. MACHADO, F. C.A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. Â. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciênc. saúde coletiva**, [online], Rio de Janeiro, v.20 n.4, p. 1149-1163, Apr. 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00532014>.

*Principais resultados da avaliação externa do PMAQ-CEO
1º ciclo: um olhar a partir dos Departamentos Regionais de
Saúde do Estado de São Paulo*

Joana Danielle Brandão Carneiro

*Avaliadora externa PMAQ-CEO 2º ciclo
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo*

**Fernanda Campos de Almeida Carrer
Maria Ercília de Araújo
Mariana Gabriel**

Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

RESUMO

Avaliar ações, serviços e programas de saúde constitui desafio permanente aos profissionais do setor, administradores e gestores de vários níveis, seja no setor privado ou público. O PMAQ se apresenta como uma das principais estratégias indutoras da qualidade do Ministério da Saúde. Objetivou-se descrever as características dos resultados da avaliação externa do PMAQ CEO 1º ciclo do estado de São Paulo. Pesquisa avaliativa e quantitativa realizada em centros de especialidades odontológicas (CEO) das DRS III, VII, X, XIV e XVII do estado de São Paulo. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com gestores, dentistas e usuários. Além disso, os pesquisadores usaram um modelo de observação para verificar infraestrutura e um questionário para registrar padrões de qualidade previamente discutidos. Os resultados mostraram que a maioria dos CEO são municipalizados; Prótese e Pediatria são as especialidades não mínimas mais ofertadas; demanda referenciada é a principal estratégia de acesso; existem protocolos clínicos pactuados; a comunicação entre serviço-usuário é um desafio a ser enfrentado. Avaliação permanente dos serviços públicos de saúde pode garantir melhor eficiência e cuidado à população.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Sistema de saúde. Assistência odontológica.

ABSTRACT

Evaluate health actions, services and programs is a permanent challenge to industry professionals, administrators and managers at various levels, whether in the private or public sector. The PMAQ is presented as one of the main quality-inducing strategies of the Ministry of Health. The aim was describe the characteristics of the results of the external evaluation of the external evaluation of the PMAQ CEO 1st cycle of the state of São Paulo, in order to analyze the São Paulo reality with the brazilian state. Evaluative and quantitative research carried out in dental specialty centers (CEO) of DRS III, VII, X, XIV and XVII of the state of São Paulo. Data collection was performed through interviews with managers, dentists and users. In addition, the researchers used an observation model to verify infrastructure and a questionnaire to record previously discussed quality standards. The results showed that most CEO are municipalized; Prosthesis and Pediatrics are the most minimal non-specialties offered; referenced demand is the main access strategy; there are agreed clinical protocols; service-user communication is a challenge to be faced. Permanent evaluation of public health services can ensure better efficiency and care for the population.

Keywords: Health evaluation. Health system. Dental care.

1 INTRODUÇÃO

Na perspectiva do ciclo da política pública, a avaliação se refere ao momento de fim de um determinado período (etapa), como também àquele em que se inicia ou não o novo período da política em amadurecimento. As avaliações são sempre desejadas, mas nem sempre realizadas, conforme os princípios da cientificidade exigidos. Certo é que ajustes são conduzidos pelos agentes envolvidos em sua implementação. Assim, a política pode ser reformulada, aprofundada, não implementada ou mesmo abandonada (Chaves, 2016).

A premissa de que as evidências científicas produzidas por pesquisas avaliativas seriam automaticamente utilizadas pelos tomadores de decisão não é verdadeira (Chaves, 2016). Isso vai depender do interesse político, do contexto institucional e financeiro daquele momento, dos atores envolvidos, do alcance da governabilidade da equipe gestora, entre outros fatores. A avaliação é útil, mas é apenas mais uma entre várias dimensões que podem compor o conjunto de evidências para a tomada de decisão (Chaves, 2016).

A expectativa é de que a informação funcione como ferramenta para orientar a tomada de decisão e a produção de conhecimentos válidos. Para tanto, é preciso que as informações sejam confiáveis e estejam disponíveis de maneira célere para subsidiar o trabalho de profissionais e gestores. A informação proporciona um novo ponto de vista para interpretação de eventos ou fenômenos, o que dá visibilidade e significados antes invisíveis. Deste modo, a informação é um meio ou material necessário para extrair e construir o conhecimento. Os dados, em contraste, podem ser caracterizados como uma propriedade das coisas. O conhecimento é uma propriedade de agentes, predispondo-os a agir em determinadas circunstâncias. O conhecimento tem sido visto como um dos mais importantes recursos de uma organização, por ser capaz de tornar as ações, no plano organizacional e individual, mais inteligentes, eficientes e eficazes (Pinheiro *et al.*, 2016).

Avaliar ações, serviços e programas de saúde constitui desafio permanente aos profissionais do setor, administradores e gestores de vários níveis, tanto no setor privado como no público. No interior do setor Saúde, são raras as iniciativas voltadas a avaliar a resposta que é dada aos problemas de saúde bucal de interesse em Saúde Pública. Além disso, são poucos os programas de atenção à saúde bucal, sejam os voltados à prevenção das doenças bucais, sejam os dirigidos a assegurar assistência odontológica, que mantêm uma rotina de produção de informações a partir dos dados administrativos destinados à avaliação para tomada de decisão no âmbito da gestão (Narvai & Frazão, 2017).

Qualquer que seja o processo de avaliação, é fundamental a formulação das diretrizes, objetivos e metas que orientarão o planejamento. Esta formulação não é atividade trivial e requer conhecimento especializado e experiência em gestão de sistemas, serviços e programas de Saúde. Não é incomum se verificar a formulação de metas que correspondem incorretamente a objetivos que dizem respeito a diretrizes. Além disso, esforços devem ser realizados para a institucionalização dessas atividades a exemplo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) entre outras iniciativas (Narvai & Frazão, 2017).

O PMAQ se apresenta como uma das principais estratégias indutoras da qualidade do Ministério da Saúde. Entre os objetivos do PMAQ, destaca-se a institucionalização da cultura de avaliação da atenção básica e especializada. A saúde bucal foi incluída nesta estratégia, a partir

da utilização do instrumento de avaliação PMAQ para Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica (PMAQ ESB-AB) e do PMAQ Centro de Especialidades Odontológicas (PMAQ CEO), para o nível especializado da atenção (Carneiro, 2019).

O PMAQ CEO 1º ciclo está baseado em quatro fases: a primeira exige a contratualização com a adesão, em que é garantido automaticamente 20% a mais de repasse do valor de custeio; a segunda, denominada fase de desenvolvimento, pressupõe a realização de autoavaliação do serviço a partir de uma matriz com a identificação dos principais problemas e um plano de ação para enfrentamento, além de exigir o monitoramento dos indicadores e fomentar ações de educação permanente da equipe envolvida e apoio da gestão estadual e municipal; a terceira fase é a Avaliação Externa, realizada por avaliadores treinados a partir de padrões esperados para visita *in loco* aos CEO contratualizados de todo o Brasil. Por fim, a quarta fase, chamada recontratualização dos CEO a partir da comparação entre a média e o desvio padrão do conjunto de CEO pertencentes ao mesmo tipo e estrato, condição para assegurar ou não maior repasse dos recursos (Figueiredo *et al.*, 2016).

A adoção de práticas de planejamento regional (em uma perspectiva geral), através da institucionalização de regiões e/ou elaboração de projetos vinculados às regiões geográficas específicas, caracterizou um papel estratégico assumido pelo Estado na condução do desenvolvimento econômico e social em diversos países, na primeira metade do século XX (Albuquerque *et al.*, 2015). No Brasil, a constituição de redes regionais (Redes de Atenção à Saúde – RAS) se configurou mais fortemente a partir dos anos 2000 (Viana *et al.*, 2008; Albuquerque *et al.*, 2015).

A proposta das RAS traz no seu bojo a ideia da região como ‘sanitária’, baseada em sua população-alvo e abrangência espacial que extrapola o recorte das regiões de saúde (Albuquerque *et al.*, 2015) do ponto de vista da geografia física. Para a conformação das RAS é muito importante uma Atenção Primária à Saúde (APS) abrangente, bem estruturada constituindo-se como porta de entrada preferencial. Uma APS bem estruturada significa um investimento na integralidade da atenção ao sujeito, não excluindo dela a atenção à saúde bucal, em seus diferentes níveis (Carneiro, 2019).

Este trabalho de conclusão de curso tem o objetivo de descrever as características dos resultados da avaliação externa do PMAQ CEO 1º ciclo, das Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do estado de São Paulo, a fim de comparar a realidade paulista com o estado brasileiro e discutir os resultados com a literatura científica.

2 MÉTODOS

A Secretaria da Saúde do estado de São Paulo está dividida em 17 regiões administrativas denominadas DRS. Estes departamentos são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil. Para o PMAQ CEO 1º ciclo, o estado de São Paulo foi agrupado em 5 regiões. Este trabalho se debruçou sobre a região 4, a qual diz respeito a Araraquara (DRS III), Campinas (DRS VII), Piracicaba (DRS X), São João da Boa Vista (DRS XIV) e Taubaté (XVII).

A região 4 somava, em 2013, 39 CEO, presentes nas seguintes cidades: Américo Brasiliense, Araraquara, Matão, Porto Ferreira, São Carlos e Taquaritinga (DRS III); Amparo, Bragança Paulista, Campinas (2 CEO), Cosmópolis, Indaiatuba, Itatiba, Jaguariúna, Jundiaí, Lindóia, Monte Mor, Santa Bárbara D'Oeste e Várzea Paulista (DRS VII); Cordeirópolis, Leme, Limeira, Piracicaba (2 CEO), Rio Claro e Santa Gertrudes (DRS X); Itapira, Mococa, Mogi Guaçu, Mogi Mirim, São José do Rio Pardo (DRS XIV); Aparecida, Caçapava, Cachoeira Paulista, Guaratinguetá, Jacareí, Pindamonhangaba, São Sebastião, Taubaté (DRS XVII). No total, foram entrevistados 389 usuários, de 390 possíveis.

Segundo o IBGE/DataSUS (2008), as características demográficas e socioeconômicas da DRS III (Araraquara) eram: população estimada em 906.261 habitantes; densidade demográfica de 89,64; proporção de idosos de 12,05; percentual de municípios com menos de 10 mil habitantes – 37,5%; percentual de municípios com mais de 100 mil habitantes – 8,33%; cobertura pela saúde suplementar de 36,19%. Para a DRS VII (Campinas) as características foram as seguintes: população estimada em 3.920.022 habitantes; densidade demográfica de 432,43; proporção de idosos de 10,57; percentual de municípios com menos de 10 mil habitantes – 14,29%; percentual de municípios com mais de 100 mil habitantes – 26,19%; cobertura pela saúde suplementar de 42,91%. A DRS X (Piracicaba) assumiu as seguintes características: população estimada em 1.401.210 habitantes; densidade demográfica de 165,57; proporção de idosos de 11,39; percentual de municípios com menos de 10 mil habitantes – 34,62%; percentual de municípios com mais de 100 mil habitantes – 15,38%; cobertura pela saúde suplementar de 39,19%. Para a DRS XIV (São João da Boa Vista) as características foram as seguintes: população estimada em 786.201 habitantes; densidade demográfica de 96,28; proporção de idosos de 12,51; percentual de municípios com menos de 10 mil habitantes – 20%; percentual de municípios com mais de 100 mil habitantes – 5%; cobertura pela saúde suplementar de 31,09%. E, por fim, a DRS XVII (Taubaté) possuía as seguintes características: população estimada em 2.235.894 habitantes; densidade demográfica de 137,44; proporção de idosos de 9,84; percentual de municípios com menos de 10 mil habitantes – 35,9%; percentual de municípios com mais de 100 mil habitantes – 12,82%; cobertura pela saúde suplementar de 34,69%.

Este estudo descritivo apresentou indicadores estratégicos presentes nos três módulos de avaliação externa no PMAQ CEO 1º ciclo: observação no CEO (Módulo VII); Entrevista com gerente do CEO, com cirurgião-dentista do CEO e verificação de documentos (Módulo VIII); entrevista no CEO com usuários (Módulo IX).

Os indicadores eleitos foram:

- Infraestrutura – tipo de abrangência, especialidades ofertadas, adequação visual, localização e acessibilidade;
- Instrumentais e insumos – ausência/paralisação atendimento por falta de insumos, informatização e equipamentos odontológicos;
- Acesso – tipo de demanda atendida, marcação de consultas;
- Tempo de espera para atendimento;
- Gestão – percentual de absenteísmo e absenteísmo por especialidade, estratégias de enfrentamento do absenteísmo, presença de gerente;
- Organização do processo de trabalho – apoio matricial, educação permanente, reunião de equipe, planejamento e ações da gestão para organização do processo de trabalho, monitoramento, autoavaliação;

- Articulação do CEO na RAS – instituição de protocolos clínicos;
- Participação e satisfação dos usuários – controle social e participação popular.

As avaliações aconteceram no período de março a maio de 2014, a partir de entrevistas estruturadas com os gerentes do CEO, um cirurgião-dentista que trabalhasse no CEO e até 10 usuários que estavam presentes no serviço. Estas entrevistas foram realizadas por avaliadores externos, cuja formação superior fosse Odontologia, devidamente calibrados e escolhidos a partir de uma seleção pública nacional, separados por estados. Este programa previa a remuneração dos respectivos avaliadores, coordenadores e supervisores, através de uma bolsa, financiada pelo Ministério da Saúde e intermediada por instituições públicas de ensino superior (IES). Para São Paulo, foram selecionados 12 avaliadores e 1 coordenador. A IES parceira foi a Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP).

Este trabalho utilizou fontes secundárias disponíveis publicamente, a partir do acesso ao site do Ministério da Saúde (portal da saúde). As tabelas foram construídas e tabuladas com o auxílio do programa Excel.

As avaliações, que deram origem aos dados, foram realizadas após a assinatura prévia do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, sob número de parecer 740.874.

3 RESULTADOS

As tabelas 1, 2 e 3 mostram os principais resultados dos módulos VII (Observação no CEO), VIII (Gerente e Cirurgião-Dentista) e IX (Usuário), respectivamente, da avaliação externa do PMAQ CEO 1º ciclo e por regiões de saúde (região 4: DRS III, DRS VII, DRS X, DR XIV e DRS XVII), comparados com o estado de São Paulo e Brasil.

Tabela 1 – Principais resultados do módulo VII (Observação no CEO), da avaliação externa doPMAQ-CEO 1º ciclo, São Paulo, região 4, 2014.

IDENTIFICAÇÃO DO TIPO E DOS PROFISSIONAIS DO CEO							
Qual o tipo de CEO?	Brasil	Estado SP	DRS III	DRS VII	DRS X	DRS XIV	DRS XVII
Tipo I	37,4%	35%	33,4%	23%	28,5%	20%	37,5%
Tipo II	50,9%	55%	66,6%	69%	43%	80%	50%
Tipo III	11,7%	10%	0	8%	28,5%	0	12,5%
Este CEO tem abrangência:							
Municipal	SI	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Especialidades mínimas ofertadas							
Sim	78,1%	83,7%	100%	100%	100%	100%	100%
Especialidade/nº profissionais							
Implantodontia	SI	1,9%	0	0	0	0	0
Pediatria	SI	20,3%	25%	24%	53,4%	0	30,8%
Ortodontia	SI	9,8%	0	8%	13,4%	12,5%	10,2%
Dentística	SI	7%	0	8%	4,3%	0	18%
Prótese	SI	49%	75%	52%	22,2%	75%	38,5%
Radiologia	SI	12%	0	4%	6,7%	12,5%	2,5%
Outras	SI	0	0	4%	0	0	0
ADEQUAÇÃO VISUAL							
Placa de fachada	79,7%	86,6%	100%	84,6%	85,7%	60%	75%
Placa de inauguração	75,3%	76,5%	100%	84,6%	85,7%	100%	50%
Placa de identificação recepção	SI	SI	66,7%	92,3%	85,7%	100%	62,5%
Placa identificação consultórios	SI	SI	83,4%	77%	85,7%	100%	87,5%
Móvil Brasil Sorridente	SI	SI	83,4%	38,5%	85,7%	40%	37,5%
Uso de jaleco conforme as normas	SI	SI	83,4%	30,8%	71,4%	80%	37,5%
ACESSIBILIDADE							
Corredores adaptados para cadeiras de roda	76,9%	80,4%	100%	77%	85,7%	80%	87,5%
Quadro de especialidades e atendimento exposto	SI	SI	100%	61,6%	85,7%	80%	87,5%
Cadeira de rodas disponível	SI	SI	66,7%	84,6%	57,1%	60%	87,5%
Rampa de acesso com corrimão	SI	SI	83,4%	23%	71,4%	0	50%
Nenhuma	SI	SI	0	7,7%	0	20%	0

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO							
Turno de atendimento: manhã e tarde	95,8%	97,8%	100%	100%	100%	100%	100%
Noite	SI	SI	16,7%	30,8%	14,3%	0	50%
Dias de atendimento: segunda a sexta	95,8%	97,8%	100%	92,3%	100%	100%	100%
Sábado	SI	SI	0	15,4%	14,3%	0	12,5%
Domingo	SI	SI	0	7,7%	14,3%	0	0
EQUIPAMENTOS DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO DO CEO - Computador em condições de uso?							
Sim	73,7%	99,44%	100%	92,3%	85,7%	80%	87,5%
EQUIPAMENTOS E PERIFÉRICOS – possui							
Localizador apical	33%	40%	16,7%	30,8%	14,3%	40%	50%
Rotatório para endodontia	19,4%	26%	50%	53,8%	86,7%	80%	37,5%

FONTE: BANCO DE DADOS PMAQ-CEO 1º CICLO

Tabela 2 - Principais resultados do módulo VIII (Gerente e Cirurgião-Dentista), da avaliação externa do PMAQ-CEO 1º ciclo, São Paulo, região 4, 2014.

INFORMAÇÕES SOBRE O ENTREVISTADO							
Possui gerente?	Brasil	Estado SP	DRS III	DRS VII	DRS X	DRS XIV	DRS XVII
Sim, acumula atividade clínica e gerência	37,7%	31,3%	66,7%	38,5%	42,8%	20%	37,5%
Sim, é apenas o gerente	50%	50,3%	33,3%	46,1%	42,8%	40%	50%
Não	12,3%	18,4%	0	15,4%	14,4%	40%	12,5%
CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA E ORGANIZAÇÃO DA AGENDA							
Acesso ao CEO por:							
Demanda espontânea	1,3%	3,4%	0	0	0	0	0
Mista	41,4%	29,6%	16,7%	23%	57,1%	20%	50%
Referenciada	67,7%	67%	83,3%	77%	42,9%	80%	50%
Conhece o percentual de absenteísmo?							
Sim	59,4%	40,7%	100%	61,6%	71,4%	80%	87,5%
Qual o percentual de absenteísmo?							
Menor ou igual a 25%	SI	SI	83,4%	100%	100%	100%	71,4%
Maior que 25% e menor que 50%	18,3%	23,5%	16,6%	0	0	0	28,6%

Especialidade com maior % de Absenteísmo							
Cirurgia	SI	SI	50%	50%	0	0	14,3%
Endodontia	SI	SI	16,7%	37,5%	80%	25%	42,8%
Periodontia	SI	SI	16,7%	12,5%	20%	25%	0
Radiologia	SI	SI	16,7%	NA	0	25%	28,6%
Paciente com Necessidades Especiais	SI	SI	NA	NA	0	0	0
Pediatria	SI	SI	NA	NA	0	25%	14,3%
CEO trabalha com Overbook?							
Sim	22%	78%	16,7%	7,7%	0	0	0
APOIO MATRICIAL							
Equipe CEO realiza matriciamento ou ações de apoio para ESB da AB?							
Sim	70,6%	70,9%	66,7%	69,3%	57,1%	100%	75%
Ações:							
Discussão de casos clínicos	SI	57%	66,7%	46,1%	28,5%	100%	100%
Ações clínicas compartilhadas	SI	54%	50%	53,8%	14,3%	100%	50%
Capacitação com profissionais da AB	SI	55%	66,7%	53,8%	42,8%	100%	100%
Construção conjunta de PTS	SI	35%	16,7%	38,5%	14,3%	100%	50%
Atividades de educação permanente	SI	SI	66,7%	23%	42,8%	40%	50%
Construção e discussão de protocolos clínicos	SI	SI	66,7%	53,8%	14,3%	60%	100%
Pactuação de critérios para referenciamento	SI	SI	66,7%	69,3%	42,8%	100%	100%
Realização de visitas domiciliares com ESB	SI	39%	16,7%	23%	14,3%	100%	50%
O CEO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ORDENAMENTO E DEFINIÇÃO DE FLUXOS							
Agendamento de consulta é feito pela própria UBS	33,5%	49,1%	33,4%	53,8%	42,8%	100%	50%
Marcada pelo paciente na central de marcação	14,7%	19%	16,7%	15,4%	42,8%	40%	25%
Paciente recebe encaminhamento e dirige-se ao CEO	75,3%	58,1%	83,4%	53,8%	85,7%	80%	62,5%
Outra	21,2%	24%	83,4%	15,4%	14,3%	0	25%
Não há um percurso definido	SI	SI	0	0	0	0	0
Existem protocolos clínicos pactuados?							
Cirurgia	61,3%	80,4%	100%	84,6%	71,4%	80%	75%
Endodontia	62,5%	83,2%	100%	92,3%	71,4%	80%	87,5%
Pacientes com necessidades especiais	57,5%	75,4%	100%	84,6%	71,4%	80%	62,5%
Periodontia	60,5%	81,5%	100%	84,6%	71,4%	80%	87,5%
Estomatologia	50,5%	73,1%	100%	84,6%	71,4%	80%	75%
Radiologia	SI	SI	100%	Não oferta	42,8%	0	12,5%

Ortodontia	SI	SI	Não oferta	100%	14,3%	0	12,5%
Implantodontia	SI	SI	Não oferta	Não oferta	Não oferta	0	Não oferta
Prótese dentária	SI	SI	100%	87,5%	71,4%	80%	80%
Odontopediatria	SI	SI	100%	100%	71,4%	20%	100%
EDUCAÇÃO PERMANENTE NA QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS							
Há ações de educação permanente promovidas pelo município?							
Sim	49,5%	56,4%	83,4%	38,5%	57,1%	60%	75%
PLANEJAMENTO E REUNIÃO DA EQUIPE DO CEO							
Realiza reunião de equipe?							
Sim	76,8%	72%	100%	92%	42,8%	80%	87,5%
Periodicidade das reuniões:							
Semanal	1,7%	2,8%	16,7%	0	0	0	12,5%
Quinzenal	2,5%	1,68%	33,3%	0	0	0	0
Mensal	27,8%	24%	16,7%	25%	0	50%	50%
Sem periodicidade definida	44,7%	43,5%	33,3%	75%	100%	50%	25%
Nos últimos 12 meses, foi realizada alguma atividade de planejamento com a participação dos dentistas?							
Sim	SI	SI	100%	69,3%	71,4%	100%	87,5%
Neste planejamento, é levado em consideração a opinião/sugestão dos dentistas							
Sim	SI	SI	100%	100%	100%	100%	87,5%
A equipe CEO planeja/programa suas ações considerando:							
Os desafios apontados a partir da autoavaliação	SI	SI	100%	23%	42,8%	80%	50%
O envolvimento de organizações da comunidade (parceria/pactuações)	SI	SI	66,7%	0	42,8%	40%	25%
INSUMOS, INSTRUMENTAL E EQUIPAMENTOS							
Deixou de atender por falta de insumos ou instrumentais nos últimos 12 meses?							
Sim	30,4%	22,9%	16,7%	0	0	80%	12,5%
Deixou de atender por não ter equipamento funcionando, nos últimos 12 meses?							
Sim	38,6%	30,7%	0	30,8%	0	80%	12,5%
PLANEJAMENTO E AÇÕES DA GESTÃO PARA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO							
É realizado análise e monitoramento das metas estabelecidas/especialidade?							
Sim	69,8%	77,6%	100%	84,6%	100%	100%	100%
Com documento que comprove? Sim							
Não	69,8%	77,6%	100%	84,6%	100%	60%	87,5%

Realizada alguma autoavaliação pela equipe CEO nos últimos 6 meses?							
Sim	73,1%	73,1%	100%	77%	57,1%	40%	100%
PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL, SATISFAÇÃO E CANAL DE COMUNICAÇÃO COM O USUÁRIO							
O CEO realiza ou tem mecanismo de avaliação da satisfação do usuário?							
Sim	51%	53%	100%	69,3%	28,6%	60%	50%
Há documento que comprove?							
Sim	SI	SI	100%	69,3%	28,6%	60%	37,5%
O CEO dispõe de canais de comunicação que permitem que o usuário se expresse (reclamações, demandas)?							
Sim	75,1%	87,7%	100%	77%	85,7%	100%	100%

Fonte: banco de dados PMAQ-CEO 1º ciclo

Tabela 3 – Principais resultados do módulo IX (Usuário), da avaliação externa do PMAQ-CEO 1º ciclo, São Paulo, região 4, 2014.

MARCAÇÃO DE CONSULTA NO CEO							
QUANTO TEMPO O SENHOR ESPERA PARA INICIAR O TRATAMENTO NO CEO?	BRASIL	ESTADO SP	DRS III	DRS VII	DRS X	DRS XIV	DRS XVII
ATÉ 1 SEMANA	33%	24%	16,7%	13,8%	40,8%	16,7%	20%
DE UMA SEMANA A 1 MÊS	38%	39,1%	35,2%	42,3%	38%	51,8%	40%
ENTRE 1 E 3 MESES	15,2%	16,2%	11,1%	23,8%	8,4%	16,7%	16,2%
ENTRE 3 E 6 MESES	5,9%	7,9%	20,4%	10,8%	7%	7,4%	12,5%
ENTRE 6 E 12 MESES	4%	6,1%	9,2%	7%	4,2%	7,4%	7,5%
MAIS DE 12 MESES	4%	6,6%	7,4%	2,3%	1,6%	0	3,8%
QUANTO À MARCAÇÃO DE CONSULTA, FOI:							
COM HORA MARCADA	64,3%	80%	98,1%	98,5%	73,2%	55,5%	96,2%
EM HORÁRIOS OU TURNOS DEFINIDOS DO DIA	SI	SI	0	0	8,5%	11,1%	0
POR ORDEM DE CHEGADA	33,4%	12,5%	0	0	18,3%	25,9%	3,8%
ENCAIXE	2,1%	2,6%	1,9%	1,5%	0	7,5%	0

Fonte: banco de dados PMAQ-CEO 1º ciclo

4 DISCUSSÃO

A partir do exposto nos resultados é possível extrair algumas informações gerais a respeito dos CEO avaliados na região 4, em comparação com o Brasil e estado de São Paulo (SP). O módulo VII (Observação no CEO) mostrou que a maioria dos CEO é do tipo II e todos são de abrangência municipal. A Odontopediatria e Prótese são as especialidades não mínimas mais ofertadas no estado de São Paulo e DRS de estudo; a acessibilidade (cadeira de rodas) é um aspecto contemplado na maioria dos CEO, seja a nível Brasil, estado de SP ou DRS, no entanto, é preciso avançar neste item, tendo em vista que não foi uma constante em 100% dos avaliados. O atendimento ao público se concentra nos dias úteis e até às 17 horas, assim como no Brasil e estado de SP, desta forma, o terceiro turno e finais de semana é um desafio a ser enfrentado. As ações e serviços de saúde devem colaborar na compreensão das realidades socioculturais do seu território, tornando o serviço acessível aos trabalhadores que não conseguem flexibilizar sua agenda em horários comerciais (Cordeiro *et al.*, 2014), o que pode trazer consequências negativas à saúde destes indivíduos.

O módulo VIII (Gerente e Cirurgião-Dentista) mostrou que o gerente, na maioria das vezes, ou acumula a função de gerência e clínica ou é apenas gerente, o que pode sugerir, em algum nível, sobrecarga de trabalho ou ainda percepção pouco positiva desta função para cuidar do planejamento e organização do processo de trabalho da equipe CEO. Machado *et al.* (2015) ressaltaram a importância da avaliação contínua nos serviços, a fim de identificar possíveis fragilidades e potencialidades que subsidiem o processo de gerência dos CEO. Desta forma, a figura do gerente é importante para esta garantia. A demanda referenciada é a estratégia mais eleita para acessar os CEO; a maioria conhecia o percentual de absenteísmo do estabelecimento e, apesar disso, a estratégia do *overbook* não foi uma realidade para maioria dos CEO do Brasil e das DRS de estudo, como forma de minimizar as faltas. No entanto, o estado de SP apresentou esta estratégia para 78% dos seus CEO. As especialidades Cirurgia e Endodontia foram as que apresentaram maior percentual de faltas nos CEO avaliados. Cabe destacar que estas especialidades, junto à Periodontia, devem manter uma produção mínima mensal, como um dos requisitos mínimos para implantação dos CEO, conforme exigido pela portaria GM/MS nº 1.464, de 24 de julho de 2011 (Brasil, 2011; Gonçalves *et al.*, 2018). O matriciamento das ações por parte da equipe CEO é realizado em mais de 50% destes estabelecimentos, especialmente a partir da discussão de casos clínicos, pactuação de critérios para referenciamento e capacitação com profissionais da Atenção Básica (AB). O matriciamento é uma importante estratégia para coordenação, resolutividade e integralidade dos cuidados em saúde (Santos *et al.*, 2017), incluindo a bucal. Conhecer o itinerário do usuário, bem como suas escolhas e possibilidades, pode ser um caminho para reorientar os serviços e ampliar o acesso (Scherer *et al.*, 2018).

É possível afirmar que a APS tem enfrentado dificuldades para atuar como coordenadora dos cuidados, pois a marcação de consultas para o CEO mostrou que as ações que expressam esta afirmação (agendamento na própria UBS e agendamento na central de marcação) não são uma realidade para a maioria deles, em consonância com os dados apresentados para o Brasil e estado de SP. Em um sistema baseado na atenção primária, esta funciona como a porta de entrada para os demais níveis de atenção, contribuindo ainda para a racionalização de recursos e otimizando o uso de tecnologias médicas de maior custo e densidade. Diante disso, a implantação de CEO em

municípios que não possuem Atenção Básica adequadamente estruturada não é recomendada (Chaves *et al.*, 2010).

Existem protocolos clínicos pactuados na maioria dos CEO, o que garante, minimamente, o ordenamento do fluxo e mostra, em algum nível, planejamento das ações, especialmente porque os CEO informaram realizar planejamento com base em autoavaliação e análise de metas. A avaliação do desempenho dos CEO, segundo macrorregião, medida pelo Cumprimento Global de Metas (CGM) mostrou que, na maioria das regiões, o desempenho foi ruim, no entanto, a região Sudeste obteve bom desempenho e foi nela também que se encontrou a maior percentagem de CEO com ótimo desempenho (Goes *et al.*, 2012).

A educação permanente é uma estratégia considerada na maioria dos CEO, exceto a nível Brasil (percentual menor que 50%), uma vez que os municípios garantem ações neste sentido aos profissionais. A Odontologia é uma profissão que exige muita prática clínica, o que torna os profissionais dotados de técnica, mas, muitas vezes, carentes na compreensão da subjetividade e diversidade do seu meio social de trabalho, portanto, a formação em serviço tem papel fundamental no fortalecimento do SUS e das ações de cuidado, a partir de uma reflexão crítica do processo de trabalho (Almeida *et al.*, 2016).

As reuniões de equipe são ações contempladas no escopo da maioria dos CEO, entretanto, a maioria declarou (seja a nível Brasil, estado ou DRS) não haver uma periodicidade definida. Isso pode revelar o poder fiscalizatório/punitivo expresso subjetivamente na avaliação PMAQ, uma vez que as equipes podem estar apenas cumprindo a agenda avaliativa, como um caráter prescritivo e burocrático. Em todo caso, é importante sempre reforçar que as avaliações em saúde têm intenção de conferir racionalidade às intervenções setoriais, de forma a torná-las mais eficientes - qualidade com menores custos (Goes *et al.*, 2012).

O módulo IX (Usuário) mostrou que apesar de os CEO relatarem, em sua maioria, a existência de canais de comunicação com o usuário do serviço, para todas as realidades (Brasil, estado, DRS), a integração deste sujeito deixa a desejar nas ações de planejamento (controle social é pouco considerado). O tempo de agendamento nos CEO variou de uma semana a um ano, com maior expressividade (Brasil, estado e DRS) para a opção de "1 semana a 1 mês". Pacientes com Necessidades Especiais e Estomatologia foram as especialidades que não apresentaram fila de espera para agendamento. Alguns fatores são relevantes para garantia da integralidade do cuidado e, conseqüentemente, redução das filas de espera. O principal deles se refere à cobertura de Atenção Primária no território em que o serviço especializado se situa. Estudo de revisão sistemática que discute fatores relacionados à utilização de serviços de saúde revela que um profissional de saúde da atenção básica facilita o acesso à atenção secundária (Chaves *et al.*, 2010). É importante destacar que a avaliação com o usuário leva em consideração aqueles que conseguiram/conseguem acessar o serviço (CEO). No entanto, cabe lembrar a necessidade de estratégias que visem captar a demanda reprimida em saúde bucal, com vistas à universalização do acesso e integralidade do cuidado.

5 CONCLUSÕES

Diante do exposto, pode-se concluir que os CEO avaliados eram, em sua maioria, do tipo II e de abrangência municipal; Pediatria e Prótese foram as especialidades não mínimas mais ofertadas; atendiam em horário comercial, de segunda a sexta; precisavam avançar na inclusão de portadores de deficiência (acessibilidade baixa); a demanda referenciada foi a principal forma de acesso aos CEO; menos da metade dos CEO do estado de SP não conheciam seu percentual de absenteísmo; Cirurgia e Endodontia foram as especialidade com maior percentual de faltas; mais da metade dos CEO realizavam ações de matriciamento junto à AB; planejamento, análise e monitoramento das metas estavam inseridos na agenda de trabalho da equipe CEO. Por fim, o tempo de espera para atendimento nos CEO variou de uma semana a um mês. Investir em estratégias de avaliação permanente dos serviços públicos de saúde faz-se necessário a fim de que a eficiência e o cuidado possam ser monitorados, ampliados e melhorados constantemente.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. D. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 28-38, Dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00028.pdf>.
- 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>.
- 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.
- CARNEIRO, J.D.B. **Estrutura e desempenho da assistência médica e odontológica: o efeito silos e os impasses da regionalização da saúde**. 2019. 118 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-22042019-104554/pt-br.php>.
- 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>.
- 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>.
- CORDEIRO, S. V. L.; FONTES, W. D.; FONSECA, R. L. S.; BARBOZA, T. M.; CORDEIRO, C. A. Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. **Esc. Anna Nery** Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, oct./dec. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0644.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.
- 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>.
- 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>.
- 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>.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Avaliação da atenção à saúde bucal**. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. Avaliação em Saúde: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2017. 248 p. cap 16.

<https://repositorio.usp.br/item/002835373>.

PINHEIRO, A. L. S.; ANDRADE, K. T. S.; SILVA, D. O.; ZACHARIAS, F. C. M.; GOMIDE, M. F. S.; PINTO, I. C. Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. **Texto Contexto -enferm**. Florianópolis, v. 25, n. 3, Aug. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-3440015.pdf.

SANTOS, R. A. B. G.; UCHOA-FIGUEIREDO, L.R.; LIMA, L. M. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde debate** [online], Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694-706, jul./set. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711402>.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A.; CHAVES, S. C. L.; MENEZES, E. L. C. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe 2, p. 233-246, Oct. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s216>.

VIANA, A.L.D.; IBAÑEZ, N.; ELIAS, P.E.M.; LIMA, L.D.; ALBUQUERQUER, M.V.; IOZZI, F.L. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo perspect.**, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_07.pdf.

Análise crítica dos dados do 1º Ciclo do PMAQ-CEO na Grande São Paulo e na Baixada Santista

Josevan de Souza Silva

Maryana Carmello da Costa

Fernanda Campos de Almeida Carrer

Maria Ercília de Araujo

Mariana Gabriel

1 INTRODUÇÃO

O estado de São Paulo, no campo da administração em saúde, é dividido em Departamento Regionais de Saúde – DRS. Esses DRS foram criados como instrumentos de descentralização de políticas e ações de saúde.

Atualmente, existem 17 DRS, sendo elas: DRS I - Grande São Paulo; DRS II – Araçatuba; DRS III – Araraquara; DRS IV - Baixada Santista; DRS V – Barretos; DRS VI – Bauru; DRS VII – Campinas; DRS VIII – Franca; DRS IX – Marília; DRS X – Piracicaba; DRS XI - Presidente Prudente; DRS XII – Registro; DRS XIII - Ribeirão Preto; DRS XIV - São João da Boa Vista; DRS XV - São José do Rio Preto; DRS XVI – Sorocaba; DRS XVII – Taubaté.

A Saúde Bucal no Brasil, enquanto política é aplicada de forma tripartite, ou seja, envolvendo os três entes federativos, a depender do nível de atenção à saúde. Nesse contexto, os Centros de Especialidades Odontológicas, como equipamentos de saúde, se concentram na área de atenção secundária, dando suporte para atenção primária em casos considerados especializados.

Dessa maneira, no Estado de São Paulo, esses serviços estão espalhados pelos mais diversos territórios em saúde. Porém, tem-se destaque para a DSR I e IV (Grande São Paulo e Baixada Santista, respectivamente), onde estão concentrados o maior número de estabelecimentos de saúde bucal na atenção secundária no serviço público.

Como componente de melhoramento do serviço, estão às práticas em avaliação. Não é hoje que elas existem, porém, em se tratando de saúde bucal essas ações se comportam de forma incerta e pontuais, em outras palavras, sem periodicidade. É verdade que algumas práticas se notabilizaram ao passar do tempo, como é o caso do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ-AB, mas, também é verdade que fora uma avaliação pontual que incluía outras vertentes da atenção básica, como o atendimento em enfermagem, médico, puericultura, dentre outros.

Apesar de todo o fluxo e refluxo avaliativo em saúde bucal no Brasil, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas – PMAQ-CEO, tem-se mostrado uma ferramenta importante para levantamento de dados e informações sobre esses serviços.

Assim, objetiva-se com esse estudo, realizar uma análise descritiva dos dados do 1º Ciclo do PMAQ-CEO referentes ao DRS I e IV do estado de São Paulo, com vistas a socialização das

informações e reflexões acadêmicas e posterior melhoramento do serviço a partir das mesmas.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de natureza quantitativa com dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, através do Centro Colaborador de Vigilância em Saúde Bucal da Universidade Federal de Pernambuco (CECOL/UFPE) referentes a Avaliação Externa (AE) do 1o ciclo do PMAQ/CEO.

A coleta de dados ocorreu in loco durante a etapa de AE do Programa e foi realizada no primeiro semestre de 2014. A população do estudo consistiu de todos os CEO do Brasil. Foram excluídos 54 estabelecimentos (5%) que se encontravam fechados, em reforma, desabilitados pelo MS ou que se recusaram a participar. Totalizaram-se 930 estabelecimentos. Porém, nesse estudo serão analisados apenas os CEO referentes ao DRSI e IV do Estado de São Paulo, compondo a Baixada Santista, a Cidade de São Paulo e a Região Metropolitana de São Paulo, totalizando 59 estabelecimentos.

As questões aqui discutidas encontram-se no Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ/CEO. Foram contempladas perguntas voltadas ao Gerente, aos profissionais do serviço e aos usuários, dando preferência para a análise daqueles que tem maior peso na avaliação institucional pelo PMAQ-CEO

As análises estatísticas distribuídas em frequência foram feitas pelo *Statiscal Package for the Social Sciences* (SPSS versão 23). Todos os aspectos éticos passaram pelo crivo do Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde – UFPE, obtendo aprovação sob o projeto intitulado “Avaliação externa: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO)” (CAE 23459213.0.0000.5208).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As avaliações propostas pelo PMAQ-CEO são basicamente divididas em três categorias, onde Gerentes, Profissionais e Usuários são entrevistados. Para além, é realizado também uma avaliação observacional, referente a identificação e estrutura do estabelecimento. As perguntas versam desde a dinâmica de organização do trabalho, até o tempo de espera que o usuário leva para conseguir agendar uma consulta.

Nesse Sentido, os dados obtidos com esse questionário, pode - e deve - servir como arrimo para tomada de decisões no serviço. Primeiro para melhorar a situação interna do trabalho no estabelecimento; segundo, e finalmente, para o melhoramento do serviço oferecido para o usuário.

Em estudo de avaliação dos CEO em Pernambuco, Franco (2015) viu a necessidade desse feedback avaliativo, para que a gestão, junto com os servidores e população, possa discutir, e por fim, melhorar a qualidade do serviço.

Assim, serão apresentados aqui os principais resultados das três modalidades – categorias – citadas acima.

3.1 MÓDULO OBSERVACIONAL

Dos quase 932 estabelecimentos avaliados no Brasil, 179 estão no estado de São Paulo. Desses, o DRSI e DRSIV possuem 51 e 8 CEO, respectivamente. Porém, só a cidade de São Paulo concentra a metade dos estabelecimentos do DRSI. Portanto, faz-se necessário uma apresentação mais detalhada dos resultados desses CEO, como mostra a Tabela - 1.

Caracterizando esse serviço, pode-se perceber que a maioria deles é CEO tipo II, ou seja, é um estabelecimento intermediário. Com uma quantidade de cadeiras específicas e de procedimentos a serem realizados idem. Assim, segundo a Portaria nº 1.464 de 24 de Junho de 2011, que instituiu como meta uma produção mínima mensal a ser realizada nos CEO, conforme o que se segue: para CEO tipo I: 80 procedimentos Básicos, 60 procedimentos de Periodontia, 35 procedimentos de Endodontia e 80 procedimentos de Cirurgia Oral; para CEO tipo II: 110 procedimentos Básicos, 90 procedimentos de Periodontia, 60 procedimentos de Endodontia e 90 procedimentos de Cirurgia Oral; para CEO tipo III: 190 procedimentos Básicos, 150 procedimentos de Periodontia, 95 procedimentos de Endodontia e 170 procedimentos de Cirurgia Oral. A portaria ainda complementa que para cumprimento da produção mínima mensal, é obrigatório que 50% dos procedimentos Básicos sejam procedimentos restauradores: restauração de dente decíduo (0307010023) e/ou restauração de dente permanente anterior (0307010031) e/ou restauração de dente permanente posterior (0307010040); e que 20% dos procedimentos de Endodontia sejam os seguintes: obturação de dente permanente com 3 ou mais raízes (0307020053) e/ou retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes (0307020096) (SANTOS, 2015).

Os CEO, para estarem regularizados e recebendo o repasse tripartite do município, estado e federação, precisam conter as especialidades mínimas, que são: Estomatologia, Periodontia, Cirurgia oral menor, Endodontia e Pacientes especiais. Porém, é facultativo a implantação de mais especialidades, existindo, pois, um financiamento específico, caso isso ocorra. Dentro desse contexto, como observado na Tabela I, a Cidade de São Paulo possui em todos os seus estabelecimentos as especialidades mínimas, porém, o mesmo não acontece com o DRSI e o DRSIV. Tal fato, pode gerar complicações no repasse financeiro para esses estabelecimentos, como já mostraram os estudos de SOUZA-SILVA (2016); FRANCO (2016); e SANTOS (2015).

A maioria dos estabelecimentos paulistanos (63,9%), oferecem como plus a especialidade de prótese, sendo essa a que mais se destaca também no DRSI e DRSIV. Esses percentuais, levam a crer que, primeiro, existe uma vontade política em reabilitação protética da população, que, até então, ainda é uma geração desdentada; ao mesmo tempo, reforça o argumento de que continuamos mutilando. Porém, essa afirmação precisa ser comprovada com outros estudos de observação a longo prazo, uma vez que, a partir da intervenção endodôntica e periodontal, a tendência de estabilização de dentes na boca seria maior, necessitado, pois, de uma menor quantidade de profissionais de próteses – e da própria prótese, em si (SOUZA-SILVA, 2016).

Quanto à adequação desses CEO para receber pessoas vivendo com deficiência, em tese, deve-se ter o dado de 100%, uma vez que não é razoável um estabelecimento que oferece a especialidade de Pacientes Especiais (que engloba pessoas vivendo com deficiência, inclusive motora) não esteja adequado para recebê-los. Porém, apesar dos percentuais altos, nem o DRSI, nem o IV, nem a própria Cidade de São Paulo, possuem seus CEO totalmente adequados para receber essa população. Esses dados, estão de acordo com alguns estudos realizados nos CEO

de Pernambuco, onde também quase metade dos estabelecimentos do estado não estavam adequados para receber pessoas vivendo com deficiência (SOUZA-SILVA, 2015; 2016).

Na Atenção Primária em Saúde, algumas iniciativas já se mostram eficazes, quando aumentam o tempo de funcionamento dos estabelecimentos, para dar conta de uma população essencialmente trabalhadora, que em linhas gerais, não conseguem faltar ao trabalho para ir ao atendimento médico/Odontológico. Nesse contexto, os CEO paulistanos já apresentam essa característica (76%), assim como parte dos estabelecimentos do DRSI (60,78%) e do DRSIV (12,5%). O impacto dessas ações a atenção especializada em saúde bucal deve ser melhor estudado, visto a carência de estudo que analisam o custo-benefício-efetividade dessas ações. Porém, o que se sabe que na Atenção Primária essas ações são efetivas (SILVA et al. 2014)

3.2 MÓDULO CIRURGIÃO-DENTISTA E GERENTE

Nesse módulo são apresentados os resultados referentes as perguntas realizadas pelos entrevistadores para os Cirurgiões-dentistas que trabalham no CEO, assim como os Gerentes do serviço, como mostra a Tabela – 2.

É um ato unânime, tanto no Brasil, quando no estado de São Paulo e nos territórios aqui analisados (DRSI e IV) ambos possuem um alto percentual de Gerentes nos seus serviços. Muito embora, a caracterização desses profissionais seja um tanto diversa. Assim, cerca de 31,3 % acumulam a função de Gerente e CD clínico no estado de São Paulo. Esses resultados são mais satisfatórios, se analisados a Cidade de São Paulo e o DRSI de formas isoladas, onde apenas cerca de 8%, 11,8% acumulam tais funções, como mostra a Tabela – 2.

Em estudo semelhante, no estado de Pernambuco Souza-Silva 2015, 2016 e 2017, analisou a forma de inserção desses gerentes, onde constatou a inserção da gerência via indicação política, havendo, portanto, uma rotatividade expressiva nesses cargos de gerência, o que durava em média 4 anos. Quantidade de tempo comum aos mandatos políticos municipais.

Quanto a caracterização da demanda, é possível observar que a maioria da demanda é referenciada, sendo totalmente referenciada na cidade de São Paulo, e de formas mistas, se analisados o DRSI e IV, sendo a maior parte dela referenciadas, seguidos de mistas e demanda espontânea, como mostra a Tabela – 2.

Já se tratando de absenteísmo, percebe-se que 48% dos CEO paulistanos possuem entre 25% e 50% de percentual. Dados estes semelhantes com o DRSI e IV. Em estudo sobre o absenteísmo nos CEO, Araújo-Filho (2015), constatou um alto grau de absenteísmo nos estabelecimentos estudados. E arremata: a existência de índices cada vez mais expressivos de absenteísmo dos usuários nos serviços que trabalham com o agendamento prévio de consultas e identificam que a constante falta de pacientes é um aspecto importante para a falta do êxito esperado pela assistência dos CEO, sendo necessária a reorganização do fluxo de pacientes e dos processos de trabalho nos serviços de atenção secundária poderia incluir redução de barreiras organizacionais. Nesse contexto, o diálogo com o usuário acerca de sua rotina diária antes do agendamento da consulta odontológica certamente reduziria as faltas às consultas. Nesse sentido, é possível observar que a organização dos fluxos dos usuários nesse serviço é feito em maioria pela UBS, se tratando da Cidade de São Paulo, porém o mesmo não acontece nos DRSI e IV, onde a os pacientes recebem um encaminhamento e seguem ao CEO para marcação, como mostra a Tabela – 2.

Quanto as reuniões de equipe nos CEO de São Paulo, observa-se um expressivo percentual (78,4%), resultados semelhantes são encontrados na cidade de São Paulo, no DRSI e IV. Embora, não exista uma periodicidade para que aconteça essas reuniões. Porém, essas reuniões acontecem em pelo menos a cada 12 meses, uma vez que a maioria dos Gerentes da cidade de São Paulo (88%) responderam que existe atividades de planejamento com a participação do Dentista. Em consonância, toda totalidade dos gerentes paulistanos também realizam autoavaliação, junto com a força de trabalho do serviço, fato semelhante com os gerentes do DRSI e IV, além do próprio estado de São Paulo.

3.3 MÓDULO USUÁRIO

Este módulo versa sobre a satisfação do usuário ante o serviço em atendimento. É importante deixar claro que, foram entrevistados os usuários que estavam na sala de espera do estabelecimento, portanto usuários que já conseguiram atendimento ou que estão em tratamento.

Dito isto, cabe fazer algumas ponderações: embora a avaliação tenha sido positiva a análise carece de olhar mais apurado. Os usuários conseguem acessar o serviço por hora marcada, porém, não se sabe, se essa hora marcada, leva em consideração as peculiaridades do usuário, como: hora de trabalho, disponibilidade de deixar os filhos com vizinhos ou parentes. Em outras palavras, esse dado não é capaz de mostrar a complexidade que é a satisfação do usuário com o serviço.

Mas, em diálogo com os dados já discutidos acima, pode-se perceber que o alto grau de absenteísmo pode sim está relacionada com a dinâmica da agenda e em última instância a satisfação do usuário. Também é preciso ter caracterizar que, por ser uma entrevista realizada na sala de espera dos CEO e em pacientes já atendidos ou em tratamento, pode existir um receio de sanção no atendimento e a impossibilidade de acesso a outro serviço, atrelado ao viés de gratidão (gratidão bias), ou seja, o sentimento de gratidão do usuário pelo serviço gratuito, sendo essa uma possível justificativa para os paradoxais valores encontrados.

Tabela 1 – Principais resultados do módulo VII (Observação no CEO), da avaliação externa do PMAQ-CEO 1º ciclo, São Paulo, região 4, 2014.

IDENTIFICAÇÃO DO TIPO E DOS PROFISSIONAIS DO CEO					
Qual o tipo de CEO?	Brasil	Estado SP	DRS I	DRS IV	Cidade de São Paulo
Tipo I	349 (37,4%)	63 (35%)	11 (21%)	1 (12%)	3 (12%)
Tipo II	474 (50,9%)	99 (55%)	31 (61%)	5 (63%)	20 (80%)
Tipo III	109 (11,7%)	17 (10%)	9 (18%)	2 (25%)	2 (8%)
Total de CEOs (100%)	932 (100%)	179 (100%)	51 (100%)	8 (100%)	25
Este CEO tem abrangência:					
Municipal	932 (100%)	179 (100%)	51 (100%)	8 (100%)	25 (100%)
Especialidades mínimas ofertadas					
Sim	728 (78,1%)	149 (83,2%)	44 (86,3%)	7 (87,5%)	25 (100%)
Especialidade/nº profissionais					
Implantodontia	27 (0,85%)	4 (1,51%)	1 (0,42%)	0	0
Pediatria	711 (22,5%)	54 (20,4%)	23 (9,5%)	2(8,3%)	0
Ortodontia	302 (9,5%)	26 (9,8%)	23 (9,5%)	0	16 (19,3%)
Dentística	267 (8,4%)	19 (7,2%)	4 (1,7%)	0	0
Prótese	1264 (40%)	130 (49,1%)	99 (41,1%)	15 (62,5%)	53 (63,9%)
Radiologia	444 (14%)	32 (12,1%)	90 (37,3%)	7 (29,2%)	14 (16,9%)
Outras	149 (4,7%)	0	1 (0,4%)	0	0
Total de profissionais	3.164 (100%)	265 (100%)	241 (100%)	24 (100%)	83 (100%)
ADEQUAÇÃO VISUAL					
Placa de fachada	743 (79,7%)	155(86,6%)	46 (90,2%)	7 (87,5%)	24 (96%)
Placa de inauguração	702 (75,32%)	137 (76,54%)	26 (51%)	8 (100%)	8 (33,3%)
Placa de identificação recepção	644 (69,10%)	130 (72,63%)	28 (54,9%)	7 (87,5%)	13 (52%)
Placa identificação consultórios	791 (75,21%)	144 (15,45%)	35 (68,6%)	7 (87,5%)	17 (68%)
Móbile Brasil Sorridente	418 (44,85%)	85 (47,49%)	9 (17,7%)	7 (87,5%)	0 (0%)
Uso de jaleco conforme as normas	364 (39,1%)	84 (46,9%)	15 (29,4%)	7 (87,5%)	2 (8%)
ACESSIBILIDADE					
Corredores adaptados para cadeiras de roda	717 (76,9%)	144 (80,5%)	45 (88,2%)	7 (87,5%)	21 (84%)
Portas adaptadas para passar cadeira de rodas	728 (78,1%)	141 (78,8%)	41 (80,4%)	7 (87,5%)	20 (80%)
Quadro de especialidades e atendimento exposto	526 (56,4%)	90 (50,3%)	35 (68,6%)	3 (37,5%)	23 (92%)

Cadeira de rodas disponível	548 (58,8%)	131 (73,2%)	43 (84,3%)	4 (50%)	21 (84%)
Rampa de acesso com corrimão	437 (46,9%)	103 (57,5%)	31 (60,8%)	5 (62,5%)	16 (64%)
Nenhuma	86 (9,2%)	11 (6,2%)	3 (5,9%)	1 (12,5%)	3 (12%)
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO					
Turno de atendimento: manhã e tarde	920 (98,71%)	179 (100%)	51 (100%)	8 (100%)	25 (100%)
Noite	178 (19,1%)	53 (29,6%)	60,78%	1 (12,5%)	19 (76%)
Dias de atendimento: segunda a sexta	909 (97,53%)	176 (98,32%)	98%	8 (100%)	25 (100%)
Sábado	54 (5,8%)	8 (4,5%)	0%	0%	0%
Domingo	10 (1,1%)	3 (1,7%)	0%	0%	0%
EQUIPAMENTOS DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO DO CEO - Computador em condições de uso?					
Sim	687 (73,7%)	161 (89,94%)	45 (88,2%)	8 (100%)	21 (84%)
EQUIPAMENTOS E PERIFÉRICOS – possui					
Localizador apical	316 (33,90%)	72 (40,22%)	12 (23,53%)	5 (62,5%)	3 (12%)
Rotatório para endodontia	187 (20,06%)	47 (26,26%)	5 (9,8%)	2 (25%)	0%

Tabela 2 - Principais resultados do módulo VIII (Gerente e Cirurgião-Dentista), da avaliação externa do PMAQ-CEO 1º ciclo, São Paulo, região 4, 2014.

INFORMAÇÕES SOBRE O ENTREVISTADO					
Possui gerente?	Brasil 930 (100%)	Estado SP 179 (100%)	DRS I 51 (100%)	DRS IV 8 (100%)	Cidade de São Paulo 25 (100%)
Sim, acumula atividade clínica e gerência	351 (37,7%)	56 (31,3%)	6 (11,8%)	3 (37,5%)	2 (8%)
Sim, é apenas o gerente	465 (50%)	90 (50,3%)	37 (72,6%)	5 (62,5%)	21 (84%)
Não	114 (12,3%)	33 (18,4%)	8 (15,7%)	0	2 (8%)
CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA E ORGANIZAÇÃO DA AGENDA					
Acesso ao CEO por:					
Demanda espontânea	12 (1,3%)	6 (3,4%)	2 (3,9%)	0	0
Mista	385 (41,4%)	53 (29,6%)	9 (17,7%)	1 (12,5%)	0
Referenciada	533 (57,3%)	120 (67%)	40 (78,4%)	7 (87,5%)	25 (100%)
Conhece o percentual de absenteísmo?					
Sim	552 (59,4%)	126 (70,4%)	42 (82,4%)	8 (100%)	21 (84%)
Qual o percentual de absenteísmo?					
Menor ou igual a 25%	417 (44,8%)	95 (53,1%)	27 (52,9%)	5 (62,5%)	9 (36%)
Maior que 25% e menor que 50%	135 (14,5%)	31 (17,4%)	15 (29,4%)	3 (37,5%)	12 (48%)
Não se Aplica	378 (40,6%)	53 (29,6%)	9 (17,7%)	0	4 (16%)

Especialidade com maior % de Absenteísmo					
Cirurgia Oral	124 (13,3%)	27 (15,1%)	7 (13,73%)	1 (12,5%)	3 (12%)
Endodontia	214 (23%)	50 (27,9%)	21 (41,2%)	4 (50%)	13 (52%)
Pacientes Especiais	84 (9,0%)	17 (9,5%)	6 (11,8%)	2 (25%)	1 (4%)
Periodontia	87 (9,4%)	22 (12,3%)	3 (5,9%)	1 (12,5%)	2 (8%)
Estomatologia	6 (0,6%)	3 (1,7%)	2(3,9%)	0	2 (8%)
Radiologia	10 (1,1%)	2 (1,1%)	0	0	0
Ortodontia/Ortopedia	5 (0,54%)	0	0	0	0
Implantodontia	1 (0,11%)	0	0	0	0
Odontopediatria	21 (2,3%)	5 (2,8%)	3 (5,9%)	0	0
Não se aplica	378 (40,6%)	53 (29,6%)	9 (17,7%)	0	4 (16%)
CEO trabalha com Overbook?					
Sim	166 (17,9%)	21 (11,7%)	8 (15,7%)	3 (37,5%)	3 (12%)
APOIO MATRICIAL					
Equipe CEO realiza matriciamento ou ações de apoio para ESB da AB?					
Sim	657 (70,6%)	127 (71%)	39 (76,5%)	6 (75%)	18 (72%)
Ações:					
Discussão de casos clínicos	482 (51,8%)	102 (57%)	31 (60,8%)	5 (62,5%)	14 (56%)
Ações clínicas compartilhadas	489 (52,6%)	96 (53,6%)	30 (58,8%)	5 (62,5%)	14 (56%)
Capacitação com profissionais da AB	358 (38,5%)	99 (55,3%)	33 (64,7%)	5(62,5%)	18 (72%)
Construção conjunta de PTS	277 (29,8%)	63 (35,2%)	23 (45,1%)	1 (12,5%)	8 (32%)
Atividades de educação permanente	351 (37,7%)	70 (39,1%)	24 (47,1%)	3 (37,5%)	12 (48%)
Construção e discussão de protocolos clínicos	484 (52%)	98 (54,8%)	30 (58,8%)	5 (62,5%)	11 (44%)
Pactuação de critérios para referenciamento	582 (62,6%)	116 (64,8%)	37 (72,6%)	5 (62,5%)	16 (64%)
Realização de visitas domiciliares com ESB	315 (33,9%)	53 (29,6%)	17 (33,3%)	1 (12,5%)	17 (68%)
O CEO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ORDENAMENTO E DEFINIÇÃO DE FLUXOS					
Agendamento de consulta é feito pela própria UBS	312 (33,5%)	88 (49,2%)	35 (68,63%)	2 (25%)	23 (92%)
Marcada pelo paciente na central de marcação	137 (14,7%)	34 (19%)	6 (11,8%)	1 (12,5%)	3 (12%)
Paciente recebe encaminhamento e dirige-se ao CEO	700 (75,3%)	104 (58,1%)	12 (23,5%)	6 (75%)	1 (4%)
Outra	197 (21,2%)	43 (24%)	12 (23,5%)	2 (25%)	2 (8%)
Não há um percurso definido	4 (0,43%)	0	0	0	0
Existem protocolos clínicos pactuados?					
Cirurgia	679 (73%)	153 (85,5%)	50 (98%)	7 (87,5%)	25 (100%)
Endodontia	681 (73,2)	157 (87,7%)	50 (98%)	7 (87,5%)	25 (100%)

Pacientes com necessidades especiais	622 (66,9%)	143 (79,9%)	46 (90,2%)	6 (75%)	24 (96%)
Periodontia	670 (72%)	155 (86,6%)	50 (98%)	7 (87,5%)	25 (100%)
Estomatologia	538 (57,9%)	139 (77,7%)	48 (94,1%)	6 (75%)	25 (100%)
Radiologia	181 (19,5%)	27 (15,1%)	6 (11,8%)	5 (62,5%)	1 (4%)
Ortodontia	90 (9,7%)	20 (11,2%)	14 (27,5%)	0	1 (4%)
Implantodontia	12 (1,3%)	2 (1,1%)	0	0	0
Prótese Dentária	414 (44,5%)	102 (57%)	35 (68,6%)	5 (62,5%)	24 (96%)
Odontopediatria	220 (23,7%)	41 (22,9%)	6 (11,8%)	1 (12,5%)	0
EDUCAÇÃO PERMANENTE NA QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS					
Há ações de educação permanente promovidas pelo município?					
Sim	460 (49,5%)	101 (56,4%)	35 (68,6%)	5 (62,5%)	16 (64%)
PLANEJAMENTO E REUNIÃO DA EQUIPE DO CEO					
Realiza reunião de equipe?					
Sim	714 (76,8%)	129 (72,1%)	40 (78,4%)	7 (87,5%)	20 (80%)
Periodicidade das reuniões:					
Semanal	16 (1,7%)	5 (2,8%)	0	0%	0%
Quinzenal	23 (2,5%)	3 (1,7%)	1 (2%)	0%	0%
Mensal	259 (27,9%)	43 (24%)	15 (29,4%)	1 (12,5%)	5 (20%)
Sem periodicidade definida	416 (44,7%)	78 (43,6%)	24 (47,06%)	6 (75%)	15 (60%)
Não se aplica	216 (23,2%)	50 (27,9%)	11 (21,6%)	1 (12,5%)	5 (20%)
Nos últimos 12 meses, foi realizada alguma atividade de planejamento com a participação dos dentistas?					
Sim	657 (70,6%)	124 (69,3%)	40 (78,4%)	4 (50%)	22 (88%)
Neste planejamento, é levado em consideração a opinião/sugestão dos dentistas					
Sim	646 (69,5%)	122 (68,2%)	39 (76,5%)	4 (50%)	21 (84%)
A equipe CEO planeja/programa suas ações considerando:					
As informações do SIA	454 (48,8%)	77 (43%)	31 (60,8%)	4 (50%)	17 (68%)
As informações locais de levantamento epidemiológico	272 (29,3%)	73 (40,8%)	24 (47,1%)	3 (37,5%)	9 (36%)
As metas de cada especialidade estabelecidas pelo Ministério da Saúde	616 (66,2%)	116 (64,8%)	39 (76,5%)	4 (50%)	21 (84%)
Os desafios apontados a partir da autoavaliação	466 (50,1%)	80 (44,7%)	30 (58,8%)	4 (50%)	17 (68%)
O envolvimento de organizações da comunidade (parceria/pactuações)	257 (27,6%)	53 (29,6%)	23 (45,1%)	3 (37,5%)	10 (40%)

INSUMOS, INSTRUMENTAL E EQUIPAMENTOS

Deixou de atender por falta de insumos ou instrumentais nos últimos 12 meses?

Sim	283 (30,4%)	41 (22,9%)	22 (43,1%)	2 (25%)	16 (64%)
-----	-------------	------------	------------	---------	----------

Deixou de atender por não ter equipamento funcionando, nos últimos 12 meses?

Sim	359 (38,6%)	55 (30,7%)	30 (58,8%)	2 (25%)	19 (76%)
-----	-------------	------------	------------	---------	----------

PLANEJAMENTO E AÇÕES DA GESTÃO PARA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

É realizado análise e monitoramento das metas estabelecidas/especialidade?

Sim	794 (85,4%)	156 (87,2%)	47 (92,2%)	7 (87,5%)	22 (88%)
-----	-------------	-------------	------------	-----------	----------

Com documento que comprove? Sim

Não	649 (69,8%)	139 (77,6%)	41 (80,4%)	6 (75%)	21 (84%)
-----	-------------	-------------	------------	---------	----------

Realizada alguma autoavaliação pela equipe CEO nos últimos 6 meses?

Sim	680 (73,1%)	131 (73,2%)	43 (84,3%)	7 (87,5%)	25 (100%)
-----	-------------	-------------	------------	-----------	-----------

PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL, SATISFAÇÃO E CANAL DE COMUNICAÇÃO COM O USUÁRIO

O CEO realiza ou tem mecanismo de avaliação da satisfação do usuário?

Sim	533 (57,3%)	106 (59,2%)	34 (66,7%)	3 (37,5%)	19 (76%)
-----	-------------	-------------	------------	-----------	----------

Há documento que comprove?

Sim	474 (51%)	95 (53,1%)	30 (58,8%)	3 (37,5%)	16 (64%)
-----	-----------	------------	------------	-----------	----------

O CEO dispõe de canais de comunicação que permitem que o usuário se expresse (reclamações, demandas)?

Sim	698 (75,1%)	157 (87,7%)	48 (94,1%)	7 (87,5%)	22 (88%)
-----	-------------	-------------	------------	-----------	----------

Tabela 3 – Principais resultados do módulo IX (Usuário), da avaliação externa do PMAQ-CEO 1º ciclo, São Paulo, região 4, 2014.

MARCAÇÃO DE CONSULTA NO CEO					
Quanto tempo o senhor espera para iniciar o tratamento no CEO?	Brasil 8897 (100%)	Estado SP 1767 (100%)	DRS I 510 (100%)	DRS IV 65 (100%)	Cidade de São Paulo 252 (100%)
Até 1 semana	2932 (33%)	425 (24%)	72 (14,2%)	21 (32,3%)	35 (13,9%)
De uma semana a 1 mês	3382 (38%)	691 (39,1%)	191 (37,5%)	16 (24,6%)	100 (39,7%)
Entre 1 e 3 meses	1349 (15,2%)	286 (16,2%)	89 (17,5%)	13 (20%)	42 (16,7%)
Entre 3 e 6 meses	524 (5,9%)	140 (7,9%)	48 (9,4%)	2 (3,1%)	16 (6,4%)
Entre 6 e 12 meses	358 (4%)	108 (6,1%)	47 (9,2%)	3 (4,6%)	18 (7,1%)
Mais de 12 meses	352 (3,9%)	117 (6,6%)	63 (12,4%)	10 (15,4%)	41 (16,3%)
Quanto à marcação de consulta, foi:					
Com hora marcada	4209 (47,3%)	1449 (82%)	491 (96,3%)	62 (95,4%)	240 (95,2%)
Em horários ou turnos definidos do dia	1511 (17%)	49 (2,8%)	1 (0,2%)	0%	1 (0,4%)
Por ordem de chegada	2974 (33,4%)	221 (12,5%)	8 (1,6%)	3 (4,6%)	6 (2,4%)
Encaixe	189 (2,1%)	46 (2,6%)	8 (1,6%)	0%	5 (2%)
Outros	14 (0,16%)	2 (0,11%)	2 (0,4%)	0%	0%

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que, se comparado ao Brasil, os CEO de São Paulo encontram-se em melhor situação. Seja no aspecto estrutural, seja no aspecto de oferecimento de mais turnos de serviços para população.

No componente avaliativo, parece existir uma cultura avaliativa no estado de São Paulo, mesmo que sem periodicidade, demonstrando que é necessário aprofundar os estudos nessa seara.

Quanto à satisfação do usuário, tudo leva a crer que existe um viés de gratidão forte pela população, para além, o modo pelo qual os dados foram coletados podem ter modificado a intencionalidade da ação nesse sentido. Assim, recomenda-se outros estudos com o escopo de detalhar melhor os discursos dos usuários que tem acesso ao serviço, e, sobretudo aqueles que ainda não conseguiram o acesso.

REFERÊNCIAS

Araújo-Filho EF. Análise de satisfação dos usuários dos centros de especialidades odontológicas do estado de Pernambuco, Brasil. [monografia] Universidade Federal de Pernambuco, curso de Odontologia, Recife, 2015.

Brasil. **Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011 do Ministério da Saúde.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial da União n. 138, p. 79, 20 de julho de 2011. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/prt_1654_19_07_2011.pdf.

Brasil. Portaria Nº 261, de 21 de fevereiro de 2013 do Ministério da Saúde. 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 2013; 21 fev.

FIGUEIREDO N. Centros de Especialidades Odontológicas – CEO: Um estudo linha de base para a avaliação e monitoramento dos serviços para a região Nordeste. [tese] Universidade de Pernambuco, Camaragibe, 2008

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.

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>.

SANTOS, L. X. Avaliação inicial do uso de uma ferramenta webased para o planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em Pernambuco, 2014. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, UFPE, 2015. <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/26579/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20Lia%20Ximenes%20Santos.pdf>.

LACERDA e SILVA, T. *et al.* Occupational health in primary care: perceptions and practices in family health teams. **Interface (Botucatu)** [online], Botucatu, v. 18, n. 49, p. 273-87, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0227>.

SOUZA-SILVA, J. Avaliação Externa dos CEO de Pernambuco: Primeira Rodada [Relatório – Projeto de Iniciação Científica] Universidade Federal de Pernambuco, curso de Odontologia, Recife, 2016

SOUZA-SILVA, J. Avaliação Externa dos CEO de Pernambuco: Segunda Rodada [Relatório – Projeto de Iniciação Científica] Universidade Federal de Pernambuco, curso de Odontologia, Recife, 2015

SOUZA-SILVA, J. Gestão do Trabalho dos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil. [monografia] Universidade Federal de Pernambuco, curso de Odontologia, Recife, 2017

*Principais resultados da avaliação externa do PMAQ-CEO
1º Ciclo: Um olhar a partir dos Departamentos Regionais de
Saúde no Estado de São Paulo*

Rai Matheus Carvalho Santos

Departamento de Enfermagem em Saúde Pública

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Ercília de Araújo

Departamento de Odontologia Social

Faculdade de Odontologia de São Paulo

Universidade de São Paulo, Brasil

Fernanda Campos de Almeida Carrer

Departamento de Odontologia Social

Faculdade de Odontologia de São Paulo

Universidade de São Paulo, Brasil

Mariana Gabriel

Departamento de Odontologia Social

Faculdade de Odontologia de São Paulo

Universidade de São Paulo, Brasil

1 INTRODUÇÃO

A implementação do Pacto pela Saúde no estado de São Paulo no ano de 2007 corroborou com os esforços para a construção de um Plano Estadual de Saúde sob a lógica da descentralização regional. Neste sentido, a divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) estabeleceu a criação de 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) organizados sob Regiões Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que buscam garantir a integralidade do cuidado em um determinado território. Os 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), distribuídos em 5 macrorregiões, foram instituídos pelo Decreto Nº 51.433, de 28 de Dezembro de 2006, para coordenar as atividades da SES-SP no âmbito regional e promover a articulação intersetorial com os municípios e organismos da sociedade civil (SÃO PAULO, 2006).

Para este capítulo, foram selecionados como objeto de estudo resultados alcançados no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas

(PMAQ-CEO) dos Departamentos Regionais de Saúde de Barretos (DRS V), de Franca (DRS VIII), de Ribeirão Preto (DRS XIII) e de São José do Rio Preto (DRS XV). Neste conjunto, há 168 municípios agregados em 15 Regiões de Saúde e uma população total de aproximadamente 3.902.457 habitantes.

O Departamento Regional de Saúde de Barretos (DRS V), localizado na macrorregião Noroeste do estado de São Paulo, abrange 18 municípios e população estimada de 412.878 habitantes. Possui duas regiões de saúde, sendo elas: Norte – Barretos e Sul – Barretos (FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO, 2014). A origem da cidade de Barretos foi marcada pela intensificação da ferrovia que chegou no início do século XX e da imigração europeia, japonesa e árabe que miscigenou todo o interior de São Paulo, atraída para as lavouras de café, e posteriormente para a pecuária e agricultura. Destaca-se também o universo “country” e a Festa do Peão de Boiadeiro, por atrair visitantes o ano todo, em consórcio com as atrações históricas e rurais do município (PIANA, 2003).

O Departamento Regional de Saúde de Franca (DRS VIII) abrange 22 municípios e população estimada em 658.943 habitantes. Possui 3 regiões de saúde, sendo elas: Três colinas, Alta Anhanguera e Alta Mogiana (FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO, 2014). A história da cidade de Franca tem início no século XIX, após diversos grupos de bandeirantes se instalarem no Pouso dos Bagres, região onde os bandeirantes paulistas descansavam durante a jornada pelo “Caminho de Goiás” em busca de ouro. A partir daí, a população dos estados vizinhos, principalmente do sul de Minas, foi chegando ao “Belo Sertão do Rio Pardo”, por incentivo do governador-geral da Capitania de São Paulo, Antonio José da Franca e Horta. Atualmente a cidade é o maior polo produtor de calçados masculinos do país e abriga cerca de 750 indústrias que geram aproximadamente 25 mil empregos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS DE CALÇADOS, 2008). É também conhecida como centro de produção e de difusão de conhecimento tecnológico e se destaca como um dos maiores pólos de lapidação de diamantes do mundo.

O Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS XIII) abrange 26 municípios e população estimada em 1.357.865 habitantes. Possui 3 regiões de saúde, sendo elas: Horizonte verde, Aquífero Guarani e Vale das Cachoeiras (FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO, 2014). O avanço do cultivo do café do tipo Bourbon, introduzido inicialmente por Luiz Pereira Barreto na região Mogiana entre 1886 e 1920 coincidiu com um aumento populacional e levou o município de Ribeirão Preto à posição de um dos principais pólos econômicos paulistas. Devido à combinação de uma economia baseada no agronegócio e produção agrícola moderna, como infraestrutura de transporte, armazenamento, comunicações e energia, a cidade garantiu a alocação de grandes volumes de investimentos privados e estatais, consolidando-se como uma das principais áreas de desenvolvimento do agronegócio do Brasil (JUNQUEIRA, 2014).

O Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto (DRS XV) abrange 102 municípios e população estimada em 1.472.771 habitantes. Possui 7 regiões de saúde, sendo elas: Catanduva, Santa Fé do Sul, Jales, Fernandópolis, São José do Rio Preto, José Bonifácio e Votuporanga (FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO, 2014). Na origem do nome, São José é o padroeiro da cidade e Rio Preto é o nome do rio que a corta. O início do povoamento se deu a partir de 1884, com a chegada de grandes contingentes populacionais atraídos para o trabalho no campo, no comércio ou no setor de serviços que começavam a surgir. Com o desenvolvimento da

atividade cafeeira, o crescimento levou à extensão dos trilhos da ferrovia, à construção da ponte rodo-ferroviária sobre o Rio Paraná, favorecendo a formação de um entroncamento de diversas rodovias estaduais e uma federal, que facilita o escoamento e recebimento de mercadorias de qualquer parte de São Paulo e de outros estados. A cidade é centro de referência médica regional e possui um comércio bastante diversificado (MOREIRA, 2001).

Dessa forma, o objetivo desse estudo será descrever as características dos CEO localizados nos DRS Barretos, DRS Franca, DRS Ribeirão Preto e DRS São José do Rio Preto segundo os principais resultados alcançados na avaliação externa do PMAQ-CEO.

DESENVOLVIMENTO

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa. Para tanto, foram analisados os dados de 23 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) localizados na Região 1 de saúde do estado de São Paulo, que engloba os Departamentos Regionais de Saúde de Barretos (DRS V), DRS Franca (DRS VIII), DRS Ribeirão Preto (DRS XIII) e DRS São José do Rio Preto (DRS XV). Os dados foram coletados *in loco* durante a etapa de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO).

O estudo apresenta como componente de análise descritiva, os dados secundários pertencentes ao banco da Avaliação Externa do PMAQ-CEO, a qual foi realizada no primeiro semestre de 2014 e constitui-se em uma fase do PMAQ-CEO. A avaliação externa foi conduzida por instituições de ensino e/ou pesquisa (IEP) e composta por: Módulo I - observação no CEO, visando avaliar as condições de estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos do estabelecimento; Módulo II - realização de entrevista com o Gerente do CEO e um Cirurgião Dentista, de qualquer especialidade, que objetivou obter informações sobre processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado para os usuários; e Módulo III - entrevista com usuários no CEO, que objetivou verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços especializados de saúde bucal no que se refere ao seu acesso e utilização.

As informações referentes ao tipo de CEO foram coletadas da base DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – Habilitações. Para a análise descritiva, os dados foram exportados para o programa Microsoft Excel 2010.

A avaliação externa do PMAQ-CEO 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

Observou-se que todos os CEO avaliados apresentaram abrangência apenas municipal (100%) (Tabela 1) e que 28% dos serviços não possuem gerentes (Tabela 2).

Quanto ao acesso aos serviços, verificou-se que 55% se dá por meio de demanda referenciada, tendo sido observado o predomínio da opção “Paciente recebe encaminhamento e dirige-se ao CEO” (87%). Quanto ao matriciamento, observou-se que 74% das equipes avaliadas realizaram ações de apoio para as equipes de saúde bucal da atenção básica, tais como discussão de casos clínicos (67%), pactuação de critérios para referenciamento (65%) e ações clínicas compartilhadas (54%). Verificou-se que 40% dos serviços classificaram o percentual do absenteísmo como igual ou inferior a 25% e que a maior porcentagem de absenteísmo foi para a especialidade de endodontia (27%) (Tabela 2). Os resultados deste estudo apontaram que 46% das equipes realizaram a autoavaliação nos últimos 6 meses e 21% a consideraram para o planejamento das ações. Quanto ao monitoramento das metas, 81% das equipes relataram tê-lo realizado nos últimos 6 meses (Tabela 2).

Os pacientes afirmaram esperar menos de 1 mês para iniciar o tratamento (73%) e ser atendidos com hora marcada (59%) (Tabela 3).

Tabela 1. Principais resultados do módulo VII (Observação no CEO), da avaliação externa do PMAQ-CEO 1º ciclo, São Paulo, região 1, 2014

IDENTIFICAÇÃO DO TIPO E DOS PROFISIONAIS DO CEO						
	Brasil	Estado SP	DRS V	DRS VIII	DRS XIII	
DRS XV						
Qual o tipo de CEO						
Tipo I (55,55%)	349 (37,4%)	63 (35%)	0	2 (50%)	3 (50%)	5
Tipo II (33,33%)	474 (50,9%)	99 (55%)	3 (100%)	2 (50%)	3 (50%)	3
Tipo III (11,11%)	109 (11,7%)	17 (10%)	0	0	0	1
Total de CEO (100%)	932 (100%)	179 (100%)	3 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	9
Este CEO tem abrangência:						
Municipal	932 (100%)	179 (100%)	3 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	9 (100%)
Especialidades mínimas ofertadas						
Sim	728 (78,1%)	149 (83,2%)	3 (100%)	3 (75%)	3 (50%)	8(88,9%)
Especialidade/nº profissionais						
Implantodontia	27 (0,85%)	4 (1,51%)	0	0	0	1 (1,4%)
Pediatria	711 (22,5%)	54 (20,4%)	0	2 (5,7%)	9 (12,1%)	2 (2,8%)
Ortodontia	302 (9,5%)	26 (9,8%)	0	0	0	0
Dentística	267 (8,4%)	19 (7,2%)	0	0	4 (5,4%)	0
Prótese	1264 (40%)	130 (49,1%)	1 (9,7%)	3 (17,1%)	6 (8,1%)	11 (11%)
Radiologia	444 (14%)	32 (12,1%)	0	0	0	0
Outras	149 (4,7%)	0	0	0	2 (2,7%)	0
Total de profissionais	3.164 (100%)	265 (100%)	31 (100%)	35 (100%)	74 (100%)	71 (100%)
ADEQUAÇÃO VISUAL						
Placa de fachada	79,7%	86,6%	2 (66,6%)	3 (75%)	4 (66,7%)	8 (88,9%)
Placa de inauguração	75,3%	76,5%	3 (100%)	3 (75%)	6 (100%)	6 (66,7%)
Placa de identificação recepção	644 (69,10%)	130 (72,63%)	3 (100%)	4 (100%)	3 (50%)	8 (88,9%)
Placa identificação consultórios	791 (75,21%)	144 (15,45%)	2 (66,6%)	4 (100%)	3 (50%)	9 (100%)

Móbil Brasil Sorridente	418 (44,85%)	85 (47,49%)	2 (66,6%)	4 (100%)	3 (50%)	6 (66,7%)
Uso de jaleco conforme as normas	364 (39,1%)	84 (46,9%)	1 (33,3%)	2 (50%)	1 (16,7%)	4 (44,4%)
ACESSIBILIDADE						
Corredores adaptados para cadeiras de roda	76,9%	80,4%	2 (66,6%)	2 (50%)	2 (33,3%)	6 (66,7%)
Quadro de especialidades e atendimento exposto	526 (56,4%)	90 (50,3%)	1 (33,3%)	2 (50%)	3 (50%)	5 (55,5%)
Cadeira de rodas disponível	548 (58,8%)	131 (73,2%)	2 (66,6%)	4 (100%)	3 (50%)	4 (44,4%)
Rampa de acesso com corrimão	437 (46,9%)	103 (57,5%)	2 (66,6%)	3 (42,8%)	4 (66,6%)	6 (66,7%)
Nenhuma	86 (9,2%)	11 (6,2%)	0	4 (57,1%)	0	2 (2,8%)
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO						
Turno de atendimento: manhã e tarde	920 (98,71%)	179 (100%)	3 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	9 (100%)
Noite	178 (19,1%)	53 (29,6%)	0	2 (50%)	4 (66,7%)	1(11,1%)
Dias de atendimento: segunda a sexta	909 (97,53%)	176 (98,32%)	3 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	9 (100%)
Sábado	54 (5,8%)	8 (4,5%)	0	1 (25%)	0	0
Domingo	10 (1,1%)	3 (1,7%)	0	0	0	0
EQUIPAMENTOS DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO DO CEO - Computador em condições de uso?						
Sim	687 (73,7%)	161 (89,94%)	3 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	8(88,9%)
EQUIPAMENTOS E PERIFÉRICOS – possui						
Localizador apical	316 (33,90%)	72 (40,22%)	0	1 (25%)	4 (66,7%)	2(22,2%)
Rotatório para endodontia	187 (20,06%)	47 (26, 26%)	0	3 (75%)	4 (66,7%)	3(33,3%)

Fonte: Banco de dados do PMAQ-CEO (1º ciclo)

Tabela 2 - Principais resultados do módulo VIII (Gerente e Cirurgião-Dentista), da avaliação externa do PMAQ-CEO 1º ciclo, São Paulo, região 1, 2014.

INFORMAÇÕES SOBRE O ENTREVISTADO						
	Brasil	Estado SP	DRS V	DRS VIII	DRS XIII	DRS XV
Possui gerente?						
Sim, acumula atividade clínica e gerência	351 (37,7%)	56 (31,3%)	0	1 (25%)	1 (16,7%)	5 (55,5%)
Sim, é apenas o gerente	465 (50%)	90 (50,3%)	3 (75%)	2 (50%)	2 (33,3%)	3 (33,3%)
Não	114 (12,3%)	33 (18,4%)	1 (25%)	1 (25%)	3 (50%)	1 (11,1%)
CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA E ORGANIZAÇÃO DA AGENDA						
Acesso ao CEO por:						
Demanda espontânea	12 (1,3%)	6 (3,4%)	0	0	0	2 (22,2%)
Mista	385 (41,4%)	53 (29,6%)	3 (75%)	1 (25%)	2 (33,3%)	2 (22,2%)
Referenciada	533 (57,3%)	120 (67%)	1 (25%)	3 (75%)	4 (66,7%)	5 (55,5%)
Conhece o percentual de absenteísmo?						
Sim	552 (59,4%)	126 (70,4%)	1 (25%)	4 (100%)	5 (83,3%)	5 (55,5%)
Qual o percentual de absenteísmo?						
Menor ou igual a 25%	417 (44,8%)	95 (53,1%)	1 (25%)	2 (50%)	4 (66,7%)	4 (44,4%)
Maior que 25% e menor que 50%	135 (14,5%)	31 (17,4%)	SI	2 (50%)	1 (16,7%)	1 (11,1%)
Não se aplica	378 (40,6%)	53 (29,6%)	3 (75%)	0	1 (16,7%)	1 (11,1%)
Especialidade com maior % de Absenteísmo						
Cirurgia	124 (13,3%)	27 (15,1%)	2 (50%)	2 (50%)	3 (18%)	5 (26%)
Endodontia	214 (23%)	50 (27,9%)	1 (25%)	1 (25%)	4 (23%)	4 (21%)
Pacientes Especiais	84 (9,0%)	17 (9,5%)	NA	NA	1 (8%)	2 (11%)
Periodontia	87 (9,4%)	22 (12,3%)	3 (75%)	1 (25%)	5 (28%)	4 (21%)
Estomatologia	6 (0,6%)	3 (1,7%)	NA	NA	0	NA
Radiologia	10 (1,1%)	2 (1,1%)	NA	NA	NA	NA
Ortodontia/Ortopedia	5 (0,54%)	0	NA	NA	NA	NA
Implantodontia	1 (0,11%)	0	NA	NA	0	NA
Odontopediatria	21 (2,3%)	5 (2,8%)	NA	NA	2 (13%)	NA
Não se aplica	378 (40,6%)	53 (29,6%)	3 (75%)	NA	1 (8%)	NA
CEO trabalha com Overbook?						
				0		
Sim	166 (17,9%)	21 (11,7%)	1 (25%)	1 (25%)	0	3 (33,3%)

APOIO MATRICIAL

Equipe CEO realiza matriciamento ou ações de apoio para ESB da AB?

Sim	657 (70,6%)	127 (71%)	3 (75%)	3 (75%)	6 (100%)	4 (44,4%)
Ações:						
Discussão de casos clínicos	482 (51,8%)	102 (57%)	3 (75%)	2 (50%)	6 (100%)	4 (44,4%)
Ações clínicas compartilhadas	489 (52,6%)	96 (53,6%)	2 (50%)	2 (50%)	5 (83,3%)	3 (33,3%)
Capacitação com profissionais da AB	358 (38,5%)	99 (55,3%)	2 (50%)	1 (25%)	6 (100%)	3 (33,3%)
Construção conjunta de PTS	277 (29,8%)	63 (35,2%)	2 (50%)	1 (25%)	3 (50%)	1 (11,1%)
Atividades de educação permanente	351 (37,7%)	70 (39,1%)	3 (75%)	1 (25%)	4 (66,7%)	3 (33,3%)
Construção e discussão de protocolos clínicos	484 (52%)	98 (54,8%)	3 (75%)	3 (75%)	4 (66,66%)	4 (44,44%)
Pactuação de critérios para referenciamento	582 (62,6%)	116 (64,8%)	3 (75%)	2 (50%)	6 (100%)	3 (33,3%)
Realização de visitas domiciliares com ESB	315 (33,9%)	53 (29,6%)	3 (75%)	0	6 (100%)	1 (11,1%)

O CEO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ORDENAMENTO E DEFINIÇÃO DE FLUXOS

Agendamento de consulta é feito pela própria UBS	312 (33,5%)	88 (49,2%)	3 (75%)	3 (75%)	1 (16,7%)	0
Marcada pelo paciente na central de marcação	137 (14,7%)	34 (19%)	0	0	2 (33,3%)	2 (22,2%)
Paciente recebe encaminhamento e dirige-se ao CEO	700 (75,3%)	104 (58,1%)	3 (75%)	4 (100%)	5 (83,3%)	8 (88,9%)
Outra	197 (21,2%)	43 (24%)	0	0	0	0
Não há um percurso definido	4 (0,43%)	0	0	2 (50%)	2 (33,3%)	2 (22,2%)

Existem protocolos clínicos pactuados?

Cirurgia	679 (73%)	153 (85,5%)	3 (75%)	2 (50%)	5 (83,3%)	5 (55,5%)
Endodontia	681 (73,2%)	157 (87,7%)	3 (75%)	2 (50%)	5 (83,3%)	5 (55,5%)
Pacientes com necessidades especiais	622 (66,9%)	143 (79,9%)	3 (75%)	2 (50%)	5 (83,3%)	5 (55,5%)
Periodontia	670 (72%)	155 (86,6%)	3 (75%)	2 (50%)	5 (83,3%)	5 (55,5%)
Estomatologia	538 (57,9%)	139 (77,7%)	3 (75%)	2 (50%)	4 (66,6%)	3 (33,3%)
Radiologia	181 (19,5%)	27 (15,1%)	Não oferta	1 (25%)	Não oferta	Não oferta
Ortodontia	90 (9,7%)	20 (11,2%)	Não oferta	Não oferta	Não oferta	Não oferta
Implantodontia	12 (1,3%)	2 (1,1%)	Não oferta	Não oferta	Não oferta	1 (11,1%)
Prótese dentária	414 (44,5%)	102 (57%)	2 (50%)	2 (50%)	3 (50%)	5 (55,5%)
Odontopediatria	220 (23,7%)	41 (22,9%)	Não oferta	2 (50%)	2 (33,3%)	2 (22,2%)

EDUCAÇÃO PERMANENTE NA QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS

Há ações de educação permanente promovidas pelo município?

Sim	460 (49,5%)	101 (56,4%)	3 (75%)	4 (100%)	1 (16,7%)	4 (44,4%)
-----	-------------	-------------	---------	----------	-----------	-----------

PLANEJAMENTO E REUNIÃO DA EQUIPE DO CEO

Realiza reunião de equipe?

Sim	714 (76,8%)	129 (72,1%)	3 (75%)	1 (25%)	1 (16,7%)	5 (55,5%)
-----	-------------	-------------	---------	---------	-----------	-----------

Periodicidade das reuniões:						
Semanal	16 (1,7%)	5 (2,8%)	0	1 (25%)	0	0
Quinzenal	23 (2,5%)	3 (1,7%)	0	0	0	0
Mensal	259 (27,9%)	43 (24%)	1 (25%)	0	1 (16,7%)	3 (33,3%)
Sem periodicidade definida	416 (44,7%)	78 (43,6%)	2 (50%)	0	0	2 (22,2%)
Nos últimos 12 meses, foi realizada alguma atividade de planejamento com a participação dos dentistas?						
Sim	657 (70,6%)	124 (69,3%)	3 (75%)	2 (50%)	2 (33,3%)	4 (44,4%)
Neste planejamento, é levado em consideração a opinião/sugestão dos dentistas						
Sim	646 (69,5%)	122 (68,2%)	3 (75%)	4 (100%)	6 (100%)	4 (44,4%)
A equipe CEO planeja/programa suas ações considerando:						
As informações do SIA	454 (48,8%)	77 (43%)	1 (25%)	1 (25%)	0	2 (22,2%)
As informações locais de levantamento epidemiológico	272 (29,3%)	73 (40,8%)	3 (75%)	1 (25%)	1 (16,7%)	2 (22,2%)
As metas de cada especialidade estabelecidas pelo Ministério da Saúde	616 (66,2%)	116 (64,8%)	3 (75%)	2 (50%)	1 (16,7%)	4 (44,4%)
Os desafios apontados a partir da autoavaliação	466 (50,1%)	80 (44,7%)	2 (50%)	0	0	3 (33,3%)
O envolvimento de organizações da comunidade (parceria/pactuações)	257 (27,6%)	53 (29,6%)	4 (100%)	1 (25%)	0	2 (22,2%)
INSUMOS, INSTRUMENTAL E EQUIPAMENTOS						
Deixou de atender por falta de insumos ou instrumentais nos últimos 12 meses?						
Sim	283 (30,4%)	41 (22,9%)	1 (25%)	0	2 (33,3%)	1 (11,1%)
Deixou de atender por não ter equipamento funcionando, nos últimos 12 meses?						
Sim	359 (38,6%)	55 (30,7%)	1 (25%)	0	2 (33,3%)	1 (11,1%)
PLANEJAMENTO E AÇÕES DA GESTÃO PARA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO						
É realizado análise e monitoramento das metas estabelecidas/especialidade?						
Sim	794 (85,4%)	156 (87,2%)	3 (75%)	4 (100%)	5 (83,3%)	6 (66,7%)
Com documento que comprove?						
Sim	649 (69,8%)	139 (77,6%)	3 (75%)	3 (75%)	5 (83,3%)	6 (66,7%)
Realizada alguma autoavaliação pela equipe CEO nos últimos 6 meses?						
Sim	680 (73,1%)	131 (73,2%)	3 (75%)	2 (50%)	1 (16,7%)	4 (44,4%)
PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL, SATISFAÇÃO E CANAL DE COMUNICAÇÃO COM O USUÁRIO						
O CEO realiza ou tem mecanismo de avaliação da satisfação do usuário?						
Sim	533 (57,3%)	106 (59,2%)	3 (75%)	3 (75%)	2 (33,3%)	6 (66,7%)
Há documento que comprove?						
Sim	474 (51%)	95 (53,1%)	2 (50%)	3 (75%)	1 (16,7%)	6 (66,7%)
O CEO dispõe de canais de comunicação que permitem que o usuário se expresse (reclamações, demandas)?						
Sim	698 (75,1%)	157 (87,7%)	3 (75%)	4 (100%)	5 (83,3%)	7 (77,8%)

Tabela 3 – Principais resultados do módulo IX (Usuário), da avaliação externa do PMAQ-CEO 1º ciclo, São Paulo, região 1, 2014.

MARCAÇÃO DE CONSULTA NO CEO						
	Brasil	Estado SP	DRS V	DRS VIII	DRS XIII	DRS XV
Quanto tempo o senhor espera para iniciar o tratamento no CEO?						
Até 1 semana	2932 (33%)	425 (24%)	6 (15,8%)	19 (48,7%)	19 (31,7%)	43(51,8%)
De uma semana a 1 mês	3382 (38%)	691 (39,1%)	11 (28,9%)	15 (38,4%)	21 (35%)	33(39,7%)
Entre 1 e 3 meses	1349 (15,2%)	286 (16,2%)	2 (5,2%)	2 (5,1%)	13 (21,7%)	4 (4,8%)
Entre 3 e 6 meses	524 (5,9%)	140 (7,9%)	0	1 (2,56%)	3 (5%)	0
Entre 6 e 12 meses	358 (4%)	108 (6,1%)	0	0	2 (3,3%)	1 (1,2%)
Mais de 12 meses	4%	6,6%	0	2 (5,1%)	2 (3,3%)	2 (2,4%)
Quanto à marcação de consulta, foi:						
Com hora marcada	4209 (47,3%)	1449 (82%)	16 (42,1%)	21 (53,8%)	55 (91,7%)	42(50,6%)
Em horários ou turnos definidos do dia	1511 (17%)	49 (2,8%)	0	0	0	0
Por ordem de chegada	2974 (33,4%)	221 (12,5%)	17 (44,7%)	16 (41%)	0	35 (42,1%)
Encaixe	189 (2,1%)	46 (2,6%)	5 (13,1%)	2 (5,1%)	5 (8,3%)	6 (7,2%)
Outras	189 (2,1%)	46 (2,6%)	0	0	1 (1,6%)	0

Fonte: Banco de dados do PMAQ-CEO (1º ciclo)

4 DISCUSSÃO

Os CEO avaliados apresentaram abrangência apenas municipal, cuja orientação territorial para implantação deve obedecer preferencialmente à legislação estabelecida pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) (COSTA, 2017). Considerando que os CEO tipo II tem capacidade para atender população referenciada de 130.000 habitantes (MELLO, 2014), é interessante observar que a quantidade igual de serviços em municípios de grande porte, como Ribeirão Preto (população: 694.534 habitantes), e em municípios de médio porte, como Guaíra (população: 39.714 habitantes) evidencia uma incompreensão quanto aos critérios utilizados para a implantação do serviço, ainda que não haja dados precisos da população que depende do SUS para a atenção à saúde bucal em nível secundário nesta região. De acordo com GOES et al. (2012), poucos CEO se baseiam em estudos epidemiológicos para sua implantação, culminando em serviços que não atendem à real necessidade de saúde da população, o que reforça a importância de se definir novos padrões de implantação e monitoramento.

O acesso aos serviços por meio da demanda referenciada (55%) corresponde a um mecanismo mais eficiente de controle organizacional e garantia de qualidade. Contudo, o percentual de atendimento por demanda espontânea do DRS XV (22%) consideravelmente superior comparado aos outros DRS avaliados pode ser um reflexo do reduzido acesso aos serviços de atenção primária, da busca por tratamento apenas quando há dor (SALIBA et al., 2013) e de usuários com maior suscetibilidade a não realização da contra referência (SOUZA et al., 2015). É importante destacar que a organização de um adequado sistema de referência à atenção especializada ainda representa um grande desafio a ser enfrentado e constitui-se como fator decisivo para a contribuição da integralidade na atenção em saúde bucal (LINHARES et al., 2014; SOUZA et al., 2015).

Quanto à marcação dos pacientes, o predomínio da opção “Paciente recebe encaminhamento e dirige-se ao CEO” (87%) reforça o papel do profissional da atenção primária como elemento desencadeador na determinação da referência e na organização do cuidado (FIGUEIREDO, 2008; LINO et al., 2014). Cada nível de atenção à saúde tem um papel complementar na construção da integralidade e a interação entre os níveis é caracterizada pela interdependência: Enquanto a Atenção Primária em Saúde (APS) é responsável pela realização de atividades de avaliação e encaminhamento das necessidades, cabe ao CEO dar continuidade ao trabalho realizado por meio da execução de procedimentos clínicos especializados (SOUZA, et al., 2015;).

Por isso, a organização da rede de atenção à saúde bucal depende não só da prestação de serviços nos diversos pontos, mas também da cooperação e articulação entre estes (GODOI et al., 2014). Observou-se que 74% das equipes avaliadas realizaram ações de matriciamento e/ou apoio para as Equipes de Saúde Bucal (ESB) da APS, tais como discussão de casos clínicos (67%), pactuação de critérios para referenciamento (65%) e ações clínicas compartilhadas (54%), o que corrobora para a consolidação e fortalecimento da APS através da reorientação das ações de saúde bucal (MELLO et al., 2014). Deve-se destacar também que a definição de protocolos pactuados observada para as especialidades mínimas (65%) pode ter se beneficiado da participação dos cirurgiões-dentistas nas atividades de planejamento (51%), através da construção coletiva de

protocolos que atendam as necessidades dos profissionais, gestão e usuários (ALMEIDA et al., 2016) e contribuem para a integração entre os profissionais do CEO com os das ESB da APS.

É pertinente pontuar que estudos anteriores observaram uma parcela da demanda assistencial encaminhada à atenção secundária e/ou terciária provocada pela baixa resolutividade na APS, com a chegada de usuários ao CEO sem a devida adequação do meio bucal e/ou sem indicação para tratamento especializado (LAROQUE et al., 2015), o que gera uma pressão da demanda, congestionamento dos serviços de média e alta complexidade, comprometimento de todo o trabalho e exclusão de pessoas que já estão à margem da sociedade (AZEVEDO; COSTA, 2010). No presente estudo, os pacientes avaliados afirmaram esperar menos de 1 mês para iniciar o tratamento (73%) e referiram ser atendidos com hora marcada (59%), aspectos que corroboram para a efetivação da rede de atenção à saúde bucal e que, além de serem considerados para analisar a organização da atenção primária e secundária, também são importantes indicadores de satisfação do usuário com os serviços (AZEVEDO; COSTA, 2010).

O conceito de qualidade nos serviços de saúde e a sua relação com a necessidade de detectar em que medida as expectativas do usuário estão sendo atendidas foi evidenciada por estudos anteriores (DONABEDIAN, 1988; SILVA et al., 2017) e verificada em 62% dos serviços nesta região, através da utilização de mecanismos de avaliação da satisfação do usuário. Considerar as percepções dos pacientes no processo de avaliação da qualidade de assistência à saúde para o ajuste do serviço à demanda é vital e tão indispensável quanto à avaliação do desempenho e da administração dos sistemas de cuidados de saúde (BOSI; UCHIMURA, 2007). Além disso, estabelecer mecanismos de comunicação com o usuário, ação referida por 84% das equipes, pode favorecer o fluxo de pacientes nos serviços e evitar ausências por falha na comunicação, inclusão de pessoas que não tinham sido referenciadas ou mesmo duplicação da marcação de usuários (VASQUEZ et al., 2014).

Verificou-se que 40% dos serviços classificaram o percentual do absenteísmo como igual ou inferior a 25%, em concordância com os achados de SILVEIRA et al. (2018) e TRISTÃO et al. (2016), que, também utilizando banco de dados secundários, avaliaram os serviços de APS nos municípios de Pelotas (RS) e Vila Velha (ES), respectivamente. O absenteísmo leva a perda da consulta para outros usuários, acarreta prejuízo financeiro e mercadológico, compromete a imagem da instituição perante a sociedade e aumenta as filas de espera (SALIBA et al., 2013) Um estudo exploratório-descritivo realizado em Sobral (CE) observou que barreiras geográficas, financeiras e organizacionais dificultaram a acessibilidade e melhores taxas de utilização dos serviços oferecidos (PINTO et al., 2014). Sendo assim, conhecer os itinerários percorridos pelos usuários dentro do sistema (SERRA; RODRIGUES, 2010) e refletir sobre a importância de promover a oportunidade de utilização dos serviços pode conduzir a um maior acesso e resolutividade dos serviços (PINTO et al., 2014).

A maior porcentagem de absenteísmo foi para a especialidade de endodontia (27%), podendo estar associado ao fato de que este tratamento muitas vezes exige múltiplas seções, em virtude da complexidade do sistema de canais radiculares dos molares, geralmente os dentes mais acometidos (PEREIRA et al., 2018) e também por configurar quadros clínicos que podem envolver dor, edema, fístula, comprometimento periodontal, e imagem radiográfica de anormalidade

periapical (MANFREDI et al., 2016). Este cenário tende a exigir deslocamentos frequentes e geram gastos para o paciente. É importante pontuar que a presença de recursos tecnológicos, como os localizadores apicais (28%) e as limas rotatórias de níquel-titânio (43%) poderia ser ampliada nos serviços avaliados para possibilitar a realização de tratamentos em um período de tempo mais curto (SCHWENDICKE et al., 2016), com melhor relação custo benefício e maior eficiência e qualidade dos serviços (MAGALHÃES, 2017).

Os resultados deste estudo apontaram que 46% das equipes realizaram a autoavaliação nos últimos 6 meses, mas apenas 21% a consideraram para o planejamento, indicando uma ação pouco reflexiva, que dificulta a institucionalização dos projetos elaborados e falha no exercício de autoanálise e identificação dos problemas (FRANCO et al., 2011). Embora a realização do monitoramento das metas observado (81%) seja superior aos resultados estadual (78%) e nacional (70%), é preciso destacar a importância de que esta ação esteja articulada a uma cultura organizacional que tenha a avaliação como atividade intrínseca e inseparável do planejamento e da gestão (LUCENA et al., 2019).

A verificação de que 28% dos serviços avaliados não possuem gerentes alerta para a necessidade de reforçar o papel fundamental do gestor para as organizações de saúde frente os desafios gerados pela complexidade deste setor e as exigências por qualidade nos serviços prestados à população (FRANCO et al., 2011). Um estudo quantitativo que utilizou o banco de dados do primeiro ciclo do PMAQ-CEO identificou a associação da presença de gerente com formação complementar em gestão pública ou saúde coletiva a um aumento das atividades de planejamento no CEO (LUCENA et al., 2019), no que as atividades de educação permanente poderiam oferecer sua contribuição.

Quanto a este aspecto, observou-se a presença de 59% dos CEO cujas ações de educação permanente são disponibilizadas pelos municípios, o que parece evidenciar o acesso dos profissionais inseridos nestes serviços a uma filosofia de reflexão e crítica sobre os processos de trabalho (GARCIA; BAPTISTA, 2007). De acordo com a Constituição Brasileira, em seu artigo 200, é dever do estado ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988). Dessa forma, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, implementada através da portaria 198-GM em 2004, funciona como uma proposta político-pedagógica que busca favorecer a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (MENDONÇA; NUNES, 2011; BRASIL, 2004b; GARCIA; BAPTISTA, 2007).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Predominaram os CEO tipo II, de abrangência apenas municipal, inseridos numa mesma proporção em municípios que apresentam grandes divergências quanto ao contingente populacional, evidenciando a necessidade de uma definição mais precisa para a implantação dos serviços.
- A organização da rede de atenção em saúde bucal na região pode ser favorecida pelo acesso aos serviços por demanda referenciada e pela interação entre as equipes do CEO e da APS através de ações de apoio e/ou matriciamento. No entanto, observou-se a necessidade das equipes dos CEO considerarem os desafios apontados a partir da autoavaliação para o planejamento das ações e integrar o monitoramento das metas a uma organização que tenha a avaliação como atividade intrínseca e inseparável da gestão.
- Os usuários dos serviços relataram esperar menos de um mês para iniciar o tratamento e são atendidos com hora marcada, o que corrobora com a efetivação da rede de atenção em saúde bucal.

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>.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS DE CALÇADOS. Polos produtores 2008. Disponível em: <<http://www.abicalcados.com.br/polos-produtores.html&est=3>>.
- AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. The narrow entrance door of Brazil's National Health System (SUS): An evaluation of accessibility in the Family Health Strategy. **Interface (Botucatu)** [online], Botucatu, vol. 14, no. 35, pag. 797-810, out./dez. 2010. <https://www.scielo.br/pdf/icse/v14n35/3010.pdf>.
- BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Evaluation of quality or qualitative evaluation of health care? **Rev. Saúde Pública** [online], São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-3, Fev. 2007. <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/21.pdf>.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. 498 p. https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf.
- 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/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>.
- 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>.
- 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>.
- FIGUEIREDO, N. Centros de Especialidades Odontológicas – CEO: Um estudo linha de base para a avaliação e monitoramento dos serviços. Tese - Universidade de Pernambuco, Camaragipe, 2008.
- FRANCO, C. A.; SANTOS, S. A.; SALGADO, M. F. In: PESSÔA, L. R.; SANTOS, E. H. A.; TORRES, K. R. B. (orgs.) Manual do Gerente: Desafios da média gerência na saúde. Rio de Janeiro, Brasil: Escola Nacional da Saúde Pública Sergio Arouca; 2011. http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_51893713.pdf.
- FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. Caracterização da assistência oncológica nas redes regionais de atenção à saúde no estado de São Paulo. RRAS 13 – DRS Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto. São Paulo, SP, 2014. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques/boletim_assist_oncol_rras_13.pdf>.
- GARCIA, R. M.; BAPTISTA, R. Distance education for the qualification of SUS professionals: perspectives and challenges, **Rev. baiana de saúde pública**, v. 31, (supl. 1), pag. 70-78, Jun. 2007. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-478485>.
- GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F.; CAETANO, J. C. An oral health care network organized by large municipalities in Santa Catarina State, Brazil, **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 318-332, Fev. 2014. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0318.pdf>.

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>.

JUNQUEIRA, V. H. Educação, trabalho e ideologia: Análise da relação do agronegócio e educação na região de Ribeirão Preto – SP. 2014. 212p. Dissertação - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014. <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/2746?show=full>.

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>.

LINHARES, P. H. A.; LIRA, G. V.; ALBUQUERQUE, I. M. N. Assessment of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care in the state of Ceará, **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 195-208, Oct. 2014. <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0195.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>.

LUCENA, E. H. G. LUCENA, C. D. R.; GOES, P. S. A.; SOUSA, M. 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>.

MAGALHÃES, M. B. P. Referência e contrarreferência na especialidade de endodontia em um centro de especialidades odontológicas. 2017. 73p. Dissertação - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-ATXK6W/1/dissertacao_final_beatriz_12_07_2017.pdf.

MANFREDI, M.; FIGINI, L.; GAGLIANI, M.; LODI, G. Single versus multiple visits for endodontic treatment of permanent teeth, **Cochrane Database Syst Rev.**, Dec. 2016. DOI: 10.1002/14651858.CD005296.pub3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6463951/pdf/CD005296.pdf>.

MELLO, A. L. S. F.; ANDRADE, S. R.; MOYSÉS, S. J.; ERDMANN, A. L. Oral health care in the health network and the regionalization process, **Ciênc. saúde coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, pag. 205-214, Jan. 2014. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00205.pdf>.

MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. Needs and difficulties of tutors and facilitators in implementing a continuing health education policy in a large municipality in Paraná, **Interface (Botucatu)**, [online]. Botucatu, v. 15, n. 38, p. 871-82, jul./set. 2011. <https://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/20.pdf>.

MOREIRA, I. S. **O conselho municipal de assistência social de São José do Rio Preto – SP: Sua inserção na política de assistência social no município.** 2001. 149p. Dissertação - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista, Franca, 2001. https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/98548/moreira_is_me_fran.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

PEREIRA, T. M.; BORGES, A. H.; COSTA, L. M. A. S.; OLIVEIRA, D.; VOLPATO, L. E. R. Produção endodôntica no atendimento público odontológico do Centro-Oeste do Brasil. **Rev. ABENO**, v. 18, n. 2, p. 55-61, May 2018. <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/550/397>.

PIANA, M.C. **Análise da atuação do conselho tutelar frente à evasão escolar de adolescentes no município de Barretos/SP.** 2003. 115p. Dissertação - Faculdade de História, Direito e Serviço

Social, Universidade Estadual Paulista, Franca (SP), 2003. https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/98632/piana_mc_me_fran.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. The National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care: faces of an innovative policy, **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe., pag. 358-372, Oct. 2014. <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0358.pdf>.

SALIBA, N. A.; NAYME, J. G. R.; MOIMAZ, S. A. S.; CECILIO, L. P. P.; GARBIN, C. A. S. Organization of the demand for a Centre of Dental Specialties, **Rev. odontol. UNESP**, v. 42, n. 5., p. 317-323, sept./oct. 2013. <https://www.scielo.br/pdf/rounosp/v42n5/01.pdf>.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual da Saúde. Diário Oficial do Estado. Decreto nº. 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Cria uma unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde. São Paulo, SP, 2006. <https://www.al.sp.gov.br/norma/69432>.

SCHWENDICKE, F.; GÖSTEMEYER, G. Cost-effectiveness of single versus multistep root canal treatment, **J Endod**, v. 42, n. 10, p. 1446-1452, Oct. 2016. [https://www.jendodon.com/article/S0099-2399\(16\)30368-5/fulltext](https://www.jendodon.com/article/S0099-2399(16)30368-5/fulltext).

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>.

SILVA, R. A. R.; TORRES, G. V.; DANTAS, S. C.; NELSON, A. R. C.; DUARTE, F. H. S.; COSTA, D. A. R. S. Health care for people with HIV: Evaluation of users, **J.res.: fundam. care**. [online], v. 9, n. 1, p. 21-27, jan.;mar. 2017. https://www.redalyc.org/pdf/5057/505754108004_5.pdf.

SILVEIRA, G. S.; FERREIRA, P. R.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. C. V. Prevalence of absenteeism in medical appointments in a basic health unit in the south of Brazil, **Rev. bras. med. fam. comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-7, jan./dez. 2018. <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1836/954>.

SOUZA, G. C.; LOPES, M. L. D. S.; RONCALLI, A. G.; MEDEIROS-JUNIOR, A.; CLARA-COSTA, I. C. 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>.

TRISTÃO, F. I.; LIMA, R. C. D.; LIMA, E. F. A.; ANDRADE, M. A. C. Accessibility and use in primary health care: reflections about user's abseteeism. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, ES. v. 18, n. 1, p. 54-61. jan./mar. 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/d389/4a9d0085562f699d3fc55436d20603b37294.pdf>.

VAZQUEZ, F. L.; GUERRA, L. M.; VITOR, E. S. A.; AMBROSANO, G. M. B.; MIALHE, F. L.; PEREIRA, A. C. 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>.

