

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CENTRO COLABORADOR EM VIGILÂNCIA DA SAÚDE BUCAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil

um olhar quali e quanti
sobre os Centro de
Especialidade Odontológicas
(CEO) no Brasil

2016 MINISTÉRIO DA SAÚDE



ESTA OBRA É DISPONIBILIZADA NOS TERMOS DA LICENÇA CREATIVE COMMONS CREATIVE COMMONS - ATRIBUIÇÃO - NÃO COMERCIAL - COMPARTILHA IGUAL 4.0 INTERNACIONAL. É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Tiragem: 1ª edição - 2016 - 500 exemplares

Suporte técnico, operacional e financeiro:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, Quadra 2, lotes 5/6,
Edifício Premium -Bloco II, subsolo CEP:
70070-600 - Brasília/DF
Tel: (61) 3315-9067 / 3315-9056
Site: dab.saude.gov.br
E-mail: dab@saude.gov.br

Organizadores

Nilcema Figueiredo
Paulo Sávio Angeiras de Goes
Petrônio José de Lima Martelli

Autores dos capítulos

Ana Carla Freitas Fonseca
André Filipe Ribeiro Severo
Andrea Neiva da Silva
Bianca Marques Santiago
Christian Mendes Alcântara
Carlos Botazzo
Conceição de Maria Probo de Alencar Batista
Danielle Tupinambá Emmi
Dorival Pedroso da Silva
Edson Hilan Gomes de Lucena
Elisa Miranda Costa
Elizabeth Cristina Fagundes de Souza
Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz
Fernanda Campos de Almeida Carrer

Fernando José Herkratz
Fernando Rocha Lucena Lopes
Francisco de Assis da Silva Santos
Gabriela de Figueiredo Meira
Hélder Freire Pacheco
Idiana Rita Luvison
Janete Maria Rebelo Vieira
João Henrique Lara do Amaral
José Eudes de Lorena Sobrinho
José Ivo dos Santos Pedrosa
Lívia Guimarães Zina
Maiara Mundstock Jahnke
Márcia Helena Baldani Pinto
Marcos Alex Mendes da Silva
Marcos Azeredo Furquim Werneck
Maria Augusta Bessa Rebelo
Maria de Fátima Nunes
Maria Ercília de Araújo
Maria Goretti Queiroz
Mariana Gabriel
Mariana Loch dos Reis
Mario Vianna Vettore
Maristela Cayetano
Mary Anne de Souza Alves França
Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu
Mitsue Fujimaki
Nelson Fillice Barros
Nilcema Figueiredo
Otaclio Batista de Sousa Néttó
Patrícia Viana Franklin Forte
Paulo Sávio Angeiras de Goes

Pedro Henrique Duarte França de Castro
Petrônio José de Lima Martelli
Polyana Oliveira Marinho
Rafael Gomes Ditterich
Rafiza Félix Marão Martins
Raquel Sano Suga Terada
Regina Fátima Feio Barroso
Sônia Cristina Lima Chaves
Tiago Feitosa de Oliveira
Wilton Wilney Nascimento Padilha

Editor Técnico

Iara Lima

Supervisão Editorial:

Marcelo Negromonte

Projeto Gráfico e Diagramação:

Eduardo Ramalho
Késsia de Souza
Vitrola Banana Estúdio Criativo

Revisão

Iara Lima

Os quadros e figuras constantes na obra, quando não indicados por fontes externas, são de autoria própria

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Catálogo na fonte:

Bibliotecária Lilliane Campos Gonzaga de Noronha, CRB4-1702

C183 Os caminhos da saúde bucal no Brasil : um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil [recurso eletrônico] / organizadores : Nilcema Figueiredo, Paulo Sávio Angeiras de Goes, Petrônio José de Lima Martelli. - Recife : Editora UFPE, 2016.

Parceria do Ministério da Saúde com a Universidade Federal de Pernambuco.
Inclui referências.
ISBN 978-85-415-0843-8 (online)

1. Saúde bucal - Brasil. 2. Odontologia - Brasil. I. Figueiredo, Nilcema (Org.). II. Goes, Paulo Sávio Angeiras de. (Org.). III. Martelli, Petrônio José de Lima. (Org.)

6176

CDD (23. ed)

UFPE (BC2016-091)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CENTRO COLABORADOR EM VIGILÂNCIA DA SAÚDE BUCAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

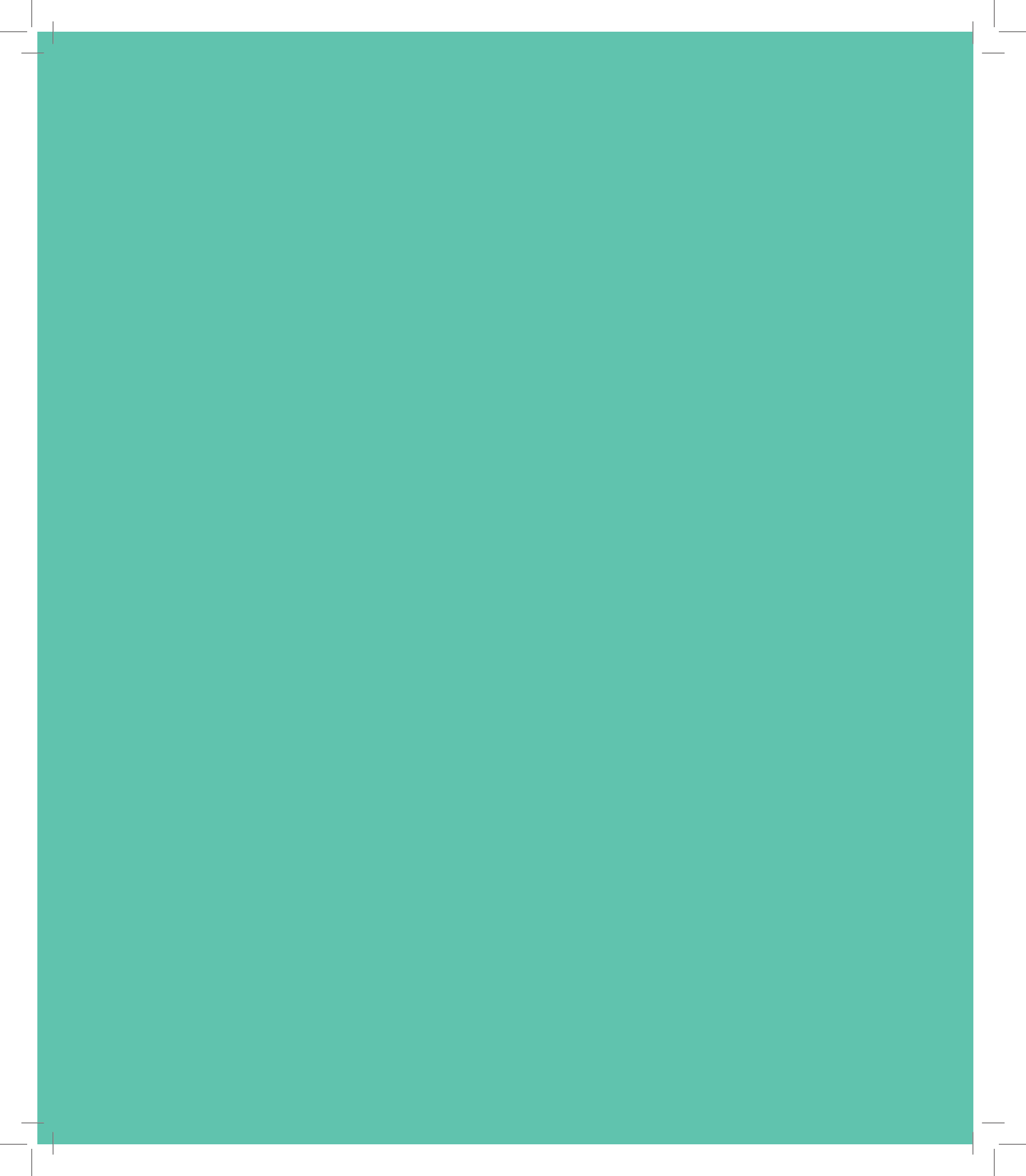
Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil

um olhar quali e quanti
sobre os Centro de
Especialidade Odontológicas
(CEO) no Brasil

NILCEMA FIGUEIREDO
PAULO SÁVIO ANGEIRAS DE GOES
PETRÔNIO MARTELLI

(ORGANIZADORES)

RECIFE, PE
2016



Sumário

	Agradecimentos	9
	Introdução	11
Estrutura 15	1. ANÁLISE DA AMBIÊNCIA ESTRUTURAL DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO BRASIL	16
	2. IMPLANTAÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE BUCAL NO BRASIL	27
	3. ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL: DISTRIBUIÇÃO DA OFERTA E SUA INFLUÊNCIA NA ACESSIBILIDADE E EQUIDADE	37
	4. A UNIVERSIDADE, O CEO E O PMAQ-CEO	49
	5. CHEGADAS E PARTIDAS DE TERRITÓRIOS SUBJETIVOS EM TOM CARMIM-ENCARNADO. A SAGA DOS CEO AVALIADOS! UMA QUASE AUTO-ETNOGRAFIA.	63
Profissionais e Gestão 75	6. PARTIDOS POLÍTICOS E DIFERENTES MODELOS DE GERÊNCIA DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO BRASIL.	74
	7. PERSPECTIVAS DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE E O PMAQ-CEO: CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE	87
	8. A IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES DE GESTÃO NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NOS CEO	100
	9. A FORMAÇÃO E A REGULAÇÃO DO TRABALHO DE RECURSOS HUMANOS PARA O CEO: UM OLHAR CRÍTICO A PARTIR DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO	139
	10. INTERFACE ATENÇÃO BÁSICA E CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS. QUE PONTES EXISTEM AQUI?	154
	11. O CARÁTER TRANSFORMADOR DO PMAQ-CEO E O AVALIADOR EXTERNO: REVELAÇÕES, POSSIBILIDADES E APRENDIZADOS	167
Serviços 171	12. PRÁTICAS DE CUIDADO NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO)	182
	13. AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO: REFLETINDO ACERCA DOS INDICADORES DE ACESSO E QUALIDADE	206
	14. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL - O PAPEL DO CEO	221
Usuário 235	15. O AVALIADOR EXTERNO E O USUÁRIO DO CEO: NARRATIVA DE EXPERIÊNCIA DURANTE O CICLO I DO PMAQ-CEO	236
	Referência	254

Agradecimentos

Qual o tamanho do agradecimento a dar a homens e mulheres que despendem tempo e zelo a causas de construção coletiva como o Sistema Único de Saúde (SUS)? Para nós, que estivemos a frente da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), é uma enorme satisfação poder no momento que concluímos este trabalho prestar uma homenagem a todos os atores que estiveram envolvidos neste processo.

Inicialmente agradecer a Coordenação Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, na pessoa do seu coordenador Prof.Dr. Gilberto Pucca Júnior e toda sua equipe técnica, que sempre apoiou as iniciativas do nosso grupo de pesquisa para avaliar políticas, programas e serviços de saúde bucal em busca de melhorias políticas públicas de saúde para os usuários do sistema.

O desejo inicial é nominar um a um; citarei alguns representando o conjunto, aos nossos colegas que dividiram conosco a coordenação geral deste processo; os Professores Nilcema Figueiredo e Petrônio Martelli, ambos da UFPE, que dividiram comigo a coordenação geral local desta avaliação; nossos auxiliares diretos, Marcelo Negromonte (Gestão de Projetos) e Maria José Alves (Secretaria Executiva); os nossos coordenadores macro-regionais Marcos Werneck (UFMG); Maria Augusta Rebelo (UFAM); Maria Ercília Araújo (USP); Wilton Padilha (UFPB) e Idiana Luvison (GHC) e ao Edson Hilan de Lucena (MS), que junto com o time da UFPE tornaram possível tocar este projeto no âmbito nacional; nossos coordenadores estaduais e nossos avaliadores. A todos nosso maior agradecimento pelo comprometimento com o trabalho de uma qualidade exemplar.

Mas todo este esforço de articulação produzido para lançar um olhar externo para os CEOs não teria sido concretizado se não tivéssemos apoio daqueles que também constroem o SUS, que permitiram ser

avaliados, abriram as suas portas, se disponibilizaram para responder perguntas e poder refletir junto conosco sobre suas práticas. Nosso forte agradecimento aos Coordenadores Estaduais e Municipais de Saúde Bucal que apoiaram o êxito do PMAQ-CEO.

Por fim, essencialmente agradecer aos usuários dos CEOs que ao expressar a suas (in)satisfações com esses serviços, balizam a vontade política de provê-los com as expectativas de quem os utilizam para cuidar e/ou reparar sua saúde. Que este esforço sirva sobretudo para produzir serviços de melhor qualidade para a população.

Estamos convencidos que esforços como este que passamos a detalhar, fortalece não apenas as políticas públicas de saúde bucal, mas também a formação de ciência engajada na solução dos problemas de saúde bucal que pode ser explorada por jovens pesquisadores em busca de solução para estes problemas. A todos nosso muito obrigado!

Introdução

O presente Livro tem como objetivo apresentar os resultados de um esforço coletivo de um processo de investigação da qualificação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) como parte fundamental na construção do componente de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde.

Esta proposta, que estamos levando aos profissionais de saúde, foi conduzida pela Coordenação Geral de Saúde Bucal do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Foi o resultado do trabalho de profissionais dos Serviços e da Universidade Pública que se lançaram a este desafio como uma referência inicial às equipes de saúde nos diversos Centros de Especialidades Odontológicas e diferentes pontos do País.

Surgiu num momento em que os serviços de saúde bucal necessitavam se reestruturar segundo os princípios do SUS e assumir uma nova postura diante da população, responsabilizando-se pelo enfrentamento dos problemas existentes.

Um momento, também, em que, para operar esta transformação, foi necessário romper com antigas formas de trabalhar e de lidar com o processo saúde-doença na sociedade e da necessidade de instrumentalizar equipes e profissionais para a consolidação dessas

mudanças. Fundamentalmente, no que se refere, a implantação da média complexidade em saúde bucal. Nível de atenção à saúde até então, praticamente inexistente nos serviços públicos de saúde.

Busca-se, neste documento, trazer informações sobre uma espécie de fotografia qualitativa dos serviços de referência para a atenção básica em saúde bucal.

Cabe o registro. O planejamento e a posterior implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas trouxe consigo uma grande novidade na política pública de saúde.

Em que pese a prática, que deve ser ofertada pelos Centros de Especialidades Odontológicas, ser muito conhecida da odontologia clínica, colocar esse modelo, que até então, era eminentemente privado, na lógica da atenção pública e universal das ações e serviços do Sistema Único de Saúde constitui um novo modelo de prática na saúde bucal brasileira. A implantação dos CEO (s) introduziu a integralidade em saúde bucal como um direito inalienável de cidadania.

Os Centros de Especialidades Odontológicas impactaram desta forma, o modelo de atenção em saúde bucal no Brasil, e conseqüentemente, gerou transformações que há muito se esperavam nas linhas de cuidado em saúde bucal.

Reforço que os Centros de Especialidades Odontológicas significam a expansão do conceito de atenção básica, e o conseqüente aumento da oferta de diversidade de procedimentos que se fazem necessários para aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção.

Ressalto como absolutamente estratégico; não basta implantar Centros de Especialidades Odontológicas. É imprescindível que estes serviços materializem-se, por uma lado, como referência à atenção básica em saúde, e por outro, como articuladores da atenção terciária em saúde bucal no SUS. Isto é rede de atenção.

Os gestores devem superar a grande tentação de se implantar CEO (s) desarticulados com os níveis primários e terciários.

Se assim for, os CEO (s) deixam de cumprir uma de suas funções mais estratégicas, que foram inclusive, motivadoras de quando planejamos o que viria a ser estes serviços. Que é a construção integrada e articulada da saúde bucal enquanto indutora também de organização dos serviços públicos de saúde.

Além do que, se os CEO(s) não estiverem perfeitamente articulados como serviços de referência e contra referência em quase nada contribuirão para o necessário impacto epidemiológico que se espera, além claro, da oferta de serviços assistenciais.

Penso que a implantação da média complexidade em saúde bucal no sistema Público de Saúde, está corrigindo uma grande injustiça que até então existia nos modelos de atenção a saúde bucal públicos.

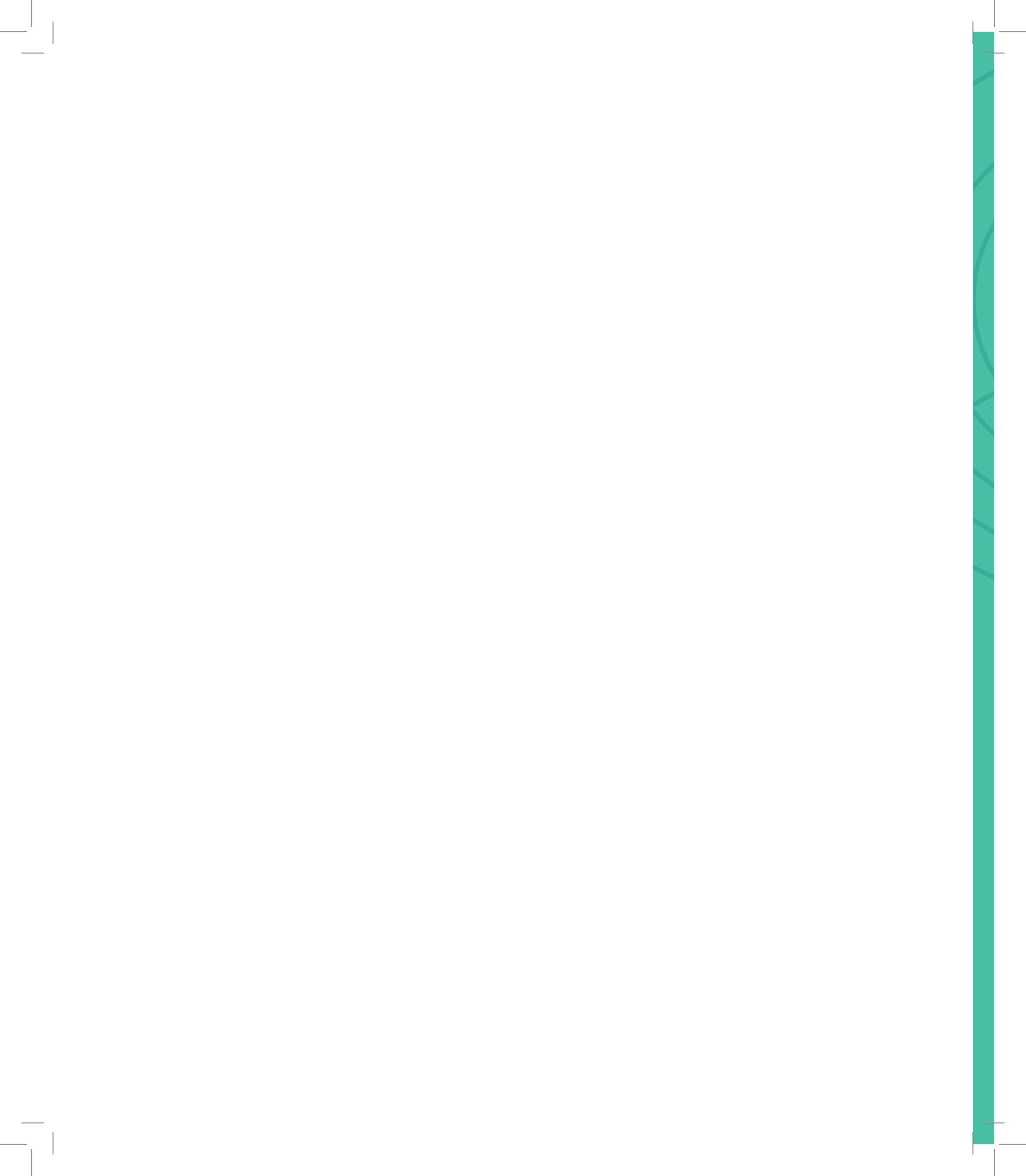
Historicamente a saúde bucal era ofertada quase que exclusivamente na atenção básica, deixando a iniciativa privada a oferta dos serviços de média complexidade.

Considero que a implantação do Brasil sorridente que trouxe consigo o acesso aos níveis secundários e terciários de saúde bucal conformam um modelo exemplar de integralidade e vitalidade do Sistema Único de Saúde.

Além dos benefícios assistenciais óbvios que estão ocorrendo no aumento de acesso a atenção em saúde bucal, o Brasil sorridente constituído de todas as suas frentes, que inclusive envolvem ações de mais de uma dezena de Ministérios está ajudando a formatar e fortalecer o Sistema Único de Saúde. É a primeira que o Brasil dispõe de uma política de saúde bucal integrada a todos os princípios do SUS.

Vida longa ao Brasil Sorridente.

GILBERTO ALFREDO PUCCA,
Diretor do Departamento de
Vigilância em Saúde Ambiental
e Saúde do Trabalhador da
Secretaria de Vigilância em
Saúde do Ministério da Saúde





Estrutura

parte 1

Análise da ambiência estrutural dos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil

*Danielle Tupinambá Emmi
Gabriela de Figueiredo Meira
Maria Augusta Bessa Rebelo
Petrônio José de Lima Martelli
Regina Fátima Feio Barroso*

INTRODUÇÃO

A qualidade dos serviços e o acesso a estes continuam sendo um desafio na elaboração e na operacionalização das políticas públicas estabelecidas. Para Donabedian (1988), investigar a tríade: estrutura, processo e resultado é essencial para a avaliação da qualidade em saúde.

Neste contexto, a estrutura representa um dos componentes para avaliação de serviços de saúde, uma vez que estruturas adequadas favorecem a oferta de serviços com qualidade e suas características contribuem para o desenvolvimento dos processos de cuidado, influenciando seus consequentes resultados. Assim, investigar a estrutura consiste identificar a disponibilidade de recursos e atributos materiais e organizacionais para execução dos serviços.

Segundo Amorim et al. (2013), o aspecto físico dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) está intimamente vinculado à funcionalidade. Aspectos relacionados à arquitetura, engenharia, organização, administração e manutenção são meios que, juntamente com os profissionais de saúde, têm como finalidade viabilizar a proteção, promoção e a recuperação da saúde, enfatizando que o ambiente físico dos EAS tem impacto significativo sobre a saúde e a segurança dos usuários.

Os padrões previstos para a estruturação dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) estão estabelecidos na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 50/2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre a regulamentação técnica para planejamento, programação e avaliação de projetos físicos dos EAS. Os espaços sugeridos devem ser adequados à realidade local, à especificidade dos serviços oferecidos e ao quantitativo da população que os utilizará. No entanto, o objetivo desta Resolução não

é a padronização das estruturas físicas das unidades de saúde, mas orientar profissionais e gestores no planejamento, programação e elaboração de projetos para construção, reforma, ampliação ou até mesmo, na escolha de imóveis para aluguel visando o funcionamento dos estabelecimentos assistenciais à saúde.

Além da orientação arquitetônica prevista na RDC nº 50/2002, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) contam com padronização visual prevista no Manual de Adequação Visual dos CEO estabelecido pelo Ministério da Saúde, uma marca forte, simples e ricamente simbólica, garantindo uma identidade consistente e facilmente reconhecível à Política de Saúde Bucal Brasil Sorridente.

Os Centros de Especialidades Odontológicas caracterizados como serviços de saúde de atenção secundária também necessitam ser avaliados com o objetivo da melhoria contínua da qualidade do serviço. Dessa forma, o presente capítulo apresenta uma análise quali-quantitativa realizada a partir da avaliação externa dos CEO nos municípios brasileiros com base na análise da estrutura sob o ponto de vista de avaliadores e coordenadores em relatos de diários de campo e relatórios estaduais, bem como dados quantitativos coletados pela observação e registro dos avaliadores.

Para análise dos diários de campo e relatórios estaduais foi utilizado o método qualitativo por este permitir maior riqueza de detalhes originado da narrativa dos depoimentos. Os relatos foram examinados utilizando-se a análise de conteúdo temática, onde os assuntos abordados foram classificados por categorias, o que denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso. Assim, após a leitura dos diários de campo e relatórios estaduais, identificou-se como temáticas relacionadas aos aspectos estruturais dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO): estrutura física; instalação dos CEO; disponibilidade e conservação de equipamentos e materiais.

Os discursos dos avaliadores de qualidade e/ou coordenadores estaduais foram transcritos de acordo com cada tema e identificados com numeração sequencial para cada avaliador e/ou coordenador, seguindo a ordem das Regiões: Norte, Sul, Centro Oeste, Nordeste e Sudeste.

As análises descritivas utilizaram-se de dados decorrentes da observação e preenchimento pelo avaliador de qualidade, do Módulo I do instrumento de avaliação externa, que continha os itens referentes a condições de infraestrutura, equipamentos, instrumentais e insumos disponíveis no estabelecimento.

INFRAESTRUTURA PREDIAL E DE INSTALAÇÕES DOS CEO NO BRASIL

Ainda são escassos os estudos relacionados aos aspectos estruturais dos Centros de Especialidades Odontológicas no que se refere à avaliação de qualidade dos atributos de estrutura predial, materiais e organizacionais relacionados à assistência à saúde. Estes estudos, quando presentes, são em sua maioria restritos a municípios da Região Nordeste.

Os dados descritos e oriundos da observação dos avaliadores (Quadro 1) mostram que cerca de 70% dos CEO no Brasil evidenciam características estruturais adequadas, com destaque para as Regiões Sudeste e Sul, onde as deficiências

estruturais e de ambiência são mais escassas. No entanto, alguns pontos são destacados pelos coordenadores estaduais, em que se observa que a adequação da estrutura física ainda é um problema enfrentado por algumas unidades especializadas em diferentes Regiões do Brasil. Isso denota as particularidades inerentes a cada CEO quando avaliados isoladamente. O estudo de Souza (2009) realizado em CEO da Grande Natal (RN) corrobora estes resultados, identificando que os CEO avaliados em Natal apresentam diferenças de ordem estrutural, organizacional, de relações interprofissionais e de acolhimento do paciente.

Quadro 1. Características estruturais e ambiência do CEO, por Região. Brasil, 2014.

CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E AMBIÊNCIA DO CEO

regiões estados	Sala de espera em boas condições de limpeza, lugares suficientes para os usuários, com boa ventilação ou climatização		O piso e as paredes do CEO são de superfícies lisas e laváveis		A acústica do CEO evita ruídos do ambiente externo e interno. Incluindo compressor		Os consultórios do CEO possuem ar-condicionado		Os consultórios do CEO possuem ventilador		Os consultórios do CEO estão em boas condições de uso, limpeza e boa iluminação		Os banheiros estão em boas condições de uso e limpeza	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Norte	40	66,7	45	75,0	46	76,7	59	98,3	-	-	50	83,3	42	70,0
Nordeste	228	63,9	233	65,3	252	70,6	341	95,5	13	3,6	298	83,5	252	70,6
Sudeste	275	81,6	273	81,0	260	77,2	224	66,5	90	26,7	306	90,8	279	82,8
Sul	95	81,9	108	93,1	88	75,9	95	81,9	20	17,2	107	92,2	96	82,8
Centro-oeste	48	77,4	54	87,1	44	71,0	56	90,3	7	11,3	54	87,1	46	74,2
BRASIL	686	73,6	713	76,5	690	74,0	775	83,2	130	13,9	815	87,4	715	76,7

NOTA: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE NOS DADOS OBTIDOS NO 1º CICLO DO PMAQ-CEO
 FONTE: AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

[...] destaco a inadequação da estrutura física de diversos estabelecimentos de saúde onde funcionam os CEO. Desde a fachada, que comporta as mais diversas formas de sinalização externa para os pacientes e que muitas vezes já causa má impressão, mesmo que internamente a estrutura interna esteja em boas condições (fachadas com paredes rachadas, pinturas descascando, etc.). Outro problema detectado na estrutura física é o compartilhamento de ambiente com outras unidades de saúde, sejam elas Policlínicas ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) [...]. (Coord_8)

Há muitos locais em que o prédio onde se localiza o CEO necessita de reforma para oferecer melhores condições de trabalho ao profissional de saúde e de acolhimento aos usuários [...]. (Coord_15)

A entrada do CEO fica na parte interna do prédio, o que dificulta a identificação do CEO pelos usuários [...]. (Aval_3)

Em relação a aspectos relacionados à sala de espera, o Quadro 1 mostra que, principalmente nos CEO das Regiões Nordeste (36,1%), Norte (33,3%) e Centro-Oeste (22,6%), as salas de espera apresentam algumas inadequações, fator também destacado pelos avaliadores de qualidade destas Regiões.

[...] Os pacientes e profissionais relatam que, quando chove muito forte, a recepção do CEO alaga [...]. (Aval_3)

[...] Existe uma mureta que os pacientes também usam como banco [...]. (Aval_2)

A sala de espera é utilizada pelo CEO e outros serviços da Unidade Básica, sem ventiladores ou condicionador de ar [...]. (Aval_4)

[...] A sala de espera é muito quente [...] não é climatizada e há cadeiras quebradas. (Aval_4)

[...] salas de espera muito pequenas [...]. (Coord_14)

Ressalta-se que, nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a climatização dos ambientes é considerada um fator positivo e de melhor conforto para os usuários e profissionais devido estas serem áreas de clima quente. Observa-se então, no Quadro 1, que quase a totalidade dos consultórios odontológicos dos CEO nestas Regiões apresentam ar condicionado em detrimento de apenas 66,5% da Região Sudeste e 81,9% da região Sul, que normalmente apresentam estações do ano mais definidas e clima mais ameno. A ventilação adequada é imprescindível para se manter a salubridade nos ambientes das unidades de saúde, recomendando-se que todos os locais disponham de janelas ou de ventilação indireta adequada, possibilitando a circulação de ar.

Em 74% dos CEO visitados nas diferentes Regiões brasileiras, a acústica evita propagação de ruídos do ambiente interno e externo. Bestetti (2014) menciona que aspectos acústicos do ambiente podem interferir no conforto, sendo indispensável a utilização de revestimentos adequados nas paredes para que estes possibilitem correta absorção das ondas sonoras. Ambientes com muitos ruídos ou ruídos repetitivos interferem no comportamento humano, podendo causar irritação, insegurança e medo.

Consultórios em boa condição de uso, limpeza e boa iluminação são encontrados em 87,4% dos CEO do Brasil. Em algumas unidades odontológicas especializadas os avaliadores constataram número de banheiros insuficientes, consultórios separados por biombos e falta de manutenção estrutural relacionada à pintura de paredes, prevenção de infiltrações e goteiras. Segundo Amorim et al. (2013) há pouca valorização de atividades de manutenção predial preventiva e de rotina nos serviços de saúde, prevalecendo as manutenções corretivas, devido principalmente a pouca destinação de recursos financeiros para tais ações. Assim, quando executadas de forma corretiva acabam gerando maiores custos funcionais e financeiros.

O CEO apresenta algumas de suas instalações físicas com infiltrações de água e culturas de fungos na parede. Dois profissionais relataram problemas respiratórios alegando nexos causais às suas atividades na

condição insalubre (parede e teto). Há goteiras no teto de um dos consultórios onde são utilizados dois baldes para evitar que molhem a sala de atendimento clínico [...] o ralo de esgoto fica sob a cadeira do profissional [...]. (Aval_4)

[...] Instalações com infiltração; das 4 cadeiras odontológicas, somente 2 estavam funcionando [...]. (Aval_3)

[...] alguns CEO tinha muito problema de infiltração, teto caindo, então falta de manutenção na verdade [...]. (Coord_14)

[...] prédio grande, recém-reformado, subutilizado e com grandes infiltrações em uma sala que abriga duas cadeiras odontológicas [...] (Coord_15)

[...] em um CEO o usuário relatou não se sentir à vontade durante o atendimento devido aos consultórios serem separados por biombos. (Coord_9)

[...] O CEO não tem banheiro; o banheiro que os pacientes e funcionários utilizam pertence ao prédio da URES [...]. (Aval_3)

Magalhães et al. (2015), quando avaliaram a qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco, constataram que a maioria dos usuários considerou regular (64,1%) a limpeza dos ambientes de espera e dos consultórios. Entretanto, Lima et al. (2010), ao avaliar a satisfação dos usuários de quatro CEO do município do Recife (PE) em relação às condições de ambiente físico da sala de espera e banheiros, identificaram que a maioria dos entrevistados participantes da pesquisa consideraram como bom (57%) os ambientes de acolhimento, mas apenas 21,3% classificaram como boas as condições estruturais dos banheiros.

Siqueira et al. (2009) ressaltam que um problema identificado com muita frequência nas unidades de saúde diz respeito às instalações sanitárias, que devem ser posicionadas em lugares acessíveis, próximos à circulação, estar sinalizadas devidamente e serem adequadas ao uso de pessoas com dificuldades.

Em se tratando da estrutura predial para instalação das unidades odontológicas especializadas, de acordo com relatos dos avaliadores é comum encontrar os CEO instalados “*provisoriamente*” em imóveis alugados, evidenciando deficiência de instalações em virtude de muitos dos prédios apresentarem estrutura adaptada para uma unidade de saúde, sem, no entanto, haver as orientações mínimas estruturais previstas na RDC nº 50/2002.

Muitos CEO apresentam estrutura física compartilhada com outros estabelecimentos (hospitais, centros de especialidades médicas, unidades básicas de saúde, pronto atendimentos médicos, pronto atendimentos odontológicos) [...]. (Coord_9)

[...] necessidade de adequar as instalações, uma vez que copa/ esterilização/ recepção estão no mesmo espaço. (Aval_1)

[...] o CEO está instalado, desde sua inauguração, em 2006, nesta unidade cedida pelo Estado (considerada provisória) [...]. (Aval_1)

CEO localizado em imóvel alugado, em bom estado de conservação, mas não possui algumas características [...] com necessidades de adaptações [...]. (Aval_5)

[...] os CEO são na maioria das vezes “espaços adaptados” onde há falta de sala de reunião em praticamente todos os CEO, dificultando práticas de gestão participativa. (Coord_9)

[...] o CEO terá que ser transferido para outro local, pois o dono do imóvel requereu o mesmo. (Aval_2)

Em sua pesquisa de avaliação de Centros de Especialidades Odontológicas da Grande Natal (RN), Souza (2009) observou que, dentre os CEO pesquisados, naqueles construídos para funcionarem exclusivamente como Centros de Especialidades Odontológicas predominava melhor estrutura, o conforto do paciente, facilidade na marcação de consulta, facilidade de comunicação com o usuário e facilidade de diálogos entre gestores, profissionais e usuários.

Ramos (2014) em estudo conduzido com Centros de Especialidades Odontológicas da Grande Florianópolis evidenciou alguns prédios velhos, com problemas de manutenção, necessidade de reparos, mobiliários desgastados e equipamentos antigos. Ressaltou que muitos desses problemas, deviam-se à falta de planejamento e à não execução de obras específicas para a adequação das unidades, devido a esses CEO estarem alocados em estruturas prediais já existentes. Entretanto, a maioria dos CEO do seu estudo se apresentaram adequados ao atendimento, com dois deles construídos de forma planejada visando um espaço específico para abrigar a unidade odontológica especializada.

Rocha et al. (2012) mencionam que a ausência de sala de reunião nas unidades de saúde pode dificultar a realização de atividades coletivas com a população e a articulação das práticas de avaliação e planejamento entre os profissionais da unidade, sendo essa estruturação necessária para viabilizar as práticas de vigilância à saúde.

As instalações provisórias e alugadas de alguns CEO mostraram também deficiências relacionadas à biossegurança. Sabe-se da importância de prevenir doenças ocupacionais decorrentes do risco biológico, necessitando para isso que o ambiente de trabalho seja adequado e sejam incorporadas condutas preventivas rotineiramente. De acordo com a Norma Regulamentadora - NR nº 32, que estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde do trabalhador, todo local onde exista possibilidade de exposição a agentes biológicos deve conter lavatório exclusivo para a higienização das mãos.

A RDC nº 50/2002 define as áreas para limpeza e esterilização de materiais em uma unidade de saúde, explicitando a necessidade de um setor de expurgo separado das áreas limpas, que são destinadas para armazenagem e distribuição dos materiais. Esta área física da central de processamento e esterilização deve permitir o estabelecimento de um fluxo contínuo e unidirecional dos instrumentais evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados. No entanto, essas exigências muitas vezes esbarram em limitações estruturais, pouco valorizando a presença de expurgo na unidade, sendo a descontaminação de instrumentais realizada em local inapropriado, interferindo na manutenção da biossegurança.

A lavagem dos materiais contaminados é realizada no próprio consultório, na mesma pia destinada para lavagem de mãos [...]. (Aval_1)

[...] a esterilização de materiais é feita na Unidade de Referência (unidade anexa) o que gera transtorno para o pessoal auxiliar. Além de transportar estes materiais pelas escadas, divide-se o espaço de material odontológico com material ginecológico na esterilização. Não há autoclave em funcionamento no CEO. Duas delas se encontram quebradas na antessala do consultório sob um escovódromo quebrado. (Aval_4)

CONDIÇÕES DE ACESSIBILIDADE FÍSICA PRESENTES NOS CEO DO BRASIL

As barreiras arquitetônicas impostas às pessoas com limitações temporárias, aos idosos e aos portadores de deficiência são formadas por toda e qualquer barreira relacionada às construções urbanas ou às edificações. As barreiras impedem o exercício do mais básico dos direitos de qualquer cidadão, o de deslocar-se livremente. A presença de escadas, degraus altos, banheiros não adaptados constitui parte dos inúmeros exemplos de barreiras arquitetônicas. Muitos estabelecimentos assistenciais de saúde ainda apresentam dificuldades institucionais para dispor de estruturas adequadas aos portadores de deficiências, em decorrência, muitas vezes, da utilização de edificações adaptadas.

A maioria dos CEO encontra-se em locais adaptados, com mínimo de acessibilidade aos pacientes com necessidades especiais [...]. (Coord_12)

[...] o CEO não possui algumas características, principalmente adaptações para Portadores de Necessidades Especiais [...]. (Aval_5)

[...] não há nenhuma adaptação para cadeirante [...]. (Aval_3)

Quadro 2. Acessibilidade física nos CEO, por Região. Brasil, 2014.

CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E AMBIÊNCIA DO CEO

regiões estados	Corredores adaptados para cadeira de rodas?		Portas adaptadas para passar cadeiras de rodas?		Cadeira de rodas, em condições de uso?		Rampa de acesso com corrimão?		"Nenhuma das anteriores".	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Norte	39	65,0	43	71,7	19	31,7	17	28,3	12	20,0
Nordeste	269	75,4	272	76,2	181	50,7	152	42,6	37	10,4
Sudeste	262	77,7	266	78,9	230	68,2	189	56,1	25	7,4
Sul	98	84,5	99	85,3	84	72,4	51	44,0	7	6,0
Centro-oeste	49	79,0	48	77,4	34	54,8	28	45,2	5	8,1
BRASIL	717	76,9	728	78,1	548	58,8	437	46,9	86	9,2

NOTA: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE NOS DADOS OBTIDOS NO 1º CICLO DO PMAQ-CEO
 FONTE: AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

Observa-se no Quadro 2 que, nos Centros de Especialidades Odontológicas visitados no Brasil, ainda há 9,2% deles que apresentam inadequações quanto à acessibilidade, não apresentando os padrões e dispositivos que possam garantir o acesso e o fluxo de usuários de maneira universal. Na Região Norte são encontradas as principais deficiências estruturais relacionadas à acessibilidade. Ressalta-se que, conforme a Norma Brasileira - NBR 9050/1994, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, promover a acessibilidade no ambiente construído é proporcionar condições de mobilidade, com autonomia e segurança. Não se pode esquecer que o Censo de 2010 apontou 23,9% da população brasileira com pelo menos uma das deficiências investigadas (visual, auditiva, motora e mental ou intelectual), e um número ainda mais significativo de outras necessidades especiais, ressaltando a importância de se garantir segurança e conforto, atender à maior gama de variações possíveis das características antropométricas e sensoriais da população, evitando incidentes desagradáveis.

ADEQUAÇÃO VISUAL DOS CEO DO BRASIL DE ACORDO COM O MANUAL DE APLICAÇÃO DA MARCA BRASIL SORRIDENTE

As marcas e padronização visual preveem a identificação de determinado objeto, projeto ou serviço. Expressa, por meio de ícones, os valores e missão do que se está divulgando. É dessa forma que funciona a logomarca do Brasil Sorridente, visando expressar simbolicamente a maior expressão de saúde bucal que uma pessoa pode oferecer: o sorriso. O sorriso estilizado em uma esfera verde, ao mesmo tempo em que representa uma pessoa sorrindo, faz referência à bandeira nacional. O slogan *"A saúde bucal levada a sério"* representa o marco da política de saúde bucal do Brasil. Assim, para manter a integridade e consciência da marca foi 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 qualquer ajustes ou adaptações.

[...] a placa de identificação da fachada estava muito apagada e não foi considerada como em conformidade [...]. (Aval_1)

O Quadro 3 evidencia como os CEO do Brasil estão trabalhando com esta identidade visual. É possível observar que, dentre os recursos de padronização visual, e obedecidas as normatizações previstas no referido Manual, a placa para fachada é a mais frequente (79,4%), seguida da placa de inauguração (75,3%) e placa de identificação dos consultórios (75,2%). Em contrapartida, os móveis para sinalização interna (44,8%) e os jalecos padronizados com a logomarca do Brasil Sorridente (39,1%) são itens subutilizados entre os CEO pesquisados. Observa-se que a Região Norte é que apresenta maior frequência de CEO que atendem à padronização visual relacionada à placas de identificação interna e externa, enquanto a Região Sudeste é a que apresenta maior frequência de CEO em conformidade visual referente às sinalizações internas (móveis e jalecos).

Quadro 3. Adequação visual do CEO em conformidade com o Manual de Aplicação da Marca Brasil Sorridente, por Região. Brasil, 2014.

CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E AMBIÊNCIA DO CEO

regiões estados	Placa de Identificação para fachada		Placa de identificação para recepção		Placa de identificação em todos os consultórios		Placa de inauguração		Móvil para sinalização do Brasil Sorridente		Uso de jaleco pelos profissionais (CD, ASB e TSB)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Norte	53	88,3	46	76,7	49	81,7	45	75,0	28	46,7	21	35,0
Nordeste	280	78,4	228	63,9	258	72,3	258	72,3	130	36,4	131	36,7
Sudeste	275	81,6	247	73,3	263	78,0	260	77,2	180	53,4	152	45,1
Sul	88	75,9	80	69,0	83	71,6	98	84,5	49	42,2	42	36,2
Centro- oeste	47	75,8	43	69,4	48	77,4	41	66,1	31	50,0	18	29,0
BRASIL	743	79,7	644	69,1	701	75,2	702	75,3	418	44,8	364	39,1

NOTA: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE NOS DADOS OBTIDOS NO 1º CICLO DO PMAQ-CEO
FONTE: AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

DISPONIBILIDADE E CONSERVAÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS ENTRE OS CEO NO BRASIL

A disponibilidade adequada de materiais e equipamentos em estabelecimentos assistenciais de saúde são meios que possibilitam a ação dos profissionais ao cumprimento de metas de produção ambulatorial propostas pelo serviço. Os relatos dos avaliadores mostraram que a falta de material de consumo e a ausência de manutenção preventiva ou corretiva em alguns equipamentos causavam transtornos ao atendimento clínico em alguns CEO.

[...] o aparelho de raio-x está em conserto na capital e há duas semanas técnicos estão fazendo a manutenção dos equipamentos devido ao

problema de vazamento no compressor [...] no último mês só estavam realizando atendimentos em pacientes com necessidades especiais. (Aval_3)

Os profissionais reclamam que a falta de materiais de consumo atrapalha o atendimento dos pacientes [...]. (Aval_3)

[...] o grande problema está nos equipamentos que não funcionam adequadamente [...]. (Aval_3)

[...] o CEO [...] não possui protocolo ou material para realizar biópsia, possui laboratório na rede, mas não realiza por falta de material. (Coord_9)

Como podemos ter atendimento em endodontia se não existe na unidade um (aparelho) de Raio-X? Como pode haver atendimento em periodontia se na unidade só havia um jogo de curetas? (Coord_15)

Ramos (2014) menciona que, apesar dos CEO avaliados na Grande Florianópolis apresentarem todos os equipamentos necessários ao funcionamento de uma unidade odontológica especializada, problemas relativos à manutenção desses equipamentos são frequentes, com muitos deles avariados, com defeitos e precisando de reparos. Esses fatores também são ressaltados no estudo de Souza (2009) em CEO avaliados na Grande Natal.

Observa-se no Quadro 4 que nos 12 meses que antecederam a pesquisa, a falta de insumos e instrumentais ou a falta de equipamentos funcionando adequadamente não afetou o atendimento na maioria dos CEO avaliados no Brasil, independente da Região. Esse fator também é ressaltado por Ramos (2014) nos CEO da Grande Natal, considerando que a falta de material é ocasional, não causando prejuízos constantes ao atendimento prestado.

Quadro 4. Motivo de falta de atendimento nos últimos 12 meses, por Região. Brasil, 2014.

NOS ÚLTIMOS 12 MESES DEIXOU DE ATENDER

regiões estados	Por falta de insumos e instrumentais				Por falta de equipamentos funcionando adequadamente			
	sim		não		sim		não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Norte	29	49,2	30	50,8	29	49,2	30	50,8
Nordeste	110	31,0	245	69,0	149	42,0	206	58,0
Sudeste	94	27,9	243	72,1	118	35,0	219	65,0
Sul	29	23,8	93	76,2	37	30,3	85	69,7
Centro-oeste	21	36,8	36	63,2	26	45,6	31	54,4
BRASIL	283	30,4	647	69,6	359	38,6	571	61,4

NOTA: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE NOS DADOS OBTIDOS NO 1º CICLO DO PMAQ-CEO
 FONTE: AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do relevante avanço na oferta de atenção especializada em saúde bucal no Brasil, há ainda que se avançar na melhoria da infraestrutura e na redução de desigualdades regionais. A ambiência estrutural deficitária interfere no processo de trabalho odontológico, gera a interrupção do acesso aos serviços, além de restringir a qualidade dos serviços ofertados. A reversão do quadro de deficiência estrutural, em alguns aspectos, é central para que se possa oferecer uma atenção especializada de excelência, na proposta da oferta de uma saúde bucal adequada às necessidades da população por meio de um sistema público universal de qualidade.

Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas no processo de regionalização da assistência à saúde bucal no Brasil

*Edson Hilan Gomes de Lucena
José Eudes de Lorena Sobrinho
Marcos Azeredo Furquim Werneck
Petrônio José de Lima Martelli
Tiago Feitosa de Oliveira*

INTRODUÇÃO

Segundo a legislação brasileira vigente, devem ser organizadas regiões de saúde intramunicipais, intermunicipais, interestaduais e até mesmo com outros países, com o objetivo de possibilitar que municípios com melhor estrutura venham a oferecer solidariamente, serviços de saúde com maior complexidade para sua população e para a população vizinha; residente em municípios menos estruturados.

Classificados como serviços de média complexidade em saúde bucal, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), na lógica da regionalização, devem estar presentes nas regiões de saúde, em número proporcional à população residente, características territoriais e articulado junto à oferta de procedimentos básicos; compondo uma rede assistencial em saúde bucal.

Nesta perspectiva, este capítulo descreverá a distribuição dos CEO por regiões de saúde do Brasil, identificando vazios assistenciais e visualizando como as regiões de saúde se organizam para o oferecimento da média complexidade em saúde bucal, via CEO.

Verificamos também qual ente governamental se responsabiliza pela criação e gerenciamento dos CEO. Outro olhar será sobre municípios que se consorciaram para oferecer a seus munícipes a assistência em saúde bucal via CEO. O objetivo é identificar, quantificar e analisar este arranjo gerencial enquanto modelo alternativo de provimento de serviços. Os consórcios aqui são entendidos como ferramenta, que possibilita diferentes municípios se associarem para oferta de serviços de saúde para suas populações de forma solidária.

Para tanto, serão utilizados dados obtidos pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) - 1º ciclo, que, no ano de 2014, pesquisou in loco todos os 930 CEO habilitados junto à Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (COSAB/MS). Portanto, trata-se de um estudo censitário sobre os CEO implantados e cadastrados junto a COSAB do MS no ano de 2014 no Brasil.

Explorou-se o banco de dados quantitativos da avaliação externa do 1º ciclo do PMAQ-CEO no seu cadastro e na pergunta direcionada ao gerente do CEO (II.4.1), que busca identificar o vínculo dos profissionais do CEO, mais precisamente sobre o agente contratante dos cirurgiões dentistas (CD) inseridos nos CEO; para localizar os CEO geridos por consórcio. Estes gerentes ou o CD responsável, na ausência; foram entrevistados em ambiente individualizado, permitindo sua livre manifestação de opinião.

Para se obter dados sobre regiões de saúde do Brasil e por estados, foi consultado o banco de dados do Departamento de Articulação Interfederativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (DAI/SGEP/MS).

DESENVOLVIMENTO

A descentralização da gestão do sistema de saúde implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal e estadual para os municípios. Isso ocorre mediante redefinição de funções e responsabilidades entre os níveis de governo, para a gestão do sistema de saúde. Em uma concepção progressista, a descentralização foi entendida como meio de avançar o próprio conceito de democracia, mobilizando novos movimentos locais.

A proposta de descentralização foi incorporada por diferentes tipos de ideários, até porque todos tinham uma base de constituição comum: a crise de um padrão de crescimento baseado na centralidade das ações estatais, em que ocorrem desvios de natureza centralizadora e burocratizante.

Aqui no Brasil, essa proposta ganhou força na década de 1980 e teve como pano de fundo a transição democrática e a crise econômica, período de grande ebulição política que culminou na conformação da Constituição Federal de 1988 e na emergência do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é, portanto, uma política de estado, sendo a forma de materializar o que está escrito na Constituição de 1988. Tendo como princípios a Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde, estas são desdobradas em diretrizes organizativas e operacionais, como a Descentralização, a Regionalização e a Hierarquização.

A regionalização e a hierarquização, dizem respeito à forma de organização dos serviços de saúde. A regionalização implica a delimitação territorial, observan-

do os espaços específicos para a organização de estabelecimentos que desenvolvam ações e serviços de saúde, é portanto estratégica para a organização do sistema de saúde. O objetivo é integrar esses serviços em rede de forma hierarquizada garantindo acesso, acolhimento e integralidade no cuidado.

Dentre os efeitos esperados da regionalização podemos destacar: expandir o acesso às ações e serviços de saúde, atender às necessidades locorregionais, ampliar a participação social e melhorar a eficiência na gestão de recursos. A Lei Orgânica da Saúde, (8080/90), que disciplina o SUS, reafirma a descentralização articulada da municipalização com a regionalização como princípio norteador dos processos de organização político-territoriais.

A descentralização foi sendo regulamentada pelas Normas Operacionais Básicas (NOB), notadamente a editada em 1996, que reforça a necessidade de cooperação técnica e financeira dos estados e da união com os municípios, de forma a tornar possível a consolidação e organização de redes regionalizadas de saúde. Apesar disso, a década de 1990 caracterizou-se pela dissociação entre as estratégias de municipalização e regionalização. Podemos classificar esse período como de descentralização autárquica dos serviços de saúde, com ênfase na prestação de serviços, de forma isolada por parte dos municípios, mantendo iniquidades e a fragmentação na oferta e acesso aos serviços de saúde.

Porém, vale ressaltar que a NOB 1996 inaugura um novo ciclo marcado por uma melhor distribuição de recursos através do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, de base per capita e variável, de acordo com a habilitação de equipes na atenção básica. Aqui se inicia a indução à implantação do então chamado Programa de Saúde da Família.

Viana (2010) levanta algumas hipóteses para explicar as dificuldades que a NOB 1996 teve para atingir seus objetivos: a tradição da centralização no Ministério da Saúde da formulação das políticas; a preferência pelas instâncias municipais para a descentralização da execução das ações de saúde; a participação pequena dos estados, o que denota uma indefinição de papel; a pequena tradição de lógicas territoriais que considerem a regionalização; a dificuldade em estabelecer relações de cooperação intergovernamental nos processos de gestão necessários à regionalização. Podemos acrescentar ainda fatores relativos às condições prévias locais, como as diferentes capacidades financeiras e político-institucionais para prestação da atenção à saúde e as distintas disposições políticas de governadores e prefeitos.

A regionalização ganha relevo na Política Nacional da Saúde no início dos anos 2000. Novas diretrizes são formuladas tendo em vista integração das ações e serviços no espaço regional e a divisão de funções e responsabilidades entre as entidades na condução do sistema de saúde.

É no contexto acima que são editadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) no ano de 2000 e 2001, trazendo para o SUS, mais fortemente, a necessidade de regionalização da assistência. Elas estabeleceram conceitos como os de módulo assistencial, micro e macrorregiões e instrumentos como o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada Integrada (PPI). O caráter

excessivamente normativo desses instrumentos, bem como a sua dificuldade de execução, acabaram por dificultar a construção de saídas regionais para os problemas locais relativos à saúde.

Diante das limitações de efetivação da NOAS, os municípios continuavam com dificuldades em garantir uma atenção básica resolutiva, pois se deparavam com a carência de atenção especializada. Essa realidade levou a procurarem de forma isolada a autossuficiência, inclusive por meio de compra no setor privado, o que agravou a insuficiência de recursos financeiros, sem contudo garantir a integralidade da atenção.

Em 2006, os gestores dos diferentes entes federados propõem uma alternativa para democratizar e viabilizar a construção de regiões de saúde, o Pacto pela Saúde. A intenção era diminuir o excesso de normas editadas pelo Ministério da Saúde. Para isso, foram criados os Colegiados de Gestão Regional, composto por gestores das esferas municipal e estadual, com a responsabilidade de definir as prioridades e combinar soluções para a rede de atenção de toda uma Região.

Em que pesem os avanços na simplificação do financiamento e democratização das instâncias gestoras, o Pacto avançou pouco na reforma do modelo assistencial e manteve os chamados 'polos de referência'. Isso fez com que se mantivessem competições entre os municípios e favorecimento dos maiores e com maior oferta de serviços.

Segundo Barrios, é importante respeitar os diferentes processos que estejam em construção no caminho para organização das regiões de saúde. Devemos, segundo ela, considerar as desigualdades na oferta dos serviços de saúde presentes na Região e desenhá-las de forma menos rígida e normativa. Temos que considerar que a regionalização precisa respeitar a história e a cultura da população, criando um espaço de identidade regional.

Com o advento do Decreto 7508/2011, as regiões de saúde passaram a ser conceituadas como “[...] *espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transporte compartilhadas, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde*”. A partir dessas regiões são estruturadas as redes de atenção, com níveis de complexidade crescentes.

As regiões de saúde passam a ser a base para alocação de recursos, como forma de induzir o processo de integração entre os municípios. Para tanto, o decreto prevê que a colaboração seja firmada por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), no qual devem constar indicadores, metas e recursos necessários. Novos instrumentos de planejamento e gestão são criados, com definição do rol mínimo de oferta de serviços e a criação de redes de assistência à saúde territorializadas. A busca é por clareza dos papéis dos entes federados nas regiões, principalmente com a organização de redes de saúde de fato regionalizadas e acessíveis à população.

A regionalização, além de constituir a ampliação da cobertura assistencial através do compartilhamento de serviços de um determinado território, é resultado dos acordos políticos consequentes à gestão compartilhada, respeitando-se a diversidade e a autonomia dos entes federados. Ao longo do ciclo que relatamos aqui verificam-se avanços substantivos na ampliação do acesso e da melhoria de alguns indicadores, mas com lacunas percebidas na persistência de barreiras de acesso aos serviços e a perpetuação de vazios assistenciais.

Baseando-se no histórico da regionalização e sua regulamentação, observaremos como as diferentes regiões do Brasil aderiram à Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), mais especificamente em relação à sua unidade assistencial de média complexidade, os CEO.

RESULTADOS

Implantação dos CEO na perspectiva da regionalização em saúde

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%), conforme elucidam os dados da Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização das regiões de saúde quanto à implantação de CEO.

(continua)

regiões estados	COM CEO	SEM CEO	TOTAL	TOTAL DE CEO
NORTE	29	16	45	59
Rondônia	4	3	7	7
Acre	1	2	3	2
Amazonas	5	4	9	11
Roraima	1	1	2	1
Pará	9	4	13	28
Amapá	2	1	3	3
Tocantins	7	1	8	7
NORDESTE	121	12	133	355
Maranhão	13	6	19	26
Piauí	9	2	11	28
Ceará	22	0	22	79
Rio Grande do Norte	8	0	8	23
Paraíba	16	0	16	53
Pernambuco	12	0	12	40
Alagoas	10	0	10	22
Sergipe	7	0	7	10
Bahia	24	4	28	74

Tabela 1. Caracterização das regiões de saúde quanto à implantação de CEO.

(conclusão)

regiões estados	COM CEO	SEM CEO	TOTAL	TOTAL DE CEO
CENTRO-OESTE	24	15	39	62
Mato Grosso Do Sul	4	0	4	15
Mato Grosso	6	10	16	10
Goiás	13	5	18	28
Distrito Federal	1	0	1	9
SUDESTE	116	37	153	337
Minas Gerais	46	31	77	83
Espírito Santo	4	0	4	9
Rio de Janeiro	9	0	9	66
São Paulo	57	6	63	179
SUL	52	16	68	117
Santa Catarina	15	1	16	43
Paraná	18	4	22	49
Rio Grande do Sul	19	11	30	25
BRASIL	342	96	438	930

NOTA: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE NOS DADOS OBTIDOS NO 1º CICLO DO PMAQ-CEO
 FONTE: AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

Das 45 regiões de saúde do Norte, 64,44% (n= 29) possuíam ao menos um Centro de Especialidades Odontológicas implantado, sendo que o estado do Tocantins apresentou a melhor situação: das suas 8 regiões de saúde, 7 apresentavam o CEO com uma de suas unidades compondo a rede de atenção à saúde.

Das 133 regiões de saúde do Nordeste, 90,97% possuíam ao menos um CEO implantado (n= 121). Ao serem analisados os dados de cada unidade federativa que compõe o Nordeste, constata-se que apenas Maranhão, Piauí e Bahia não possuem CEO implantados em todas as regiões de saúde.

No que se refere ao Sudeste, 75,81% das regiões de saúde apresentam CEO em pelo menos um dos seus municípios (n= 116). Rio de Janeiro e Espírito Santo se destacam como os estados desta Região geográfica que possuem CEO em todas as suas regiões de saúde.

Ao se analisar a Região Sul, identificou-se que 76,47% das regiões de saúde (n= 114) apresentam CEO em um dos seus municípios. A melhor situação é encontrada em Santa Catarina, onde 14 das suas 15 regiões possuem CEO implantados.

No Centro-Oeste, 61,53% das regiões de saúde estão com CEO implantados (n= 24), sendo o estado do Mato Grosso do Sul o único que apresenta CEO em todas as suas regiões de saúde.

Em perspectiva nacional, das 438 regiões de saúde que compõem o território brasileiro, 76,94% (n= 337) apresentam ao menos um CEO implantado.

RESULTADOS Gerência dos CEO implantados no Brasil

O ente federal (Ministério da Saúde), não faz gerência de CEO. Temos neste nível governamental, CEO universitários geridos por Universidades Federais (UF), casos específicos das UF do Pará (O2) e de Santa Catarina.

No tocante aos CEO sob gerência estadual, que mantêm o custeio com recursos próprios e com o incentivo repassado pelo governo Federal; verifica-se uma presença ainda incipiente (4,3% do total de CEO do Brasil). Situação esta que aponta o caráter municipal dos CEO brasileiros, condizente com o princípio administrativo constitucional da descentralização dos serviços de saúde. Nas 5 macrorregiões do Brasil, apenas 9 estados apresentam CEO gerenciados em nível estadual, não havendo nenhum na Região sudeste. Mais da metade destes CEO sob gerência estadual (60%), encontram-se na Região Nordeste e, dentro desta Região, destaca-se o estado do Ceará com 75% dos mesmos, ou 45% dos CEO estaduais do Brasil.

Quando observado se sua instalação se dá no interior ou capital, apenas 22,50% encontram-se nas capitais, sendo esta uma característica da Região Norte.

Quadro 5. CEO Estaduais por Estado, Municípios e Regiões (PMAQ-CEO 2014).

CEO ESTADUAIS POR ESTADO (continua)

regiões estados	CEO ESTADUAIS	CEO ESTADUAIS NAS CAPITAIS	CEO ESTADUAIS EM OUTROS MUNICÍPIOS	total de CEO
NORTE	07	06	01	59
Acre	01	01	00	02
Pará	04	03	01 ¹	28
Amapá	02	02	00	03
NORDESTE	24	01	23	355
Ceará	18	00	18 ²	79
Paraíba	01	01	00	53
Sergipe	05	00	05 ³	10
SUDESTE	00	00	00	337
SUL	07	00	07	355
Paraná	07	00	07 ⁴	49

Quadro 5. CEO Estaduais por Estado, Municípios e Regiões (PMAQ-CEO 2014).

CEO ESTADUAIS POR ESTADO (conclusão)

regiões estados	CEO ESTADUAIS	CEO ESTADUAIS NAS CAPITALIS	CEO ESTADUAIS EM OUTROS MUNICÍPIOS	total de CEO
CENTRO- OESTE	02	02	07	62
Mato Grosso	01	01	00	10
Goiás	01	01	00	28
BRASIL	40	09	31	930

NOTA: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE NOS DADOS OBTIDOS NO 1º CICLO DO PMAQ-CEO
 FONTE: AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

¹Santarém. ²Acaraú, Baturité, Brejo Santo, Camocim, Canindé, Cascavel, Caucaia, Crateús, Crato, Itapipoca, Juazeiro do Norte, Limoeiro do Norte, Maracanaú, Russas, São Gonçalo do Amarante, Sobral, Tauá, Ubajara. ³Boquim, Laranjeiras, Propriá, São Cristóvão, Tobias Barreto. ⁴Cascavel, Colorado, Irati, Jacarezinho, Laranjeiras do Sul, Paranavai e Toledo.

RESULTADOS

Consórcios como
instrumento propulsor da
regionalização dos CEO

Registram-se no Brasil, experiências de consorciamento para gerência de serviços de média complexidade, desde os anos 70 do século passado. Mas este arranjo institucional ainda é incipiente para os CEO, sendo que apenas 4,62% dos CEO do Brasil adotam esta modalidade gerencial. Esta situação pode ser explicada pelo fato de que há um grande número de municípios de pequeno porte, com baixa arrecadação, o que acarreta a impossibilidade de ter seus próprios CEO. Infelizmente, estes municípios não apresentam, como rotina, o movimento de associação com os demais em uma mesma Região, de modo a organizar a oferta de atendimentos odontológicos especializados entre os mesmos.

Pode-se ter consórcios de caráter público ou privado, sendo que nesta pesquisa 100% foram públicos. Aparecem consórcios municipais na forma clássica de divisão de atribuições entre diferentes municípios (53,49%), mas também com a interveniência do ente estadual (46,51%) presentes nos estados do Ceará (75%) e Paraná (25%). Não foram encontrados consórcios na Região Norte e Centro Oeste. Estão presentes num total de 8 estados da Federação. Destacam-se o estado do Piauí (com 42,86% dos seus CEO sob este modelo de gerência), e o Ceará (com 18,99%).

Quadro 6. CEO sob gerência de consórcios públicos estaduais ou municipais, separados por ente federativo e Região, segundo PMAQ-CEO 2014.

(continua)

regiões estados	Total de CEO	CEO Estaduais em consórcio	CEO Municipais em consórcio	Municípios-sede de Região de Saúde com CEO em consórcios
NORTE	59	00	00	-

Quadro 6. CEO sob gerência de consórcios públicos estaduais ou municipais, separados por ente federativo e Região, segundo PMAQ-CEO 2014.

(conclusão)

regiões estados	Total de CEO	CEO Estaduais em consórcio	CEO Municipais em consórcio	Municípios-sede de Região de Saúde com CEO em consórcios
NORDESTE	355	15	13	-
Ceará	79	15	00	Baturité, Brejo Santo, Canindé, Cascavel, Caucaia, Crateús, Crato, Itapipoca, Juazeiro do Norte, Limoeiro do Norte, Maracanaú, Russas, São Gonçalo do Amarante, Sobral, Tauá
Maranhão	26	00	01	Pedreiras
Piauí	28	00	12	Barras, Bom Jesus, Campo Maior, Corrente, Floriano, José de Freitas, Luzilândia, Miguel Alves, Piracuruca, Piri-piri, Teresina e União
SUDESTE	337	00	04	-
Minas Gerais	83	00	02	Itabira e São Lourenço
Rio de Janeiro	66	00	01	Porciúncula
São Paulo	179	00	01	Lindóia
SUL	117	05	06	-
Paraná	49	05	05	Jacarezinho, Laranjeiras do Sul (2), Paranavaí e Toledo - Apucarana (2), Cianorte, Pato Branco e Umuarama
Rio Grande do Sul	25	00	01	Ijuí
CENTRO-OESTE	-	-	-	-
BRASIL	930	20	23	-

NOTA: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE NOS DADOS OBTIDOS NO 1º CICLO DO PMAQ-CEO
 FONTE: AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

Observa-se que, dos 40 CEO sob gerência estadual, metade o são sob o modelo de gerência na forma de consórcios entre o estado e municípios; destacando-se o Ceará, com 15, e o Paraná com os outros 5.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde sua inscrição no texto constitucional em 1988, a regionalização (diretriz organizativa do SUS) teve sua efetivação condicionada pela disputa histórica ente os entes municipais e estaduais. Esta disputa oscilou, principalmente nos primeiros anos de implantação do SUS, entre os processos de municipalização e de reforço à ação estadual, com forte ênfase para o primeiro. Com o Decreto 7508/2011 define-se que as regiões de saúde são os espaços organizativos nos quais entes municipais e estadual pactuam suas ações via Comissões Intergestores Regionais, planejando uma assistência no caso em tela, para a média complexidade em saúde bucal de caráter regional.

Neste capítulo não foi possível observar se as regiões de saúde planejam o oferecimento da média complexidade em saúde bucal dentro de um olhar regional, ou seja: se há o compartilhamento do atendimento com os municípios vizinhos ou se os CEO apenas oferecem assistência para a população residente no município que o mesmo foi implantado. Ou em quais regiões os CEO oferecem suficiência na oferta dos procedimentos de média complexidade, ou ainda se atuam em rede com a atenção básica.

Temos relatos que a existência de um equipamento de média complexidade em um município, mesmo que não haja referenciamento formal dentro da sua Região, passa a ser utilizado pelos habitantes de municípios vizinhos. Estas situações estimulam novos estudos, com diferentes abordagens metodológicas.

Observou-se uma rápida expansão da implantação das unidades assistenciais CEO. Componente da PNSB, criada em 2004, em 2014 havia registro de 930 equipamentos habilitados e distribuídos em 76,94% das regiões de saúde brasileiras, demonstrando uma saudável capilarização pelo território nacional, e uma grande capacidade de implantação da Política. Mas, até pelo pouco tempo do Decreto 7508/2011 e sua efetiva implantação, não se sabe se as regiões são 'vivas' para a média complexidade em saúde bucal oferecida pelos CEO.

Atenção secundária em saúde bucal no Brasil: distribuição da oferta e sua influência na acessibilidade e equidade

Fernando José Herkratz
Janete Maria Rebelo Vieira
Mario Vianna Vettore
Maria Augusta Bessa Rebelo
Nilcema Figueiredo
Pedro Henrique Duarte França de Castro

APRESENTAÇÃO DO CAPÍTULO

O presente capítulo apresenta, a partir da avaliação externa dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) nos municípios brasileiros, uma descrição da oferta, acessibilidade e equidade na atenção secundária em saúde bucal.

A avaliação externa foi executada conforme estabelecido no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), do Ministério da Saúde. O referido programa tem como objetivo avaliar um conjunto de padrões de qualidade relacionados à estrutura, processo e resultado, visando a melhoria e expansão das ações especializadas de saúde bucal para a população brasileira.

Primeiramente aborda-se, de forma sumária, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Em seguida, é elaborada uma caracterização sobre os CEO no Brasil, fornecendo um panorama geral. São descritos, ainda, dados dos instrumentos dos três módulos aplicados e dos relatórios dos estados relacionados ao objeto do capítulo. Finalizando, são apresentadas considerações quanto à disponibilidade, acessibilidade e equidade na atenção secundária em saúde bucal estabelecida no país.

INTRODUÇÃO

A PNSB sinaliza para *“uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais”*.

Segundo aponta o documento, a assistência odontológica no setor público limitava-se à época, quase que completamente, aos serviços básicos, sem, contudo solucionar o problema da grande demanda reprimida. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os procedimentos especializados correspondiam aproximadamente a 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos, evidenciando a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária. Tal constatação apresentava como consequência o comprometimento do estabelecimento adequado dos sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal na grande maioria dos sistemas loco-regionais de saúde. Assim, constatou-se que a expansão da rede assistencial de atenção em saúde bucal secundária e terciária não tinha acompanhado o crescimento da oferta de serviços da atenção primária.

Alcunhada de *“Brasil Sorridente”*, essa política tem como proposta garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, fundamentais para a saúde geral e a qualidade de vida da população e que se encontraria articulada a outras políticas de saúde e demais políticas públicas em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. No âmbito da assistência, a política seria voltada para a ampliação e o aumento da qualidade da atenção básica, proporcionando ampliação da oferta de serviços e acesso a todas as faixas etárias, garantindo o atendimento nos níveis secundário e terciário, buscando a integralidade da atenção, equidade e universalização do acesso às ações e serviços públicos de saúde bucal.

Assim, a equidade é entendida como necessidade do serviço de atenção especializada em saúde bucal, seguindo o que concebe Heller *“para cada um, aquilo que lhe é devido por ser um membro de um grupo ou categoria essencial”*. A abordagem da equidade se dá de forma horizontal (igualdade entre iguais) e vertical (desigualdade entre desiguais). Entretanto, de uma forma geral, no SUS, a abordagem da equidade no acesso e uso de serviços de saúde tem sido operacionalizada em uma dimensão horizontal.

Seguindo a lógica da PNSB, é fundamental a oferta de serviço especializado com acessibilidade para a população brasileira segundo as necessidades de cuidado. Dentre os diversos entendimentos sobre acessibilidade, buscou-se apoio na concepção de Donabedian, que a define como um dos aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população, sendo considerada também uma dimensão importante nos estudos que abordam equidade nos sistemas de saúde.

A acessibilidade pode ser entendida nas dimensões sócio-organizacional e geográfica. A primeira está relacionada às características da oferta de serviços, ou seja: recursos que facilitam ou dificultam as pessoas de chegarem ao atendimento. A segunda refere-se ao percurso de deslocamento, como distância, tempo e custo para alcançar o serviço.

Desta forma, as características do sistema de saúde tais como disponibilidade de serviços, a distribuição geográfica e sua organização podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde e, assim, reduzir as desigualdades sociais no acesso e no uso. Particularmente aos CEO, alguns estudos têm mostrado os principais fatores que tem interferido no acesso e uso destes serviços, fortalecendo a evidência e apontando a estratégia de intervenção e mudança necessárias.

CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

A avaliação externa do PMAQ-CEO envolveu 932 estabelecimentos, sendo 349 do tipo I (com três cadeiras), 474 do tipo II (com quatro a seis cadeiras) e 109 do tipo III (com sete ou mais cadeiras). A predominância dos CEO tipo II e o menor número de CEO tipo III no país é também observada nas regiões, com exceção da Região Sul, onde a maior parte dos estabelecimentos é do tipo I. Nas unidades da Federação, essa distribuição é heterogênea, em especial nas regiões Norte e Nordeste. A distribuição dos CEO por tipo, segundo regiões e unidades da Federação está descrita na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos CEO por tipo, segundo regiões e unidades da Federação, Brasil, 2014.

(continua)

regiões estados	TIPOS DE CEO						total
	TIPO I		TIPO II		TIPO III		
	n	%	n	%	n	%	
NORTE	24	40,0	26	43,3	10	16,7	60
AC	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2
AM	2	18,2	8	72,7	1	9,1	11
AP	1	33,3	0	0,0	2	66,7	3
PA	16	55,2	8	27,6	5	17,2	29
RO	0	0,0	6	85,7	1	14,3	7
RR	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
TO	4	57,1	2	28,6	1	14,3	7
NORDESTE	144	40,3	164	45,9	49	13,7	357
AL	11	50,0	10	45,5	1	4,5	22
BA	29	38,7	38	50,7	8	10,7	75
CE	37	46,3	16	20,0	27	33,8	80
MA	3	11,5	22	84,6	1	3,8	26
PB	33	62,3	16	30,2	4	7,5	53
PE	17	42,5	21	52,5	2	5,0	40
PI	14	50,0	13	46,4	1	3,6	28
RN	0	0,0	21	91,3	2	8,7	23
SE	0	0,0	7	70,0	3	30,0	10
SUDESTE	112	33,2	199	59,1	26	7,7	337
ES	6	66,7	2	22,2	1	11,1	9
MG	27	32,5	54	65,1	2	2,4	83
RJ	16	24,2	44	66,7	6	9,1	66
SP	63	35,2	99	55,3	17	9,5	179

Tabela 2. Distribuição dos CEO por tipo, segundo regiões e unidades da Federação, Brasil, 2014.

(conclusão)

regiões estados	TIPOS DE CEO						total
	TIPO I		TIPO II		TIPO III		
	n	%	n	%	n	%	
SUL	55	47,4	45	38,8	16	13,8	116
PR	14	29,2	22	45,8	12	25,0	48
RS	16	64,0	8	32,0	1	4,0	25
SC	25	58,1	15	34,9	3	7,0	43
CENTRO-OESTE	14	22,6	40	64,5	8	12,9	62
DF	2	22,2	7	77,8	0	0,0	9
GO	7	25,0	15	53,6	6	21,4	28
MS	4	26,7	10	66,7	1	6,7	15
MT	1	10,0	8	80,0	1	10,0	10
BRASIL	349	37,4	474	50,9	16	13,8	116

NOTA: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE NOS DADOS OBTIDOS NO 1º CICLO DO PMAQ-CEO
 FONTE: AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

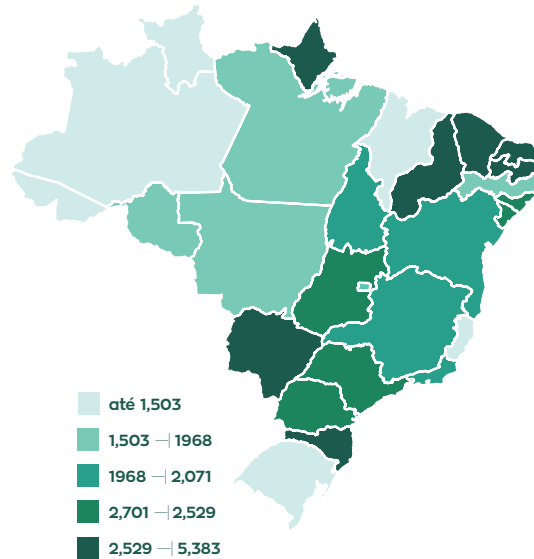
Dez anos após a instituição da PNSB, 780 dos 5570 municípios brasileiros possuíam pelo menos um CEO. A Figura 1, ao destacar esses municípios, evidencia que o Brasil ainda possui inúmeros vazios assistenciais em relação à atenção especializada em saúde bucal, em especial nas regiões Norte e Centro-oeste. Na Região Norte esta realidade tem sido persistente.

Embora possa envolver regiões menos populosas, os indicadores número de CEO e número de cadeiras odontológicas por habitante mostram que os estados dessas regiões permanecem desprivilegiados, junto com algumas outras unidades da Federação de outras Regiões (Figuras 2 e 3). Somam-se ao baixo número de estabelecimentos as maiores dificuldades de locomoção entre os municípios impostas pelas barreiras geográficas características dessas Regiões. Por outro lado, os indicadores de vulnerabilidade social e de saúde bucal indicam que são Regiões com elevadas necessidades.

Figura 1. Municípios com Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2014.

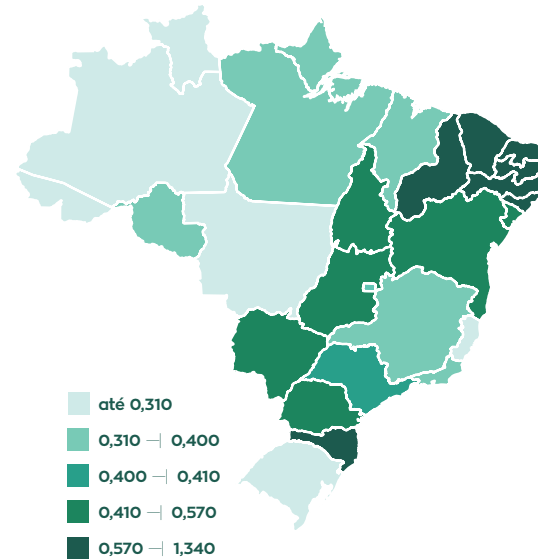
NOTA: MAPA CONSTRUÍDO POR MEIO DO PROGRAMA TABWIN (DATASUS).
 FONTE: AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

Figura 2. Distribuição por quintis do número de CEO por 100.000 habitantes, segundo unidade da Federação, Brasil, 2014.



NOTA. MAPA CONSTRUÍDO POR MEIO DO PROGRAMA TABWIN (DATASUS).
FONTE: AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

Figura 3. Distribuição por quintis do número de cadeiras odontológicas por 100.000 habitantes, segundo unidade da Federação, Brasil, 2014.



NOTA. MAPA CONSTRUÍDO POR MEIO DO PROGRAMA TABWIN (DATASUS).
FONTE: AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

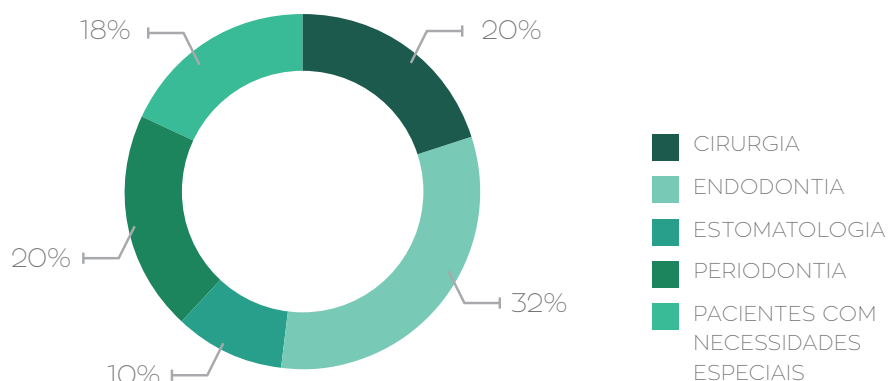
Desconsiderando-se as nítidas heterogeneidades, o Brasil possui, em média, um CEO para cada 217.596 habitantes. Ao se avaliar o número de cirurgiões-dentistas nas especialidades mínimas e a carga horária semanal total desses profissionais, a baixa disponibilidade dos serviços odontológicos especializados oferecidos à população é novamente demonstrada, com um número médio de 3,5 profissionais para cada 100.000 habitantes no Brasil, o que representa aproximadamente uma carga horária de 70 horas para cada 100.000 habitantes, com menores valores para a Região Norte e maiores para a Região Nordeste. Isso que significa dizer que, em média, cada habitante do país teria 2,17 minutos por ano com algum profissional das especialidades mínimas na atenção odontológica especializada. Esses indicadores estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3. Quantitativo e carga horária dos cirurgiões-dentistas nas especialidades mínimas dos CEO, Brasil e regiões, 2014.

indicador (por 100.000 habitantes)	BRASIL	REGIÃO				
		N	NE	SE	S	CO
Número de cirurgiões-dentistas nas especialidades mínimas	3,51	2,46	4,18	3,36	3,25	3,66
Carga horária dos cirurgiões-dentistas nas especialidades mínimas	69,39	54,71	85,71	63,03	61,04	77,24

NOTA: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE NOS DADOS OBTIDOS NO 1º CICLO DO PMAQ-CEO
FONTE: AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

Gráfico 1. Distribuição de CEO em diferentes modelos assistenciais pelas Regiões do BR em 2014.



NOTA: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE NOS DADOS OBTIDOS NO 1º CICLO DO PMAQ-CEO
 FONTE: AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

Os cirurgiões-dentistas também não se distribuem de maneira uniforme em relação às especialidades mínimas. O que pode representar barreira ao acesso a alguma especialidade específica em determinadas localidades, tal fato provavelmente esteja relacionado com as diferentes demandas em relação aos serviços especializados. Dos mais de sete mil profissionais atuantes nos CEO nessas especialidades, quase um terço atua na especialidade de endodontia, seguido das especialidades de cirurgia, periodontia e odontologia para pacientes com necessidades especiais, com aproximadamente 20% dos profissionais. A especialidade de estomatologia é a que incorpora um menor percentual de cirurgiões-dentistas (Figura 3).

Em relação à demanda acerca da atenção especializada em saúde bucal, o tipo predominante no Brasil e na maioria das regiões é o referenciado. Um percentual muito reduzido dos estabelecimentos atende demanda exclusivamente espontânea. Mesmo considerando o elevado percentual relatado do tipo misto, verifica-se que a maioria das unidades tem como conduta, na demanda espontânea, encaminhar o usuário para a unidade básica, mostrando que os CEO tentam se inserir na rede de cuidado, embora um número expressivo possibilite, ainda, o agendamento por meio de demanda espontânea (Tabela 4). Essa reorganização dos serviços a partir da atenção primária pode constituir-se em um instrumento para viabilizar o acesso, porém a inserção tardia da saúde bucal na Estratégia da Saúde da Família (ESF) e sua baixa cobertura, em especial nos municípios de maior porte populacional, pode, entretanto, traduzir-se em um modelo organizacional excludente.

Por outro lado, a demanda espontânea no CEO, relacionada com a insuficiência na cobertura da atenção primária, pode comprometer a rede de cuidado e gerar incoerência na condução dos casos. Ao ser ava-

liada a acessibilidade a um CEO, identifica-se que municípios com maior cobertura das equipes de saúde bucal na atenção primária possuem uma melhor capacidade de organização da demanda segundo os níveis de atenção. Outros estudos reforçam estes achados sobre o papel indutor (ou não) da Atenção Básica sobre a organização da demanda.

Tabela 4. Caracterização da demanda e ações na demanda espontânea nos CEO, Brasil e regiões, 2014.

	BRASIL		N		NE		REGIÃO SE		S		CO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CARACTERIZAÇÃO												
Demanda espontânea	12	1,3	1	1,7	2	0,6	9	2,7	0	0,0	0	0,0
Referenciada	533	57,3	30	50,8	164	46,2	199	59,1	98	83,8	42	67,7
Mista	385	41,4	28	47,5	189	53,2	129	38,3	19	16,2	20	32,3
AÇÕES NA DEMANDA ESPONTÂNEA*												
Agenda o usuário	435	46,8	34	57,6	196	55,2	154	45,7	26	22,2	25	40,3
Orienta e encaminha para a unidade básica	837	90,0	48	81,4	314	88,5	302	89,6	112	95,7	61	98,4
Nenhuma, apenas nega o atendimento	14	1,5	3	5,1	3	0,8	4	1,2	3	2,6	1	1,6
Outro(s)	125	13,4	1	1,7	52	14,6	46	13,6	20	17,1	6	9,7

*Permitiu múltipla resposta

NOTA: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE NOS DADOS OBTIDOS NO 1º CICLO DO PMAQ-CEO
 FONTE: AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

Foram entrevistados 8.897 usuários no PMAQ/CEO. Quanto à avaliação destes usuários sobre as características organizacionais de acessibilidade, o maior percentual referiu que “recebe guia na UBS e fazem marcação no CEO”. Essa característica se reproduz nas regiões brasileiras, exceto na Região Sul, que obteve maior percentual para a opção “UBS marcou e avisou”. Os dados sugerem que a acessibilidade ao CEO é predominantemente de responsabilidade do usuário. Em relação ao tempo de espera para iniciar o tratamento, a grande maioria dos usuários participantes da pesquisa avaliativa relataram ter esperado menos de um mês. Já em relação à forma de marcação, o maior percentual de atendimento com hora marcada foi encontrado nas regiões Sul e Sudeste (72,6% e 74,4%, respectivamente). Nas regiões Norte e Nordeste houve predomínio do agendamento por turnos e por ordem de chegada, respectivamente. Apesar da maioria dos usuários ter sido consultada sobre o melhor dia e horário para serem atendidos no serviço (62,2%), também foram identificadas diferenças entre as regiões, sendo essa prática menos comum nas Regiões Norte e Nordeste (Tabela 5). Outros estudos também analisaram estas características sobre a visão dos usuários.

Tabela 5. Características organizacionais de acessibilidade no processo de procura aos serviços dos CEO, Brasil e Regiões, 2014.

variável	BRASIL	REGIÃO				
		N	NE	SE	S	CO
COMO FEZ PARA MARCAR CONSULTA? (%)						
Ligou para o CEO	4,2	0,8	2,2	6,9	5,3	2,0
A UBS marcou e avisou	23,4	4,7	13,6	29,0	48,0	16,9
Fez contato ou foi até a Secretaria de Saúde marcar	2,4	0,6	4,0	1,4	2,3	0,4
Fez contato ou foi até o setor de marcações de consultas	9,2	4,5	9,4	10,5	6,0	10,5
Recebeu guia na UBS e fez marcação direto no CEO	44,6	67,1	53,7	34,6	30,4	56,3
Outra	16,2	22,4	17,1	17,6	8,0	14,0
QUANTO TEMPO ESPEROU PARA INICIAR O TRATAMENTO? (%)						
Até uma semana	33,0	47,6	39,1	27,9	24,5	29,8
De uma semana a um mês	38,0	31,9	41,2	36,9	34,8	37,1
Entre um e três meses	15,2	13,2	13,4	16,2	18,8	14,2
Entre três e seis meses	5,9	3,7	3,6	6,9	9,7	7,5
Entre seis e doze meses	4,0	2,0	1,7	5,7	6,6	5,0
Mais de doze meses	4,0	1,6	1,0	6,4	5,7	6,4
QUANTO À MARCAÇÃO, FOI: (%)						
Com hora marcada	47,3	31,3	15,4	74,4	72,6	44,8
Em horários ou turnos definidos do dia	17,0	45,7	28,4	7,2	4,6	5,3
Por ordem de chegada	33,4	22,0	53,2	16,3	21,7	47,8
Encaixe	2,1	1,0	2,8	2,1	0,7	1,8
Outro	0,2	0,0	0,2	0,1	0,4	0,4
FOI CONSULTADO SOBRE O MELHOR HORÁRIO E DIA PARA AGENDAR O ATENDIMENTO? (%)						
Sim	62,2	48,4	53,9	70,4	66,0	68,4
Não	37,8	51,6	46,1	29,6	34,0	31,6
TOTAL DE USUÁRIOS AVALIADOS	8897	492	3405	3296	1141	563

NOTA: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE NOS DADOS OBTIDOS NO 1º CICLO DO PMAQ-CEO
 FONTE: AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

Apenas 6,9% dos usuários entrevistados não residiam no município do CEO nos quais foram atendidos, mostrando que a utilização dessas unidades é marcada predominantemente pelos usuários que residem no próprio município. Considerando o elevado número de municípios desprovidos de CEO, esse dado reforça a possível dificuldade de acesso ao serviço especializado oriundo da baixa disponibilidade de estabelecimentos. A Região Sul apresentou a maior frequência relativa de usuários não-residentes no mesmo município do CEO, com 13,1% dos usuários entrevistados (Tabela 6).

Considerando, ainda, as características de acessibilidade geográfica aos CEO, o tempo médio de deslocamento do domicílio do usuário até o CEO foi de 28,4 minutos, mostrando-se maior na Região Norte. O maior relato de tempo de deslocamento também foi constatado na Região Norte, onde foram registrados os valores de 999 minutos (16 horas e 39 minutos), o máximo aceito no respectivo campo do instrumento de coleta do avaliador externo, e que provavelmente expressa um tempo de deslocamento maior do que um dia (Tabela 6). O mapa de distribuição dos CEO revela essa realidade da Região Norte, composta por municípios de grande extensão territorial e de difícil acesso. Caracteriza-se também pela existência de comunidades rurais em situação de isolamento, distantes da sede dos municípios e com poucas opções de transporte, o que pode justificar o maior tempo de deslocamento dos usuários até os serviços de saúde.

Em relação à forma de deslocamento até o CEO, verifica-se um baixo percentual de auxílio da administração pública na condução do usuário para seu atendimento. Justamente na Região Norte, onde foram relatados maiores tempo de deslocamento, não houve menção de apoio nesse sentido. A categoria de transporte mais utilizada no Brasil foi bicicleta/a pé, com 40,1%. Na Região Sul, esse percentual cai para 26,6% e predomina a utilização de veículo automotor próprio, como carro, motocicleta ou caminhão (Tabela 6).

Tabela 6. Características da acessibilidade geográfica aos CEO, Brasil e Regiões, 2014.

(continua)

variável	REGIÃO					
	BRASIL	N	NE	SE	S	CO
MORA NO MESMO MUNICÍPIO DO CEO? (%)						
Sim	93,1	93,1	93,5	95,2	86,9	91,5
Não	6,9	6,9	6,5	4,8	13,1	8,5
COMO VEIO AO CEO? (%)						
Veículo automotor próprio	28,6	34,6	28,6	23,7	35,9	37,1
Transporte público pago	29,8	26,2	24,6	35,2	34,5	23,3
Transporte da administração pública	1,1	0,0	1,1	0,7	2,7	0,7
Bicicleta/a pé	40,1	33,1	45,5	40,4	26,6	38,9
Outros	0,5	6,1	0,1	0,1	0,2	0,0

Tabela 6. Características da acessibilidade geográfica aos CEO, Brasil e Regiões, 2014.

(conclusão)

variável	REGIÃO					
	BRASIL	N	NE	SE	S	CO
QUANTO TEMPO LEVA PARA CHEGAR AO CEO? (EM MINUTOS)						
Média	28,4	39,9	26,6	27,2	31,4	29,9
Desvio padrão	34,8	89,6	29,1	26,6	29,4	30,3
Mínimo	0	1	0	1	1	1
Máximo	999*	999*	400	400	240	240
TOTAL DE USUÁRIOS AVALIADOS	8897	492	3405	3296	1141	563

*Valor máximo aceito no respectivo campo do instrumento.

FONTE: AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

NOTA:

A partir do banco de dados do PMAQ-CEO, foi proposta uma recategorização para a forma de deslocamento até o CEO; foi considerado como "veículo automotor próprio (carro, motocicleta, caminhão), transporte público pago (ônibus, táxi, moto-táxi, trem, metrô), transporte da administração pública (carro da prefeitura e secretarias, viatura da saúde indígena, ambulância) e foram agrupadas as categorias 'a pé' e 'bicicleta'.

ACESSIBILIDADE E EQUIDADE NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL

A acessibilidade é uma dimensão essencial no acesso aos serviços de saúde, sendo a distribuição espacial dos serviços um importante fator que a constitui. Apesar do avanço no número de CEO no Brasil, considerando o início recente da implantação dessas unidades a partir da PNSB, apenas 14% dos municípios brasileiros possuía, em 2014, algum destes estabelecimentos implantado. A baixa disponibilidade na oferta dos serviços especializados identificada em algumas regiões traduz-se em problemas de acessibilidade geográfica e dificulta o estabelecimento de sistemas adequados de referência e contrarreferência em saúde bucal.

A maneira como os serviços de saúde estão distribuídos espacialmente, não somente na atenção primária, mas também nos demais níveis de atenção, garantindo a universalidade no acesso, são uma das condições fundamentais para a busca da equidade. As barreiras na acessibilidade afetam de maneira diferente grupos sociais distintos, com prejuízo para aqueles de maior vulnerabilidade social.

Barreiras como custo e dificuldades de transporte, problemas estruturais e de recursos humanos da unidade de saúde e espera para o atendimento, entre outros, tendem a serem maiores para os grupos de menor renda, que geralmente vivem em áreas onde a disponibilidade de serviços é menor, dificultando o acesso. Grupos com melhores condições socioeconômicas possuem maior facilidade para superar as dificuldades de acesso impostas. Nos estudos sobre o CEO, estes achados têm sido confirmados.

Embora o SUS deva buscar, por meio dos seus princípios e diretrizes, equilibrar, no plano de consumo, as desigualdades produzidas pela organização social, verificaram-se grandes lacunas em relação à atenção especializada em saúde bucal. Estados da Federação com elevadas necessidades em saúde bucal, em especial na Região Norte, apresentam baixa disponibilidade dos serviços. O último levantamento epidemiológico em saúde bucal mostrou que a Região Norte possuía as menores proporções de indivíduos livres de cárie dentária, os maiores percentuais de necessidade de tratamento pulpar em todas as faixas etárias e as piores condições periodontais na faixa etária de 15 a 19 anos.

Outras fontes enfatizam que o conceito de acesso deve ser mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar, abrangendo a capacidade de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Nesse contexto, o conceito de equidade enquanto princípio doutrinário do SUS pressupõe que os indivíduos deveriam ter acesso aos serviços de saúde de acordo com as suas necessidades de saúde, que não são uniformes.

As Regiões Norte e Nordeste concentram, ainda, os estados com os piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) (PNUD, 2013) e há estudos que identificam concentração dos CEO nos municípios de maior porte populacional e melhor IDH. Considerando que as condições de vulnerabilidade social se relacionam com as necessidades em saúde, a distribuição equânime dos serviços, por meio de uma discriminação positiva, poderia incluir ativamente os grupos em situação de vulnerabilidade social. Observou-se que, enquanto as demais regiões, incluindo a Região Nordeste, apresentaram melhora em alguns indicadores de saúde bucal, a Região Norte não acompanhou essa tendência (BRASIL, 2004c; BRASIL, 2011). A Tabela 7 mostra mudança no Índice de Ataque de Cárie por Dente (CPOD) aos 12 anos de idade nas Regiões do país nos dois últimos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal. Considerando a grande expansão dos CEO na Região, a redução no indicador apresentada no Nordeste pode indicar que o acesso aos serviços de saúde bucal seria capaz de minimizar os efeitos das desigualdades sociais na saúde.

Tabela 7. Índice CPOD aos 12 anos de idade nos levantamentos epidemiológicos de 2003 e 2010, Brasil e regiões.

região	Índice CPOD aos 12 anos, 2003	Índice CPOD aos 12 anos, 2010
Norte	3,13	3,16
Nordeste	3,19	2,63
Sudeste	2,30	1,72
Sul	2,31	2,06
Centro-Oeste	3,16	2,63
BRASIL	2,78	2,07

NOTA: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE NOS DADOS OBTIDOS NO 1º CICLO DO PMAQ-CEO
 FONTE: AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

Apesar de representar uma conquista recente, a ampliação e qualificação da atenção especializada em saúde bucal, articulada com a atenção básica e com toda a rede de serviços conforme preconizado na PNSB, ainda possui um longo caminho a percorrer, considerando-se os princípios doutrinários do SUS. Segundo ponderado por Assis e Jesus, *“as políticas de saúde devem ser capazes de eliminar a barreira financeira entre os serviços e a comunidade, de enfrentar a mercantilização do setor saúde e a desproporção oferta/demanda existente; e construir uma rede de atenção regionalizada e hierarquizada que garanta o acesso universal, equitativo e integral”*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equidade na oferta de atenção especializada em saúde bucal no Brasil revela-se um desafio a ser transposto. Torna-se necessário refletir a importância da expansão estratégica do número de CEO para novos municípios, considerando as especificidades regionais. Devem-se buscar mecanismos para superar as barreiras geográficas e características organizacionais que favoreçam a acessibilidade aos usuários com maior vulnerabilidade social e necessidades em saúde.

A Universidade, o CEO e o PMAQ-CEO

*Bianca Marques Santiago
João Henrique Lara do Amaral
Livia Guimarães Zina
Marcos Azeredo Furquim Werneck
Wilton Wilney Nascimento Padilha*

INTRODUÇÃO

O presente capítulo se propõe a explorar as características da interface que se estabelece entre ensino e serviço no processo de formação profissional do Cirurgião Dentista a partir do que preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Odontologia no Brasil. Em particular, a abordagem do tema terá como espaço de aprendizagem o local de trabalho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que são unidades especializadas implantadas a partir de 2004, após o lançamento, no mesmo ano, da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB).

Lançadas em 2002, as DCN valorizam o desenvolvimento de competências e habilidades gerais e definem as atribuições específicas do cirurgião-dentista. Preconizam a formação para o SUS, a atenção integral à saúde em rede regionalizada, valorizam a articulação entre teoria e prática pelo exercício do estágio curricular, a consideração da cultura histórica regional e a formação crítica.

A PNSB significa uma proposta de reorientação das ações e serviços do setor de saúde bucal de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Trata-se, pois, da política do SUS para o campo da saúde bucal. A PNSB procura efetivar a integralidade das ações de cuidado e vigilância nos âmbitos da atenção primária, especializada e de alta complexidade. Visa à integração com os demais serviços de saúde, buscando se organizar para responder às necessidades da população, e atuar na proposição de políticas intersetoriais sustentáveis, capazes de impactar positivamente sobre os indicadores de saúde bucal. Esta integração significa um esforço para a produção de novas práticas e novos saberes onde adquirem importância fundamental a promoção e a vigilância em saúde e a preocupação em atuar sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença com prevenção de riscos e danos.

De acordo com o modelo de atenção proposto pela PNSB, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) devem se constituir referência especializada para as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Assim, a efetivação dos serviços em rede depende, em boa medida, de como estes dois níveis conversam e de que forma conseguem planejar e efetivar suas ações. Decorre desta proximidade a possibilidade de organização do processo de trabalho e os momentos de apoio matricial e educação permanente das equipes de saúde bucal de modo a permitir a elaboração de diretrizes e protocolos capazes de orientar o acesso, estabelecer fluxos e produzir avaliações. Este processo deve explicitar o papel a ser exercido tanto pelas UBS quanto pelos CEO na construção das ações de cuidado. Para tanto, deve orientar a gestão do trabalho e clarear, para os profissionais das equipes de saúde bucal, a importância da proximidade destas equipes com outros setores profissionais que compõem a rede, e com os movimentos populares.

Após alguns anos de seu lançamento, a PNSB passou a ser objeto de alguns processos de avaliação. Uma importante iniciativa se refere ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ CEO) realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com algumas instituições universitárias brasileiras. A avaliação realizada pelo PMAQ, por sua abrangência, fez uma importante aproximação de questões ligadas à estrutura, gestão e ao processo de trabalho das equipes de saúde bucal na atenção especializada. Buscou conhecer a situação dos serviços por meio da percepção de gestores, profissionais e a satisfação dos usuários quanto ao acesso e utilização.

Entre os principais objetivos do PMAQ, merecem destaque: o reforço às práticas de cuidado, gestão e educação que contribuam para a melhoria permanente da atenção à saúde ofertada ao cidadão; o fortalecimento das ações e estratégias da gestão do CEO que qualifiquem as condições e relações de trabalho e que busquem apoiar tanto o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes quanto dos próprios trabalhadores; o reconhecimento da importância da avaliação dos usuários para fortalecer sua participação; o conhecimento das realidades e singularidades dos serviços, registrando as fragilidades e potencialidades de cada lugar contribuindo para planejamento e construções de ações de melhoria em todos os níveis.

Espera-se que a avaliação realizada pelo PMAQ impulse a reorientação dos mecanismos de gestão e o fortalecimento do papel dos CEO na organização da rede de saúde bucal. No entanto, ainda restam algumas questões que necessitam ser mais bem estudadas, notadamente, aquelas que se referem ao modelo de atenção e ao processo de trabalho, dos quais emergem importantes aspectos como a percepção dos sujeitos quanto às finalidades dos serviços e o próprio formato por meio do qual se dão as ações cotidianas. E, nestas, que tipos de relação se estabelecem entre os profissionais dos serviços ao trabalhar e destes com as pessoas e as comunidades em que se inserem.

Daí a importância, para a Universidade, do espaço de trabalho nos CEO como local de prática e de aprendizagem para os alunos no processo de formação profissional: o processo de trabalho desenvolvido pelos gestores e pelas equipes de saúde bucal, bem como as relações estabelecidas por estes sujeitos com as equipes de saúde bucal na atenção primária e com os usuários, colocam-se como objetos de preocupação do ensino e enriquecem, para os professores, o enfoque político que ilumina o processo de formação.

Ao se aproximar do processo de organização e funcionamento dos CEO, revelar avanços e localizar os desafios, o PMAQ CEO apresenta elementos para o enfrentamento das fragilidades da política e para o fortalecimento da formação. Portanto, abre para a Universidade e para os CEO, a oportunidade de construção de uma parceria que tende a ser profícua e enriquecedora para ambas as instituições.

Este capítulo não vai buscar o aprofundamento do tema *“Formação em Serviço”* por meio do aprofundamento específico dos avanços e desafios da organização do trabalho nos CEO; mas busca respostas para o papel formador da Universidade no espaço dos Centros de Especialidades Odontológicas que aqui deverão ser compreendidos como pontos de redes de atenção em saúde bucal, que sempre estarão ocupando um dado território, onde vive determinada sociedade, em um determinado momento histórico. O objeto será, pois, o espaço de trabalho como espaço de formação.

Desta forma, num primeiro iremos abordar a proposta das DCN para a formação na interface com os serviços, as tensões geradas por esta aproximação e as possibilidades de avanços que ela abre para os serviços e a universidade. Será abordada a Política Nacional de Saúde Bucal em suas interfaces com as Políticas Nacionais de Atenção Básica, de Educação Permanente e de Promoção da Saúde, pelo potencial de complementariedade e avanços para vencer os desafios da formação e da organização dos serviços de saúde. E, finalmente, serão apresentadas as considerações finais abordando as potencialidades e os desafios que o tema guarda.

DESAFIOS PARA AS DCN E PARA A PNSB

O Início do Século XXI foi marcado por dois movimentos de caráter emblemático na área da saúde bucal: a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Odontologia e da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Enquanto as DCN para a Odontologia emergiram como uma das primeiras áreas da formação em saúde a ter as diretrizes instituídas pelo Conselho Nacional de Educação, no início de 2002, a implantação de uma política de saúde bucal, em 2004, surge com um atraso de décadas.

Independentemente de esse fato indicar a existência de composições desfavoráveis para iniciativas no cenário político no que tange à saúde bucal, esses dois movimentos guardam em si a vitalidade de ter como referência o ideário da Reforma Sanitária, cujos princípios foram consagrados no texto da Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde nº 8.088/1990.

Embora distante no tempo, nunca é demais resgatar a Reforma Sanitária como geradora de mudanças. Reforça-se assim a lembrança da legitimidade dos direitos conquistados pelo movimento social. Quanto à PNSB, sua vinculação ao SUS está posta de forma inquestionável no enunciado de seus pressupostos. Em relação às DCN, foram incorporados elementos expressos não só na Constituição Federal e na Lei 8.080, como também elementos da

Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394 (de 20/12/1996) e da Lei de aprovação do Plano Nacional de Educação nº 10.172 (de 09/01/2001). Também incorporam elementos de pareceres e editais da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, documentos e relatórios de entidades voltadas para as questões relacionadas à educação superior e contribuições de instrumentos legais que regulamentam as profissões da área da saúde. Pode-se afirmar então que a Reforma Sanitária, enquanto propulsora de transformações nas políticas de saúde, também deixou sua marca na proposição e formulação das DCN.

Temporalmente, as DCN foram implantadas antes do estabelecimento da PNSB, mas a base comum que originou essas duas iniciativas garante a sua articulação. As DCN valorizam o desenvolvimento de competências e habilidades gerais que permitem uma primeira aproximação ao trabalho em equipe e define de forma clara as atribuições específicas do cirurgião-dentista. Preconizam a formação para o SUS, a atenção integral à saúde em rede regionalizada e hierarquizada e a resposta à demandas regionais na área da saúde de onde o curso está estabelecido. Além disso, valorizam a articulação entre teoria e prática pelo exercício do estágio curricular, a flexibilidade no processo formativo, a consideração da cultura histórica regional, a formação crítica, a integração entre as ciências básicas e clínicas, a avaliação do processo ensino-aprendizagem tendo como referência as DCN e o desenvolvimento dos cursos de graduação de forma global.

Segundo a Portaria 2.607/04, de 10/12/2004, do Ministério da Saúde, Plano Nacional de Saúde - Um Pacto pela Saúde no Brasil, a PNSB foi pautada no Programa Brasil Sorridente e propõe a reorientação do modelo assistencial, a garantia de uma rede de atenção básica, a integralidade do cuidado à saúde articulando ações individuais, coletivas, preventivas, o tratamento e o atendimento à urgência. Estabelece uma política de educação permanente para a educação técnica, ensino de graduação, pós-graduação e uma agenda de pesquisa voltada para os problemas de saúde bucal do país.

O elenco de medidas a serem adotadas contempla a fluoretação das águas, a educação em saúde, a higiene bucal supervisionada, a aplicação tópica de flúor e o diagnóstico dos problemas de saúde bucal seguido da imediata instituição do tratamento, priorizando os procedimentos conservadores e com garantia de atendimento integral em todos os níveis de atenção. Na reabilitação será recuperada parcial ou totalmente a capacidade perdida, possibilitando a reintegração do indivíduo ao ambiente social e de trabalho. Também são previstas ações para prevenção e controle do câncer bucal e a inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica.

A viabilização dessas ações implica em suporte financeiro e técnico para a instalação de laboratórios de prótese dentária e a capacitação de pessoal técnico. A inserção transversal da saúde bucal nos programas de atenção integral está prevista por meio da atenção por “*linhas de cuidado*” e por “*condição de vida*”. A ampliação dos serviços odontológicos especializados se dá na implantação ou melhoria dos “*Centros de Especialidades Odontológicas*” (CEO). Nos CEO são oferecidos procedimentos clínicos odontológicos de forma complementar aos já incluídos na atenção básica.

I. AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA OS CURSOS DE ODONTOLOGIA

Passados quase 15 anos da implantação das DCN existe um movimento na área da formação dos profissionais de saúde no sentido de promover a sua revisão ou atualização. Entre os desafios que se apresentam para as DCN dos cursos de Odontologia existe uma maior compreensão do processo de educação pelo trabalho e das tensões do denominado quadrilátero da formação representado pelos componentes ensino, atenção à saúde, gestão e controle social.

O processo de formação na área da saúde deve romper com a direção única do diagnóstico, planejamento clínico, a profilaxia e o tratamento dos problemas de saúde. Faz-se necessário, além de atender as necessidades de saúde, investir na autonomia dos sujeitos, promover desenvolvimento da gestão e reconhecer o fortalecimento do controle social. As relações estabelecidas no quadrilátero podem se tornar potentes até o ponto de influenciar a formulação de políticas sociais. Pode-se falar de um papel político do ensino que necessita ser problematizado pelo encontro com os anseios desses movimentos, ou seja: a formação em serviço é um exercício político e técnico voltado para as necessidades sociais e implicado com as situações reais da atenção à saúde.

Na dinâmica das relações no interior do quadrilátero opera-se com duas dimensões não dissociáveis da formação de profissionais na área da saúde: a política de Educação Permanente em Saúde e o atendimento do que estabelecem as DCN para os cursos de graduação para a área da saúde. Na relação de compromisso entre as instituições formadoras e o SUS espera-se que seja fortalecido o processo de implementação das DCN. Não basta, portanto, fazer a inserção dos estudantes nos campos de prática e desenvolver ações que não considerem a articulação da formação, gestão, atenção à saúde e da participação social como sujeitos dos processos de trabalho em saúde.

No campo da formação pelo trabalho, um passo seguinte seria reconhecer que esse processo já é, em si, produtor de novos conhecimentos. Nele atuam um conjunto de forças que provocam a formação do agente na dimensão individual e coletiva. É possível que isso aconteça em uma reunião, nas rodas de conversa durante a hora do almoço ou onde menos se espera, como nos corredores ou em conversas informais.

Embora pareça óbvio nem sempre essa dimensão formativa do trabalho é percebida. Ou seja: não é única e exclusivamente no espaço formal constituído especialmente para a discussão de um caso clínico, de uma ação educativa, do planejamento e da avaliação que os trabalhadores se formam. O desafio no campo da formação é se debruçar sobre esse processo e conferir visibilidade a ele. O reconhecimento dessa dinâmica formativa e a disposição para o trabalho colaborativo são fundamentais para dar visibilidade e potência ao aprendizado em ato.

Ainda considerando a necessidade de reformulação das DCN três questões se apresentam urgentes. A primeira se refere a uma resistência, ainda presente, em relação à necessidade da formação profissional nos serviços de saúde. A segunda diz respeito às políticas de saúde e aos modelos de atenção à saúde - a saber: a implantação da PNSB, em 2004, em momento posterior às DCN dos cursos de Odontologia e à

estruturação das Redes de Atenção à Saúde como forma de superação da fragmentação da atenção à saúde e da gestão. Uma terceira se refere à instituição de diretrizes para a celebração de compromissos das instituições de ensino, programas de residência em saúde e de gestores estaduais e municipais tendo em vista as atividades de ensino-aprendizagem e formação no SUS. Essas diretrizes foram instituídas por meio de portaria interministerial dos Ministérios da Educação e da Saúde para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde.

As duas primeiras questões, em certa medida, já estão presentes como pautas importantes nas DCN dos cursos de Odontologia, uma vez que já é preconizada a formação profissional contemplando o sistema de saúde do país. Entretanto, houve uma reconfiguração do modelo assistencial, uma vez que princípios como a regionalização e hierarquização cederam lugar à configuração em redes de cuidado.

Quanto à saúde bucal faz-se necessário nas DCN uma referência à PNSB. Ainda nesse campo não é trivial o debate entre dois modelos possíveis para a organização do cuidado em saúde bucal: a conformação de uma rede específica em Saúde Bucal ou a organização da atenção à saúde bucal como um componente de outras redes já existentes. Independentemente dessa escolha faz-se necessário que o processo formativo seja um local de sustentabilidade das redes.

No que tange à formação profissional nos serviços de saúde e para as políticas de saúde vigentes, embora as DCN dos cursos de Odontologia sejam explícitas quanto a essa questão, crescem os desafios para a inserção dos estudantes de graduação para estágios na rede pública. Fazem parte desses desafios a falta de estrutura necessária para essa inserção e a dificuldade de reconhecimento pelos profissionais dos serviços do seu papel insubstituível de trazer para o espaço da formação questões emblemáticas que emergem dos cenários reais de aprendizagem.

Nesse contexto os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) buscam garantir o acesso aos estabelecimentos de saúde como cenários para a formação na graduação e residência em saúde. Pretende-se por meio desse dispositivo mediar os interesses das partes envolvidas, instituições de ensino e serviços de saúde. Em certa medida, a celebração dos COAPES pode trazer um aumento de tensão entre a resistência à formação no SUS, manifesto pelas instituições de ensino, e o que estabelece a Constituição Federal sobre a competência do SUS em *“ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”*.

No processo de formação profissional a articulação ensino-serviço-comunidade na década de 90 surgiu como um problema, no sentido da participação frágil da comunidade na articulação ensino-serviço. Naquele momento, a Fundação Kellogg, por meio do Programa UNI - Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais da Saúde - apoiou seis projetos propostos por instituições de ensino superior da área da saúde do país com o objetivo de proporcionar uma maior integração entre o ensino, serviços de saúde e as comunidades.

A parceria entre esses atores, proporcionada pelos projetos UNI, permitiu à comunidade adquirir voz e respeitabilidade, mas ainda sem alcançar uma situação de equilíbrio em relação aos setores ensino e serviço. O

espaço de participação da comunidade nos Projetos UNI foi conquistado, com maior ou menor grau de dificuldade, dependendo do estágio de organização popular. De forma geral, os segmentos organizados se fortaleceram no decorrer dos projetos, refletiram e decidiram sobre suas necessidades, superaram problemas e atuaram positivamente na sua realidade social. Hoje, essa articulação ainda permanece como um espaço a ser explorado.

Nas DCN para os cursos de Odontologia está ausente a perspectiva da participação ativa da comunidade na formação do cirurgião dentista. Nelas, a população é a destinatária final do resultado do processo formativo e para a qual estão dirigidos os esforços profissionais no sentido da garantia da saúde. Também está garantida a necessidade da compreensão por parte do profissional dos *“determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença”*. A dimensão da participação da comunidade na formação dos cirurgiões dentistas é um campo a ser explorado no esforço de reformulação das DCN. Nesse sentido, sendo a formação a estratégia definida pelos atores do quadrilátero (ensino, gestão, serviço e controle social) para formar os trabalhadores da saúde, interroga-se sobre a relevância e responsabilidade social dos processos formativos.

Outro fator que aponta para a tensão entre as DCN e os sentidos da participação social na formação profissional são as diretrizes para a celebração dos COAPES e as competências da participação social nesse processo. Em relação às competências dessa participação espera-se, entre outras, uma presença na contratualização, monitoramento e avaliação da execução dos COAPES; interlocução na apresentação das demandas dos usuários e dos profissionais de saúde; monitoramento das condições estruturais dos serviços para receber estudantes e professores e monitoramento da contrapartida das instituições de ensino. Os COAPES apresentam-se então como uma oportunidade disparadora de um maior envolvimento do controle social no processo formativo dos profissionais da saúde.

A formação para o trabalho em equipe ainda é um desafio no processo de formação profissional, não só quanto à sua operacionalização, como também porque tem seu fundamento no alcance da integralidade do cuidado em saúde. As DCN dos cursos de Odontologia avançam no sentido de propor um rol de competências e habilidades gerais (atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente) entendidas como espaços de encontros e práticas dos profissionais da saúde, entretanto o desenvolvimento dessas habilidades e competências está restrito ao espaço da formação de cada área, não havendo nas DCN dos cursos de Odontologia uma referência clara à formação interprofissional.

Segundo Batista (2012), três questões são colocadas para a formação profissional em saúde no Brasil: a primeira diz respeito ao comprometimento dos cursos de graduação em saúde com a formação para o trabalho em equipe, a segunda em relação às práticas de ensino para o trabalho na perspectiva da integralidade e a terceira como propiciar aos estudantes o conhecimento sobre as práticas e saberes específicos das deferentes profissões da área da saúde.

Dada a complexidade dos determinantes da saúde e a perspectiva de maior clareza quanto aos processos de adoecimento e de constrangimento da vida, cresce a percepção de que o enfrentamento dos problemas de saúde foge ao domínio do exercício uniprofissional. Na grande maioria das situações, os encontros e somas de esforços de diferentes profissionais se dão ao redor de situações de ausência de saúde já estabelecidas. A atuação destes profissionais está distante de ser percebida como um trabalho de equipe. Um caminho possível para o enfrentamento desse problema e que se coloca no horizonte da revisão das DCN é a Educação Interprofissional em Saúde. Esse modelo se compromete com o desenvolvimento de três competências: competências comuns a todos os profissionais (que de certa forma já foram apontadas pelas DCN atuais, mas necessitam ser revistas), as competências específicas de cada área e as competências colaborativas, a saber: *“o respeito às especificidades de cada profissão, o planejamento participativo, o exercício da tolerância e a negociação, num movimento de redes colaborativas”* (BATISTA, 2012, p. 26).

Ainda prevalece no nosso imaginário a percepção de que o domínio do conhecimento específico e instrumental seria suficiente para a produção de novas informações. Esse pensamento, no campo da produção científica, de certa forma determina o que se propõe para a prática docente, uma vez que bastaria o domínio desse conhecimento para que os objetivos da docência fossem atingidos. Isso porque ainda existe a expectativa de que a formação do professor na universidade aconteça com base na atividade de pesquisa. A concepção de ciência no ocidente valoriza o saber especializado e fracionado, implicando em uma visão não totalizante dos fenômenos humanos, reforça a reprodução na docência dessa concepção de ciência o fato de não se exigir do docente um aprofundamento nas ciências humanas. Além disso, hoje o professor ainda permanece preso *“à lógica da transmissão do conhecimento, em que o passado – no sentido do saber acumulado – tem mais importância do que o presente e o futuro”* (CUNHA, 2000, p. 46-47).

Segundo Gimeno Sacristan, apud Cunha (2000), um professor terá melhores condições para desenvolver os processos de ensino na medida em que tiver experiências variadas e vivências ricas e não esquemas demasiadamente trilhados no sentido da repetição constante das mesmas ações. Ou seja; o valor da prática docente está na diversidade enquanto possibilidade de reflexão e não na quantidade das experiências.

Nóvoa (2000), estabelece uma ruptura no que tange ao desenvolvimento docente uma vez que atribui à sensibilidade humana do professor a capacidade de intervir interpretativamente e interativamente no conhecimento, facilitando o encontro deste com as estruturas cognitivas, culturais e afetivas dos alunos. A pertinência dessa assertiva adquire significado especial quando se percebe uma supervalorização das estratégias pedagógicas como suficientes para alcançar a mudança no processo de formação profissional.

Entende-se como uma das dimensões do desenvolvimento docente a capacitação na área didático-pedagógica e gerencial, atualização técnico científica e a interação com a comunidade. Essa interação pode acontecer no desenvolvimento de projetos de extensão, ações com base na integração ensino-serviço-

-comunidade e outras dimensões próprias de cada área do conhecimento e da formação para o trabalho. Não se pode esquecer que o desenvolvimento docente tem relação com a maior ou menor satisfação com o trabalho, com o crescimento pessoal e coletivo, com o não adoecimento e a relevância social das ações e projetos. Nesse cenário, o mérito acadêmico como hegemonicamente entendido adquire novo significado. De forma particular acentua-se que não há diferença de qualidade, valor ou comparação entre as atividades de ensino, pesquisa, extensão e de gestão.

Propõe-se que o desenvolvimento do corpo docente se desloque da responsabilidade exclusiva dos professores e seja compartilhado pelo trabalho diuturno entre pares, da instituição e de outros atores implicados nos processos de formação profissional dos estudantes. Cabe à instituição incentivar e fortalecer a constituição de grupos de docentes cooperativos para o compartilhamento de experiências e saberes que venham a surgir de situações reais do ambiente de trabalho docente. Pode-se pensar ainda em seminários, cursos, capacitação pedagógica e rodas de conversa.

As questões até aqui colocadas sobre o desenvolvimento, formação e prática docentes trazem para as DCN dos cursos de Odontologia um novo campo de reflexão e proposição para a concepção das trajetórias dos cursos de graduação. Isso porque os docentes são atores fundamentais na proposição e definição dos percursos formativos, não apenas em função da orientação pedagógica, mas também pelo domínio do conhecimento formal que, junto aos acontecimentos e desafios do cotidiano, são o substrato da produção de situações de aprendizagem significativas e pertinentes aos estudantes.

II. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

Nos últimos quinze anos, observou-se um movimento de construção de algumas políticas sociais que buscaram a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por base o conceito ampliado de saúde e os determinantes sociais da saúde. Este movimento teve como objetivo o fortalecimento da integralidade ao buscar o conhecimento da realidade de vida das pessoas, a proximidade com os movimentos de controle social e, fundamentalmente, a implicação dos trabalhadores com estas políticas. Entre elas, merecem destaque as Políticas Nacionais de Atenção Básica, de Promoção da Saúde, de Educação Permanente e de Saúde Bucal.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) propõe que suas ações sejam orientadas pelos princípios internacionalmente consensualizados da Atenção Primária à Saúde (APS) e se desenvolvam com alto grau de descentralização e capilaridade, constituindo o primeiro contato dos usuários com o SUS e a referência preferencial para toda a rede de atenção à saúde. A Atenção Básica (AB) também transcende o setor saúde e se articula por meio de ações intersetoriais e de promoção da saúde, além de ser o espaço onde se dão as ações da estratégia de Saúde da Família, nas quais se desenvolvem grande parte dos serviços de saúde bucal.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), desde sua primeira edição, em 2006, vem se estabelecendo como referência conceitual e operacional para o processo de consolidação do SUS. Reconhece a saúde, para além das questões biológicas e sanitárias, como uma questão política, social, econômica e

cultural. Com base em um conceito ampliado, parte do pressuposto de que a saúde das pessoas é influenciada, tanto por formas de organização social, quanto pelas relações que se estabelecem ao longo de suas vidas, com suas famílias e comunidades. Reconhece também, que a saúde é um direito de cidadania, e propõe ações voltadas ao desenvolvimento humano e à proteção social.

Sendo assim, reafirma a necessidade de que haja maior responsabilidade do Estado no provimento de políticas públicas capazes de garantir melhor qualidade de vida para a população, possibilitando a cada cidadão a condição de viver bem, de ter acesso aos bens de consumo, de transitar pelos diversos setores e interagir com os movimentos sociais, além de poder influir conscientemente nas decisões para a reconstrução da sociedade em que vive. E afirma, ainda, a necessidade de que os espaços coletivos sejam protegidos de riscos de danos à saúde, proporcionando não só ambientes saudáveis, como o desenvolvimento de hábitos saudáveis na vida das pessoas.

De acordo com a PNPS, as ações de cuidado devem envolver, ao mesmo tempo, operações sobre as doenças e sobre as condições de vida, ou seja, preocupadas com os determinantes, riscos e danos, com o objetivo de favorecer escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades nos locais onde residem e trabalham. De acordo com a PNPS, os modos de viver não podem ser abordados de forma individualizante e fragmentária, pois não resultam da vontade ou das liberdades (individuais e comunitárias), mas, das opções, das escolhas e das possibilidades de satisfazer as necessidades, desejos e interesses pertencentes à ordem coletiva, cuja construção se dá contexto em que as pessoas vivem.

Para a PNPS, a promoção da saúde é uma estratégia

... de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde de população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas no [...] país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas” (BRASIL, 2010).

Reforçando este raciocínio, Kusma et.al. (2012) assinalam a importância da promoção da saúde como estratégia para a reformulação das práticas sanitárias e um dos eixos centrais para a construção de uma abordagem integral do processo saúde-doença.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançada em 2004, significa uma proposta de reorientação das ações e serviços do setor de saúde bucal de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. É a política do SUS para o campo da saúde bucal. A PNSB procura efetivar a integralidade das ações de cuidado e vigilância nos âmbitos da atenção primária, especializada e de alta complexidade. Ao se aliar às propostas da PNAB, da PNPS e ampliar o escopo de ofertas de serviços, a PNSB introduziu novos fazeres que, por sua vez, geraram a necessidade de se operar mudanças no processo de trabalho das equipes das unidades de saúde nos três níveis de atuação e entre estes.

A inserção na estratégia de Saúde da Família (SF) e a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) significaram a proposição de uma nova forma de trabalho para as equipes de saúde bucal, acostumadas com longos anos de trabalho isolado. As ações baseadas nos princípios da integralidade e da intersetorialidade trouxeram a necessidade e o desafio de se pensar o trabalho das equipes de forma multi e/ou interprofissional. Tais ações também trouxeram novas lógicas de organização da prática para o interior do trabalho das equipes de saúde bucal, oriundas dos espaços institucionais dos setores com os quais se passou a trabalhar.

O modelo de atenção adotado pela PNSB segue a mesma direcionalidade dada pelos princípios e diretrizes do SUS. Propõe que, em cada local, a cada momento, a forma como se organizam as ações e serviços de saúde bucal signifique, frente aos determinantes sociais da saúde, uma forma de intervenção no processo saúde-doença e a melhor resposta possível aos problemas e demandas individuais e coletivas da sociedade que ali reside, por meio dos recursos existentes (humanos, materiais, financeiros, científico-tecnológicos e de infraestrutura).

O modelo de atenção em saúde bucal regido pelo conceito ampliado de saúde é revelado pela forma como se organiza o processo de trabalho. Assim, pode ser compreendido como *“...a forma como se concebem, organizam e concretizam as ações de saúde, segundo um determinado contexto histórico, em determinado local e com determinado conceito de saúde”*. Pois é no modelo de atenção que vamos encontrar *“...as concepções dos sujeitos, as práticas de saúde e as relações que se estabelecem neste processo, particularmente as relações de poder entre os vários atores, a utilização das tecnologias e a gestão do sistema e do processo de trabalho”*.

Decorridos onze anos da implantação da PNSB, é possível afirmar que houve a preocupação em expandir as ações com equidade na distribuição das unidades e na construção da rede de saúde bucal em todo o território nacional. Buscou-se, entre outros, a reorganização da Atenção Primária em Saúde Bucal, a ampliação e qualificação da atenção especializada (CEO) e da oferta de próteses, o investimento na Alta Complexidade, a expansão das ações de promoção e prevenção, de vigilância e monitoramento e de integração Ensino-Serviço. Organizou-se a abrangência destas ações até setores da sociedade como a população indígena, quilombolas, população carcerária, além da priorização de regiões carentes, com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

III. A PNSB E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

A implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) significou uma importante proposta de organização do SUS. De acordo com a Portaria nº 4.279 (de 30/12/2010) do Ministério da Saúde (2010a), as redes *“... são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”*. As redes de atenção à saúde têm, como objetivos, a maior eficácia na produção de saúde e a melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no âmbito regional.

Diante das diferentes estruturas e situações econômicas e sociais dos municípios e Regiões nos diversos estados do país, a implantação das RAS vem se dando de formas diversas. Há no Brasil um predomínio de municípios de menor porte, com baixa arrecadação e grande vulnerabilidade social, o que acarreta maior prevalência de problemas de saúde. Em função desta situação, as prefeituras têm serviços limitados à atenção primária, com o agravante de apresentar enorme dificuldade para atrair, contratar e manter profissionais. Em geral, são municípios com baixos indicadores sociais e uma qualidade de vida desfavorável, acarretando menor acesso à informação e aos bens essenciais.

Em função destes fatores, estes municípios acabam se constituindo no elo mais fraco da corrente, o que torna desigual e injusta a implantação de redes regionalizadas de saúde, que acabam por reproduzir a polarização dos serviços, situando-se os de maior complexidade nos municípios de maior porte (mais ricos), perpetuando a dificuldade (ou mesmo, impossibilidade) de acesso de grande parte da população aos mesmos. Apesar da gravidade desta situação, a implantação das RAS vem favorecendo a superação destes problemas.

Em função da prevalência e gravidade de algumas doenças, bem como da importância de algumas condições de saúde para as pessoas ao longo dos diferentes momentos de suas vidas, algumas redes estratégicas têm sido priorizadas pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Estas redes vêm sendo implantadas em todo o território nacional com o objetivo de organizar e integralizar, nos três níveis de atenção, as ações de cuidado à saúde das pessoas. E, à medida em que há recursos e infraestrutura, ainda que enfrentando dificuldades e limitações de naturezas diversas para seu funcionamento, outras redes vêm sendo propostas e efetivadas.

No campo da Saúde Bucal, o tema ainda é incipiente e são poucas as iniciativas de construção de redes em todo o país. Embora não tenha oficializado uma posição definitiva, o Ministério da Saúde chegou a propor a discussão de que as ações deste setor fossem consideradas como componentes de outras redes. Nenhum estudo ou documento oficial foi produzido. Esta discussão não chegou a termo e, em função disto, alguns estados preferiram propor a criação de redes de saúde bucal. Dentre estes, são exemplos as redes de atenção à saúde bucal propostas pelo Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e Minas Gerais.

Na proposição e construção das RAS e, de acordo com o modelo de atenção proposto pela PNSB, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) devem se constituir em referência especializada para as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

À GUIA DE CONCLUSÃO:
O espaço do trabalho nos CEO
como espaço de formação

Ao se pensar no espaço de trabalho dos CEO como espaço de formação profissional, a primeira questão que se coloca é de natureza política. O ponto de partida para todos os sujeitos envolvidos é a compreensão de que grande parte dos problemas de saúde da população brasileira tem origem nas desigualdades sociais geradas pela concentração de renda que, por seu turno, acarreta enorme vulnerabilidade para grande parte da população e inúmeros problemas

para os municípios de menor porte. E que, para os serviços de saúde, as respostas terão que se dar dentro de um alto padrão de qualidade técnica e científica, segundo os princípios constitucionais de justiça social, respeito aos direitos das pessoas e responsabilidade do Estado na construção destas políticas.

A construção da PNSB se deu pouco tempo após o lançamento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Mas, não ao acaso, há uma contemporaneidade em suas proposições e intenções. Porque uma e outra já vinham sendo gestadas em um mesmo espaço social que apresenta, na raiz, a busca de compreensão da realidade, a construção de novas formas de se pensar e fazer a formação e a organização dos serviços, sempre de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Desta forma, podemos afirmar que a vocação para a formação está presente tanto nas DCN, quanto na proposta da PNSB. Se as DCN propõem e se preocupam com os pilares que importam para uma sólida formação técnico-científica, humanista e política, a constituição de uma rede de atenção à saúde bucal materializa as condições objetivas para que esta formação possa se dar.

Os Centros de Especialidades Odontológicas não se configuram como um ponto isolado nesta rede. Ao contrário, são parte dela, devendo ter, como referência, os princípios que a norteiam, que “*buscam garantir a integralidade do cuidado*”. Em função do modelo proposto pela PNSB, os CEO se configuram como pontos de atenção com especificidades definidas no campo das especialidades, mas que, para funcionar, necessitam estar integrados com a rede de serviços à qual pertencem.

É necessário que os profissionais das equipes dos CEO compreendam a importância e a natureza da atuação das equipes nos demais pontos de atenção e com elas estabeleçam formas integradas de trabalho que possam garantir a integralidade do cuidado para todos os usuários. É fundamental que, nos processos de aproximação entre estas equipes haja o incentivo para a discussão das ações a serem implementadas e para o emprego de instrumentos de gestão (protocolos, linhas-guia, planilhas de avaliação dos procedimentos, entre outros) capazes de conferir qualidade e confiabilidade ao trabalho desenvolvido. Ou ainda, para os processos de matriciamento entre CEO e atenção primária para a definição sobre o acesso, sobre os fluxos de encaminhamento ou para discussão de casos clínicos.

Quanto ao processo de trabalho, embora as equipes de saúde bucal dos CEO apresentem características peculiares em cada uma de suas especialidades, é importante que a organização daquilo que toca à equipe seja amplamente discutido entre os seus membros e os gestores. É fundamental que se busquem caminhos para que os membros da equipe de saúde bucal não se tornem profissionais apenas apenas às suas especialidades. Assim, o planejamento das demais ações com a definição das responsabilidades, os momentos de avaliação do trabalho e de encaminhamentos das demandas e decisões, bem como a definição de processo de educação permanente devem se dar de forma participada, visando o comprometimento de todos os membros da equipe com os objetivos propostos.

Outro aspecto a se preocupar se refere às condições de trabalho e remuneração para as equipes de saúde bucal dos CEO, onde importa muito saber até que ponto propiciam satisfação e permitem que os

profissionais trabalhem de forma tranquila e sejam elemento de incentivo para cada um e para a equipe como um todo.

No que diz respeito à relação com os usuários, importa muito que as equipes de saúde bucal dos CEO estejam atentas e participem de todos os movimentos de controle social nas reuniões das comissões locais, dos conselhos de saúde, das conferências, das discussões e decisões em outras instâncias de participação social como as Câmaras de Vereadores, Ministério Público e outros para que possam se inteirar das demandas e dos problemas, visando a busca de respostas possíveis. Desta forma, poderão inserir os CEO como pontos de atenção de uma rede que é capaz de ofertar serviços em sintonia com os movimentos sociais.

Enfim, é importante que, ao se pensar o espaço de trabalho dos CEO como espaço de formação, se busque conhecer a realidade por meio de uma aproximação com todas estas questões aqui levantadas, pois é provável que muitas destas situações não estejam acontecendo, ou mesmo sequer façam parte das preocupações de gestores e equipes, pois é preciso conhecer, de perto, os fatores que facilitam, dificultam ou impedem este acontecer.

Por todos estes fatores os CEO são um objeto de preocupação e interesse das DCN enquanto especificidades de uma política e, portanto, um campo fértil para a problematização e a aprendizagem, capazes de subsidiar uma sólida formação profissional no campo da saúde bucal.

Chegadas e partidas de territórios subjetivos em tom carmim-encarnado: a saga dos CEOs avaliados!

Conceição de Maria Probo de Alencar Batista
 Franklin Delano Soares Forte
 José Ivo dos Santos Pedrosa
 Marcos Azeredo Furquim Werneck
 Nelson Fillice Barros
 Otacílio Batista de Sousa Néttto
 Patrícia Ferreira Sousa Viana

INTRODUÇÃO

Aviso primeiro aos navegantes!!! Amigos e leitores que percorrerão estas linhas com os olhos perscrutadores e a atenção desbravadora: pedimos olhos de navegadores fitando em céu aberto o oceano! Usaremos este espaço de liberdade acadêmica oficialmente consentida, para lhes contar sobre sonhos. Sonhos?!?

Seriam os sonhos matéria orgânica, inorgânica, acadêmica para além da Fase Rapid Eye Movement (REM)? Freud e Jung sempre foram malvistas, malquistos por estas invencionices! Mas, ainda assim e a despeito disso, seres humanos sonham, elaboram, enunciam!!! Não sabemos de outros animais que fisiologicamente sonham, talvez existam, mas decupá-los, interpretá-los, ruminá-los em frente ao espelho d'água da vida, é matéria humana, ofícios da lida.

Que tempo é este que vivemos no contemporâneo? *“Homens em tempos sombrios”* arendtianos? Tempo de estio ou tempo de escassez de plantio? Não sabendo qual o rio ou rito que seguiríamos, pensamos no Rio Doce e sua mariana carga de minério de ferro. Carga que esteriliza plâncton, peixe, Pedro, pedra, em perversa ironia! Esse rio com açúcar e com nome de afeto tão brasilico, em sua psicanálise de luto, contaminaria Baixo Guandu no santo espírito que compõe a nossa história de mais de 60 anos de fluoretação sespiana das águas.

Sendo *“de sonho e pó o destino de um só”* ou de muitos, vivemos um tempo estranho, ainda que de quase debutância, relutância, resistência e ambiva-

lência do Brasil Sorridente, nome fantasia-elegia-alegria da Política Nacional de Saúde Bucal, nascida em 2004. Política esta que caminha para a sua pré-adolescência, 12 cabalísticos anos passados, tendo à frente, em grande parte, um único coordenador, Dr. Gilberto Alfredo Pucca Júnior.

Pausa digressiva... Para alguns, um milagre de permanência à frente de tantas turbulências, em uma senda costumeiramente marcada pela prolífica rotatividade. Para outros, a sensação ou a leve impressão buarqueana *“de que já foi tarde”*. Assim o cisma de nossa crise bucaleira revela-se na metáfora do iceberg na linha da água: parte imerso, parte submerso.

Em 2015 a substituição por uma nova coordenadora, Dra. Rosângela Fernandes Camapum, que logo ensaiou os seus primeiros passos frente à gestão federal da saúde bucal, [...]. Ao longo dos dias da escrita deste texto, o Diário Oficial da União inesperadamente assinalou a demissão da doutora e a chegada de um outro gestor à Coordenação Nacional de Saúde Bucal (CNSB), Ademir Fratric Bacic. Pós modernidade líquida liquefazendo nossa imberbe política.

Alternâncias e errâncias digressivas à parte, a saúde bucal na estratégia saúde da família (ESF) foi incipientemente semeada a partir de 2000, mas a política nacional só viria um pouco depois. Falemos de 15 anos da presença ou do desejo da presença da saúde bucal coletiva na ESF brasileira, compondo de modo inseminado-implantado, morulado e blastulado, a atenção primária em saúde no SUS. E lá nossa nave seguiu, *mezzo* vã, *mezzo* sã e chega hoje próximo das 30.000 equipes de saúde.

Falemos do crescimento quantitativo da saúde bucal em seus componentes de atenção secundária e terciária em saúde, com mais de 1.000 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e quase 500 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), e também dos ensaios e vislumbres da presença dos cirurgiões-dentistas autorizando internações e compondo equipes hospitalares intensivas, oncológicas e outras.

Falemos da saúde bucal coletiva transversalmente presente nas redes de atenção sanitária em construção efetiva ou naquelas redes que são ação midiático-vilaciana pelas regiões de saúde brasileiras. Seriam as redes de atenção outro mito nacional de fundação? Aqui também divergimos, o que, convenhamos, não é necessariamente o começo do fim: Uns sonham com a visibilidade de uma rede de atenção em saúde bucal, distinguível, discernível no horizonte poluído e no anonimato saturado do céu sanitário. Outros sonham em uma rede capilarizada, horizontalizada nas redes que já existem e sem tanto alarde. Por suposto, para onde vamos? *“Cada ser tem sonhos à sua maneira”*.

Estes são os trópicos em que vivemos. Caminhamos. Falemos destes tristes lévi-straussianos, ou dos trópicos alegre trintanos! Dos que falaremos, apesar de CEO, convenhamos, são o *“debaixo do barro do chão”* com os quais podemos e desejamos conversar, pensar, em barulho ruidoso ou silêncio respeitoso. Mas nossa casa aqui não é esta crônica primeva, libertária e temerária dos dias bataclânicos de novembro *bleu, blanc et rouge*. Aqui a *“ilusão da casa”* - ou melhor, a casa em construção - é, e não é uma casa colorida e engraçada, é séria irmão, é o CEO! Não o céu céu, não também o original CREO - Centro de Referência em Especialidades Odontológicas, mas o CEO - Centro de Especialidades Odontológicas.

A imagem objetivo deste trajeto é o seu e o nosso Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos CEO (PMAQ-CEO). O PMAQ-CEO foi organizado em quatro fases que se complementam e que em tese conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade dos CEOS, a saber: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização.

Em linhas gerais, a Adesão consiste na indicação, pelos gestores municipais do número de CEOs que participarão do Programa, por meio do sistema do PMAQ no portal do Departamento de Atenção Básica. Da adesão segue-se para a Contratualização, que é voluntária e envolve um duplo processo de pactuação: num primeiro momento entre a equipe do CEO e gestores municipais e, posteriormente, desses com o Ministério da Saúde.

Nestas etapas foram gerados dois documentos que passaram pelo crivo da nossa avaliação externa: 1-Termo de Compromisso assinado entre a equipe do CEO e o gestor mais próximo responsável por ela, e 2- Ata da reunião da equipe que delibera pela adesão ao programa avaliativo. Os CEOs contratualizados foram homologados por Portaria Ministerial e, a partir desta data, (em tese) a gestão responsável pelo serviço recebeu, mensalmente mediante transferência fundo-a-fundo, 20% do valor integral do incentivo financeiro PMAQ-CEO, denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal.

Coube a esta instância de gestão informar aos coletivos gestores do SUS aos quais está vinculado: Conselho Municipal de Saúde (CMS), Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB), sobre a homologação da Contratualização realizada pelo Ministério da Saúde. O documento que comprova que foi informada a adesão aos respectivos colegiados mencionados foi também necessário durante o processo de Avaliação Externa, realizada na Fase 3 do PMAQ-CEO.

A fase Desenvolvimento do Programa envolveu 4 dimensões consecutivas: inicialmente a autoavaliação e, a partir desta, o desenrolar de etapas de monitoramento; educação permanente e apoio institucional. A autoavaliação correspondeu à análise e ao preenchimento de um instrumento intitulado Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AMAQ-CEO), desenvolvido pelo Ministério da Saúde.

Chegou-se então à terceira fase, a Avaliação Externa coordenada nacionalmente pela CNSB do Ministério da Saúde e pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). No encadeamento de etapas que culminariam com a certificação dos CEO, este processo levou em consideração: a implementação de processos autoavaliativos (10%) + verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados feita pelo próprio Ministério da Saúde (30%) + verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade = gerais, estratégicos, obrigatórios e essenciais (60%). Esta etapa, que correspondeu a 60% da nota final, equivale à avaliação externa propriamente dita, sob a qual pairaram as impressões deste texto.

As notas finais (mesmo em época de declínio ou distensão do vestibular tradicional e das avaliações meramente somativo-normativas) conduziram a uma categorização de desempenho que oscilou do desempenho insatisfatório (com suspensão do repasse de 20% anteriormente liberado por ocasião da contratualização e assinatura de um termo de ajuste), mediano ou abaixo da média (manutenção do incremento

de 20% do incentivo original), acima da média (elevação do incentivo para 60%) ou muito acima da média (ampliação de 20% para 100% do incentivo original). Para os três desempenhos de mediano ou abaixo da média ao muito acima da média foi permitida a reconstrutualização de um novo ciclo de avaliação.

O processo de avaliação externa foi realizado em parceria multicêntrica pelo Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal (CECOL) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), a Universidade de São Paulo (USP), a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a Universidade Federal do Amazonas (UFAM), a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e o Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

A Coordenação Nacional do PMAQ-CEO solicitou aos estados que indicassem os coordenadores estaduais do PMAQ-CEO e, em sua maioria, os coordenadores indicados eram professores de saúde bucal coletiva das universidades públicas brasileiras. Também foi aberto um edital para a contratação de avaliadores externos, tendo como requisito serem cirurgiões dentistas. Havia assim um pressuposto diferente do que já existia para o PMAQ-AB, onde qualquer profissional poderia ser avaliador externo. O processo seletivo simplificado foi realizado com resultado divulgado em 21.11.2013.

Selecionados os pesquisadores-avaliadores, houve oficinas preparatórias em dezembro de 2013 em Brasília, São Paulo e Recife. As oficinas reuniram todos os atores, coordenação nacional, regional, coordenadores estaduais e avaliadores de todo o Brasil. Na pauta dos encontros, a discussão sobre o perfil dos CEO no Brasil e a explicação sobre as ferramentas e as questões a serem aplicadas na pesquisa.

Nestes encontros houve alguma tensão pela não utilização dos tablets - que só chegariam bem depois e de certo modo retardariam o início das avaliações externas, mas não impediram que o processo avançasse. Determinadas questões se revelariam inviáveis como o georeferenciamento por satélite, que simplesmente não acontecia. Idiosincrasias da tecnologia!

Metáforas à Didi (Valdir Pereira, gênio do primeiro campeonato mundial do futebol brasileiro) também surgiram: *“treino é treino, o jogo valendo é outra coisa”*. A apostila impressa que materializava o que seria visto na tela do tablet, aparecia em algumas partes, com sequência e disposição diferentes do que os avaliadores encontrariam na planilha eletrônica oficial. A insegurança mesmo após o treinamento concluído, ao mesmo tempo revelou a fragilidade e o fortalecimento do processo em seus diversos entreatos.

Men and women at work



obra em progresso



empoderamento complexo dos atores avaliadores

No dia 25.02.2014, no Auditório Jorge Lobo, na UFPE, ocorreu o Seminário de Abertura Nacional da Avaliação Externa do Programa de Melhoria de Acesso à Qualidade em Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO). Passado o Carnaval, na quarta-feira de Cinzas (05.03.2014) finalmente o processo tinha plenas condições de deslanchar. Deslançou! Como em um making of, dias 10 e 11.09.2015 voltávamos a Recife para participar do Seminário de Avaliação do 10 Ciclo PMAQ-CEO.

Descrevendo assim sumariamente em algumas linhas, parece que foi simples, linear e tranquilo. Nenhum dos três adjetivos pode ser aplicado sem ressalvas, mas ainda assim, o que foi realizado, em um espaço de tempo relativamente curto, abraçou o Brasil e seus CEO, que quase nunca são de brigadeiro.

A tarefa aqui: Compreender nas falas de tantos entrevistadores e de pessoas entrevistadas, os CEO brasileiros e suas tormentas, tempestades, zonas de convergência, fechamentos em cinza. Quando falamos de CEO tratamos de um universo com diferentes arranjos: 'florais', institucionais e sociais, conforme a realidade local em que inseridos estávamos. O CEO pensado da CNSB reconfigurado no CEO concreto e abstrato de cada município brasileiro.

Que CEO o Brasil possui? De que CEO o Brasil precisa? Ou melhor: Que CEO nós temos e, dos que temos, como encontrar o caminho para alcançar os CEO que precisamos?

Falamos aqui como partícipes do PMAQ-CEO, na condição de coordenação em um estado da Federação brasileira com 29 CEO - 28 deles contratualizados para a avaliação, que foi realizada de forma censitária, portanto com todos os vinte e nove centros - realizada por duas colegas que cumpriram, olímpicamente, uma logística de cobertura de longas distâncias rodoviárias. Artesanato de desencontros com hora prévia, antecipada e exaustivamente marcada, agendada e confirmada no mês, na semana e no dia anterior com os gestores. Encontros fortuitos com pacientes de súbito desaparecidos, em territórios-serviços de saúde esvaziados no meio das manhãs e tardes de expedientes, no meio da semana útil de trabalho.

Havia no meio do caminho uma outra pedra - o financiamento, em parcelas de compassos esparsos, tanto para coordenadores como para pesquisadores-avaliadores. Parcelas a serem depois de recebidas e tributadas pela Receita, pois não se tratavam de bolsa. Reconhecer aqui é necessário, que tudo absolutamente foi financiado na forma como previamente combinado. Tudo acertado, *tablets* adestrados em laboratórios hands on, normas técnicas lidas, relidas, grupo de mensagens online full time. Faltava botar o bloco na rua.

Para os deslocamentos, o auxílio do setor de transportes da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí, agendado e combinado pela Coordenação Estadual de Saúde Bucal, não foi viabilizado pelo deflagramento de um movimento grevista dos motoristas por conta dos baixos salários. Para viabilizar o processo, foi deferido nosso pedido via ofício ao Conselho Regional de Odontologia para a cessão de um dos seus veículos durante o cumprimento dos itinerários avaliativos. O Núcleo do Ministério da Saúde no estado também foi outro parceiro na realização de dois circuitos de avaliação e a coordenação do PMAQ-Atenção Básica Piauí também nos auxiliou nesta questão.

Com o trabalho realizado, auxiliamos a compor 60% da nota de desempenho. Os módulos preenchidos no *tablet* pelo avaliador externo foram realizados sempre com a presença de informantes-chave, que poderiam ser o gestor do CEO ou alguém que respondesse por ele, além do profissional de saúde do serviço e os usuários.

No instrumento da avaliação havia um módulo preenchido a partir da observação nas unidades de saúde e de suas condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos; um segundo módulo envolvia a

entrevista com o profissional da equipe de saúde bucal e a verificação de documentos, e um terceiro módulo foi feito a partir da entrevista com os usuários nos centros de especialidades como forma de verificar a satisfação e percepção dos mesmos quanto ao seu acesso e utilização do equipamento de saúde.

Menos que os resultados encontrados, que foram em outros trabalhos intensa e extensivamente processados e parametrizados; no nosso particular e inusitado relato, interessou-nos as impressões de quem conduziu de forma proativa os atos avaliativos, de quem levou a ação a efeito e a cabo, daqueles que, provisoriamente nômades, desterritorializaram-se, cruzaram floresta, Sertão e Mata Atlântica, denominaram-se avaliadores externos e esquadriharam os CEO com suas perguntas e planilhas.

Se navegar é preciso, viver é impreciso ou não é preciso, de que território, ou de que ausência dele falamos? Aqui em versão livre, entre aspas, as percepções e aprendizados dos avaliadores, seu olhar para o CEO ao lado, visão panorâmica e em profundidade, durante e após o aprendizado avaliativo e as vivências do campo e do trabalho cooperativo, quase sempre com um olhar apreciativo.

A partir deste momento, no percurso de rio, os textos se alternaram com novas citações entre aspas, correntezas e remansos, banzeiros amazônicos, cais perdidos e escassez nordestina de água. O paradoxo das terras áridas nos percurso de tantos rios: Velhos Chicos, Velhos Monges, Mucuris, Jequitinhonhas, Amazonas, Paranás, Parnaibas, Tocantins, e muitos outros por onde andamos, voamos e caminhamos, e conseguimos com algum auxílio da arte, não sucumbirmos, não nos afogarmos.

Estar avaliando deixou como lastro um hiato, que se estendeu da dúvida de não se saber bem recebido enquanto avaliador, do sentir dificuldade em lidar com a presença e a ausência dos usuários necessários (seriam preciso 10 usuários para cada ciclo), ao sentimento de estar pronto e preparado para avaliar. Pairou forte a impressão que a odontologia pública mudou nas últimas décadas no Brasil, saindo de *“um lugarzinho para um lugar de valorização do profissional, porque se antes éramos invisíveis, de algum modo agora somos até pesquisados”*.

Reconhecer o valor da vivência, do encontro com o serviço de saúde bucal e não se sentir como carrasco, nem tampouco um mero coletor extrativista de dados, levando mais que o *tablet institucionalizador* ao encontro com os colegas avaliados, em uma postura reciprocamente educadora. *“Aprendi avaliando, rompendo com uma formação sequencial e linear de graduação-mestrado-doutorado, tudo asséptico, com pouca integração com os serviços de saúde, mas precisando aprender como cidadão, desodontologizando o meu olhar”*. Por diversas vezes durante a avaliação, houve a confirmação por parte dos avaliadores externos, do CEO como um serviço a parte, estranho, desintegrado e desconectado da rede de atenção à saúde local. Desapontada constatação.

O olhar para o espelho como metáfora da expansão de uma cultura avaliativa da saúde coletiva no Brasil. *“Deus ao mar, o perigo e o abismo deu, mas foi nele que espelhou o céu”*. O espelho enquanto revelação do vácuo, vazio, silêncio e lugar desconhecido, mas simultaneamente como espaço de permissão para o encontro dos olhares e para o momento da avaliação por excelência.

“Oportunidade ou choque”; os avaliadores externos expressaram assim o que foi sentido como aprendizado, a partir das revelações captadas no lidar com a gestão, trabalhadores e usuários, e muitas vezes não suficientemente decodificadas, possivelmente desperdiçadas no espaço-tempo-água exíguo, dos diários rios de campo. Que pena! Que nos sirva de lição!

O “*avisa lá que eu vou chegar*” gerou uma reiterada desconfiança avaliativa, se o processo de avaliação previamente anunciado funcionava, se fortalecia o processo de institucionalização do serviço, ou por outro lado, se facilitava uma possível falsificação, invenção da realidade, maquiada, transformada por ocasião. E talvez ainda, uma terceira margem de rio, reiterando o território fluido da água: terra árida ou fio d’água deste capítulo em imersão.

O aviso prévio seria também o ‘revelar-se’ de um compromisso tácito, de amadurecimento e sinceridade entre os atores políticos? ‘Nesta maravilha de cenário, a construção social de interrogação: o que queremos mesmo avaliar é a maquiagem-traquinagem ou uma pretensa verdade? Crachá e bata nova, parede com cheiro de tinta, totem e telefone de ouvidoria? A diversidade das batas que deveriam ser padronizadas! E para além da perfumaria, os profissionais tinham ou não, na cabeça ou no coração, o sentido de realizarem em ato contínuo, uma política pública de atenção secundária em saúde bucal?’

Uma das pulsões que estiveram presentes no relato de vários colaboradores, foi o condão de “*transformar a avaliação em algo diferente de mera fiscalização*”. Como transformar a densidade do caráter oficial, ministerial, federal da pesquisa, que não sendo uma pesquisa da universidade apenas, seria ou deveria ser o que? Olhamos de fato ou não para o Sistema Único de Saúde quando pesquisamos sobre o SUS? Ou olhamos apenas para os nossos estritos e estreitos umbigos, repletos de interesses acadêmicos? Qual o nosso grau ou senso de coerência?

O PMAQ-CEO não trouxe respostas prontas no meio de tantas questões, e pairando sobre as dúvidas, ainda resistiu reticente uma pergunta: Qual o sentido, a natureza e o papel que deveria de fato ser desempenhado por um serviço público de saúde bucal especializado. Como pano de fundo, o recorrente descompromisso perspicazmente captado em algumas regiões avaliadas: endêmico, generalizado, com o que está a vista e com o que vai além, à revelia da norma, da forma, do padrão e da fé pública.

Outra pergunta: Temos clareza suficiente para saber o que viemos pesquisar e o que ou quem iríamos encontrar? Surge uma revelação nada extemporânea: “*além das avaliações externas e auto avaliações, há sempre a necessidade de outras avaliações, sobretudo da própria gestão, para que de fato compense-se e faça sentido a composição com a etapa externa*”.

Aos poucos venceu-se a “*noite escura do espírito*” de São João da Cruz, e a manhã da avaliação clareou “*a luz do sol clareia a clara estrela*”. Gradativamente “*fui encontrando uma forma de perguntar diferente, o que eu achava repetitivo - de repente fui processando respostas para a angústia de melhorar o meu modo de perguntar...*”. “*Sugeriria que nas próximas versões se aperfeiçoe o ato de perguntar, sobretudo para o profissional cirurgião-dentista: tudo tão rápido, tão exíguo diante do tanto que ele pode nos contar e que não cabe no formulário*”.

Para encerrar *“nada nos módulos destinava-se para as auxiliares de saúde bucal, que sabem muito e cada vez mais sobre o serviço e permanecem invisíveis mesmo em projetos tão cheios de boas intenções”*. Fazem ou não fazem parte das equipes assistenciais de saúde bucal? Não devemos perpetuar a invisibilidade que condenamos e que sofremos em tantos sentidos na Política Nacional de Saúde Bucal. Mais generosidade, mais ousadia, mais avanços no constructo da nossa avaliação, sendo ela ou não de quarta geração, 360 graus. Nessa sim, mais inclusão!

Deste encontro com quase 1.000 CEO, e bem menos avaliadores - brasileiro(a)s, dentistas, trabalhadores, outras tomadas polaróidicas fizemos:

1. *O simbólico receio apontado de, diante da realidade das multifragilidades descortinadas, ouvir, ler a notícia de mais um CEO sendo aberto, habilitado. Como assim?!*
2. *“Será que precisamos de mais CEO em razão dos que já temos?”*
3. *Será que não precisamos chocar o ovo de Colombo: equacionar acessos, demandas, filigranas qualitativas?*
4. *Valorizar os profissionais dentro da rede SUS, neste mosaico precarizado constituído por profissionais experientes e especialistas, e outros não ainda recém formados, ganhando o mesmo salário, sem concurso específico, na contramão da valorização do profissionalismo, tão em voga e decantado no mundo das profissões de saúde.*
5. *Que políticas de gestão do trabalho em saúde vazam desta revelação?*

Neste campo, entre todas estas condições de possibilidade apontadas, surgiram fortes imagens-objetivo: longitudinalidade do cuidado, convivialidade com as inúmeras diferenças, diferentes significados para diferentes atores:

Para o gestor, a avidez explícita por mais e mais recursos a serem repassados, com usos legítimos ou não, dos quais não há por enquanto, qualquer experiência bem sucedida de controle social que tenha sido reportada.

Para o profissional dentista-cirurgião, muitas vezes o salário é a única questão que desperta, gera, alimenta e fomenta a implicação e o compromisso dos trabalhadores? Que política em questão dá conta de equalizar essas diferenças de opinião?

E para o usuário ou cidadão, um parágrafo a parte: o que de fato importa? A singular satisfação apenas pelo serviço existir, ainda que não seja o serviço *“tipo ideal weberiano”*, aquele onde todos de algum modo são atendidos, reificados ou não, usuários que dependem do serviço e lutam bravamente por ele (*“ganham um salário mínimo, recebem bolsa-família, quase pedindo desculpas por estar ali precisando serem atendidos”*).

Sobre o aqui apontado, nós na academia pesquisadores-avaliadores falamos, mas de fato e sinceramente nos interessamos? Desvendamos nossos próprios nós? Crítica e autocrítica necessária para todos os mares

e lados, *“auriverde pendão da minha terra que a brisa do Brasil beija e balança”*. Como o mundo do ensino aqui representado, principia e finaliza este arco de promessas?

“Quando eu saí da universidade não sabia o que era o SUS!”. Como se dá o trabalhar no SUS no imaginário de quem esteve na faculdade e agora participa como pesquisador de CEO? O que é preciso para trabalhar no SUS – um pouco de carga horária e um ‘bom’ salário”. *“Não suporto SUS! mas quero um PSF! E um CEO para chamar de meu”*. Há aprendizados nos currículos de graduação que atravessam os CEO? São ensinagens e aprendizagens adequadas ou não? Como funcionam dentro de uma possível rede de integração, o ensino de graduação em odontologia com os serviços ditos de atenção à saúde bucal, no fluxo referente e contrarreferente com a atenção básica? Que políticas de gestão do ensino em saúde vazam desta amplidão?

E *“sobre todas as coisas”*, como isso chega, quais as repercussões e consequências para a população? A ansiedade de quem quer ver cumprido a quadratura do círculo em ciclo avaliativo, que demora a ser concluído. Entre um CEO com 40 canetas de alta-rotação e outro CEO com poucas veredas de acesso, seguimos caminho de viajante, de retirante, de indigente, de instigante escassez e reluzente riqueza.

Esta ‘prosalírica’ não dá conta ainda de vaticinar se existe coerência na política aqui discutida, em sua formulação, em sua avaliação. Mais que uma pretensa e acabada, impoluta explicação científica, sugere pistas, rotas de navegação de cabotagem, cartografias de invenção. Uma milonga e talvez uma política se constrói ou construa, em sete cidades, para ficar em um parque nacional que nos ilumina, a meio caminho entre Parnaíba e Teresina, ambas no Piauí: Rigor, Profundidade, Clareza, Concisão, Pureza, Leveza e Melancolia.

E se falamos de sonho no começo deste texto, de rios na travessia do deserto, falemos também porque convém, de amizades construídas à medida em que trabalhávamos, como um mítico clube da esquina, mais brasileiro que simplesmente mineiro ou nordestino, de todas as nossas esquinas, em livre composição na eterna e sempre reinventada estação da vida:

... porque se chamava moço, também se chamava estrada, viagem de ventania, nem lembramos que olhamos tantas vezes para trás, para seguirmos em frente, revisando os passos, aços, aço... metodológico itabirano minério de ferro posteriormente aço... que se chamava homem, também se chamava sonhos, e sonhos não envelhecem, em meio a tantos gases lacrimogênicos, contemporâneos, calmos ficam calmos... e lá se vai assim, mais um dia... bastando contar compasso, contar consigo, que a chama, ao invés de apagar, acende novos pavios... de tudo se faz canção, e o coração, este ser de antanho na curva de tantos rios, rio... e um rio de asfalto e gente, entorna pelas ladeiras, entope o meio fio, esquina mais de um milhão, quero ver então a gente, gente, gente...

Aviso derradeiro aos Resistentes e Reticentes Navegantes: *“Caminhante, são teus passos, o caminho e nada mais; Caminhante, não há caminho, faz-se caminho ao andar. Ao andar se faz caminho, e ao voltar a vista atrás se vê a senda que nunca se voltará a pisar. Caminhante, não há caminho, mas sulcos de espuma ao mar.”*

SUGESTÕES DE LEITURA LIVRE, DILETANTE

1. **O Elogiável Risco de Escrever Sem Ter Fim**, publicado no Caderno Ilustríssima do Jornal Folha de São Paulo, no dia 28.02.2016 em: <http://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2016/02/1743666-o-elogiavel-risco-de-escrever-sem-ter-fim.shtml>, de autoria de PEDRO DUARTE, 34, professor de filosofia da PUC-Rio, autor de “Estio do Tempo: Romantismo e Estética Moderna” (Zahar) e “A Palavra Modernista: Vanguarda e Manifesto” (Casa da Palavra) e ilustrado por OMAR SALOMÃO, 33, poeta, músico e artista plástico.
2. As canções citadas e aspeadas são como **O Jogo da Amarelinha** de Julio Cortázar, um convite a revelação, a procura, a busca e a fruição.
3. *[...] Há fogos, foguinhos eduardogaleanos e amigos fogos amigos.
O tempo histórico dirá o que será do nosso tempo fogoamigo subjetivo.*
4. Sobre a autoetnografia citada no título e violada no texto, apontamos duas trilhas: Daniela Beccaccia Versiani. **Autoetnografias. Conceitos Alternativos em Construção**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2005 (finalista do Prêmio Jabuti Categoria Teoria e Crítica Literárias); e o não menos importante **Mil Rosas Roubadas** - Silviano Santiago, vencedor do Prêmio ganhou o Oceanos 2015 (Prêmio de Literatura em Língua Portuguesa, antigo Portugal Telecom).



Profissionais e Gestão

parte 2

Partidos políticos e diferentes modelos de gerência dos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil

*Andrea Neiva da Silva
Christian Mendes Alcântara
Edson Hilan Gomes de Lucena
Francisco de Assis da Silva Santos
Hélder Freire Pacheco
Petrônio José de Lima Martelli*

INTRODUÇÃO

A legislação brasileira de reforma do aparelho de Estado passou a facultar aos entes federativos diferentes modelos de gerência que não apenas administração direta. A Lei de Responsabilidade Fiscal limita o gasto com servidores públicos, dificultando a administração direta e a máquina pública fica atrelada a uma concepção ideológica de 'Estado Mínimo' e de ineficácia do Estado Brasileiro enquanto gerente/gestor. Assim, vários municípios e estados brasileiros vieram a implantar serviços de saúde cujas gerências extrapolam a administração pública tradicional, ou seja: a direta.

Partimos da compreensão neste capítulo que a adoção de um diferente modelo de gerência denota uma intencionalidade do gestor (prefeito ou governador), que pode ser derivada de situações como sua realidade administrativa ou sua concepção ideológica sobre o papel do Estado.

Sabedores que nossa literatura especializada na área da saúde carece de produções científicas que identifiquem a filiação partidária do gestor e relacione com diferentes modelos de gerência; bem como quais os arranjos gerenciais estão sendo utilizados nos CEO, propomos neste capítulo descrever e analisar estes diferentes arranjos gerenciais, a relação entre os diferentes modelos de gerência dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os partidos políticos que administram os entes federativos ao qual o CEO é vinculado.

BREVE PERCURSO METODOLÓGICO

Adotaremos no decorrer do capítulo a terminologia 'diferentes' modelos de gerência para aqueles CEO que têm experiências gerenciais que extrapolam a administração pública direta tradicional. E porque 'diferentes'? Pensamos em

‘novas’, mas modelos tipo fundação, filantrópicos ou consórcios já são longevos. E por que não ‘alternativos’? Pois experiências gerenciais como, por exemplo, Organizações Sociais no Estado de São Paulo para sua rede hospitalar, demonstram enorme envergadura, tendendo a se tornar hegemônicos. Isto posto optamos intencionalmente por ‘diferentes’. Empregaremos o termo gerência para administração dos CEO, tratando como gestão o ente federativo ao qual o CEO é subordinado.

Este estudo alimenta-se de dados obtidos no 1º ciclo do PMAQ-CEO, realizado em 2014 em todos os CEO do Brasil (930) e dados do Tribunal Superior Eleitoral (TSE) concernentes à eleição municipal de 2012, que elegeu os prefeitos/administradores ora em exercício em 2014 e a eleição de 2010, na qual foram eleitos governadores em exercício também no ano de 2014.

Para identificar o vínculo dos profissionais do CEO, mais precisamente sobre o agente contratante dos cirurgiões dentistas (CD) inseridos nos CEO, explorou-se o banco de dados quantitativo da avaliação externa do 1º ciclo do PMAQ-CEO sobre a pergunta direcionada ao gerente do CEO (II.4.1)

A pergunta em tela permitia ao entrevistado 12 opções, desde a administração pública direta, 10 diferentes modelos de gerência e a opção ‘outros’. Foi possível apontar CEOs com mais de uma forma de agente contratante para seus CD. Não foi encontrada gerência via Organização Não Governamental (ONG) ou a opção de outros modelos de gerência. A avaliação da Fundação pública de direito privado foi eliminada da presente investigação em virtude de problemas no software que aconteceram na seleção desta opção de resposta.

O trabalho de campo do PMAQ-CEO aconteceu em todos 930 CEO cadastrados junto à coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde em 2014. Deste total, 170 CEO apareceram com modelos de gerência divergentes da administração pública direta, mesmo que em vários casos também aparecessem CD contratados pelo modelo tradicional concomitantemente.

Serão descritos conceitualmente a seguir os diferentes modelos de gerência encontrados para, em seguida, analisarmos a presença dos diferentes modelos e relacionarmos com a filiação partidária da esfera de gestão em tela.

DESENVOLVIMENTO

Definição dos diferentes
modelos de gerência:

I. CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE DIREITO PÚBLICO E PRIVADO

Inicialmente é importante frisar que a área da saúde é pioneira na formação de consórcios. O art. 18, inciso VII da Lei 8080/1990, também conhecida por ‘Lei Orgânica da Saúde’, estabeleceu há 25 anos a possibilidade de formação de consórcios intermunicipais de saúde.

Somente no Estado do Paraná são 25 consórcios de saúde, alguns com mais de 20 anos de funcionamento.

Em 2005 foi aprovada e sancionada a lei 11.107, de 2005, e que trata do tema sobre consórcios em geral, não apenas para a área da saúde, mas também

para gerenciamento de lixo e transporte público, entre outras áreas. A legislação estabelece a possibilidade dos consórcios públicos adquirirem personalidade jurídica de direito público ou de direito privado.

Art. 6o O consórcio público adquirirá personalidade jurídica:

I- de direito público, no caso de constituir associação pública, mediante a vigência das leis de ratificação do protocolo de intenções;

II- de direito privado, mediante o atendimento dos requisitos da legislação civil.

§ 1º O consórcio público com personalidade jurídica de direito público integra a administração indireta de todos os entes da Federação consorciados.

§ 2º No caso de se revestir de personalidade jurídica de direito privado, o consórcio público observará as normas de direito público no que concerne à realização de licitação, celebração de contratos, prestação de contas e admissão de pessoal, que será regido pela 'Consolidação das Leis do Trabalho' (CLT).

II. FUNDAÇÃO PÚBLICA DE DIREITO PÚBLICO E PRIVADO

Em 2007 o governo federal apresentou ao Congresso Nacional o Projeto de Lei complementar 92/2007, autorizando a criação de fundações públicas de direito público ou de direito privado em áreas como saúde e assistência social, entre outras. No setor saúde, ficaram mais conhecidas como 'fundações estatais', referindo-se a fundações públicas de direito privado. Elas fazem parte da administração pública indireta.

Esta proposta retoma o movimento cíclico administração direta e indireta. Objetivando mais autonomia e flexibilidade, o administrador público procura criar organizações situadas na administração indireta e delega atividades que anteriormente eram executadas na administração direta. Isso não é novo, pois acontece desde os governos Getúlio Vargas, Juscelino Kubitschek, administrações militares e gerou uma série de distorções em nossa Administração Pública. Belmiro Valverde Jobim Castor (2000, p. 138) observou com muita propriedade: “[...] caso o governo decidisse dar prioridades a uma atividade qualquer, criava uma autarquia, empresa estatal ou ‘fundação’ para explorá-la ou desenvolvê-la [...]”.

O projeto de fundações tinha grande apoio do então ministro da Saúde do Brasil, José Gomes Temporão, que usava na defesa das fundações estatais termos gerenciais como: ‘autonomia, contratos de desempenho, modelos mais eficientes de gestão, cobrança de resultados e remuneração por bom desempenho’. Também contou com a aprovação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que referendou também as organizações sociais como gerentes de unidades hospitalares.

Apesar do projeto das fundações estatais não prosperar no Congresso Nacional no âmbito da administração pública federal, é importante lembrar que alguns estados e municípios aprovaram leis específicas criando fundações públicas de direito privado. No Estado do Paraná, há a Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Estado do Paraná (FUNEAS), autorizada pela lei estadual 17.959/2014 e em processo de implan-

tação. Em Curitiba há Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (FEAES), instituída pela lei 13.663/2010 e que é responsável por 06 Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), pelo Hospital do Idoso 'Zilda Arns', pela Maternidade Bairro Novo, pelas UPAS e o SAMU.

Uma das principais vantagens alegadas por gestores em saúde pública - e não surpreende o apoio do CONASS às 'fundações estatais', mais adequadamente nominadas de fundações públicas de direito privado - é que elas contratam pessoal através da CLT. As fundações públicas de direito público como a FIOCRUZ e FUNASA têm regime similar ao das autarquias, contratando estatutários.

Outro ponto a observar é que as fundações estatais não são necessariamente um novo modelo de gestão. Na década de 80 no Estado do Paraná existia a Fundação Caetano Munhoz da Rocha, que chegou a ter, na época, mais empregados públicos celetistas do que a própria Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. Posteriormente, no início da década de 90, os celetistas da fundação puderam optar pelo regime estatutário do servidor público e, atualmente os gestores buscam o caminho inverso. O velho conhecido movimento na administração pública de reforma e contrarreforma.

III. ORGANIZAÇÃO SOCIAL (OS)

A qualificação de pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos como organização social foi disciplinada inicialmente pelas Medidas Provisórias nº 1591 e 1648 e, mais à frente, pela Lei Federal nº 9.637. A organização social, tal como as OSCIP, é um modelo que foi criada no período da reforma administrativa implantada pelo então ministro de Reforma do Estado Bresser Pereira e faz parte do modelo gerencial da administração pública. Esse modelo busca mais eficiência, agilidade e flexibilidade tentando superar alguns problemas e disfunções do modelo burocrático: apego excessivo a regras, ritualismo, insulamento, ênfase nos meios e não nos fins, etc. Há também leis sobre organizações sociais em vários estados federados e municípios, além do Distrito Federal.

Entretanto, havendo maior flexibilidade e menor controle na gestão do dinheiro público, há risco de reincremento do patrimonialismo, ou seja: privilégios, corrupção e clientelismo com recursos públicos. Não há, frisa-se, necessidade de procedimento licitatório para a celebração de contratos de prestações de serviços com organizações sociais, conforme o inciso XXIV do artigo 24 da LLei 8666/1993, e estas não precisam se submeter aos controles clássicos da administração pública, apesar de, muitas vezes, gerirem e dependerem basicamente de recursos públicos. Em alguns casos recebem, inclusive, a cessão de servidores públicos.

A delegação de hospitais públicos a organizações sociais, apesar do termo ser evitado por gestores públicos de saúde, pode ser considerada uma espécie de terceirização. Em qualquer manual básico do tema, recomenda-se terceirizar a outras entidades o acessório, mantendo-se a atividade principal na própria organização. Isso evitaria a perda de 'expertise' e esse é o risco que parece estar ocorrendo com algumas Secretarias de Saúde, inclusive corroendo sua capacidade de gestão do sistema.

IV. ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO (OSCIP)

As OSCIP, tal como as organizações sociais, são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, qualificadas como tal e firmam termo de parceria com o governo. O termo de parceria apresenta semelhanças aos convênios, mecanismo tradicional de relação entre o Estado e entes privados. Um dos problemas dessa questão, talvez um dos maiores, é que não há obrigatoriedade de licitação prévia por parte da administração pública para a escolha de OSCIP. Isso dá oportunidade a velhos vícios do estado e da sociedade brasileira: corrupção e clientelismo, ou seja: o tradicional patrimonialismo brasileiro, como já comentamos anteriormente em relação a organizações sociais.

Segundo a lei 9.790, a escolha da OSCIP e a celebração do Termo de Parceria deve ser precedida de consulta aos Conselhos de Políticas Públicas das áreas correspondentes de atuação existentes nos respectivos níveis de governo. Ou seja, numa eventual contratação de OSCIP por parte de uma Secretaria de Saúde de um município, o Conselho de saúde municipal deverá ser consultado. Essa é uma medida interessante que pode empoderar o conselho e tornar mais legítima a escolha de OSCIP, apesar dos problemas que são comuns em alguns conselhos gestores: meros homologadores de decisões dos gestores, hegemonia do executivo, interesses privados de conselheiros, etc.

O Decreto 3.100, que regulamenta a lei das OSCIP, estabelece que o modelo do termo de parceria deve ser remetido ao Conselho de Política Pública, cuja manifestação será considerada para a tomada de decisão final em relação ao Termo de Parceria.

Após vários escândalos envolvendo OSCIP e relatados pela imprensa em geral, em 2011 o Governo Federal alterou alguns artigos do Decreto 3.100 através do Decreto 7.568/2011 e estabeleceu, como regra geral, a obrigatoriedade de concursos de projetos para escolha do parceiro, com ampla publicidade na página eletrônica do órgão público responsável. Em 2014, a lei nº 13.019 estabeleceu o requisito de três anos de funcionamento regular da entidade para qualificação como OSCIP.

V. ENTIDADES FILANTRÓPICAS

A certificação de pessoas jurídicas sem fins lucrativos como entidade filantrópica é regulada pela Lei 12.101/2009. Com o certificado, essas organizações gozam de isenção de contribuições para a seguridade social.

É uma lei extensa e detalhada com seções específicas sobre saúde, educação e assistência social. Especificamente em relação ao SUS e na área da saúde, para receber a certificação, via de regra a entidade deve celebrar contrato, convênio ou instrumento congênere com o gestor do SUS e ofertar a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento). As exceções estão previstas na mesma lei 12.101/2009.

Esse modelo não é exatamente novo, pois algumas entidades atuam há décadas na área até mesmo mais de um século. Não nos prolongaremos sobre o tema pois demandaria uma abordagem específica

sobre a matéria, tendo em vista sua extensão. Caso o leitor tenha interesse em aprofundar sobre esse tema sugere-se consultar a legislação e literatura especializadas.

VI. EMPRESAS

O Código Civil, em seu artigo 982, define indiretamente empresa como: “[...] empresária é a sociedade que tem por objeto o exercício de atividade própria de empresário”. Há também a Empresa individual de responsabilidade limitada (EIRELI), artigo 980 - A, acrescentado pela Lei 12.441/2011.

Regra geral, conforme estabelecido em nossa Constituição Federal de 1988, em seu art. 37, inciso XXI, na contratação de empresas para prestação de serviços o gestor e o gerente público deverão observar a legislação relativa à licitação e ao procedimento licitatório, em especial a Lei 8.666/1993. Estão previstas hipóteses de dispensa e inexigibilidade do procedimento licitatório nos artigos 24 e 25 da mesma Lei, respectivamente.

Além disso, é importante o gestor ou gerente público em saúde estarem atentos ao tratamento diferenciado a microempresas e empresas de pequeno porte (EPP) em licitações de até 80 mil reais, conforme o estabelecido na Lei Complementar 123/2006 - Estatuto Nacional da Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte.

VII. COOPERATIVAS

As cooperativas são reguladas pelo Código Civil, art. 1.093 e seguintes, e pela Lei nº 5.764/ 1971.

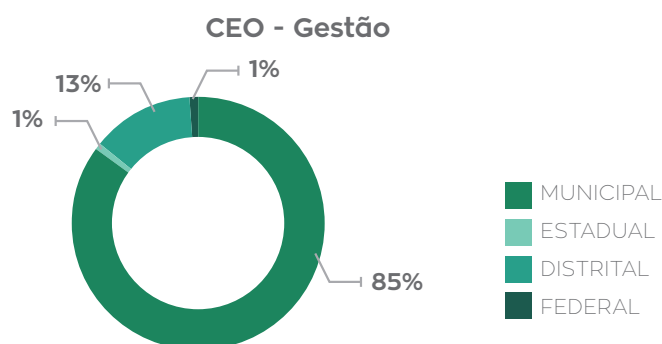
Em relação a cooperativas de trabalho é importante o gestor e o gerente em saúde pública estarem atentos à Lei nº 12.690. Lembramos que estas cooperativas não podem ser utilizadas para intermediação de mão de obra subordinada. Ou seja: elas não podem ser utilizadas quando houver subordinação, pessoalidade e habitualidade, características do vínculo empregatício conforme a CLT.

Estão excluídas do âmbito da lei de cooperativas de trabalho as cooperativas de assistência à saúde na forma da legislação de saúde suplementar; as cooperativas que atuam no setor de transporte regulamentado pelo poder público e que detenham, por si ou por seus sócios, a qualquer título, os meios de trabalho; as cooperativas de profissionais liberais cujos sócios exerçam as atividades em seus próprios estabelecimentos e as cooperativas de médicos cujos honorários sejam pagos por procedimento.

Tal como na contratação de empresas, o gestor e o gerente público deverão, regra geral, observar a legislação relativa à licitação e ao procedimento licitatório. No caso de chamamento público, havendo interesse público, a regulamentação sobre convênios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Os diferentes modelos de gerência aparecem em 170 CEO, ou seja, em 18,28% dos CEO do Brasil, distribuídos segundo o gráfico 2, em 147 municípios do país, sendo 144 de Gestão Municipal, 22 de Gestão Estadual, 02 de Gestão Distrital e 02 de Gestão Federal (Ministério da Educação).

Gráfico 2. Distribuição dos CEO, segundo tipo de gestão, 2014, BR.

● FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE NOS DADOS OBTIDOS NO 1º CICLO DO PMAQ-CEO

Destaca-se, no quadro 7, que dos 144 CEO sob gestão municipal, 06 estão vinculados a duas modalidades de gerência, e um a três modalidades concomitantemente.

Quadro 7. Municípios que possuíam CEO no BR em 2014 com mais de uma modalidade diferente de gerência no mesmo CEO.

CEO sob gestão municipal com mais de 1 modelo diferente de gerência	Modalidades de gerência adotadas
Apucarana (PR)	C.D. Público e Empresa
Cianorte (PR)	C.D. Público e Empresa
Ijuí (RS)	C.D. Público e Cooperativa
Maringá (PR)	F. Pública e Empresa
Pato Branco (PR)	C.D Público e Empresa
São Caetano do Sul (SP)	FD. Pública e OS
Umuarama (PR)	F.D. Pública, C.D. Público e Empresa

● FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE NOS DADOS OBTIDOS NO 1º CICLO DO PMAQ-CEO

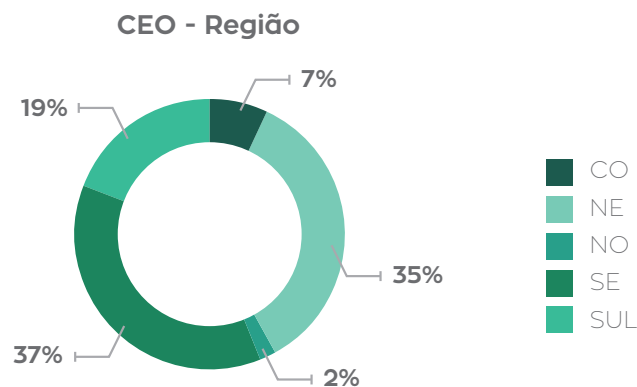
Dos 22 CEO de Gestão Estadual, apenas um está vinculado a duas modalidades de gerência, Colorado (PR) (C.D. Privado e Empresa). No que se refere aos quatro CEO de gestão distrital e federal, os mesmos estão vinculados a uma só modalidade, o que ocorre com os outros 162 CEO do estudo.

Observando-se de outra forma, ao fazer a relação do tipo de Gestão com a modalidade de gerência, há um total de 152 modalidades de gerência na gestão municipal, 23 modalidades na gestão Estadual e quatro na gestão Distrital e Federal. Sabendo que há 144 CEO de gestão Municipal e 22 de gestão Estadual, chega-se a um número maior de modalidades de gerência, justamente devido a alguns CEO terem vinculação com mais de uma, em localidades já descritas no quadro 7.

Outro dado é que dos 147 municípios com novos modelos de gerência, apenas nove contam com mais de um CEO nestes modelos, mesmo estando presente nestes municípios outros CEO. Os nove municípios que apresentam mais de um CEO com novos modelos são de médio e grande porte e boa parte destes também contam com a presença de vários CEO, mas mantem a característica de não estender a todos a gerência diferenciada. Este dado parece nos indicar que os gestores optam por implantar paulatinamente estes diferentes modelos de gerência, não expandindo para toda sua rede CEO, como se estivesse ainda experimentando ou fazendo uma transição entre o modelo tradicional da administração pública direta e estes diferentes modelos.

Quanto aos CEO de gestão Estadual, gráfico 2, é importante ressaltar que todos estão concentrados em apenas três estados, que são Ceará (15), Paraná (6) e Mato Grosso (1). Os únicos dois CEO de gestão Federal estão localizados nos municípios de Belém e Brasília e são CEO universitários, vinculados ao Ministério da Educação. Além disso, ao relacionar os CEO em diferentes modelos de gerência com as Regiões do país, percebe-se que a maioria se concentra nas Regiões Sudeste e Nordeste, praticamente na mesma porcentagem, condizente com a maior presença destes aparelhos assistenciais.

Gráfico 3. Distribuição de CEO em diferentes modelos assistenciais pelas Regiões do BR em 2014.



© FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE NOS DADOS OBTIDOS NO 1º CICLO DO PMAQ-CEO

Observando-se o gráfico 3, podemos distribuir os diferentes modelos de gerência pelos diferentes entes federativos:

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE DIREITO PÚBLICO: São 42 CEO com essa modalidade de gerência. Estão presentes em 41 municípios, sendo dos 42 CEO, 23 de gestão municipal e 19 de gestão estadual (15 no Ceará, onde todos os CEO são de gestão estadual, e 04 no Paraná, dentre os nove municípios desse estado com diferentes modelos de gerência).

A participação de vários atores e gestores em saúde no consórcio público de direito público ou privado, prefeitos e secretários em especial, é um mecanismo interessante que pode contribuir a uma melhor regionalização e ao estabelecimento de redes em saúde na área geográfica de atuação do consórcio.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE DIREITO PRIVADO: Haviam quatro CEO com esse modelo de gerência, sendo três de gestão municipal (Mogi Guaçú-SP, Maringá-PR e Araranguá-SC) e um de gestão estadual (Colorado-PR).

Como um dos principais objetivos muitas vezes, mas não de forma explícita, nos novos modelos de gerência é a busca do regime celetista de contratação de trabalhadores, devido a um aparente descrédito por parte dos gestores em relação ao instituto da estabilidade do servidor público, esperávamos que a maior parte dos consórcios públicos de saúde optasse pelo formato de direito privado. Observamos tal situação em quatro CEO, contrastando com 42 de direito público. Frisa-se que permanece a necessidade de licitação e prestação de contas aos respectivos tribunais.

FUNDAÇÃO PÚBLICA DE DIREITO PÚBLICO: 36 CEO com esse modelo de gerência. Desses, três estão em Brasília, sendo dois de gestão distrital e um federal. Cinco estão em Cuiabá, sendo quatro de gestão municipal e um de gestão estadual. Dois estão em Umuarama-PR, sendo ambos de gestão municipal. Por fim, em Maringá-PR, há dois deles também com gestão municipal. Assim, ao todo esse modelo de gerência está presente em 28 municípios, sendo dos 36 CEO, 31 de gestão municipal, dois de gestão distrital, um estadual e dois federais.

Resgata-se aqui a contrariedade à proposta das fundações, expressa pelo Controle Social da Saúde. O Conselho Nacional de Saúde se manifestou em 2009 e, dentre as resoluções da XIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007, a proposta de fundações estatais também não foi aprovada.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL: são 27 CEO com esse modelo de gerência e todos sob gestão municipal. Desses, 10 estão no município de São Paulo e os outros espalhados por 17 diferentes municípios.

Pela dimensão da delegação de serviços de saúde para organizações sociais, o gestor em saúde precisa ter grande capacidade regulatória para avaliar, fiscalizar e controlar a atuação das OS. Para isso, ele precisa ter um corpo técnico qualificado de servidores em número significativo. Caso isso não ocorra, a secretaria corre o risco de tornar-se refém e dependente dos parceiros, além de não deter informação de qualidade sobre a prestação dos serviços das organizações sociais. Não havendo uma adequada regulação do poder público, uma organização privada poderá ser mais ineficiente que a administração pública.

Organização da sociedade civil de interesse público: Sete CEO apresentam esse modelo de gerência, em municípios diferentes, e todos em gestão municipal.

A atuação das OSCIP no SUS é bastante polêmica. Talvez com maior participação dos Conselhos de Saúde isto possa ser aperfeiçoado. O ideal seria que sua decisão fosse deliberativa em relação à escolha das OSCIP no procedimento de concurso dos projetos. A recente criação da necessidade de prévia atuação de três anos é um ponto positivo.

ENTIDADE FILANTRÓPICA: 14 CEO apresentam esse modelo de gerência. Desses, dois estão em Recife, sendo os dois de gestão municipal. Ao todo, esse modelo de gerência está em 13 municípios e todos com gestão municipal.

Tendo clareza que esta modalidade é legalmente e historicamente reconhecida (Santas Casas de Misericórdia), não podemos também desconhecer denúncias veiculadas pela mídia, de que algumas se utilizam deste estratégia para diminuir o pagamento de impostos, sem dar a contrapartida assistencial pública devida.

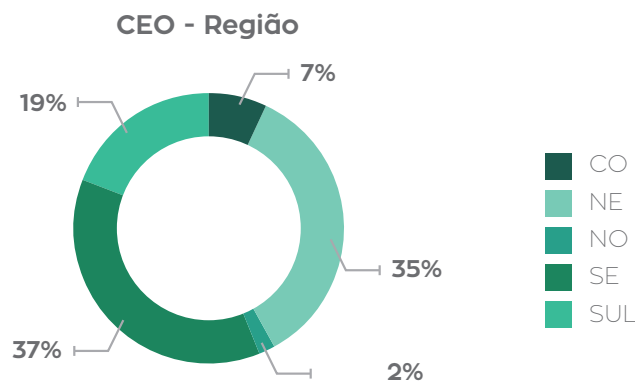
EMPRESA: São 24 CEO com esse modelo de gerência, em municípios diferentes, sendo 22 de gestão municipal e dois de gestão estadual (ambos no Paraná, Estado que tem ao todo 11 CEO).

Apesar da Lei 8.666/1993 trazer no seu bojo a necessidade de processo licitatório para sua contratação, não é raro Ministério Público, Tribunais de Conta, Legisladores ou mesmo o Controle Social, denunciarem que, sistematicamente, este procedimento é suprimido ou maquiado.

COOPERATIVA: 25 CEO possuem esse modelo de gerência. Ao todo, esse modelo de gerência está presente em 24 cidades, sendo todos com gestão municipal.

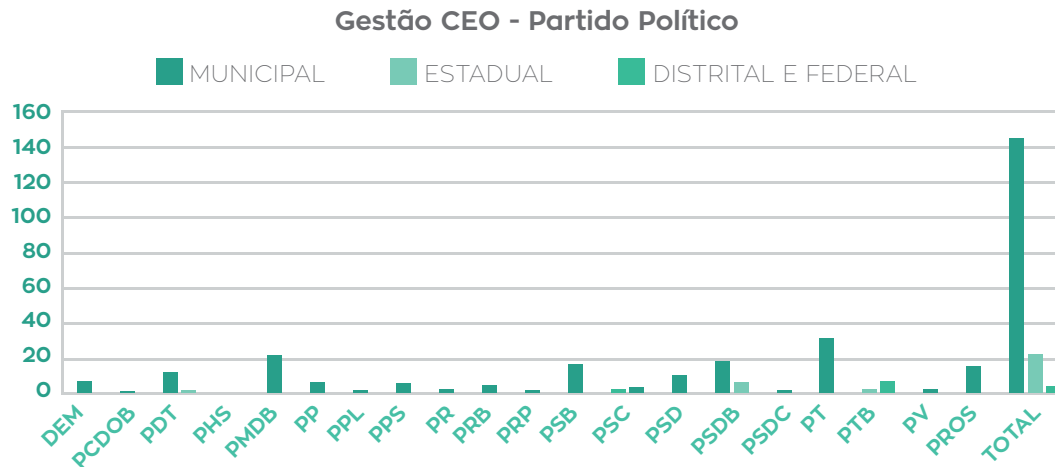
Sabedores que, legalmente, cooperativa é uma sociedade de pessoas constituídas por associados, que reciprocamente se obrigam a contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica, de proveito comum e sem objetivo de lucro, alertamos para a possibilidade de seus dirigentes incrementarem suas remunerações (retiradas) acima da realidade do mercado e, legalmente, demonstrarem no balanço contábil a não realização do lucro.

Gráfico 4. Distribuição dos diferentes modelos de gerência de CEO, pelos entes federativos brasileiros em 2014.



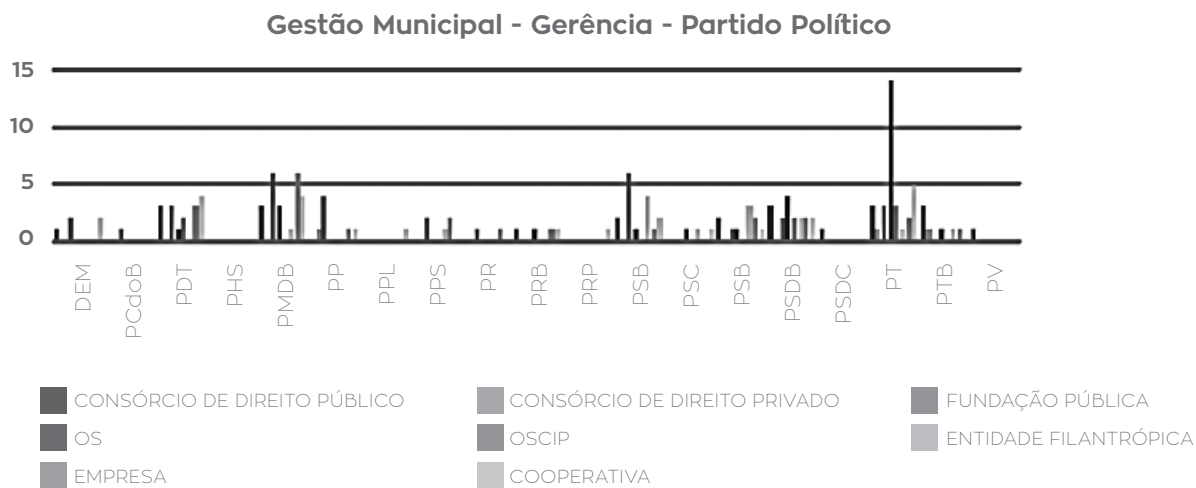
● FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE NOS DADOS OBTIDOS NO 1º CICLO DO PMAQ-CEO

No que tange a correlação dos locais de implantação dos CEO e os partidos políticos que regem as respectivas gestões (gráfico 4), observa-se que na gestão municipal, os partidos mais notórios em ordem decrescente são o PT (principalmente devido ao município de São Paulo), PMDB, PSDB, PSB, PDT e PSD. Quanto à gestão Estadual, a concentração se dá em dois partidos, o PROS no Ceará (15) e o PSDB no Paraná (6).

Gráfico 5. Relação entre gestões com diferentes modelos de gerência e partidos políticos, no BR em 2014.

© FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE NOS DADOS OBTIDOS NO 1º CICLO DO PMAQ-CEO

Por fim, ao fazer a relação do partido político com a modalidade de gerência do CEO (gráfico 5) especificando a gestão municipal, nota-se que as diversas modalidades de gerência estão distribuídas nas diversas cidades, independente do partido político. Contudo, em alguns casos, há exceções. Em relação aos CEO de municípios geridos pelo PMDB, as fundações públicas e empresas são as mais escolhidas. No caso do PT, as organizações sociais praticamente dominam devido à forte concentração dos CEO no município de São Paulo. Um dado que chama a atenção é o PSDB, no qual há uma variedade de CEO que experimentam inúmeras modalidades de gerência.

Gráfico 6. Relação partido político e diferente modelo de gerência de CEO em municípios do BR em 2014.

© FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE NOS DADOS OBTIDOS NO 1º CICLO DO PMAQ-CEO

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados no presente estudo, apesar de inéditos, trazem um panorama comum a serviços hospitalares e até de atenção primária. Em diversos estados brasileiros há implantação de arranjos jurídicos distintos dos modelos tradicionais de gestão do SUS, mesmo sem evidências fortes que favoreçam o avanço de tais mudanças administrativas no sistema público de saúde.

Mesmo não chegando a 20% do total de CEO do Brasil, cabe destaque a capilarização de novos arranjos administrativos nos CEO e observa-se que apesar de uma maior concentração nas Regiões Sudeste e Nordeste (resultado esperado devido ao maior número de serviços), as outras Regiões administrativas do país também os implantam. Na Região Nordeste há uma característica diferenciada, expansão do modelo, sobretudo em serviços sob gestão estadual no estado do Ceará.

A expansão dos diferentes modelos, independente dos matizes político-ideológicos encontrados no presente estudo, fez com que partidos marcadamente de esquerda, centro ou de direita, tragam a mudança do modelo de gerência tradicional ao CEO; apontam para necessidade de aprofundamento dos estudos. O controle social, sobretudo o segmento associado aos trabalhadores, rejeita tais modelos, mas mesmo assim há espaço para expansão de experiências distintas do modelo tradicional de gerência no SUS nas mais diversas cidades e estados brasileiros.

Na contratação de prestação de serviços executada por terceiros, empresas ou organizações sem fins lucrativos (OS, OSCIP, entidades filantrópicas, etc); é importante que o gestor ou gerente da administração pública direta ou indireta, bem como órgãos de controle ou regulação como Conselhos de Saúde, Ministério Público e Tribunais de Contas estejam atentos ao cumprimento das obrigações trabalhistas por parte do prestador de serviços nos termos da Súmula nº 331 do Tribunal Superior do Trabalho, pois são notórios os relatos da supressão de direitos trabalhistas, alcunhados de precarização do trabalho.

Este capítulo foca o modelo de gerência adotado em 2014, mas a proposta de CEO surgiu em 2004, significando que aquele partido político no exercício da gestão não necessariamente tenha implantado o diferente modelo gerencial do CEO; mas por outro lado, devido a questões contratuais, operacionais ou ideológicas, também não reverteu para outro modelo de gerência, aí incluso o da administração direta.

Reconhecemos como fatores limitantes o grande número de partidos políticos registrados junto ao Tribunal Superior Eleitoral (TSE) e o apego de poucos à fundamentação ideológica. Também não nos passa despercebida a intensa troca partidária, com forte viés fisiológico. Mas faz-se necessário mapear e analisar tendências da vinculação partidária e diferentes modelos de gerência implantados nos CEO do Brasil para que tenhamos maior discernimento sobre partidos políticos brasileiros e suas diferentes opções gerenciais.

Perspectivas da avaliação em saúde e o PMAQ/CEO: contribuições para o debate

Ana Carla Freitas Fonseca
Edson Hilan Gomes de Lucena
Elizabeth Cristina Fagundes de Souza
Nilcema Figueiredo
Sônia Cristina Lima Chaves
Wilton Wilney Nascimento Padilha

RESUMO

O Programa para Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) se constituiu, nesse primeiro ciclo, como proposta que, ao incluir na fase de desenvolvimento a autoavaliação a partir de matriz insere-se parcialmente nas abordagens avaliativas participativas. Este capítulo busca situar o debate na área da avaliação em três tópicos principais.

O primeiro tratou de situar os sentidos da avaliação e dos termos qualidade e acesso na área de saúde e seus desdobramentos para a atenção à saúde bucal. No segundo momento, apresenta as abordagens avaliativas participativas, com destaque para Avaliação focada na utilização dos resultados para analisar características do PMAQ-CEO. No último tópico descreve alguns dados referentes à incorporação do planejamento e avaliação nos serviços odontológicos especializados avaliados.

Ao final, sugere que a incorporação da avaliação pelos gestores exige planejamento e disseminação adequada da proposta junto às coordenações estaduais para que a autoavaliação se torne instrumento de melhoria desses serviços.

OS SENTIDOS DA AVALIAÇÃO PARA MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE: COMPARTILHANDO CONCEITOS

A avaliação é um componente das práticas nos diversos âmbitos das políticas públicas em vários setores, o que gera uma grande polissemia conceitual e metodológica. A diversidade das definições sobre o que é avaliar e como fazê-lo é resultado dessa transversalidade da avaliação nos vários espaços ou microcosmos sociais, em que é ferramenta útil para a ação e também corresponde a pontos de vista diferentes, dependentes das posições ocupadas no espaço social.

Champagne e colaboradores (2011) apresentam uma definição que agrega mais elementos consensuais, adotada por este capítulo:

[...] avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer de um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

Adotamos esse conceito neste capítulo, em que avaliar é antes de tudo fazer um julgamento de valor, julgamento do mérito de uma intervenção ou qualquer dos seus componentes com vistas ao auxílio na tomada de decisão por parte dos gestores, formuladores e implementadores de políticas. Nesse sentido, avaliar acesso e qualidade da atenção especializada em saúde bucal inclui dois dos atributos ou características da política, considerados muito importantes no sentido de sua implementação.

Iniciaremos pelo conceito de acesso. A acessibilidade, como sinônimo de acesso é aqui compreendida como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de gerá-los e resolver as necessidades da população. Deste modo, refere-se às características dos serviços e seus recursos capazes de facilitar, limitar ou obstruir a utilização por seus potenciais usuários.

Estudos de acessibilidade a serviços de saúde bucal revelam o quanto um serviço está acessível para o público, bem como explicitam fatores organizacionais como os relacionados aos processos gerenciais e de trabalho das equipes – modo de marcação de consulta, cumprimento de carga horária dos profissionais e clareza das metas –, e aspectos geográficos dos serviços de saúde que podem dificultar, obstruir ou facilitar o acesso a eles. Nesse sentido, persistem lacunas quanto à influência dos determinantes e condicionantes sociais, por um lado, e dos organizacionais e geográficos, por outro. Assim, pode-se mesmo dizer que há uma acessibilidade social, acessibilidade organizacional e acessibilidade geográfica.

Souza et al (2008) ressalta a importância da qualificação do acesso, incluindo aspectos da organização e da dinâmica dos processos de trabalho, considerando a contribuição e a importância de análises desses vários aspectos, sobretudo no contexto de desenvolvimento do Sistema de Saúde brasileiro, sendo fundamental que sejam potencializados caminhos já trilhados, a exemplo da proposta de acolhimento como diretriz operacional dos serviços de saúde.

Faz-se importante ressaltar a organização das ações não apenas em serviços específicos, de forma isolada, mas também a interrelação destes com os demais pontos nas redes de atenção à saúde para responder necessidades dos usuários. A acessibilidade, deste modo, associa-se à noção de acolhimento como diretriz operativa no sistema de saúde em que são arguidos processos de trabalhos desde a

recepção, circunstâncias de atendimento, encaminhamentos realizados e resultados obtidos, tendo como centro e objetivo a resolução do problema do usuário.

Quanto ao conceito de qualidade, este é difuso, polissêmico e pode ter distintas perspectivas. Um dos conceitos mais aceitos na área da saúde tem sido aquele proposto por Donabedian (1990), em que a qualidade se refere a sete aspectos fundamentais: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. O autor propõe ainda a sistematização da avaliação qualitativa da atenção médica em torno da análise de três aspectos: as condições estruturais dos serviços; as atividades que caracterizam a prática de atenção à saúde e os resultados alcançados.

Segundo Vuori (1991), a definição de qualidade engloba os seguintes componentes: adequação, qualidade técnico-científica, efetividade e eficiência. A adequação se refere à relação entre as necessidades do serviço e as necessidades da população. A qualidade técnico-científica corresponde ao grau de utilização dos conhecimentos e tecnologias médicas disponíveis. A efetividade corresponde ao impacto potencial que um serviço ou programa é capaz de produzir e o impacto real em uma situação concreta. E por último, a eficiência, que corresponde à relação entre o impacto real do serviço e os custos de sua produção.

Para Starfield (2004), no contexto da otimização da efetividade e equidade, a qualidade da atenção significa o quanto as necessidades de saúde existentes ou potenciais estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde.

Numa perspectiva de gestão da qualidade, as práticas de avaliação da qualidade em saúde incorporam muitos elementos valorizados pelo setor industrial, onde o tema é amplamente valorizado. Entre os autores mais conhecidos na área, Edward Deming introduziu no Japão as práticas de gestão da qualidade, amplamente conhecidas e que consideram que “a qualidade não é fruto de inspeção, mas da melhoria do processo”, apresentando o ciclo PDCA (plan - planejar, do - fazer, check - checar, action - agir) como orientador e produtor da reação em cadeia da qualidade. Dentre os aspectos valorizados pelo autor estão a participação ativa de todos os profissionais da equipe, promoção de métodos modernos de supervisão, apoio dos níveis hierárquicos superiores e melhoria de forma constante e contínua dos processos.

A gestão da qualidade no setor saúde apresentou grande avanço na área hospitalar nos Estados Unidos e na Europa a partir do final da década de 1980. Na década de 1990, intensificou-se. No Brasil, a implantação do programa Qualidade Total em paralelo à iniciativa de reforma administrativa no setor público de saúde, que incluía adequação dos padrões às normas ISO 9000, sistema de gestão da qualidade em ambientes de produção referentes à Organização Internacional para Padronização, entidade que aglomera grêmios de padronização/normalização de vários países. Assim, algumas organizações hospitalares, públicas, privadas e filantrópicas passaram a adotar este modelo de gestão da qualidade e a utilizar indicadores de avaliação da qualidade.

Na atenção básica, como parte de uma política de institucionalização¹ da avaliação desenvolvida a partir de 2003, o Ministério da Saúde desenvolveu e implementou a proposta de “Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família - AMQ”. A proposta AMQ utilizou a perspectiva interna de avaliação, articulando elementos de avaliação normativa e da melhoria contínua da qualidade (MCQ), apresentando-se como uma metodologia de gestão interna dos serviços. A proposta se caracterizou como um processo participativo que incluía os diversos atores envolvidos com a intervenção e com o direcionamento para a utilização dos resultados sendo, desta forma, modelizada enquanto espaço de ação.

A proposta AMQ foi precursora do atual Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) na atenção básica e nos Centros de Especialidades Odontológicas. O PMAQ-CEO 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 supor educação permanente da equipe envolvida e apoio da gestão estadual e municipal; a terceira fase se constituiu na Avaliação Externa, que levou avaliadores treinados a partir de padrões esperados para visita in loco aos CEOS contratualizados de todo o Brasil. Por fim, a quarta fase, em que o desempenho dos CEO foi comparado à média e ao desvio padrão do conjunto de CEO pertencentes ao mesmo tipo e estrato, condição para assegurar ou não maior repasse dos recursos².

A concepção do PMAQ pressupõe articulação de uma perspectiva avaliativa mais participativa com uma avaliação normativa em função dos fracassos advindos da constatação de muitos avaliadores em torno da pouca utilização dos resultados das avaliações. Cabe refletir sobre as potencialidades das avaliações empoderadores, sobretudo daquelas centradas na utilização dos resultados, como veremos a seguir.

¹ “incorporação da avaliação à rotina dos serviços (...) assumindo a necessidade do fortalecimento e/ou desenvolvimento de capacidade técnica, nos diversos níveis do sistema de saúde, para tomar as ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, como instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos (gestores, usuários do sistema de saúde e profissionais dos serviços e das instituições de ensino e pesquisa)” (FELISBERTO, 2004).

² DESEMPENHO INSATISFATÓRIO: suspensão do repasse dos 20% (vinte por cento) do incentivo (PMAQ-CEO) e obrigatoriedade de celebração de um termo de ajuste; DESEMPENHO MEDIANO OU ABAIXO DA MÉDIA: manutenção dos 20% (vinte por cento) do incentivo PMAQ-CEO e Recontratualização; DESEMPENHO ACIMA DA MÉDIA: ampliação de 20% (vinte por cento) para 60% (sessenta por cento) do incentivo PMAQ-CEO e Recontratualização; e DESEMPENHO MUITO ACIMA DA MÉDIA: ampliação de 20% (vinte por cento) para 100% (cem por cento) do incentivo (PMAQ-CEO) e Recontratualização. (Ministério da Saúde. DOU. PORTARIA N° 261, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2013).

**AS LIMITAÇÕES DAS
AVALIAÇÕES PARA A MELHORIA
DOS PROGRAMAS E AS
PROPOSTAS EMPODERADORAS
E PARTICIPATIVAS:
CONSIDERAÇÕES SOBRE A
AVALIAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO
DE PATTON (1996, 2002) E O
PMAQ-CEO (2014)**

A utilidade dos resultados da avaliação é amplamente valorizada por Patton (1997), que propõe uma abordagem que tem como foco a utilização dos resultados - Utilization-Focused Evaluation. Esta parte da premissa que as avaliações deveriam ser julgadas por sua utilidade, desenhadas e desenvolvidas considerando como as pessoas vivenciarão o processo de avaliação e a sua aplicação. O autor discute a avaliação como dispositivo de mudança a partir da incorporação dos principais grupos de interesse e valorização das possibilidades de uso dos resultados pelos envolvidos na reformulação de suas práticas. Essa abordagem avaliativa considera que existem maiores possibilidades que os participantes utilizem as avaliações se estes compreendem e se sentem donos do processo e dos resultados da avaliação.

Salienta-se ainda que durante a avaliação é possível reforçar a utilidade pretendida e “preparar o terreno” para o uso.

“Avaliação com foco na utilização inicia-se com a premissa de que avaliações devem ser julgadas por sua verdadeira utilidade; para tanto, os avaliadores devem facilitar o planejamento e a implementação da avaliação com cuidadosa consideração (...) não em abstrações, mas sim levando-se em conta as expectativas de pessoas reais no mundo real (...) conseqüentemente, a ênfase da avaliação com foco na utilização é na intenção de uso revelada pelos usuários intencionais.” (PATTON, 1997, p. 20)

Os pressupostos e valores da abordagem avaliativa com foco na utilização são explicitados através das premissas que se constituem em elementos orientadores da abordagem. Considerando tais premissas e reconhecendo sua importância na perspectiva de utilização dos resultados de uma avaliação, buscamos analisar como se deu a valorização destas na proposta PMAQ-CEO.

A seguir são caracterizadas as premissas da avaliação com foco na utilização e sua expressão identificada na proposta PMAQ-CEO:

1 O compromisso dos usuários primários com a utilização deve ser a força motriz da avaliação.

(Identifica-se a necessidade de considerar como a avaliação poderia contribuir para melhorar o programa e gerar conhecimento, reconhecendo-se os

possíveis usos da avaliação no processo. A proposta PMAQ incorpora na fase do desenvolvimento um plano de ação para solução de problemas nas unidades, como potencial metodologia de gestão interna dos serviços).

- 2 A disposição da organização que conduz o programa é fundamental para que se desenvolva a avaliação com foco na utilização. Neste sentido deve-se considerar o interesse na destinação de tempo e recursos (materiais e humanos), além da valorização da integração de diferentes usuários na construção da proposta.

Na proposta PMAQ-CEO, a participação é dependente da adesão formal e voluntária do gestor local de saúde. Contudo, há baixa participação de diversos atores (gestores, coordenadores e profissionais), orientando-se o seguimento contínuo e a comunicação horizontal entre os gestores, gerentes e profissionais com foco na superação das debilidades operacionais).

- 3 O fator pessoal contribui significativamente para o uso. Refere-se ao compromisso pessoal e interesse daqueles que estão envolvidos na avaliação. Os usuários primários, identificados como aqueles que irão trabalhar junto ao avaliador na tomada de decisões sobre a condução da avaliação devem ser pessoas que tem um interesse direto e identificável na avaliação.

(A proposta PMAQ-CEO considera uma adesão voluntária, mas a sensibilização dos participantes ocorreu apenas entre os coordenadores municipais, sem participação dos possíveis usuários no reconhecimento dos princípios e envolvimento com a proposta).

- 4 A proposta requer orientação e uma direção ativa e capacitada por facilitadores. A estes cabe investir na motivação, comunicar o valor e os requisitos da proposta, planejar, negociar e facilitar entre os envolvidos uma maior disposição para o seu desenvolvimento.

O PMAQ-CEO não desenvolveu estratégia para acompanhar a fase de desenvolvimento. Não houve atuação de um coordenador/facilitador. Este aspecto não é destacado no documento técnico produzido pela esfera federal para condução dos gestores estaduais e municipais.

- 5 Avaliações úteis devem ser concebidas e adaptadas situacionalmente. O uso da avaliação depende do contexto e das pessoas, desta forma deve-se considerar a necessidade de examinar experiências anteriores do programa com avaliação, buscar possíveis barreiras e resistências ao uso, reconhecer os recursos disponíveis e compreender o contexto político da avaliação. Patton (1997) transfere ao avaliador a responsabilidade para identificar, medir e atuar sobre tais aspectos. Reconhece-se a responsabilidade do avaliador para evidenciar tais aspectos, entretanto pondera-se a capacidade do avaliador atuar sobre tais aspectos.

Na proposta PMAQ-CEO este aspecto não é evidenciado. A função do avaliador foi apenas medir o grau de conformidade aos padrões esperados.

- 6 A avaliação deve ser centrada no uso pretendido pelos usuários primários, o que significa assegurar que as questões prioritárias sejam valorizadas no desenho da avaliação, considerando para isso a negociação entre os participantes.

A abordagem avaliativa da proposta PMAQ-CEO foi predefinida, orientada por padrões, havendo apenas a possibilidade de incorporação de outros padrões, de acordo com a situação local.

- 7 A avaliação deve ser desenhada e os métodos devem ser selecionados para apoiar o uso projetado pelos usuários primários. Os métodos devem ser selecionados conjuntamente pelos usuários primários e avaliadores.

A matriz da fase do desenvolvimento do PMAQ-CEO permitiu algum grau de liberdade das equipes locais, mas não foi foco da avaliação por parte dos avaliadores na fase seguinte.

- 8 Os dados coletados devem ser manejados tendo em conta o uso. Os usuários devem ser informados sobre os avanços da proposta, sobre os achados da avaliação, sendo advertidos sobre os problemas e atrasos que ocorram durante o processo e tendo oportunidade de refletir sobre os avanços do processo na medida em que estes ocorrem.

Na proposta PMAQ-CEO a avaliação passa pelo reconhecimento e valorização dos padrões preestabelecidos e elaboração de planos de ação direcionados às limitações identificadas e selecionadas como prioritárias pelos usuários da proposta.

- 9 A análise dos dados deve ser organizada para facilitar o uso pelos usuários primários. Os dados devem ser organizados de forma que sejam compreensíveis e relevantes, devendo os usuários ser envolvidos ativamente na interpretação dos achados e na geração de recomendações.

A metodologia da proposta PMAQ-CEO não previu a utilização de um aplicativo digital para alimentação de banco de dados pela gestão via internet, o qual permitiria a construção de um histórico avaliativo e emissão de relatórios e consolidados para análise. As equipes não tiveram acesso prévio a seus resultados da avaliação, mesmo após o término da coleta.

- 10 Faz-se necessário facilitar o uso. Deve-se trabalhar com os usuários primários para usar os achados e aprendizagens do processo da forma proposta; examinar usos e usuários potenciais, além dos previstos e originalmente detectados; decidir sobre os mecanismos e vias de divulgação consistentes com os usos projetados e outros pretendidos; além de identificar possíveis maus usos e planejar a ação para assegurar os usos apropriados.

(No PMAQ-CEO, apesar do direcionamento na fase de desenvolvimento para a utilização dos resultados com a proposição de planos de intervenção, conforme referido anteriormente, não se evidenciaram mecanismos que favoreçam a aplicação dos planos).

O quadro 8 resume os princípios associados à avaliação com ênfase na utilização e sua correlação com a proposta PMAQ-CEO.

Quadro 8. Valorização dos princípios associados à avaliação com ênfase na utilização na proposta Patton (1997) e no PMAQ-CEO (2014).

princípios	Avaliação com ênfase na utilização (Patton, 1997)	Proposta PMAQ-CEO (Brasil, 2014)
1. O COMPROMISSO DOS USUÁRIOS PRIMÁRIOS COM A UTILIZAÇÃO COMO A FORÇA MOTRIZ DA AVALIAÇÃO	⊕ ⊕	⊕
2. DISPOSIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO	⊕ ⊕	⊕
3. USUÁRIOS COMO PESSOAS QUE TÊM INTERESSE NA AVALIAÇÃO	⊕ ⊕	⊕
4. DIREÇÃO ATIVA E CAPACITADA POR FACILITADORES	⊕ ⊕	⊖
5. VALORIZAÇÃO DO CONTEXTO E DAS PESSOAS COMO FATORES INTERFERENTES NO USO DA AVALIAÇÃO	⊕	⊖
6. A AVALIAÇÃO DEVE SER CENTRADA NO USO PRETENDIDO PELOS USUÁRIOS PRIMÁRIOS	⊕ ⊕	⊖
7. SELEÇÃO DO MÉTODO EM ACORDO COM A SITUAÇÃO	⊕ ⊕	⊖
8. OS DADOS COLETADOS MANEJADOS TENDO EM CONTA O USO	⊕ ⊕	⊖
9. ANÁLISE DOS DADOS ORGANIZADOS NO SENTIDO DE FACILITAR O USO PELOS USUÁRIOS PRIMÁRIOS	⊕ ⊕	⊖
10. O USO DEVE SER FACILITADO	⊕ ⊕	⊖

LEGENDA. ⊕ ⊕ MUITO PRESENTE ⊕ PRESENTE ⊖ NÃO ESTÁ PRESENTE

🕒 FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE NOS DADOS OBTIDOS NO 1º CICLO DO PMAQ-CEO

**A INCORPORAÇÃO
DO PLANEJAMENTO E
AVALIAÇÃO NOS SERVIÇOS
ODONTOLÓGICOS
ESPECIALIZADOS AVALIADOS:
O QUE AS EVIDÊNCIAS
APONTAM**

Aqui estão sumarizadas as principais evidências das práticas de planejamento e avaliação nos CEOs a partir do questionário aplicado pelo avaliador na avaliação externa do PMAQ-CEO2014 junto ao gestor e pelo menos dois profissionais de saúde de cada um dos 930 CEOs no ano de 2014. Cabe destacar que os aspectos aqui destacados não contemplaram todo o universo pesquisado, mas apenas aquelas questões cuja relação com a incorporação de práticas de avaliação nos pareciam pertinentes. A tabela 8 revela a formação dos gerentes dos CEOs, algumas características do plano de carreira dos profissionais, bem como das atividades de planejamento desenvolvidas. Observa-se que apenas 19,4% (n=180) dos gestores tinham formação em saúde coletiva e 15,1% (n=140) deles em gestão pública, totalizando apenas 34,4% (n=320) adequada.

No que se refere ao plano de carreiras, apenas 266 CEOs (28,6%) revelaram algum tipo, sendo que, com a inclusão de todos os profissionais, 604 CEOs não possuem nenhum plano de carreiras. Essa questão está relacionada ao tema da precarização das relações de trabalho e também pela baixa capacidade de governo dos municípios brasileiros, com pouca tradição de burocracia estatal. Os tipos de progressão mais comuns foram por antiguidade (n=302, 92,4%), por titulação ou formação profissional (n=255, 78,0%). A avaliação por desempenho ou mérito foi presente em apenas 46,8% dos CEOs avaliados (n=153).

Dentre as características do planejamento, 563 CEOs (60,5%) revelaram algum tipo de planejamento nos últimos 12 meses, ou seja, no ano de 2014. Dentre as ferramentas mais utilizadas no planejamento, destacou-se os relatórios do Sistema de Informações Ambulatoriais em 424 CEOs (45,6%), seguido dos informativos epidemiológicos (n=155, 16,7%) e do painel informativo (n=139, 14,9%). A sala de situação foi citada por 114 dos CEOs avaliados, correspondendo a 12,3% deles.

Tabela 8. Características da formação do gestor do CEO, plano de carreira e as práticas de planejamento nos Centros de Especialidades Odontológicas (n=930) Brasil, 2014.

(continua)

variável	N	%
FORMAÇÃO COMPLEMENTAR DO GESTOR DO CEO		
Sim, em saúde coletiva	180	19,4
Sim, em gestão pública	140	15,1
Sim, outros	301	32,4
Não	216	23,2
Não se aplica	93	10,0

Tabela 8. Características da formação do gestor do CEO, plano de carreira e as práticas de planejamento nos Centros de Especialidades Odontológicas (n=930) Brasil, 2014.

	(conclusão)	
variável	N	%
PLANO DE CARREIRA DOS PROFISSIONAIS DO CEO		
Sim, todos	266	28,6
Sim, apenas o gerente do CEO	1	0,1
Sim, apenas os cirurgiões dentistas	41	4,4
Sim, apenas os auxiliares/ técnicos em saúde bucal	19	2,0
Não	603	64,8
SE PLANO DE CARREIRA, TIPO DE PROGRESSÃO (N=327)		
Progressão por antiguidade	266	28,6
Progressão por titulação e formação profissional	1	0,1
Progressão por avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)	41	4,4
ATIVIDADES DE PLANEJAMENTO DE AÇÕES COMPROVADAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES		
Sim	563	60,5
Não	367	39,5
APOIO RECEBIDO PARA O PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO		
Sim	587	63,1
Não	136	14,6
Não se aplica	207	22,3
QUEM APOIOU O PLANEJAMENTO (N=587)		
Coordenador Municipal/Estadual de Saúde Bucal	497	84,7
Apoiador institucional	113	19,3
Profissionais da vigilância em saúde	87	14,8
outros profissionais da gestão	238	40,5
RECURSOS COMPROVADOS UTILIZADOS PARA A REALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO (N=587)		
Painel Informativo	139	14,9
Informativos Epidemiológicos	155	16,7
Sala de Situação	114	12,3
Relatórios e consolidados mensais do SIA	424	45,6

● FONTE: BANCO DE DADOS AVALIAÇÃO EXTERNA PMAQ-CEO, 2014.

A tabela 9, por outro lado, nos traz elementos sobre a prática de avaliação dos CEOS. Cabe destacar que a resposta à essa questão por parte do gerente do serviço deve ser vista com certa reserva já que sua resposta muitas vezes positiva estava norteada pela busca do êxito na avaliação. Chamou atenção por exemplo que 649 serviços (69,8%) afirmaram que realizam monitoramento e análises das metas estabelecidas em cada especialidade ofertada pelo CEO. Além disso, 680 deles (73,1%), disseram ter realizado autoavaliação nos últimos seis meses antes da coleta da informação, o que pode ser considerado bastante expressivo. O principal instrumento foi o AMAQ (n=620, 66,7%). Chamou atenção que 111 serviços odontológicos especializados (11,9%) têm utilizado outro instrumento de avaliação criado pelo próprio município.

Dos 680 CEOs que afirmaram ter realizado autoavaliação, chamou atenção que 612 (90,0%) afirmaram que os resultados da autoavaliação foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe do CEO (Tabela 2). Também chamou atenção a predominância absoluta do instrumento AMAQ como aquele mais utilizados em 620 CEOs (66,7% deles). Importante recordar que essa preenchimento era “obrigatório” para ser apresentado à equipe de avaliadores externos, o que pode explicar em parte, seu amplo “uso”.

Tabela 9. Características das práticas de avaliação nos Centros de Especialidades Odontológicas (n=930) no PMAQ-CEO. Brasil, 2014.

	variável	N	%
MONITORAMENTO E ANÁLISES DAS METAS COMPROVADAS ESTABELECIDAS PARA CADA ESPECIALIDADE OFERTADA NO CEO			
	Sim	649	69,8
	Não	281	30,2
REALIZAÇÃO DE ALGUM PROCESSO DE AUTOAVALIAÇÃO PELA EQUIPE DO CEO NOS ÚLTIMOS SEIS MESES			
	Sim	680	73,1
	Não	250	26,9
INSTRUMENTO UTILIZADO NA AUTOAVALIAÇÃO			
	AMAQ	620	66,7
	Instrumento desenvolvido pelo Estado	96	10,3
	Não se aplica	43	4,6
OS RESULTADOS DA AUTOAVALIAÇÃO SÃO/FORAM CONSIDERADOS NA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DO CEO? (N=680)			
	Sim	612	90,0
	Não	68	10,0

© FONTE: BANCO DE DADOS AVALIAÇÃO EXTERNA PMAQ-CEO, 2014.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhece-se a importância do PMAQ-CEO, uma vez que esta é uma proposta extensiva ao âmbito nacional e com potencial no desenvolvimento de práticas avaliativas na gestão pública dos serviços de saúde bucal no Brasil, onde a própria prática de avaliação constitui-se em um processo novo.

Apesar do PMAQ-CEO ter sido potencialmente concebido como uma avaliação parcialmente participativa, especialmente na fase de desenvolvimento, buscando incorporar alguma das premissas selecionadas da avaliação com foco na utilização, observa-se que, no método, a perspectiva de utilização dos resultados foi pouco valorizada em oito dos dez tópicos selecionados. Observou-se que não houve direção ativa e capacitada por facilitadores, valorização do contexto e das pessoas como fatores interferentes no uso da avaliação. Além disso, não foi uma avaliação centrada no uso pretendido pelos usuários primários, a seleção do método em acordo com a situação, os dados coletados manejados não tiveram como foco o seu uso pelos usuários potenciais (gestores e profissionais), a análise dos dados não foi organizada no sentido de facilitar o uso pelos usuários primários, bem como seu uso facilitado.

Apesar de algumas premissas serem apresentadas como diretrizes no PMAQ-CEO, observou-se limitada valorização nos direcionamentos metodológicos da proposta na fase de desenvolvimento, sendo pouco incorporada. Isso se refere às limitações nas orientações quanto a essa fase nas reuniões prévias entre as gestões federal, estadual e locais, sem facilitação adequada e seguimento contínuo com comunicação horizontal para desenvolvimento da proposta. Tal constatação talvez derive da reprodução das dificuldades de articulação entre as esferas de gestão e da verticalização indutora, ainda existente, na execução das ações de saúde, considerando que a avaliação proposta também se constituiu em processo indutivo de financiamento pela gestão federal para execução de ações locais.

Neste sentido, sugere-se que a exposição da importância e dos mecanismos de facilitação da proposta no documento técnico e em oficinas de trabalho na esfera federal e estadual para capacitação dos participantes e troca de experiências tornam-se essenciais.

Propõe-se também uma melhor explicitação na fase do desenvolvimento de como deve ser realizada a autoavaliação, numa análise coletiva, onde os participantes tenham a oportunidade de reconhecer os padrões e definir sobre quais aspectos a avaliação será focalizada quando retornarem aos serviços

de origem. Tal definição indica a necessidade de fortalecimento dos gestores no planejamento para a implantação da proposta, o qual deve ser direcionado à apropriação da metodologia, análise de possíveis fatores que possam interferir no processo, reconhecimento e definição dos recursos necessários em torno da ponderação do uso pretendido. As evidências do uso da avaliação pelas equipes dos CEOs apresentados nesse capítulo devem ser melhor investigadas em estudos em profundidade.

A maior influência do avaliador na fase de avaliação externa deve ser estimulada como possível facilitador no processo de incorporação da avaliação pelos serviços odontológicos, incluindo uma devolutiva ao serviço no momento da avaliação, bem como a prática de leitura e publicização da matriz de intervenção elaborada pelo serviço na fase de desenvolvimento. Essa estratégia poderá produzir a formação da cultura avaliativa pelos serviços para além da indução econômica da esfera federal, como ocorreu nesse primeiro ciclo em 2014-2015. Análise da implementação das matrizes de intervenção propostas é também indicada.

A Importância das Ações de Gestão na Organização do Trabalho nos CEO

*Andrea Neiva da Silva
Livia Guimarães Zina
Marcos Alex Mendes da Silva
Marcos Azeredo Furquim Werneck
Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu
Paulo Sávio Angeiras de Goes
Petrônio Martelli*

INTRODUÇÃO

Decorridos onze anos da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), é possível afirmar que houve a preocupação em expandir as ações com equidade na distribuição das unidades e na construção da rede de saúde bucal em todo o território nacional. Buscou-se, entre outros, a reorganização da Atenção Básica (AB) em Saúde Bucal, a ampliação e qualificação da atenção especializada e da oferta de próteses, o investimento na Alta Complexidade, a expansão das ações de promoção e prevenção, de vigilância e monitoramento e de integração Ensino / Serviço. Organizou-se a abrangência destas ações até setores da sociedade como a população indígena, quilombolas, população carcerária, além da priorização de regiões carentes, com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Para garantir este esforço houve, da parte do Ministério da Saúde e de alguns estados da federação, um expressivo aumento no orçamento da saúde bucal que passou, de cerca de R\$200.000.000,00 ao final de 2003, para R\$783.234.724,00 ao final de 2014.

Neste cenário de expansão, os CEO representaram uma inovação na PNSB. Estudos recentes têm revelado avanços, tais como a ampliação da oferta, da cobertura e da utilização destes serviços. E apresentam, como aspectos que necessitam ser melhor conhecidos, a formação dos recursos humanos e a dificuldade em se efetivar a interface entre Atenção Básica e Secundária em Saúde Bucal.

A oferta de atenção especializada dos CEO exige o desenvolvimento e a profissionalização da gestão como componente importante da rede de cuidados em saúde bucal. Em função disto, é fundamental o estabelecimento de ações permanentes de monitoramento e avaliação dos serviços com vista à qualificação dos mesmos e à consequente melhoria das condições de saúde bucal

da população. A avaliação da qualidade de um serviço de saúde é importante para os processos de gestão, uma vez que passa pelos formatos que envolvem sua organização e sua efetivação.

De acordo com Felisberto et.al (2006),

“nas últimas décadas, crescem no Brasil as iniciativas no sentido de institucionalizar a avaliação em saúde como resultado da intenção de conferir racionalidade às intervenções setoriais, apesar dessa atividade ainda se apresentar de forma incipiente, pouco incorporada às práticas, possuindo, quase sempre um caráter prescritivo e burocrático”.

Para Carnut et.al., revela-se uma lacuna no que se refere à avaliação de serviços públicos odontológicos, mas há um esforço “no sentido de desenvolver instrumentos válidos para este fim”.

De acordo com Goes et.al., “as avaliações sobre serviços de atenção secundária em saúde bucal, particularmente no Brasil, estão em fase incipiente de construção de evidência, principalmente com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO, que vêm sendo o objeto destes estudos”. Achados de outros países, com modelos de atenção em saúde bucal mais estruturados, já evidenciavam a preocupação em estudá-los nos últimos 15 anos.

Ao produzir uma aproximação com a prática que acontece nesses serviços, o processo de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) revelou a importância de se aprofundar em alguns campos do conhecimento, entre os quais merecem destaque: o papel dos CEO na rede de atenção à saúde bucal (as relações estabelecidas com os demais níveis de atenção, em especial a AB) e as práticas de cuidado e os diferentes modelos de gestão dos CEO (o primeiro ciclo do PMAQ CEO se deu do início de 2013 até meados de 2014).

Segundo o Houaiss, gestão pode ser entendida como “ato ou efeito de administrar; ação de governar ou gerir empresa, órgão público [...]. Exercer mando, ter poder de decisão (sobre), dirigir, gerir”. Gestão refere-se ao processo de governar/ trabalhar com pessoas, organizações e instituições. Gestão está atrelada à capacidade de dirigir, ou seja: confunde-se com o exercício do poder.

Em geral, um processo de gestão deve partir da formulação de políticas, da definição de objetivos, passando pela formulação de ações estratégicas com vistas ao alcance dos resultados. Neste movimento de gestão, devem ser incluídos outros temas como a gestão de pessoas, financeira e de insumos. É necessário, também, buscar a superação do modelo tradicional de administração pública (caracterizado por controles formais e pela baixa capacidade operacional) e enfatizar a importância de que os gestores e os trabalhadores alcancem maior autonomia em suas funções.

Esta premissa corrobora a proposta elaborada por Campos (2009), do modelo de gestão compartilhada, que enfatiza a importância da gestão na organização e oferta de serviços de saúde. Por esta proposta, “..ganham destaque os aspectos microssociais relativos ao compromisso do trabalhador com o proces-

so de gestão e a questão da autonomia dos profissionais/sujeitos”. O autor afirma que, neste modelo, são fundamentais as funções de apoio e de suporte aos profissionais e equipes tanto no que tange às práticas gerenciais, quanto na preocupação de se pensar “novas abordagens na formação dos gestores”.

Uma importante contribuição para a gestão dos serviços de saúde é a Teoria dos Sistemas, desenvolvida por Donabedian (1980) que, com base nos conceitos de estrutura, processo e resultados, busca encontrar uma forma de avaliar a qualidade dos serviços de saúde. Segundo o autor, Estrutura se refere aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a se organizar o cuidado em saúde, dependendo, é claro, da política de financiamento e disponibilidade de profissionais qualificados. O Processo se refere a todas as atividades envolvendo profissionais de saúde e usuários. E o Resultado é revelado pela qualidade do produto final do cuidado prestado, considerando os níveis alcançados de saúde e de satisfação frente a padrões e expectativas.

A gestão do trabalho em saúde reflete um pensamento estratégico, pois reconhece que a produtividade e a qualidade dos serviços serão, na maioria das vezes, o resultado da forma com que são tratados os profissionais na organização das ações. De acordo com o modelo de atenção preconizado pela PNSB, os CEO deverão se constituir como nível de referência para a AB e a alta complexidade. Em geral, o processo de trabalho em saúde revela a forma como os gestores e os trabalhadores concebem o modelo de atenção e o materializam por meio das ações efetivadas pelos serviços.

Não raro, a organização do trabalho das equipes de saúde bucal nos CEO costuma ser, predominantemente, de natureza clínica, focada nas especialidades e sob exigência de produção mensal definida segundo o tipo de CEO habilitado. Os cirurgiões dentistas, em geral, têm alguma formação especializada (embora não haja a necessidade formal de que sejam especialistas) e a equipe se completa com a presença de um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e/ou de um Técnico de Saúde Bucal (TSB), com predomínio do trabalho de ASB.

É necessário, pois, que a gestão dos CEO reconheça estas características, para que, na construção do modelo de atenção proposto pela Política Nacional de Saúde Bucal, não se percam as dimensões de eficiência, eficácia e efetividade, e seja possível que os sujeitos se impliquem com a proposta de construção da saúde bucal proposta pelo SUS.

Em função destas características, este capítulo propõe a discussão de alguns aspectos essenciais que envolvem a gestão dos CEO, tais como: a identificação das ações e serviços realizados; a organização do acesso; as implicações da gestão de recursos humanos sob a organização dos serviços e o trabalho e a gestão do processo de trabalho. Para tal, tomou-se como referência o processo da avaliação externa do PMAQ CEO, sendo utilizados os diários de campo, relatórios estaduais e o instrumento (questionário) de coleta de dados.

IDENTIFICAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS REALIZADOS NOS CEO

Segundo a PNSB, os CEO devem ofertar, a partir do perfil epidemiológico de cada região / município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na AB. Dentre esses procedimentos, além do atendimento básico a pacientes portadores de necessidades especiais, incluem-se trata-

mentos cirúrgicos periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade e procedimentos cirúrgicos compatíveis com um nível de atenção secundária em saúde bucal. Nesse sentido, como unidade de referência em saúde bucal, os CEO foram inicialmente planejados para acolher em seus ambientes as demandas próprias da média complexidade, organicamente encaminhadas pelas unidades de AB, entendidas como porta de entrada dos sistemas de saúde bucal ou, minimamente, ordenadora do cuidado.

Entretanto, o processo de avaliação externa do PMAQ CEO possibilitou verificar que as ações e serviços realizados por vários CEO não contemplam, necessariamente, aqueles preconizados pela política. Durante a coleta de dados, os avaliadores externos observaram que muitos CEO acabam por absorver a demanda da AB, principalmente nos casos em que compartilhavam o mesmo espaço físico com a unidade básica de saúde/saúde da família. Nesses casos, muitas vezes os profissionais da AB limitam-se a realizar procedimentos de urgência, sendo a continuidade do tratamento realizado pelos profissionais do CEO.

Foi possível também observar que, em consequência da maior disponibilidade de insumos e equipamentos por parte dos CEO, aliada à baixa cobertura da AB em vários municípios, alguns CEO acabam por assumir o papel de porta de entrada dos usuários, favorecendo seu acesso por livre demanda. Esta situação indesejável se dá em variadas situações, desconsiderando a necessidade da programação do tratamento clínico ambulatorial. Essa inversão do fluxo assistencial tem levado alguns gestores e profissionais de saúde bucal a questionarem, muitas vezes, a capacidade da saúde bucal na AB em dar conta das demandas que lhe são próprias, tendo em vista a sobrecarga de alguns CEO, sobretudo em municípios do interior dos estados.

Entretanto, segundo relatos dos avaliadores externos, a preparação das equipes de trabalho para acolher o processo de avaliação externa do PMAQ CEO despertou os gestores para a organização da demanda para esses serviços de atenção secundária, contribuindo para uma melhor organização do fluxo de pacientes para esses serviços. No entanto, a compreensão por parte dos usuários de que os serviços de qualidade são ofertados pelos especialistas do CEO, e não pelos clínicos da atenção básica, parece estar prejudicando esse fluxo assistencial e incentivando a procura direta pelo atendimento nos CEO. Isso foi constatado pelos avaliadores externos durante as entrevistas junto aos usuários. Desta forma, a demanda espontânea permanente é uma realidade em muitos CEO, principalmente em municípios menores. Nestes municípios a proximidade entre os profissionais e os usuários favorece o contato entre eles, pulando a etapa das marcações de consultas na recepção dos CEO ou por meio de órgãos reguladores.

Alguns CEO, portanto, funcionam como porta de entrada para os serviços de saúde bucal em alguns municípios. Este fato revela uma desorganização da oferta dos serviços odontológicos, desconstruindo a lógica da demanda programada da atenção secundária, característica própria de sistemas de saúde hierarquizados como o SUS e pretendida para os CEO.

Outro aspecto que afeta diretamente a organização da oferta de serviços e ações por parte dos CEO é a meta de produtividade estabelecida pelo Ministério da Saúde nas diferentes especialidades. Nos municí-

pios de pequeno porte foi comum o relato por parte dos gestores sobre a dificuldade dos consórcios distritais não conseguirem alcançar as metas, principalmente na especialidade de endodontia. Esse fato tem induzido alguns CEO a realizarem procedimentos típicos da atenção básica e de urgência. Alguns autores já propuseram um sistema de remuneração da atenção secundária baseado em produtividade, no lugar da tradicional remuneração fixa mensal, de maneira a reconhecer e a premiar o bom empenho profissional e, paralelamente, favorecer o alcance das metas propostas. Entretanto, a proposta de custeio das ações do CEO pelo componente da produtividade subverte a lógica da qualidade e se choca com a dinâmica de financiamento adotada pela atenção primária, capaz de incentivar o cuidado longitudinal sem preocupação com a produção. As metas de produção do CEO funcionam como parâmetros orientadores para o acesso e não como elemento punitivo de não produção.

Outra especialidade que enfrenta a dificuldade no alcance das metas é a estomatologia, pois, de um modo geral, o atendimento ao usuário acontece em uma primeira e única consulta, uma vez que, ao não realizar a coleta do material (biópsia) e encaminhar o paciente para setores mais complexos, o mesmo não retorna para receber a “alta” após o tratamento. A necessidade de aperfeiçoamento das metas existentes, tanto em número, quanto em critérios de inclusão já foi apontada pelo estudo de Goes et al. (2012).

Uma ação pontual desenvolvida por um CEO chamou especial atenção, pois consistia na busca ativa de pacientes com lesões suspeitas de câncer de boca. Nesse sentido, todos os usuários do CEO e da atenção básica respondiam a um questionário que buscava avaliar a exposição aos fatores de risco para o câncer bucal. Segundo a gerente do CEO, a partir dessa iniciativa houve aumento considerável dos casos confirmados de câncer de boca na população usuária. Entretanto, o aumento na capacidade diagnóstica não se reflete necessariamente no aumento da qualidade do tratamento, pois a referência dos casos confirmados para o tratamento na atenção terciária constitui um importante desafio a ser vencido neste município e nos outros de maneira geral.

IDENTIFICAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS REALIZADOS NOS CEO

Quando o sistema de saúde se organiza por níveis de complexidade da atenção, pressupõe-se que não haja uma capacidade instalada igual em todos os pontos que o compõem, e desta forma distribuem-se as ações ao longo de toda rede e criam-se fluxos ordenados para os usuários, sustentando os princípios da regionalização e da hierarquização que, juntas, conformam a rede de atenção à saúde (RAS) e garantem atenção integral a todos os usuários.

Porém, quando há pouca ou nenhuma resolutividade nas unidades de AB, surge a possibilidade de os CEO passarem a ser uma referência em saúde bucal, tanto para procedimentos básicos, quanto para os mais complexos, conforme observado pelos avaliadores externos. A falta de organização programática para o enfrentamento dessa situação gera importantes reflexos na qualidade do atendimento e representa, portanto, um grande desafio a ser enfrentado pelos gestores.

A avaliação externa permite constatar que a caracterização da demanda atendida pelos CEO e o seu real papel na rede integrada de assistência à saúde bucal parecem não ser bem compreendidos em vários dos serviços visitados, o que tem comprometido diretamente a organização do fluxo e a integralidade da atenção. Várias razões sustentam essa desorganização no fluxo de usuários, incluindo a baixa capacidade gestora, a pouca resolutividade de muitas unidades de AB municipais e a baixa cobertura desses serviços.

Contudo, mesmo de forma desorganizada, como exposto anteriormente, essa rede de serviços de saúde bucal equivocadamente centrada no CEO busca a integralidade da atenção à saúde, porém com pouco potencial de resolução das demandas por se distanciar da separação programática da atenção à saúde em diferentes níveis de complexidade e transferir ao CEO todo o papel da assistência em saúde bucal. Essa questão precisa ser enfrentada pelos gestores, pois um sistema de saúde que concentra suas ações (básicas e complexas) no mesmo cenário, simplesmente reproduzirá o modelo predominante, com chances de aumentar a demanda reprimida na área de saúde bucal. A PNSB aponta que o ambiente favorável à abordagem integral se encontra nos cenários da AB, e não nos CEO, cuja sistemática ainda funciona baseada nos procedimentos, e este não é capaz de absorver todas as necessidades em saúde bucal da população.

A extensa área territorial das regiões de saúde, com grandes vazios populacionais e com realidades distintas entre os municípios, pode também comprometer o deslocamento intermunicipal dos usuários para o CEO de referência e a conformação do fluxo assistencial, confirmando a dificuldade existente no fluxo de referência e contrarreferência entre populações residentes em diferentes municípios. Isso é observado mesmo que, organicamente, esse desenho tenha sido a matriz de funcionamento daquele CEO e componha o Plano Diretor de Regionalização (PDR) em saúde bucal daquela área. Este caso demonstra a importância, para a gestão, do planejamento e da adscrição da população no período de implantação dos CEO, com viabilidade de deslocamento dos usuários para que se evite a sobrecarga de alguns em detrimento da ociosidade de outros.

No âmbito intramunicipal, as dificuldades que surgem relacionam-se à efetivação do fluxo entre AB e os CEO, ora pelas unidades de AB não funcionarem como porta de entrada para o usuário, como já dito, ora pela forma como os CEO organizam suas demandas agendadas e/ ou espontâneas, gerando em alguns casos, involuntariamente, a ociosidade do serviço em função da ausência do usuário. Na contramão da história de acesso aos serviços de saúde bucal, surge essa ociosidade, associada em alguns casos ao absenteísmo dos usuários como elemento a ser contornado e superado pela gestão do CEO. Algumas estratégias adotadas por alguns serviços para enfrentar essas questões incluem o investimento no cuidado com o acolhimento do usuário, ao programar a agenda com consultas próximas, ou, simplesmente, com a qualificação da fila de espera como mecanismo próprio do acolhimento.

Nestas situações, aparentemente parece haver uma capacidade de oferta do CEO maior do que a demanda, porém essa relação não se reflete nas demais realidades que lidam diariamente com longas filas de espera para obtenção do acesso e da continuidade do tratamento odontológico. Essa falsa situação de

acesso ao CEO pode estar forjada pela desorganização do mesmo ao lidar com o absenteísmo e com a longitudinalidade do cuidado.

A lógica de funcionamento dos serviços de referência no SUS, e dos CEO entre eles, envolve o agendamento programático do usuário para garantir a continuidade do cuidado, transferindo para o profissional de saúde da AB a organização da sua demanda ou necessidade. Esta programação de agenda tem por objetivo alcançar a alta do usuário ou seu retorno à AB, integralizando o seu cuidado. Neste sentido, os CEO precisam se adaptar a essa lógica e garantir a longitudinalidade do cuidado, por meio do acesso, do tratamento e do retorno desse usuário ao clínico que o acolheu na atenção básica.

O Ministério da Saúde sinaliza, por meio de diretrizes da PNSB, formas de superar com qualidade a fragmentação do sistema de saúde pela adoção de protocolos clínicos orientados para as diferentes especialidades odontológicas, considerando que a busca pela integração dos diferentes pontos dessa rede de serviços de saúde bucal limita, orienta e organiza o fluxo dessa demanda.

A dificuldade enraizada no cotidiano das práticas profissionais em diferenciar o que de fato constitui procedimentos próprios de atenção básica em saúde bucal, diferenciando-os das ações próprias dos CEO (mesmo que estabelecidos em protocolos clínicos), distancia, involuntariamente, o ordenamento da rede de saúde bucal da sua aplicação prática.

Contudo, para a efetivação dos protocolos persiste uma lógica interna de adaptação do CEO, relacionada ao processo de trabalho dos profissionais que prestam serviços e a estrutura dos mesmos, e outra lógica externa, que envolve a capacitação dos demais profissionais de APS, por meio de educação continuada, e a regulação do fluxo dos usuários.

Em seu estudo de caso, Aquilante & Acirole (2015) lembram que “existem protocolos estabelecidos quanto ao alcance dos procedimentos de cada nível de atenção, que ainda estão sendo apropriados pelos profissionais”, porém seu estabelecimento por si só não garante a efetividade do fluxo assistencial, pois os profissionais precisam apropriar-se da ferramenta e introduzi-la na sua prática cotidiana para gerar os impactos pretendidos na integralidade do cuidado. Por esse motivo, é fundamental uma maior articulação entre os gestores das atenções básica e especializada para a definição clara de protocolos de encaminhamento, bem como a revisão oportuna dos mesmos sempre que necessário. Aliado a isso, o investimento da gestão na capacitação dos Cirurgiões-Dentistas com ênfase no emprego desses protocolos poderá ser capaz de gerar impactos positivos para a integralidade da atenção em saúde bucal.

A integração entre os pontos de atenção à saúde é um dos mais graves impedimentos da integralidade no sistema, pois os serviços, além de não se comunicarem, possuem lógicas próprias e distintas e o eixo de sua organização não está centrado nas necessidades de saúde dos usuários. Com isso, as ações integradas ficam restritas à APS, sob os princípios da adscrição e do vínculo, diferente do funcionamento dos CEO, com características próprias da atenção secundária. Quando são necessárias ações dos níveis de maior

complexidade, o sistema mostra-se vulnerável, não conseguindo responder com qualidade às necessidades do usuário ou conseguindo organizar o cuidado em saúde bucal.

O diagnóstico e o tratamento do câncer bucal constituem um exemplo dessa dificuldade operacional e necessitam de uma rede integrada de serviço para que o usuário possa ter uma boa qualidade de sobrevivência. No entanto, dados do PMAQ da Atenção Básica (PMAQ-AB) relevam que as equipes de saúde bucal não têm efetuado ações de detecção precoce do câncer de boca. Entretanto, o fluxo entre os diferentes níveis do sistema enfrenta problemas relacionados diretamente ao acesso e ao fluxo propriamente dito, tais como a carência de vagas para tratamento dos casos confirmados de câncer bucal, com consequente demora em absorver esse usuário; falta de motivação do usuário portador de neoplasias bucais em enfrentar longas distâncias para continuidade do tratamento nas unidades de referência, entre outros.

Por meio da Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006, que regulamenta os CEO, presume-se que, das ações ofertadas, o tratamento do câncer bucal é o mais complexo por envolver diferentes procedimentos, cenários e profissionais, necessitando de uma rede qualificada de suporte assistencial integrada. Desta forma, a capacidade instalada do município para o enfrentamento do câncer bucal define as formas de organização da rede, sem que haja, muitas vezes, um protocolo claro e padrão, que oriente igualmente todas as realidades.

Mas o avanço alcançado com essa especialidade nos CEO não extingue a necessidade de qualificar o diagnóstico precoce e o tratamento do câncer bucal, ainda muito diversificado nas diferentes regiões brasileiras. A padronização da coleta de materiais pelo próprio CEO, com transporte seguro do material para o laboratório de análise e garantia de expedição rápida dos resultados, são necessidades urgentes, assim como é fundamental o acesso garantido ao tratamento oncológico necessário e acompanhamento pelos profissionais do próprio CEO.

Em função do que se apresentou anteriormente, pode-se afirmar que a integração entre os pontos de atenção à saúde é um dos mais graves impedimentos da integralidade no sistema. A avaliação externa do PMAQ-CEO permitiu identificar que muitas unidades de nível primário e secundário, além de não se comunicarem, possuem lógicas próprias e distintas, sendo que o eixo de sua organização muitas vezes não está centrado nas necessidades de saúde dos usuários. Nesse sentido, as ações integrais ficam, muitas vezes, restritas à APS.

Embora as diretrizes da PNSB apontem formas de superar com qualidade essa fragmentação do sistema de saúde a partir da adoção de protocolos clínicos orientados para as diferentes especialidades odontológicas, a apropriação dos protocolos clínicos precisa avançar e alcançar todos os profissionais comprometidos com a atenção à saúde bucal nos municípios, pois a adoção desses protocolos pode contribuir de forma significativa tanto para a garantia da integralidade da atenção, quanto para melhorar o acesso e a equidade. Além disso, o conhecimento por parte da população dessa forma de organização das ações e serviços em saúde bucal pode, quem sabe, ser capaz de modificar a percepção dos usuários

e até dos profissionais, sobre a resolutividade dos serviços ofertados pelos CEO, uma vez integrados, de fato, à APS.

Diante do exposto, ressaltamos que são grandes os desafios a serem enfrentados pelos gestores dos CEO. Dentre esses desafios podemos destacar: o aprimoramento do fluxo de atendimento nos serviços, a organização das agendas dos especialistas e, sobretudo, uma maior articulação com a gestão da atenção básica, principalmente no tocante ao desenvolvimento e pactuação de protocolos clínicos. Além disso, ainda são frágeis os mecanismos que articulam os CEO com os serviços de alta complexidade (hospitais, traumas, reabilitações), configurando um cenário muitas vezes dissonante daquele desenhado pela Política Nacional de Saúde Bucal.

AS IMPLICAÇÕES DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS SOB A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NOS CEO

A Gestão de Pessoas, termo também conhecido tradicionalmente por Recursos Humanos (RH), é um assunto que vem ampliando o seu espaço e relevância nas Ciências da Saúde nos últimos anos por conotar uma tentativa de valorização do capital humano nos serviços. O conceito de “recursos humanos” é próprio da área de administração e remete à racionalidade gerencial hegemônica que reduz o trabalhador à condição de recurso, restringindo-o a uma dimensão funcional. No entanto, na área da saúde, a questão dos recursos humanos envolve tudo que se refere aos trabalhadores da saúde em sua relação com o processo histórico de construção do SUS, configurando, assim, um dos seus subsistemas.

As bases legais que legitimam a ação do Ministério da Saúde na construção da Política de Recursos Humanos na área da saúde estão expressas no artigo 200, inciso III, da Constituição Federal, que estabelece, como uma das atribuições do SUS, a ordenação da formação de recursos humanos para o Sistema. Na sequência, a Lei N° 8.080/90 explicita a necessidade de articulação entre as esferas de governo para a formalização e execução da política de recursos humanos. Outras referências ainda regulam esse ordenamento: a (I) Emenda Constitucional n° 19, artigo 39, que prevê a instituição de um Comitê no âmbito dos três níveis de governo para dispor sobre critérios para fixação de padrões de vencimento e obrigatoriedade dos entes federados em manter escolas para formação e aperfeiçoamento do servidor público e (II) a Lei n° 8.142/90, que institui a exigência de comissão de elaboração de planos de cargos e carreiras como critério para repasse de recursos financeiros do governo federal para estados e municípios.

Portarias e decretos foram constantemente publicados reforçando o incentivo dessa política ao longo dos últimos anos, mas se por um lado esses dispositivos

legais apontam responsabilidades e competências, por outro requerem discussão e pactuação para melhor regulamentação, no sentido de garantir adequada formação de profissionais, direitos trabalhistas e, ao mesmo tempo, instrumentos flexíveis de gestão do trabalho que possibilitem agilidade e rapidez nas decisões aos gestores. A construção dessas políticas se faz, entretanto, no contexto de realidades e demandas sociais distintas que se transformam ao longo do tempo. Nessa perspectiva, devemos destacar os cenários e tendências atuais para as políticas de recursos humanos frente à reforma setorial em curso, no País.

Os paradigmas contemporâneos da gestão organizacional apontam a primazia das pessoas na busca da excelência para a produção de bens e serviços e a própria transformação institucional. Assim, as políticas de recursos humanos na área da saúde são destacadas pelos formuladores e gestores como prioritárias para a consecução de um sistema de saúde democrático, equitativo e eficiente. Ao considerar as questões para a construção de uma política de recursos humanos, deve-se levar em consideração dois sistemas fundamentais: de um lado, as questões relacionadas com o sistema de produção de recursos humanos – a formação/preparação para o trabalho; de outro lado, as questões relativas ao sistema de utilização de recursos humanos – a gestão do trabalho. Diversos nós críticos relativos a esse segundo sistema foram identificados na avaliação externa do PMAQ CEO.

De uma forma geral, os problemas relacionados à gestão de recursos humanos têm suas causas principais nos seguintes elementos:

DESEMPENHO DA FORÇA DE TRABALHO

COBERTURA: os profissionais de saúde não conseguem contribuir para a garantia do acesso de todos os grupos da população aos serviços de saúde, visto que o acesso não depende exclusivamente da oferta de profissionais;

PRODUTIVIDADE: a produtividade varia com o tipo de serviço. As causas da baixa produtividade são muitas: em geral, o trabalho é organizado de modo ineficiente; estratégias como o trabalho em equipe, o uso sistemático de auxiliares e a delegação de tarefas são pouco utilizadas. Dificuldades na manutenção de equipamentos, ausência de supervisão, planejamento inadequado e falhas na disponibilização de insumos também contribuem para a reduzida produtividade;

QUALIDADE TÉCNICA: muitas vezes, a baixa qualidade técnica do profissional está relacionada à necessidade de qualificação do trabalhador. Muitas ações reconhecidamente ineficazes ou mesmo danosas continuam a ser praticadas por muitos profissionais;

ESTABILIDADE ORGANIZACIONAL: a instabilidade permanente do contexto político e a inexistência de uma tecnoburocracia sólida tornam quase impossível a estabilidade das organizações. A rotatividade da mão de obra é intensa e os profissionais raramente permanecem o tempo suficiente para criar o sentimento de fazer parte da organização onde

trabalham. Os gerentes, por sua vez, têm imensas dificuldades em planejar a médio ou longo prazo, pois sabem que não podem fazer muitas previsões sobre os recursos com que contarão no ano seguinte.

PROCESSOS DETERMINANTES DO DESEMPENHO

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: o desenvolvimento de competências se refere ao processo de formação de trabalhadores qualificados, em número adequado, para atender às necessidades do país. A política nacional de recursos humanos na saúde busca responder à necessidade de ordenamento dos recursos humanos por meio dos processos de educação permanente;

DISTRIBUIÇÃO DE PESSOAL: especialmente nos sistemas dominados pelo mercado, há uma forte tendência de concentração de pessoal no nível terciário, especializado e superespecializado, da atenção à saúde. Os profissionais tendem a se concentrar nos serviços curativos e hospitalares em detrimento dos preventivos e do nível primário de atenção. Além disso, são patentes os desequilíbrios na distribuição geográfica e por gênero, como pode-se observar nas diferentes concentrações de profissionais nas regiões brasileiras;

GERÊNCIA DE PESSOAL: relaciona-se à própria capacidade gerencial. Em muitos países, não há gerentes adequadamente capacitados em número suficiente. Muitas vezes, postos são preenchidos com pessoas que não dispõem das competências adequadas, seja por falta de candidato mais apropriado, seja por causa da utilização de outros critérios de alocação. Há ainda os baixos salários, a ausência de incentivos aos profissionais e as dificuldades de fazer carreira.

FATORES QUE INFLUENCIAM OS PROCESSOS DETERMINANTES DO DESEMPENHO

POLÍTICAS: envolve questões relacionadas à quantidade e à diversidade de atores sociais da administração pública que estão envolvidos na formulação e/ou implementação de políticas que influenciam a gestão de recursos humanos, seja no plano do financiamento, da educação e da prática profissional; à consistência, à coerência das políticas, e à sua implementação;

DISPONIBILIDADE DE RECURSOS: são de duas ordens, qualidade e quantidade. Em relação à qualidade, os problemas se referem às diferenças entre o que se tem e o que é necessário para apoiar a utilização adequada da força de trabalho. Assim, nem sempre os formuladores de política, sejam gerentes ou educadores, têm a qualificação ideal. No que diz respeito à quantidade, por vezes observa-se uma defasagem entre os recursos disponíveis e os que seriam necessários para a realização de ações.

NECESSIDADE DE ENFRENTAR OS PROBLEMAS

Todos esses problemas levam à utilização inapropriada da força de trabalho com consequências negativas consideráveis para a equidade, a eficácia, a eficiência dos serviços de

saúde e para a satisfação de usuários e trabalhadores. São necessárias medidas de correção que levem em consideração o perfil epidemiológico da população e suas necessidades de saúde. É importante considerar, também, as mudanças sociais e culturais que afetam expectativas, comportamentos e atitudes de usuários e profissionais de saúde. Ou ainda os custos para financiamento dos serviços, bem como a melhoria nos sistemas de informação, com impacto na efetividade e na eficiência de muitas das ações de saúde.

A gestão dos recursos humanos implica diretamente, de forma qualitativa, no processo de trabalho, na organização, na oferta de serviços, na produção e, conseqüentemente, na gestão de um estabelecimento de saúde. A partir dos relatos dos diários de campo e relatórios estaduais produzidos no processo de avaliação externa do PMAQ, foram observados quatro pontos fundamentais relativos à gestão de recursos humanos nos CEO do país:

QUALIFICAÇÃO DA GERÊNCIA

Espera-se que o gerente do CEO seja um profissional capacitado para administrar um serviço de saúde formado na área de saúde bucal e com experiência ou qualificação em gestão pública e/ou de serviços de saúde. A realidade, no entanto, é outra. Para atender à avaliação externa do PMAQ-CEO, foram observados CEO administrados por indivíduos sem formação na área, empossados no cargo por motivos políticos ou circunstanciais em diversas situações:

“Diretor do CEO (xxx) desconhece o processo de trabalho do serviço, é um cargo comissionado do prefeito e, entretanto, apesar do cargo, pareceu não atuar como diretor do CEO”.

“(...) a gestão do CEO é mais eficaz nos CEO que possuem como gestor um cirurgião-dentista que se dedica exclusivamente à gestão do CEO, uma vez que esse profissional tem formação técnica e conhecimento sobre a rotina de um estabelecimento de Odontologia. O tempo que o gerente do CEO dedica-se a gestão está associado à qualidade dos processos administrativos e logísticos do CEO”.

“O Gerente do CEO é também o diretor do Escritório Regional, Coordenador de Saúde Bucal do Município, Bucomaxilofacial do CEO e Bucomaxilofacial do Hospital Regional. A Secretaria Estadual de Saúde havia me alertado que haveria dificuldades com ele, pois devido ao acúmulo de funções, ele se negaria a me receber”.

“Alguns (gerentes) acumulam cargos. Muitos residem em outros municípios, etc. A maioria dos CEO no estado não possui um gerente, geralmente o

coordenador de Saúde Bucal dirigia-se ao local para ser entrevistado e não sabia responder a algumas perguntas muito específicas como, por exemplo, média da quantidade de sessões necessárias para fechar um canal, tempo de espera para ser atendido nas especialidades etc”.

“Em alguns locais não existe um coordenador, o coordenador é de outra área ou acumula funções, o que compromete o exercício das suas funções”.

A formação inapropriada dos gestores certamente impacta na forma como a implantação do atual modelo de atenção vem acontecendo pelos municípios brasileiros. Segundo Pierantoni (2001), um contingente expressivo de trabalhadores sem formação ou habilitação específica para as ações a serem desenvolvidas na gestão em saúde pode acentuar as diferenças no plano da técnica e da responsabilidade pelo trabalho executado e da retribuição financeira. Além disso, a instabilidade política do cargo de gerente do CEO leva, em muitos casos, a uma alta rotatividade de profissionais, que não se fixam na função:

“A coordenadora do CEO [...] assumiu a gerência a duas semanas da entrevista e não tinha conhecimento do PMAQ, pois apenas tomou conhecimento após contato da Coordenação Estadual do PMAQ CEO e do meu contato”.

“Encontramos CEO cuja rotatividade de pessoal era enorme, com profissionais que assumiram a gerência há muito pouco tempo e, portanto, desconheciam a adesão ao PMAQ”.

“Outro aspecto que deve ser destacado é a rotatividade de gestores, coordenadores municipais e gerentes, o que contribui para o desmembramento do programa, que acaba não sendo acompanhado por seus sucessores”.

“[...] instabilidade do poder executivo municipal, que já trocou de comando três vezes em 16 meses. Neste sentido, interferiu no processo de aquisição de insumos, de contratualização de empresas de manutenção de equipamentos odontológicos e na contratação de recursos humanos”.

“Em vários CEO houve mudança de coordenador e, em muitas cidades, mudanças na gestão das Secretarias da Saúde. Observou-se que, muitas vezes, o coordenador do CEO também era o coordenador de Saúde Bucal do Município, sendo que o papel de Coordenação de CEO às vezes não era claro”.

Infelizmente, a prática da nomeação política de cargos de gerência ou, até mesmo, de funções técnicas, é comum em nosso país e tem demonstrado um alto potencial deletério tanto para o serviço quanto para os sujeitos envolvidos. Em função disso, muitas vezes, o cargo de coordenação é reduzido à condição de moeda de troca política, maculando sua verdadeira função. A rotatividade dos profissionais prejudica a longitudinalidade e continuidade da gestão nos espaços de trabalho, além de exigir que mais

recursos públicos sejam gastos em função de repetidas capacitações para os novos profissionais. Estratégias voltadas para a estruturação de um plano de carreira no SUS, incluindo os cargos de gerência, podem vir a ser importantes para evitar a ocorrência da rotatividade, promover a continuidade e garantir que os recursos investidos no profissional sejam melhor aplicados.

Fica claro, a partir das situações encontradas in loco, a necessidade de qualificação do profissional que assume a gerência de um CEO e, ao mesmo tempo, do comprometimento deste com o trabalho assumido. O sucesso da gestão de um CEO está atrelado muito mais à forma como se dá essa gerência, do que a fatores externos, tais como o montante de recursos financeiros disponibilizados, ou a localização geográfica (municípios de pequeno e médio porte versus municípios de grande porte e/ou capitais):

“Os gerentes desconheciam o funcionamento do CEO e não entendiam algumas das questões do instrumento. Por vezes foi necessário chamar um dentista para ajudá-los a responder. Isso demonstra o despreparo dos gestores para o exercício da gestão dos CEO, ou o pouco envolvimento desses gestores”.

“Observou-se também que o comprometimento dos gestores é um diferencial para que o serviço funcione de forma adequada e satisfatória, pois mesmo com dificuldades na aquisição de materiais e insumos, ou presença de uma estrutura física insatisfatória, esses não são motivos para deixar de oferecer um serviço de qualidade à população”.

“Em vários CEO 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; há relatos de avaliadores que viram surgir atas ou outros documentos de uma hora para outra (primeiro o responsável respondeu que não tinha, depois apareceu com um papel na mão com aspecto de que havia acabado de ser escrito)”.

“Com a avaliação externa foi possível perceber que a qualificação profissional (tanto de gestores como dos dentistas) é mais importante que o porte municipal. Não necessariamente municípios de grande porte apresentam serviços mais eficientes do que municípios pequenos, visto que o papel da gestão e a experiência do gestor são fundamentais para o bom funcionamento do estabelecimento de saúde”.

“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 CEO é a inexistência de uma coordenação atuante”.

PLANO DE CARGOS E CARREIRAS, ACÚMULO OU INADEQUAÇÃO DE FUNÇÕES DOS PROFISSIONAIS

Muitos profissionais não se fixam nos cargos oferecidos em um CEO por falta de um Plano de Cargos e Carreiras, salários baixos ou acúmulo/inadequação de funções. São situações rotineiras encontrar técnicas de saúde bucal (TSB) contratadas como auxiliares de saúde bucal (ASB) e, conseqüentemente, recebendo salários proporcionais ao cargo de ASB, apesar de exercerem funções de TSB, porque legalmente no município não foi criado o respectivo cargo. Em outras situações, embora não haja exigência de contratação de especialista nas áreas específicas de atuação do CEO, foi comum observar profissionais exercendo funções para os quais não tinham formação adequada:

“Uma TSB, com carga horária de 30 horas, também é contratada como ASB com carga horária de 30 horas. A gerente informou que o Plano de Cargo, Carreira e Remunerações não contempla todas as especialidades”.

“(…) vale ressaltar que os técnicos de saúde bucal não exercem suas competências com plenitude, e são ocupados como auxiliares de saúde bucal, não há ao menos uma cadeira odontológica reservada para esses profissionais”.

“Os cirurgiões dentistas do período da tarde relataram que o Bucomaxilofacial nunca está presente e, por isso, eles fazem as cirurgias”.

“(…) muitos municípios não têm em seu quadro funcional a categoria de ASB ou TSB, de forma que vários desses profissionais são contratados com outra função, mas desempenham a função de auxiliares nos consultórios odontológicos”.

“Foi registrado o pouco envolvimento de alguns gestores, a falta de profissionais cirurgiões-dentistas e a clareza na definição das especialidades”.

“Muitos profissionais se queixam da baixa remuneração e da falta de incentivo à qualificação e aperfeiçoamento dos mesmos”.

“Equipe qualificada e compromissada, mas com baixa carga horária de trabalho. As justificativas são os baixos salários”.

“Foi muito comum verificar dentistas atuando em número de horas bem inferior ao contratado com o aval da gestão. Isso foi justificado por questões salariais e que, se não fosse assim, relataram que não encontrariam profissionais dispostos a atuar no CEO”.

Devido aos baixos salários ofertados, muitos serviços ficaram reféns da disponibilidade de seus profissionais. Cirurgiões-dentistas, em sua maioria com vínculos precários, submetem-se ao trabalho no CEO desde que a sua carga horária seja menor do que aquela solicitada para o cargo, e seus gerentes, diante da falta de outros profissionais que aceitem as obrigações tais como são postas legalmente, curvam-se frente a essa situação.

Diversos estudos têm apontado a notável instabilidade nos vínculos empregatícios dos profissionais da saúde, com uma grande maioria de servidores contratados, em detrimento dos efetivos. Muitas vezes, essa instabilidade compromete o planejamento a longo prazo, a gestão nos serviços de saúde e a permanência dos trabalhadores nas funções, levando-os a buscarem melhores oportunidades.

Profissionais em situações como essas tendem a trabalhar insatisfeitos, a atender um número mínimo de pacientes, a não seguir protocolos estabelecidos e a não cumprir as metas pactuadas, afetando de forma geral a qualidade do funcionamento do serviço de saúde. É importante que haja um bom plano de carreiras e proteção aos profissionais envolvidos que se volte para a qualidade e o aperfeiçoamento dos serviços. Isso só é possível por meio de uma política de valorização profissional que se inicie com um plano de carreira justo e vínculos empregatícios mais fortalecidos.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A qualificação adequada do profissional para exercer as suas funções estará diretamente relacionada com a qualidade do serviço prestado. A gestão dos recursos humanos, nesse sentido, deve trabalhar para que o seu quadro funcional seja capaz de compreender as peculiaridades do serviço público odontológico, o modelo de atenção proposto e a sua contribuição nessa rede de serviços.

Os cirurgiões-dentistas, em grande parte, relataram a falta de investimentos por parte dos CEO em ações de educação permanente voltadas para os seus trabalhadores:

“Há necessidade de capacitação profissional para os diversos profissionais entrevistados, que demonstraram pouco conhecimento e envolvimento com o trabalho e o SUS”.

“Nota-se uma priorização da assistência com poucas preocupações com a prevenção em saúde bucal. Essa realidade pode ser uma consequência do não desenvolvimento de estratégias de educação permanente que contemplem as reais necessidades dos recursos humanos na área odontológica”.

“A profissional entrevistada relatou que sente falta de atividades de educação permanente e que, para se qualificar, precisa investir com recursos próprios e percorrer longas distâncias”.

Por outro lado, quando há mobilização por parte da gerência na promoção de ações que visem qualificar o profissional e, conseqüentemente, o serviço, os resultados são imediatos:

“(...) observamos que alguns gerentes dos CEO procuram se articular com os cirurgiões-dentistas da atenção básica e terciária, promovendo capacitação, protocolos e fluxos de atendimento”.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), criada em 2007 pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, configura-se como uma proposta de enfrentamento desta situação. No mesmo sentido, o artigo 200, da Constituição Federal compartilha algumas vertentes da educação

popular (que visa a construção da cidadania), propõe a construção e a consolidação do trabalho em saúde. Significa, ainda, uma proposta de prática de ensino/aprendizagem e uma política de educação na saúde.

De acordo com Cecim e Ferla (2009), a PNEPS “afirma:

- 1 a articulação entre ensino, trabalho e cidadania;**
- 2 a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social;**
- 3 a construção da rede do SUS como espaço de educação profissional;**
- 4 re-conhecimento das bases locais como unidades político-territoriais onde estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em ‘cooperação’ para a formulação de estratégias para o ensino, assim como para o crescimento da gestão setorial, a qualificação da organização da atenção em linhas do cuidado, o fortalecimento do controle social e o investimento na intersetorialidade”.**

Enquanto prática de ensino/aprendizagem, busca produzir conhecimento a partir da vivência da realidade pelos trabalhadores das unidades de saúde, que têm no trabalho cotidiano as bases para questionamentos e propostas de mudança. E como política de educação em saúde, busca se configurar “como contribuição do ensino à construção do Sistema Único de Saúde (SUS)” (CECIM e FERLA, 2009).

O Ministério da Saúde reconhece a formação dos trabalhadores como uma forma de qualificação da força de trabalho e incentivo à melhora do desempenho profissional. Compreende ser uma forma de “possibilitar o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas de seu trabalho”.

Goes et al. (2012) afirmam que uma das formas de melhorar a qualidade dos serviços dos CEO seria a qualificação dos profissionais com ações de educação permanente e criação de residência em atenção secundária para formação de habilidades e competências voltadas aos CEO.

Sendo o CEO um dos organismos componentes das redes de atenção à saúde, que oferta a atenção secundária para os usuários referenciados da atenção básica (especialmente das equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família), é essencial que se garanta aos seus trabalhadores o desenvolvimento adequado dos processos de formação e de educação permanente em saúde focados nas necessidades da população e no processo de organização dessas redes. É importante que haja a implantação de mecanismos de valorização e programas de desenvolvimento de seus profissionais.

MOTIVAÇÃO PESSOAL

Para além de todas as dificuldades relacionadas à gestão de recursos humanos já levantadas, existe um ponto fundamental: a motivação pessoal. Profissionais que se sentem motivados, ou acreditam no trabalho que realizam, são capazes de promover grandes feitos:

“A gestora, com formação de nível médio (TSB), demonstra-se competente, líder e tem a aprovação de todos os profissionais. Em pouco mais de um ano, melhorou processos de trabalho pactuados com a equipe, fez aquisição de insumos em quantidade suficiente para um ano de atendimento e articulou a viabilidade da reforma do CEO”.

“A Gerente do CEO, que é também coordenadora municipal de saúde bucal, é muito organizada e possui uma equipe de trabalho competente. Possui controle das atividades realizadas e do consumo de insumos tanto do CEO quanto da rede de atenção básica, e congregou as ações do CEO ao Plano Municipal de Saúde Bucal, que terá prazo até 2017”.

“O que prevaleceu foi a qualidade e força de vontade dos trabalhadores, desde os cirurgiões-dentistas aos técnicos administrativos”.

“Encontramos também profissionais que, apesar do quadro político ou econômico desfavorável, estavam fazendo o que podiam para melhorar o serviço ou, pelo menos, mantê-lo funcionando”.

Finalmente, cabe ressaltar a importância da participação dos profissionais nos diversos momentos do processo de gestão do trabalho. Profissionais que participam da organização das ações que desenvolvem tendem a possuir sentimento de pertencimento, percebendo todos os movimentos de mudança como algo que lhes diz respeito. É importante que a gestão dos recursos humanos valorize essa participação como forma de motivação e estímulo de cada trabalhador para com a qualidade do serviço.

O processo de avaliação externa do PMAQ-CEO evidenciou que os recursos humanos são elemento fundamental para a organização e desempenho de qualquer estrutura social. No contexto da saúde pública odontológica e de seus serviços de atenção secundária, a desqualificação dos gerentes e a alta rotatividade dos profissionais nesses cargos figuram como um dos principais empecilhos para o fortalecimento da gestão no CEO.

A GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NOS CEO

Neste item, iremos abordar a organização do trabalho nos CEO e de que forma se faz a gestão do processo de trabalho. Para tanto, antes de entrar na descrição e discussão sobre a organização do trabalho nos CEO e a gestão do processo de trabalho, vamos lançar mão de dois referenciais teóricos: o modelo de atenção em saúde bucal e as bases conceituais do processo de trabalho em saúde.

MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL E O CEO

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançada pela Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde em 2004, significa uma proposta de reorientação das ações e serviços do setor de saúde bucal de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Segundo o Ministério da Saúde (2012b) a reorientação de um

“... modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho”.

Desta forma, a PNSB procura efetivar a integralidade das ações de cuidado e vigilância nos âmbitos da atenção básica, especializada e de alta complexidade. Visa a integração com os demais serviços de saúde, buscando se organizar para responder às necessidades da população e atuar na proposição de políticas intersetoriais sustentáveis, capazes de impactar positivamente sobre os indicadores de saúde bucal.

Esta integração significa um esforço para a produção de novas práticas e novos saberes onde adquirem importância fundamental a promoção e a vigilância em saúde, a preocupação em atuar sobre os determinantes sociais do processo saúde/doença, com prevenção de riscos e danos. Revela-se ainda, uma política que propõe a “incorporação de práticas baseadas em evidências de efetividade”. (BRASIL, 2004) (KUSMA et.al.,2012)

O modelo de atenção adotado pela PNSB propõe que, em cada local, a cada momento, a forma como se organizam as ações e serviços de saúde bucal signifique, frente aos determinantes sociais da saúde, uma forma de intervenção no processo saúde/ doença e a melhor resposta possível aos problemas e demandas individuais e coletivas da sociedade que ali reside por meio dos recursos existentes (humanos, materiais, financeiros, científico-tecnológicos e de infraestrutura).

O modelo de atenção em saúde bucal é regido pelo conceito ampliado de saúde e é revelado pela forma como se organiza o processo de trabalho. Assim, pode ser compreendido como “...a forma como se concebem, organizam e concretizam as ações de saúde, segundo um determinado contexto histórico, em determinado local e com determinado conceito de saúde”. Assim, é no modelo de atenção que vamos encontrar “...as concepções dos sujeitos, as práticas de saúde e as relações que se estabelecem neste processo, particularmente as relações de poder entre os vários atores, a utilização das tecnologias e a gestão do sistema e do processo de trabalho” (KALIL E FEUERWERKER, 2002).

Nos processos de reformulação das práticas sanitárias, tanto a PNSB quanto as políticas nacionais de Atenção Básica e de Promoção da Saúde sinalizam que o processo de reorientação do modelo de atenção em saúde bucal tenha, como um de seus aspectos fundantes, a atuação sobre os determinantes do processo saúde/doença. Ao ampliar o escopo de ofertas de serviços, a PNSB introduziu novos fazeres que visam a ampliação do acesso e a integralidade das ações num processo que, por sua vez, trouxe a necessidade de se operar mudanças no processo de trabalho das equipes das unidades de saúde nos três níveis de atuação e entre estes.

No campo da atenção básica, a inserção na estratégia de Saúde da Família (SF) significou uma nova forma de trabalho para as equipes de saúde bucal, acostumadas com longos anos de trabalho solo. As

ações baseadas nos princípios da integralidade e da intersetorialidade trouxeram a necessidade e o desafio de se pensar o trabalho das equipes de forma multi e/ou interprofissional. Também trouxeram para o interior do trabalho das equipes de saúde bucal novas lógicas de organização da prática, oriundas dos espaços institucionais dos setores com os quais se passou a trabalhar, notadamente nas ações em interface com as equipes de saúde da família nas unidades básicas.

Além das ações de promoção e de cuidado na área de abrangência das unidades de saúde, entre as responsabilidades das equipes encontram-se as ações de vigilância com controle sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, a busca pelo estabelecimento de vínculos de confiança e responsabilidade com os usuários. É também fundamental a participação junto aos movimentos sociais e de controle social, bem como em ações intersetoriais.

No campo da atenção especializada, a PNSB apresenta um modelo de atenção que preconiza que os pacientes da AB sejam atendidos nas UBS e encaminhados aos CEO por meio de protocolos que prevejam este referenciamento, sendo então atendidos pelas especialidades (até a obtenção de alta) e, em seguida, contrarreferenciados às UBS de origem, para controle e acompanhamento de sua saúde bucal.

De acordo com a PNSB e, segundo o artigo 4º da Portaria 1341 de 13/06/2012, os CEO habilitados pelo Ministério da Saúde devem ofertar, no mínimo, as seguintes especialidades clínicas: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a pacientes com necessidades especiais (para os quais são exclusivos os procedimentos básicos elencados na Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24 de junho de 2011).

Os CEO devem se constituir em referência especializada para a atenção básica, por meio de um processo de discussão e planejamento do acesso a estes serviços, em suas áreas de abrangência, visando a integralidade do cuidado com equidade. No caso dos CEO, embora alguns apresentem abrangência regional, em sua maioria são de natureza municipal e têm a gestão, em grande parte, sob a responsabilidade das Secretarias de Saúde dos municípios. Abordando a gestão dos CEO na rede de saúde bucal pelas administrações municipais, Scaratti e Calvo (2012) afirmam que:

“a qualidade da gestão municipal pode ser traduzida pela habilidade do gestor ao tomar medidas que reduzam o risco de doenças e de outros agravos e que torne universal e igualitário o acesso de cada munícipe às ações e serviços necessários para a promoção, prevenção e recuperação da sua saúde”.

— O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: AS CATEGORIAS QUE OCOMPÕEM E A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DOS SUJEITOS

De acordo com Faria et.al. (2009), denominamos como processo de trabalho “... o modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho,

qualquer que seja...”. Em geral, o processo de trabalho é “... o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade”.

Os autores apontam para a importância de que haja uma reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho para seu aprimoramento e, principalmente, sua transformação. Afirmam que o grau de dificuldade dessa reflexão aumenta com a complexidade do trabalho e nas ocasiões em que existe a falta de determinação para a organização do mesmo. Ou seja, “quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será refletir sobre ele”. Daí a importância de que os gestores e os profissionais sejam estimulados a realizar ações, com a aplicação de instrumentos que permitam o desenvolvimento de habilidades para a reflexão crítica e possam ser sujeitos na transformação do seu próprio processo de trabalho .

As categorias que compõem o processo de trabalho são: finalidades ou objetivos; objeto; meios; agentes e produtos.

No processo de trabalho em saúde, para as equipes profissionais de um serviço ou instituição, diante de um problema, da necessidade de mudança, ampliação, atualização ou inovação do que se vem fazendo, a finalidade ou objetivo significa estipular, de forma clara e possível, onde se quer chegar, o que se pretende conseguir/alcançar de forma parcial ou total para superar o problema e promover a mudança, ampliação, atualização ou inovação. Muitas vezes o objetivo/finalidade é simples e fácil de ser alcançado por meio de uma ação e um tempo relativamente simples e rápidos.

Outras vezes, o objetivo é um princípio norteador de nossas ações, o horizonte a ser perseguido e, nestes casos, as finalidades / objetivos devem ser ações direcionadas a este horizonte e alcançá-las significar avaliar se estão na direção correta (a direção do princípio). Outras vezes a finalidade/objetivo é algo tão grande, tão difícil e tão complexo, que só se pode ser alcançado a médio ou longo prazos e, então, deve ser proposto em etapas. Estas etapas, que denominamos como “metas”, são as “partes” possíveis de se alcançar, a cada momento, do objetivo estipulado. Quando trabalhamos com metas, pode-se afirmar que alcançá-las significa alcançar a finalidade/objetivo possível de nossa ação.

Quanto à finalidade (ou objetivo) no processo de trabalho em saúde, é fundamental que todos os membros de uma equipe (os sujeitos) sejam os agentes das ações planejadas com o intuito de se atingir determinados fins. Em função desses fins é que se estabelecem os critérios ou parâmetros de organização do trabalho. Portanto, esta é uma atividade de crucial importância, uma vez que no momento de se discutir e definir finalidades é que poderão

surgir questões sociais e de poder no interior das equipes e que podem ter uma influência decisiva na estruturação da equipe em função do trabalho a ser realizado.

Não raro, é muito comum que a definição das finalidades ocorra por parte de pessoas ou grupos que ocupam os níveis mais elevados na hierarquia institucional. Quando esta situação ocorre, a “finalidade” ou “objetivo” do trabalho pode aparecer como algo imposto, prescrito. Algo estranho ou externo na rotina dos demais membros da equipe. A gestão do processo de trabalho deve incentivar a participação e promover as discussões sobre a definição das finalidades, contando com a presença de todos os membros da equipe: todos os sujeitos (gestores e trabalhadores) envolvidos devem deliberar sobre o conjunto da produção social.

Quanto ao objeto, “todo processo de trabalho se realiza em algum objeto, sobre o qual se exerce ação transformadora, com o uso de meios e em condições determinadas” (FARIA et.al.,2009). De acordo com Merhy e Franco (2005),

“... o objeto do trabalho [...] vai adquirir sentido pela ação intencional do trabalhador [...] através de seu trabalho com suas ferramentas, seus meios de trabalhar e o modo como organiza o seu uso [...] seus conhecimentos e saberes tecnológicos (o seu saber fazer) e suas relações com todos os outros que participam da produção e consumo do seu trabalho”.

Em geral, no trabalho em saúde pública, o objeto é a saúde das pessoas que estão sob a responsabilidade das equipes das unidades. A depender da situação, pode dizer respeito a um problema em sua manifestação clínica/física ou a um problema que nunca foi enfrentado ou que, de alguma forma, está afetando o trabalho e todos os fatores que o envolvem. O olhar sobre o objeto depende diretamente da visão de mundo dos sujeitos que trabalham.

Por exemplo, ao trabalhar com a cárie dentária das pessoas de uma determinada região, podemos lançar o olhar apenas para a prevalência nas pessoas de 0 a 16 anos. Neste caso, o objeto de nosso trabalho será a prevalência de cárie nas pessoas de 0 a 16 anos daquela região. E as soluções envolverão, talvez, a realização de um levantamento epidemiológico nesta faixa etária, o agendamento e a realização de atendimento clínico e preventivo em relação à cárie para estas pessoas. Mas, se tomarmos como objeto não só a prevalência de cárie nas pessoas de 0 a 16 anos, mas a história de organização daquela comunidade, as famílias que residem na região, sua condição sócio-econômica e cultural, seus valores, hábitos e comportamentos em relação à saúde bucal, é possível que as ações de enfrentamento desta situação sejam outras, mais amplas, modificando inclusive a natureza dos procedimentos preventivos e clínicos planejados, pois o objeto se tornou outro.

O objeto só atinge esta dimensão mais ampla quando os profissionais dos serviços de saúde passam a entender que o estado de saúde ou doença das pessoas em uma sociedade está ligado a fatores que vão além das causas biológicas. Quando conseguem correlacionar condições e qualidade de vida, valores, hábitos e comportamentos em relação à saúde como fatores determinantes para o adoecimento ou não

das pessoas. Quando, em função desta visão de mundo, compreendem a influência destes aspectos na prevalência da cárie nas pessoas de 0 a 16 anos e entendem que, caso não se ocupem destes aspectos, correrão o risco de nunca atuar nos fatores que realmente determinam esta prevalência e, desta forma, atuarem de forma inócua sobre a cárie dentária.

Diante deste exemplo, podemos afirmar que o grau de vínculo, a sensibilidade e a solidariedade, além da concepção sobre saúde/doença é que podem incluir, ou não, a preocupação com os determinantes sociais da saúde, com o ambiente, as condições sociais, culturais e históricas ou, ainda, as subjetividades que envolvem cada problema nos planos individual e coletivo. Desse modo, as formas de organização do processo de trabalho dependem de como o objeto é percebido pelos sujeitos de uma equipe de saúde. Assim como a discussão exaustiva do objeto é fundamental na definição também das finalidades ou objetivos, sendo importantíssimo que não se confundam objeto e objetivo.

No que diz respeito aos meios, pode-se afirmar que estes são específicos para cada condição particular. Podem ser ferramentas ou condições de trabalho. São máquinas, equipamentos, instrumentos, edificações e o ambiente, que permitem que o trabalho se realize. São, também, os conhecimentos sistematizados ou não, e as habilidades peculiares a uma pessoa ou profissão. Na estrutura do processo de trabalho, podem ainda ser considerados como meios “as próprias estruturas sociais, que são determinantes, por exemplo, para as relações de poder no trabalho e para a remuneração dos diversos tipos de trabalho”. Os meios e condições de trabalho compõem uma mescla que acontece em todos os momentos na realização do trabalho (FARIA et.al.,2009).

No estudo do processo de trabalho, o agente ou agentes, são os sujeitos que realizam o trabalho. Estes agentes estabelecem “os objetivos e as relações de adequação dos meios e condições para a transformação dos objetos”. Cada sujeito-agente é uma pessoa oriunda de uma sociedade, da qual se extrai sua história e sua formação como cidadão. Estas marcas individuais definem a inserção de cada um no processo de trabalho da instituição em que se encontra: os desejos, as aspirações, a identificação com o trabalho e a relação com o binômio “trabalho-salário”.

Por seu turno, o trabalho de cada agente/sujeito acontece no interior de instituições que estabelecem regras e objetivos, às vezes instituídos de forma objetiva (normas, protocolos, regulamentos, instrumentos), às vezes de forma subliminar (comportamentos individuais e de grupo, frente a princípios éticos ou de natureza hierárquica), que podem influir na inserção de cada trabalhador no processo de trabalho. No processo de trabalho em saúde no SUS, os objetivos, bem como os procedimentos de adequação de meios, condições e fins, são estabelecidos e realizados nos níveis social, institucional, de equipe ou grupo e individual. “Portanto, dependendo da perspectiva de análise, o agente do trabalho pode e deve ser visto como um indivíduo, um grupo ou equipe, uma instituição ou uma sociedade” (FARIA et.al.,2009).

Os produtos se referem à realização das ações planejadas, por meio das quais se pretende alcançar a finalidade ou objetivo do trabalho. Produto é o ato de produzir. Ou seja: o produto é a ação em movimento,

acontecendo. E envolve todos os recursos (meios e agentes) de que se necessita para realizar uma ação e todos os passos/procedimentos necessários para efetivá-la. Envolve os sujeitos e a qualidade impressa por estes em todos os passos e momentos da ação, vai ser fundamental na qualidade da própria produção. Ao acontecer, o produto gera resultados que serão os indicadores que permitirão avaliar em que medida, com a ação realizada (o produto), foram alcançados os objetivos.

Por exemplo, quando a equipe de saúde bucal do CEO resolve discutir e atualizar um protocolo de referência de pacientes da atenção básica para o serviço especializado de endodontia do CEO, o produto será o processo para realizar a atualização. Ou seja: os contatos com os profissionais da atenção básica e os gestores, a realização dos encontros (reuniões de trabalho), a leitura de textos atualizados, alguma eventual consulta a experts na área de endodontia (aula, teleconferência, palestra, grupo de discussão), a divisão das tarefas, a redação inicial de um novo protocolo, novas discussões, sua avaliação junto a experts, a redação final do protocolo e sua implantação. Os resultados serão obtidos por meio de indicadores (protocolo atualizado, maior clareza de conteúdos e passos, novos procedimentos mais adequados, satisfação dos profissionais, maior confiabilidade, etc.).

— O TRABALHO E A GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NOS CEO

Não raro, a organização do trabalho das equipes de saúde bucal nos CEO costuma ser, predominantemente, de natureza clínica, focada nas especialidades e sob exigência de produção mensal definida segundo o tipo de CEO habilitado. A equipe de saúde bucal do CEO é constituída, basicamente, pelo Cirurgião Dentista (CD), pelo Técnico em Saúde Bucal (TSB) e pelo Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Os cirurgiões dentistas, em geral, têm alguma formação especializada (embora não haja a necessidade formal de que sejam especialistas). Sob o ponto de vista funcional, o trabalho da equipe acontece em torno de procedimentos especializados, conduzidos pelo CD, e auxiliados pelos demais, havendo, entre estes, o predomínio do trabalho de ASB.

De acordo com o modelo de atenção proposto pela Política Nacional de Saúde Bucal, os CEO integram a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como referência especializada para os demais níveis de atenção. Tomando por base o estudo de Donabedian (1980), a análise do processo de trabalho em um CEO guarda uma série de aspectos que envolvem: a) a estrutura dos serviços (aqui entendidos como todos os recursos disponíveis); b) o processo de trabalho, que se refere à organização das ações desenvolvidas e se dá por meio do emprego de tecnologias e com o apoio das referências científicas (epidemiológicas, reconhecimento do território, determinantes sociais da saúde) e organizacionais (fluxos e contra fluxos) em relação às quais gestores e profissionais estabelecem metas, planejam as ações e as executam; c) os resultados alcan-

cados por estas ações. Estes aspectos necessitam ser explicitados a fim de que se possa compreender a complexa trama que envolve o trabalho das equipes de saúde bucal nos Centros de Especialidades Odontológicas.

Frequentemente, a organização do processo de trabalho em uma instituição pública como um CEO produz uma divisão de tarefas, com diferentes atividades a serem pensadas, estruturadas e atribuídas aos profissionais é uma responsabilidade da gestão e tem que ser muito bem planejada, pois a maioria das ações, na condição de atividades-meio está interligada à organização e à realização dos procedimentos clínicos, aos encaminhamentos, aos registros, aos processos de planejamento e avaliação, bem como às relações com outros pontos de atenção da rede e aos movimentos sociais.

Portanto, é importante que todos os profissionais da equipe de saúde bucal compreendam a proposta global de trabalho e, em seu bojo, a inter complementaridade destas atividades e as assumam, em alguma medida, também como responsabilidade sua. Caso não sejam percebidas como responsabilidade de toda a equipe, corre-se o risco de haver uma divisão do trabalho na qual as responsabilidades atribuídas aos diversos profissionais, cada um apenas em relação ao seu setor, acabe por produzir uma fragmentação da proposta e do trabalho.

Em vista disso, frente aos problemas e demandas da população, com os recursos disponíveis e diante dos princípios de diretrizes da PNSB, a primeira responsabilidade da gestão em relação à organização do trabalho em um CEO é a elaboração, clara e compartilhada, da finalidade, do objeto, dos meios e dos produtos a serem construídos. Neste movimento, é imprescindível tentar fazer com que haja a participação dos profissionais, com responsabilização, protagonismo e implicação.

ESTRUTURA

“Recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão de obra qualificada” (DONABEDIAN, 1980).

Aspectos da infraestrutura que envolvem o trabalho nos CEO. O tipo e a localização do CEO (I, II ou III; se isolado ou junto a um laboratório de prótese dentária, em um hospital, em uma universidade) exerce uma primeira influência na organização do processo de trabalho da equipe de saúde bucal, tanto por revelar sua capacidade produtiva, em função do número de cirurgiões dentistas e os horários de funcionamento que seu trabalho acarreta, quanto pela abrangência (municipal, regional) do mesmo, que definirá a qualidade da demanda, bem como a necessidade de se planejar as ações em função das cotas, dos riscos sociais e do quadro epidemiológico.

Este cenário revela, para a gestão, a necessidade de se pensar o trabalho possível (em função da capacidade produtiva), no qual é fundamental a realização do cálculo da carga horária semanal dos profissionais das equipes de saúde bucal que atuam nas especialidades mínimas ofertadas. Para Goes (2009),

é fundamental que a equipe de saúde bucal do CEO se responsabilize pela área de abrangência e se movimente no sentido de “...territorializar a atenção em saúde bucal tendo o CEO como agente catalisador desse processo”.

O tipo de vínculo e a forma de ingresso dos profissionais no CEO podem interferir no processo de trabalho da equipe de saúde bucal. Quando o ingresso se dá por meio de concurso público e acarreta um contrato permanente, gera maior confiança e estimula o profissional a seguir na carreira, podendo acarretar maior adesão do mesmo à proposta de trabalho. Ao contrário, contratos temporários podem gerar instabilidade, desestímulo e pouca adesão do profissional à proposta de trabalho. Em muitos CEO, estas duas modalidades de vínculo ainda coexistem e são um problema para a gestão em função de que os agentes contratantes (principalmente, municípios), por força da lei ou por se encontrarem em dificuldades financeiras para realizar uma expansão mais ousada do quadro de recursos humanos, optam por contratos temporários para fazer frente às demandas dos cidadãos que dependem do SUS para se tratar.

Os Planos de Carreira, Cargos e Salários - PCCS devem ser uma preocupação fundamental da gestão dos CEO. O PCCS gera segurança e, em geral, funciona como um fator positivo para a participação dos profissionais na definição e no desenvolvimento das ações planejadas para as equipes de saúde bucal do CEO. É importante, neste processo, a existência de alguns dispositivos para incentivar o profissional a investir na carreira, tais como a progressão por antiguidade, progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito), progressão por titulação e formação profissional, adicional de insalubridade ou periculosidade. Além disso, quando se estipulam premiações, incentivos e gratificações por desempenho, observa-se maior satisfação do profissional com o trabalho, o que pode gerar ambientes propícios para a implicação e o protagonismo do profissional para com a proposta do CEO. Sem dúvidas, a existência de um plano de carreiras, embora não seja o principal fundamento, pode contribuir positivamente para a organização do processo de trabalho nos CEO.

De acordo com o CONASS (2004), é importante que os serviços de saúde se preocupem em “[...] oferecer aos trabalhadores condições de trabalho, carreira, contrato, modalidades de vínculos, mecanismos de incentivos e motivação, estabelecidos na relação de trabalho entre empregadores e empregados”.

A formação e qualificação dos profissionais do CEO é uma condição que apresenta marcada influência no processo de trabalho dos profissionais da equipe de saúde bucal do CEO. Não restam dúvidas de que, enquanto parte integrante de uma rede de atenção à saúde, os CEO se inserem tanto no campo específico das especialidades que ofertam, quanto no campo da saúde pública. Desta forma, a trajetória da formação de profissionais guarda uma estreita ligação com os currículos que nortearam os eixos do ensino nas instituições em que estudaram, acabando por influenciar suas performances na vida profissional, notadamente nos primeiros anos após a formatura.

No Brasil, apesar da adoção de novos currículos construídos a partir do que ditam as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de odontologia, ainda persiste um forte traço de ensino ligado à prática

tradicional, cientificista e voltado para o setor privado, que o privilegia em detrimento do conhecimento da política pública de saúde. Portanto, apesar do que propõe a PNSB, não há como negar a influência da formação profissional cientificista sobre as ações planejadas para as equipes de saúde bucal e sobre a organização do processo de trabalho nos CEO. Este fato reforça a importância de que se institua nos CEO a política de educação permanente como ferramenta de gestão, potente para estruturar práticas mais afinadas com os princípios e diretrizes do SUS e da PNSB.

Há algumas questões que não envolvem diretamente o trabalho clínico dos profissionais das equipes de saúde bucal, mas que dizem respeito à organização, caracterização e manutenção do ambiente dos CEO e, desta forma, acabam por manter alguma relação com a organização do processo de trabalho porque significam a responsabilização de todos os trabalhadores com o espaço físico, gerando cuidado e o sentimento de pertencimento para com o local de trabalho. Assim, merecem destaque as ações relacionadas com a adequação visual do CEO e as condições de acessibilidade. O que importa aqui é saber se a gestão envolve os profissionais da equipe de saúde bucal na proposição e manutenção destes aspectos, ainda que não sejam responsabilidades diretas do seu trabalho, mas como algo com os quais todos os profissionais de CEO devem se envolver, uma vez que dizem respeito à ambiência do prédio e à relação com os usuários.

De uma forma mais objetiva, está a preocupação com as características estruturais e ambiência dos espaços clínicos do CEO. É fundamental que a gestão se preocupe em envolver os profissionais da equipe de saúde bucal nos processos de definição/manutenção da acústica, da iluminação, da ventilação, da escolha das cores, da limpeza dos ambientes clínicos, espaços comuns de uso, salas de espera e banheiros, não apenas porque dizem respeito à clínica e à relação com os usuários, mas em especial porque significam a conquista do direito de trabalhar em condições dignas.

É importante que a gestão do CEO se ocupe em definir de que forma os profissionais da equipe de saúde bucal devem participar da organização e dos cuidados de manutenção dos diversos espaços que compõem a estrutura física do CEO. Há espaços que são diretamente ligados às atividades da equipe de saúde bucal tais como recepção, sala de espera, expurgo, sala de lavagem/ descontaminação, sala de esterilização, escovódromo, laboratório de prótese, sala exclusiva de radiologia, sala de observação e casa externa do compressor. Nestes espaços, é mais fácil para a gestão estipular as formas de participação e os graus de responsabilidade dos profissionais da equipe de saúde bucal quanto à organização e definição do uso, por meio da elaboração de protocolos e/ou estabelecimento de Procedimentos Operacionais Padrão (POP). Em relação aos demais espaços comuns como almoxarifado, depósito de material de limpeza, sala de reunião, copa/cozinha, banheiros e local para depósito de lixo comum para os quais existem outros profissionais com função específica para tal, deve caber à equipe de saúde bucal, que destes é usuária, o papel de zelar pelo bom uso e estado de conservação.

No que se refere à esterilização de instrumental e ao condicionamento do material de consumo é importante saber se este processo é realizado no próprio CEO ou em ambiente externo ao mesmo. São funções vitais a qualquer atividade clínica, de manejo delicado, ordenadas por normas técnicas elaboradas pela

Secretaria de Vigilância à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS), regidas por protocolos científicos e POP. Apesar da existência de profissionais com preparo e designação específicos para estas atividades, é importante que a equipe de saúde bucal as reconheça como atividades-meio fundamentais ao desenvolvimento dos procedimentos clínicos. Em função deste fato, a questão central que se coloca para a gestão do CEO é pensar de que forma os profissionais da equipe de saúde bucal devem participar, bem com definir quais são suas responsabilidades.

Dois outros aspectos fundamentais ao desenvolvimento do processo de trabalho da equipe de saúde bucal, bem como ao sistema de informação do CEO, dizem respeito à existência de equipamentos de tecnologia da informação e à qualidade do material impresso para atenção à saúde bucal. A produção da informação se reveste de caráter prioritário para os processos de gestão do trabalho no CEO e deve se dar de forma responsável, em tempo real, afim de que se produzam bancos de dados - locais, regionais e nacional - fidedignos e capazes de subsidiar o planejamento e a tomada de decisões nestas três esferas de governo. Em especial, para que a equipe de saúde bucal tenha conhecimento dos resultados de sua produção e possa utilizar esta informação nos processos internos de avaliação, tomada de decisão e planejamento do trabalho.

É fundamental, pois, que os profissionais da equipe de Saúde Bucal do CEO sejam capacitados para a produção da informação. É sabido que, no Brasil, ainda há locais em que o acesso à internet é precário, havendo a necessidade de que a produção da informação se dê por meio de processos manuais. No entanto, independentemente deste fato, os profissionais devem estar preparados para produzi-la e transportá-la para o sistema de informação. Portanto, cabe à gestão dos CEO providenciar a implantação de um sistema de informação com o emprego de equipamentos de tecnologia da informação. Assim como é função primordial da gestão capacitar, inserir métodos e cobrar, da equipe de saúde bucal do CEO, a produção da informação.

Independentemente da existência de equipamentos informatizados, é importante manter a boa qualidade do material impresso para a efetivação da informação sobre a atenção especializada. É fundamental que a gestão do CEO crie espaços propícios à participação dos profissionais da equipe de saúde bucal na discussão deste material, que saibam discernir se são instrumentos suficientes para o registro da produção, a efetivação dos fluxos entre os diferentes pontos de atenção no interior do sistema de saúde, bem como para alimentar o banco de dados e garantir a plena informação dos prontuários.

Entre os recursos que compõem a infraestrutura de um CEO, há três que assumem importância fundamental para o desenvolvimento do trabalho clínico e estão diretamente ligados ao processo de trabalho dos profissionais da equipe de saúde bucal: os equipamentos periféricos (equipamentos, cadeiras odontológicas, amalgamadores, fotopolimerizadores, etc.); os insumos odontológicos (material de consumo) e o instrumental odontológico. Em um CEO, a necessidade de aquisição dos equipamentos periféricos, insumos e instrumental clínico significa um importante investimento em tecnologia, e deve ser apresentada/indicada pelos profissionais em cada especialidade, com base em argumentação científica

de eficácia, especificação técnica e estudo de custos e benefícios (eficiência) a serem incluídas como subsídio fundamental à discussão e definição das compras (compras diretas e processos licitatórios). O uso destes recursos requer a adoção ou a elaboração de protocolos e POP que permitam otimizar sua utilização, visando a ampliação da oferta de procedimentos clínicos, a redução de tempos e custos e o aumento da produção mensal dos CEO. Da mesma forma, a manutenção técnica significa um processo que deve ser cuidadosamente elaborado com definição (normatizada) dos aspectos preventivos (cotidianos - sob a responsabilidade dos profissionais - e periódicos - com o técnico) e de reparação, nos momentos em que houver algum problema.

Em relação aos equipamentos periféricos, insumos e instrumental clínico, há algumas questões que não mantêm uma relação direta com as atribuições previstas para os profissionais da equipe de Saúde Bucal do CEO, mas que podem interferir em seu processo de trabalho: as principais se referem à efetivação das compras pelo almoxarifado, ao controle de estoque e à manutenção técnica de reparos. É importante que a equipe de saúde bucal registre todos os eventos em que ocorrerem intercorrências relacionadas a estes setores e que registre, em relação a estes eventos, num dado espaço de tempo (um ano, seis meses), quantas vezes o atendimento foi interrompido ou prejudicado pela falta de insumos e instrumentais ou, em consequência do não funcionamento de equipamentos odontológicos.

Este tipo de informação se torna um elemento importante de reflexão sobre as questões que facilitam e as que impossibilitam que o trabalho aconteça conforme o previsto. São momentos importantes para que os profissionais da equipe de saúde bucal possam discutir os problemas com a gestão e utilizar o espaço do trabalho para refletir sobre os efeitos da interrupção do atendimento em relação às metas propostas para o CEO, às demandas e expectativas dos usuários e às suas próprias posições (individualmente e como equipe) diante destas intercorrências.

Estes momentos de reflexão são extremamente importantes, pois podem alavancar mudanças e melhorias no processo de trabalho da equipe de saúde bucal e as exigências cotidianas de produção e a própria rotina estabelecida podem impedi-los de acontecer. Ademais, por não serem percebidas como atividade com foco em aspectos técnicos e científicos, nem sempre costumam ser uma opção da equipe ou, quando acontecem, nem sempre incluem o último aspecto. Nesse caso, cabe à gestão do CEO estar próxima e atenta, não perdendo a oportunidade de intervir e estimular a equipe a produzi-la. Os resultados, certamente, vão depender da implicação de gestores e profissionais com o problema.

A imunização dos profissionais da equipe de saúde bucal do CEO é um aspecto que diz respeito ao processo de trabalho da equipe de saúde bucal. Trata-se de procedimento obrigatório, de proteção ao trabalhador e, a princípio, sob a responsabilidade do gestor. No entanto, esta é uma ação que influi diretamente no trabalho da equipe e deve ser compartilhada pela gestão com os profissionais. É importante que estes participem da discussão e definição sobre as doenças às quais estão expostos (e necessitam de imunização) e que participem da proposta de controle sobre a vacinação.

PROCESSO

“Atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo” (DONABEDIAN, 1980).

Aspectos políticos que envolvem a organização das ações especializadas nos CEO. Em função do que preconizam a PNSB e a RAS, o processo de trabalho nos CEO deve ter o Plano Diretor de Regionalização - PDR como referência para a elaboração das ações. Os CEO apresentam, como característica principal, a oferta de procedimentos clínicos especializados em uma dada região e, desta forma, sua função no sistema de saúde (seja ele em rede, ou não) deve se inserir como uma proposta de integralidade do cuidado. Em função disto, o plano de trabalho deve ser construído a partir de um termo de compromisso junto ao gestor local.

A organização das ações deve se dar com a inserção consciente dos profissionais das equipes de saúde bucal dos CEO na condição de planejadores e executores dos cuidados especializados. É importante que estes profissionais participem da discussão técnico/política que envolve a fundamentação do termo de compromisso a ser firmado pelo gestor local, que possam participar da definição das metas a se alcançar e, com isto, garantir que as propostas contidas no termo de compromisso estejam em consonância com estas metas para que, desta forma, as ações definidas sejam planejadas, executadas, monitoradas e avaliadas com a participação dos profissionais da equipe de saúde bucal do CEO.

De acordo com a Portaria nº 4.279, de 30/12/2010, as RAS “...são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. Trata-se da organização de um sistema de saúde de forma horizontalizada, que tem a AB como referência central e que se propõe a prestar uma assistência contínua a uma determinada população.

Nas RAS, os CEO assumem a posição de referência especializada de saúde bucal para as UBS. São as UBS que deverão, por meio de critérios pré-definidos e protocolizados, constituir o fluxo de acesso dos usuários aos CEO que, após a conclusão do tratamento especializado, deverão reencaminhá-los à atenção básica. Além das ações e procedimentos clínicos, será justamente nesta interface entre AB e a atenção especializada (AE) que vão se dar muitas das atividades que constituem o processo de trabalho em saúde bucal nos CEO.

Em relação ao ordenamento e definição de fluxos é fundamental que a gestão do CEO promova a realização de discussões na rede de atenção à saúde envolvendo o papel e as responsabilidades dos CEO na organização dos fluxos de referência e contrarreferência entre os diferentes níveis de atenção, incluindo, neste movimento, a participação dos profissionais da equipe de saúde bucal. São também importantes, as abordagens que envolvem o agendamento de consultas especializadas nos CEO, incluindo a discussão e elaboração de protocolos clínicos e a definição de prioridades.

Outro aspecto que também adquire relevância na discussão do processo de trabalho dos CEO na RAS envolve a discussão sobre as cotas pré-definidas, por equipe de saúde bucal, para o encaminhamento dos usuários conforme cada tipo de CEO. Em ambos os momentos, é fundamental que a gestão do CEO incentive a participação dos profissionais de saúde bucal nestas discussões, em um processo que permita um contato permanente com profissionais das UBS para trocar informações sobre os pacientes encaminhados pela Atenção Básica. Da mesma forma, estabelecer contatos com a atenção de alta complexidade com a finalidade de possibilitar o contato com profissionais de hospitais para trocar informações sobre os pacientes encaminhados para a assistência hospitalar, bem como para definir fluxos que garantam o acesso de pacientes portadores de necessidades especiais ao atendimento sob anestesia geral ou sedação em nível hospitalar.

É fundamental que, em função das metas propostas e frente às condições objetivas de trabalho, as equipes de saúde bucal dos CEO estabeleçam, como norma, a realização sistemática de reuniões para avaliar o andamento das ações planejadas, a existência de eventuais problemas e os resultados alcançados e, se for o caso, possam replanejar estas ações. É função da gestão dos CEO estabelecer, com os profissionais da equipe de saúde bucal, a periodicidade destas reuniões de planejamento e, ao longo do período combinado, cobrar sua realização, com a fixação de pauta e elaboração de um produto (ata e/ou relatório), enfatizando a importância desta forma de organização como um aspecto fundamental à consolidação do processo de trabalho nos CEO.

Espera-se que nestas reuniões sejam abordados temas como a organização do processo de trabalho e do serviço, a construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal. Importa, também, pensar em atividades de qualificação técnica e científica para o trabalho clínico com participação de especialistas convidados de Universidades ou de outros serviços, abordar a discussão de casos clínicos pela equipe (eventos sentinelas, casos difíceis, casos desafiadores), ou a elaboração de projeto terapêutico singular com a participação das equipes de saúde bucal da Atenção Básica.

A equipe do CEO poderá planejar/programar suas atividades considerando as informações do SIA, o conhecimento do território, estudos epidemiológicos, as metas estabelecidas por especialidade, os desafios apontados a partir da autoavaliação e o envolvimento com organizações da comunidade (a parceria e pactuações com a comunidade).

Além do estabelecimento de um processo de avaliação/autoavaliação e planejamento do trabalho com frequência definida, o apoio da gestão permite um contato mais próximo da equipe com o coordenador municipal/estadual de saúde bucal, com apoiador institucional, com os profissionais da vigilância em saúde, além de outros profissionais da gestão. Este processo de planejamento permanente pode facilitar a integração da saúde bucal com outros setores e apresenta, como fator positivo para o fortalecimento do processo de trabalho, a participação dos profissionais da equipe de saúde bucal dos CEO na geração de alguns produtos como painéis informativos, boletins epidemiológicos, salas de situação, relatórios e consolidados mensais do SIA/SUS, além de favorecer o monitoramento e a análise das

metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO. E, caso estimule a autoavaliação, pode possibilitar que seus resultados sejam potentes instrumentos de reorientação do processo de trabalho da equipe do CEO.

Aspectos técnicos que envolvem a organização das ações especializadas nos CEO. No trabalho cotidiano dos CEO, é comum a ocorrência de casos clínicos considerados complexos cujo enfrentamento, muitas vezes, poderá necessitar do apoio de outros profissionais. Assim como a proposição de trabalho complementar entre os níveis de AB e AE, pode ser fortalecido por meio de um trabalho de cooperação técnica e científica para a realização de capacitações, elaboração de protocolos, estabelecimentos de fluxos e a implantação de um sistema integrado de informação que potencializem o processo de trabalho e signifiquem a consolidação do modelo de atenção preconizado pela RAS. Esta modalidade de trabalho conjunto é conhecida como “apoio matricial” e é definida como “... um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações [...] de saúde”.

De acordo com Campos e Domitti (2007) o apoio matricial tem como finalidade a construção de um processo integrado entre diferentes equipes, de diferentes níveis de atenção, capaz de “... assegurar re- taguarda especializada à equipe e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde”. O apoio matricial não deve se referir apenas a um processo de reforço às especialidades, mas, fundamentalmente, à construção de fluxos interligados cuja finalidade é a garantia da integralidade do cuidado. Uma vez que os CEO oferecem serviços especializados em pelo menos cinco subáreas, é natural que algumas apresentem demandas diferentes, gerando a necessidade de arranjos também diferentes para seu enfrentamento, arranjos que podem significar tanto o apoio matricial para a equipe do CEO, quanto para a equipe da AB, ou ainda, um trabalho conjunto entre ambas.

Entre as ações que os profissionais do CEO podem realizar junto às equipes de Saúde Bucal da AB, merecem destaque a discussão de casos clínicos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores; da definição das ações clínicas a serem compartilhadas com os profissionais do CEO e da AB; a proposta de capacitação para a detecção do câncer de boca; a construção conjunta de projetos terapêuticos; a definição de atividades de educação permanente; a discussão e elaboração de protocolos clínicos com pactuação acerca dos critérios para referência por especialidade e a realização de visitas junto aos profissionais das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, quando solicitados.

Pelo exposto, fica claro que o apoio matricial é fundamental à consolidação de um processo de trabalho capaz de levar à integralidade tanto na organização do trabalho conjunto entre AB e AE, quanto na produção do cuidado. Este fato gera, para a gestão do CEO e da AB, a responsabilidade em promovê-lo, incentivando a participação ativa dos profissionais envolvidos. É desta forma participativa que poderá se conhecer com maior precisão quais áreas necessitam de apoio matricial e em que intensidade. É também por meio deste processo que será definido quando as ações de apoio serão dirigidas para as equipes de Saúde Bucal da AB, da AE ou para ambas, e com que frequência irão ocorrer.

Da mesma forma, as ações de educação permanente são fundamentais à consolidação do processo de trabalho das equipes de saúde bucal do CEO. Significam uma potente forma de atualização e qualificação técnica-científica para os profissionais, capaz de favorecer a introdução de novas tecnologias, de aumentar o aporte científico e criar novos métodos para organizar e agilizar o trabalho. E, fundamentalmente, buscar, para estas ações, a parceria com as instituições formadoras, tanto em nível médio como do ensino superior. Cabe à gestão estar atenta para que os profissionais das equipes de saúde bucal dos CEO estejam inseridos nos processos de educação permanente (relativos à organização da rede, a temas de interesse coletivo e/ou de interesse específico nas áreas especializadas em saúde bucal) organizados e ofertados pela gestão do SUS nas três esferas de governo.

Assim, é importante que estes profissionais participem de seminários, mostras, oficinas, grupos de discussão, cursos presenciais ou à distância, dos programas e aulas de telessaúde, de processos de tutoria/preceptoria ou de troca de experiências. Quanto às atividades de telessaúde, a gestão deve incentivar os profissionais das equipes de saúde bucal dos CEO para a utilização de atividades como a busca de segunda opinião formativa, o desenvolvimento da teleconsultoria e do telediagnóstico, bem como a participação em processos de tele-educação. Em todas estas atividades, a gestão do CEO deve insistir na participação e fortalecer o protagonismo dos profissionais de modo a garantir que as demandas e necessidades da equipe do CEO sejam contempladas e, na medida do possível, resolvidas.

Tanto as ações relativas ao apoio matricial quanto àquelas de educação permanente são ferramentas com enorme potencial para a organização do trabalho das equipes de saúde bucal do CEO. Nestes processos, a responsabilidade da gestão é preponderante, mas, a implicação dos profissionais de saúde bucal é decisiva para o fortalecimento do processo de trabalho nos CEO.

Na organização da atenção especializada nos CEO, o tempo estimado de espera dos usuários para atendimento nas diferentes especialidades costuma apresentar enormes variações em função da relação entre oferta e demanda. É importante que os profissionais das equipes de Saúde Bucal participem de estudos e discussões com base na capacidade produtiva de cada CEO, para definir, em cada especialidade, o tempo médio de duração dos procedimentos e do tratamento completo. Esta é uma função intrínseca ao processo de trabalho e o sucesso da organização da agenda depende, em boa medida, da qualidade que a equipe imprimir a esta atividade. A coordenação do CEO deve definir esta ação com função precípua do trabalho dos profissionais da equipe de saúde bucal.

Aliás, a organização do acesso é um fator fundamental na definição do trabalho dos CEO e revela a concepção dos gestores e profissionais acerca do modelo de atenção em saúde bucal. Ainda que situados no espaço de um município, na maioria das vezes, os CEO têm abrangência regional, coincidente com a microrregião onde se localiza este município. De acordo com a PNSB, o acesso aos CEO deve se dar por meio do encaminhamento de pacientes das unidades básicas de saúde para os CEO. Portanto, todos os pacientes a serem agendados nos CEO devem ser examinados e diagnosticados nas unidades básicas de saúde dos municípios da área de abrangência e, após confirmada a necessidade de atendimento es-

pecializado, encaminhados, via regulação e/ou, por meio de um termo de compromisso assinado pelo gestor local. Este termo de compromisso, que deve ser elaborado com a participação dos profissionais das equipes de saúde bucal do CEO e da AB, deverá conter as metas de produção e a definição das cotas por especialidade, que são pactuadas com os municípios da região de abrangência.

Assim, organizar a agenda significa bem mais do que simplesmente definir quantas vagas há por especialidade e se organizar para preenchê-las. Mas conhecer a capacidade de produção do CEO, conhecer (e buscar implantar) a forma proposta pela PNSB para os encaminhamentos (referências e contrarreferências), saber sobre os protocolos, conhecer o processo de regulação, estabelecer as pontes com a AB, conhecer a definição das prioridades, além de se ter conhecimentos e habilidades para organizar o atendimento significa, também, compreender a diferença entre o acesso ao CEO por meio da referência originada na atenção básica, da demanda espontânea ou, ainda, da demanda mista e porque estas três formas podem acontecer. É saber avaliar se o que a gestão e a equipe de SB têm feito para organizar o acesso contribui para produzir resultados com impacto positivo na saúde das pessoas de acordo com o que se preconiza para os CEO.

O acesso por meio das referências da AB para os CEO revela um processo muitas vezes complexo, que é profundamente afetado por problemas dos usuários, de natureza financeira (falta de recursos para deslocamentos e hospedagem ou, para realizar a complementação do tratamento quando os CEO não ofertam a prótese unitária), de acessibilidade (longas distâncias, falta de transportes ágeis) ou cultural (finda a dor, a extração é uma solução percebida como solução eficaz). Estes problemas geram alguns problemas graves na agenda, sendo altas as taxas de absenteísmo, que variam conforme a especialidade. Diante destas questões, de que forma a gestão dos CEO e as equipes de saúde bucal se organizam para enfrentá-las? O que significa para o processo de trabalho dos profissionais da equipe de saúde bucal entrar em contato com as Unidades Básicas de Saúde para discutir a organização do acesso e da agenda?

É importante que os profissionais da equipe de SB saibam caracterizar a demanda por cuidados especializados no CEO: quem são as pessoas que dependem dos CEO para resolver os problemas mais complexos (crianças, adultos, idosos; homens, mulheres; raça; cor; religião); de que região vêm; a que estrato social pertencem; qual o valor que atribuem à sua saúde bucal; qual é o perfil epidemiológico.

É possível que estas questões nem sempre estejam sendo objeto do trabalho, não sendo percebidas como responsabilidade dos profissionais da equipe de SB. Muitas vezes, o simples acesso dos usuários ao atendimento especializado já é suficiente para que os profissionais se ocupem da função de atender, sem se importar com a origem deste acesso. São situações que requerem uma ação radical da gestão no sentido de se construir um novo processo de trabalho, comprometido com a proposta do SUS e da PNSB. Trata-se de resignificar o trabalho, enfatizando a importância do protagonismo de gestores e profissionais na organização do acesso aos serviços ofertados pelos CEO.

Uma questão fundamental que envolve todos os aspectos de natureza clínica se refere à organização dos

prontuários. Independente do fato deste prontuário ser informatizado e integrado aos demais setores do SUS, é fundamental que a gestão do CEO promova a participação dos profissionais da equipe de saúde bucal na concepção, organização, utilização, monitoramento e avaliação deste prontuário. No caso dos CEO, uma vez que são ofertadas algumas especialidades, é importante que os profissionais da equipe de saúde bucal participem da definição sobre este prontuário ser único para todas as especialidades ou específico para cada especialidade (ou para as especialidades que julgarem fundamental possuir o seu próprio prontuário). Finalmente, conforme já apresentado anteriormente, participar da discussão sobre a importância de que o CEO tenha um prontuário eletrônico implantado e que este prontuário eletrônico possa estar integrado com os outros pontos da rede de atenção à saúde.

Conforme já se afirmou, um aspecto que envolve a organização do processo de trabalho da equipe de saúde bucal é a proposição, elaboração e utilização de protocolos específicos para os diversos procedimentos inerentes às especialidades ofertadas nos CEO. São ferramentas da maior importância para a organização do processo de trabalho clínico das equipes de saúde bucal do CEO. Como exemplos, aqui serão apresentados alguns aspectos envolvendo o Câncer de Boca e a Prótese Dentária.

Em relação ao Câncer de Boca, a realização de diagnóstico com biópsia e encaminhamento para análise anátomohistopatológica se constitui em uma ação que envolve uma série de procedimentos e intervenções clínicas que geram a necessidade de trabalho integrado com laboratórios e hospitais. É fundamental que a gestão dos CEO promova um processo de discussão destas ações para definição dos procedimentos e adoção de protocolos. Os profissionais da equipe de saúde bucal devem deliberar sobre: qual deve ser a referência para encaminhamento de peças de biópsia para realização do exame anátomohistopatológica; qual o prazo para agendamento de biópsia, contado a partir da identificação da necessidade do exame; como e onde realizar, com precisão, o registro de usuários com diagnóstico de câncer de boca. Caso haja dificuldades para o estabelecimento destes fluxos, a gestão do CEO, com a participação dos profissionais da equipe de saúde bucal, deve promover a discussão, na RAS, acerca da necessidade de se criar, fluxos definidos para a prevenção, atenção e controle dos casos de câncer de boca envolvendo os CEO.

No que se refere à Prótese Dentária, a participação dos profissionais da equipe de saúde bucal será fundamental para a definição: se há, no CEO, profissionais capacitados, espaço, equipamentos, insumos e instrumental adequados para a realização de moldagem da prótese dentária; dos tipos de prótese a serem ofertados (prótese total removível - PTR, prótese parcial removível - PPR, prótese fixa unitária - PFU ou prótese parcial provisória - PPP) e quantas sessões clínicas, em média, serão necessárias para efetivar sua entrega ao usuário; quantas próteses dentárias poderão ser entregues por mês; sobre quem vai se responsabilizar pela organização da fila de espera para o atendimento de prótese dentária.

RESULTADOS

De acordo com Donabedian (1980), “... o resultado é revelado pela qualidade do produto final do cuidado prestado, considerando os níveis alcançados de saúde, de satisfação frente a padrões e expectativas”.

Portanto, cabe à gestão do CEO, nos processos de planejamento, prever os passos de monitoramento e avaliação das ações realizadas e implantá-las, sempre tendo como referência a importância da participação de todos os profissionais da equipe de saúde bucal. Deve-se avaliar, por meio de indicadores que revelem as formas de organização do trabalho, a satisfação dos trabalhadores e os resultados alcançados em função dos problemas de saúde da população e das demandas dos usuários junto aos CEO. E buscar sempre que este processo de avaliação inclua a percepção / satisfação dos usuários.

Em relação aos resultados, há dois fatores que necessitam ser objeto de preocupação de gestores e profissionais das equipes de saúde que, embora possam ser percebidos em um CEO em geral, se referem a todas as instituições públicas de saúde: dizem respeito à forma como cada instituição organiza a gestão do trabalho e à qualidade da implicação dos profissionais com o trabalho que realizam.

Aspectos que envolvem o trabalho em uma instituição pública de saúde. De acordo com Arroyo (2003), o trabalho precisa ser percebido como um espaço de produção de saberes, tanto pela riqueza das relações e das pessoas, bem como pela diversidade de situações propiciadas por estas relações diante dos diferentes momentos e fatos.

No trabalho se produz a identidade de trabalhador. No espaço do trabalho os profissionais descobrem o direito de trabalhar bem e de ter condições dignas para tanto. Mas é também no espaço do trabalho que se encontram os direitos dos usuários. Que se referem, entre outros, ao direito à informação, ao acesso, ao respeito, a um bom tratamento, à participação. Ou ainda porque nas lutas pelo trabalho e condições de trabalho os trabalhadores se aproximam de outros movimentos sociais e compreendem a centralidade do direito na vida de todo trabalhador e de todo movimento social.

Ao se inserir em uma instituição pública de saúde, por meio da epidemiologia e do reconhecimento do território como espaço de vida da população, o trabalhador entra em contato com problemas de saúde das pessoas - e as demandas por tratamento - que lhe permitem conhecer a realidade e repensar/reconstruir a prática. Passa a conhecer a política de saúde, aprende a trabalhar em equipe, com planejamento, com indicadores e parâmetros que lhe possibilitam estabelecer metas, programar ações e avaliar resultados.

O trabalho em saúde é uma prestação de serviços complexa, uma vez que envolve muitas pessoas e muitos interesses. Sob o ponto de vista do trabalho e do trabalhador, é importante compreender que o processo de trabalho das equipes de saúde bucal deve promover uma reflexão sobre os limites, possibilidades e, sobretudo, as responsabilidades dos serviços (AB, CEO, AC) e dos sujeitos. Enquanto finalidades a serem definidas por todos os trabalhadores, de forma compartilhada, os objetivos do processo de trabalho na saúde podem ser diferentes em função dos interesses de cada profissional, o que implica a possibilidade de conflitos.

O objeto do trabalho em saúde, geralmente, encontra-se focado nos problemas e necessidades, nos indicadores de saúde da população. Por vezes, nos parâmetros a serem alcançados. Ou ainda, no próprio modelo de atenção a ser permanentemente reconstruído. Mas, como particularidade importante, o objeto do trabalho em saúde é, na maioria das situações, um sujeito que participa do processo de trabalho for-

necendo informações, executando ações. Assim como, o próprio profissional de saúde é, de algum modo, objeto do processo de trabalho, pois sua subjetividade é formada e transformada nesse processo.

Sob o ponto de vista das instituições, a organização do processo de trabalho, de uma forma geral, se sustenta por meio de ações de gestão em bases legais, com normas, portarias, protocolos e instrumentos similares. Por um lado, este processo garante uma maior segurança para a gestão e para os trabalhadores, estabelecendo, para as diferentes ações, rotinas de trabalho, com formatos e prazos muito bem definidos e pode estimular a participação e o protagonismo dos profissionais nos momentos de tomada de decisão, planejamento, programação e avaliação das ações de saúde.

Por outro lado, estas normas podem engessar o trabalho, perpetuando rotinas e comportamentos instituídos, dificultando, ou impedindo que existam, nos momentos de avaliação, a possibilidade de mudanças ou de superação do que se faz no cotidiano dos serviços de saúde porque, muitas vezes, premidos pela necessidade de produzir e atingir metas, focam a organização do trabalho nos procedimentos estabelecidos por estes instrumentos, levando ao empobrecimento do trabalho em equipe e à perda de algumas dimensões externas (políticas, sociais, culturais), cuja percepção é fundamental à organização do que se faz e aos resultados que se busca alcançar.

Há um terceiro aspecto a se considerar. É através desta normatização que são construídas as bases para que as relações entre as pessoas se dêem também a partir de códigos de comportamento e respeito que, não raro, perpetuam a ordem colocada pela hierarquia e pelos espaços/relações de poder no interior das instituições. Estes últimos se colocam como um aparato normativo silencioso, não explícito, mas compartilhado, a cada dia, como se fosse uma ordem natural dos modos de se comportar.

Desta forma, tanto quanto podem induzir à participação e ao protagonismo dos sujeitos, existe a possibilidade de que as formas de normatização do trabalho possam prejudicar o desenvolvimento de habilidades e competências dos profissionais para participar dos processos de planejamento e decisão, para definir as agendas e para reorientar a própria prática e, com isto, produzir desestímulo e alienação destes profissionais em relação ao trabalho.

Os sujeitos do trabalho dos CEO. O processo de trabalho inclui a realização de objetivos existenciais e sociais dos profissionais das equipes de saúde bucal dos CEO, ainda que estes objetivos não estejam claros para estes sujeitos. É no desenvolvimento do trabalho que há espaço para o exercício de capacidades pessoais, da manifestação ativa destes profissionais em relação ao que fazem melhor, ao que os diferencia e caracteriza individualmente. São questões ligadas à formação dos sujeitos ao longo de suas vidas, com todas as influências do que vivenciaram e apreenderam nas relações estabelecidas com a família, a escola, a religião, as agremiações que frequentam, a mídia. Cada um tem uma história, vem de uma família e de um lugar que foram fundamentais à formação de suas personalidades. São pessoas singulares, com desejos e aspirações que, certamente, vão influir na forma como vão se inserir em suas equipes e no processo de trabalho nos CEO. São as subjetividades.

Os traços individuais de ação e reação, de liderança ou submissão, de protagonismo, enfim, o que constitui a marca de cada um, e a influência destes fatores no desenvolvimento de suas performances no cotidiano do trabalho, seja na clínica, na gestão, nas relações internas e externas. Ou ainda a forma como se comportam diante de situações em que acabam se expondo (na condução de reuniões, na defesa de argumentos, nas denúncias, críticas), ou no desenvolvimento de ações em que estão em jogo suas potencialidades e expectativas. De todas estas situações emergem objetivos que podem coincidir ou não com os objetivos do trabalho proposto pela equipe ou pela instituição.

Sabe-se que o trabalho revela situações em que os objetivos da instituição podem se sobrepor aos objetivos dos profissionais e da própria equipe. Esta situação costuma ocorrer quando há a exigência de cumprimento de determinadas metas técnicas, clínicas ou políticas e pode produzir uma mudança no processo de trabalho. Quando isto ocorre, pode haver a introdução de questões com as quais é difícil de conviver, como as situações em que a exigência de produção é tão intensa que dificulta (ou impede) que outras ações sejam realizadas, podendo significar um desrespeito às regras estabelecidas e/ou quebra de protocolos, gerando ambientes tensos e um clima de competição entre os sujeitos.

Todo este emaranhado de situações, envolvendo as subjetividades dos sujeitos (objetivos e expectativas) se expressam, também, nas retribuições e recompensas (salário) atribuídas aos profissionais de acordo com a posição que ocupam na organização do trabalho. Apresentam uma relação direta com a inserção dos profissionais no processo de trabalho e, provavelmente, vão influir nos resultados obtidos no trabalho.

Portanto, conforme afirmam Faria et.al. (2009), é possível concluir que “... os objetivos dos processos de trabalho são [...] estabelecidos por subjetividades ou complexos de subjetividades em diversos níveis de estruturação, que, como tal, funcionam como agentes, em sentido amplo, nos processos de trabalho”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora signifique um dos mais expressivos avanços do SUS nos últimos dez anos, a PNSB apresenta limites e problemas que requerem estudos e avaliações que permitam melhor conhecê-los e que possibilitem encontrar estratégias adequadas para seu enfrentamento. Ao se propor avaliar os CEO, o PMAQ-CEO se constitui em uma potente proposta de avaliação da PNSB, uma vez que busca conhecer seu papel na rede de atenção à saúde bucal, bem como dá início a um processo (que se pretende permanente) de desnudamento de problemas que poderão significar importantes movimentos de superação e aperfeiçoamento do que hoje vem sendo realizado.

O primeiro ciclo do PMAQ-CEO nos revela que os CEO apresentam alguns limites em sua capacidade de enfrentamento das demandas por atenção es-

pecializada em saúde bucal. Na condição de componentes de um processo em permanente construção, os CEO apresentam fragilidades em alguns de seus diversos formatos de organização e de realização das ações, tanto nas questões relacionadas à estrutura e aos recursos humanos, quanto àquelas relativas ao processo de trabalho e os resultados alcançados.

Estas fragilidades revelam a necessidade de uma ação incisiva da gestão no sentido de seu enfrentamento e superação: uma gestão cada vez mais comprometida com o modelo de atenção proposto pela PNSB, com a efetivação da RAS, com o trabalho realizado, com a implicação dos sujeitos do trabalho e, fundamentalmente, com a melhor efetividade possível das ações de cuidado frente às demandas da população que utiliza os serviços dos CEO.

São aspectos que, certamente, requererem diferentes formatos de gestão, nos quais a busca da participação consciente e da implicação dos profissionais com o trabalho e com suas finalidades parece ser seu maior desafio.

A formação e a regulação do trabalho de Recursos Humanos para o CEO: um olhar crítico a partir da avaliação externa do PMAQ-CEO

*Bianca Marques Santiago
Fernando Rocha Lucena Lopes
Maria Ercília de Araújo
Paulo Sávio Angeiras de Goes*

INTRODUÇÃO

A formação de recursos humanos em saúde tem sido objeto de estudo há algum tempo, tendo sofrido análises mais críticas a partir da década de 90, com a constatação de que a formação dos profissionais de saúde permanece alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado em saúde. Assim, um dos principais desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) é a formação de recursos humanos adequada à realidade social, econômica e epidemiológica brasileira. Essa situação pode ser observada nas diversas áreas da saúde, na odontologia percebe-se uma mudança gradativa no perfil dos profissionais e na formação para o SUS, porém ainda há muito o que avançar na mudança do paradigma biologicista para uma compreensão integral do paciente.

As instituições formadoras, em geral, perpetuam os modelos com caráter essencialmente conservador, alicerçados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico.

A formação não pode estar centrada apenas na busca eficiente do diagnóstico, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das patologias. Ela tem que ser capaz de desenvolver condições para a compreensão dos sujeitos/pacientes, o atendimento à saúde integral das pessoas/populações, de incentivar competências de gestão setorial e de controle social/participação popular em saúde, além de criar um ambiente propício para inclusão e o desenvolvimento da autonomia dos usuários, o que permitirá até a condição de influenciar na formulação das políticas públicas de saúde.

No campo da Odontologia, no final do século XX, experimentamos uma transição da Odontologia de mercado, de natureza liberal e privada, para uma Odontologia sujeita às oscilações da oferta de emprego e renda em um mercado de trabalho extremamente competitivo. A participação do dentista no SUS era considerada incipiente, mas com a Política Nacional de Saúde Bucal, lançada em 2004, novos campos de trabalho no setor público foram criados: tanto na atenção básica, com a expansão das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família; quanto no nível secundário, com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos laboratórios de Prótese Dentária.

Somado a isso, a população brasileira também atravessa um importante processo de transição demográfica e epidemiológica em saúde bucal, com o envelhecimento da população, o declínio da doença cárie nos jovens, o aumento dos problemas ligados aos acidentes traumáticos e da incidência do câncer bucal. Portanto, percebe-se a necessidade de mudanças na formação e no trabalho do dentista brasileiro.

De acordo com Moysés, as mudanças deveriam ser iniciadas na formação profissional e na visão de mundo reproduzida dentro das instituições formadoras, pois é nesses espaços que começa a formação das possibilidades para empregabilidade futura do cirurgião-dentista e de sua relevância social. O autor complementa que é fundamental formar força de trabalho em Odontologia, com vistas ao SUS e, dentro da lógica de reestruturação da atenção no SUS, trabalhar a própria abordagem familiar dentro da Estratégia da Saúde da Família.

Nessa perspectiva, em 2002, foram instituídas novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's) para a Odontologia, visando a formação de um cirurgião-dentista cujo perfil acadêmico e profissional apresente competências e habilidades relacionadas à atuação qualificada e resolutiva no Sistema Único de Saúde, que incluem as dimensões ética, política, econômica, cultural e social do trabalho. Dessa maneira, direcionou-se a formação para os aspectos da atenção integral da saúde, trabalho em equipe, e valorização do sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência, sendo imprescindível aptidão para trabalhar na saúde coletiva, familiar e individual.

Desde então, alguns cursos de Odontologia reviram seus projetos políticos pedagógicos, na tentativa de avançar para um projeto construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Mas este processo é gradual e lento visto que a prática educativa tradicional ainda prevalece como hegemônica pelo próprio perfil histórico dos docentes.

Já há relatos na literatura sobre tais mudanças curriculares, evidenciando a criação de novos cenários de prática para os estudantes por meio da integração ensino-serviço. O Ministério da Saúde tem implementado projetos que visam apoiar a consolidação da implantação das DCNs como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), nos quais as Instituições de Ensino Superior podem submeter projetos direcionados à mudança na formação em saúde e a incorporação de valores éticos à formação profissional dos cirurgiões-dentistas.

No entanto, ainda se percebe um momento de transitoriedade, visto que há problemas a serem enfrentados como deficiências nos conteúdos relacionados à formação cultural, humanística e política; uma persistência no modelo biomédico de ensino, com a priorização dos saberes técnicos; e as dificuldades demonstradas pelos acadêmicos no que tange a compreensão da responsabilidade social, da importância da Saúde Coletiva e do conhecimento da Política Nacional de Saúde Bucal e das atribuições da Equipe de Saúde da Família.

Considerando que a graduação dura um período de alguns anos, que a atividade profissional permanece por décadas e que os conhecimentos e competências transformam-se com velocidade, torna-se essencial pensar estratégias que auxiliem na formação dos profissionais com metodologias baseadas em uma prática de educação libertadora, na formação de um profissional ativo e apto a aprender a aprender. Segundo Fernandes et al. (2003), o aprender a aprender na formação dos profissionais de saúde deve compreender o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a conviver e o aprender a ser, garantindo a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade.

Verificamos que há ausência do estado na fomentação de qualificações voltadas aos odontólogos que trabalham no setor público relacionadas à saúde bucal coletiva, epidemiologia em saúde bucal, saúde bucal voltada à saúde da família e gestão pública, por exemplo. A única formação oferecida em escala nacional para odontólogos, técnicos e auxiliares de saúde bucal ocorreu entre 2014 e 2015, como ação do Plano Viver Sem Limites, que buscou qualificar em nível de aperfeiçoamento cerca de 6.600 profissionais das equipes de saúde da família e dos Centros de Especialidades Odontológicas em todo o país no cuidado às pessoas com deficiência. Além dessa qualificação, tem sido oferecido - via Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio (PROFAPS) - cursos técnicos em saúde bucal e técnico em prótese dentária em todo o país.

No Brasil vem se instituindo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), definida como um dispositivo que busca favorecer mudanças nas práticas do trabalho em saúde e que articula o sistema de saúde com as instituições formadoras na identificação de problemas cotidianos para a formulação de processos educativos que respondam a realidade e necessidades do SUS. É a PNEPS que tem promovido os espaços de reflexão do trabalho e construção de novas práticas no cotidiano do mesmo. É necessário que as instituições formadoras possam compreender e participar da construção desta política, aproximando cada vez mais a academia da realidade do sistema de saúde nacional, o SUS.

Além da formação profissional, outro nó crítico relacionado aos Recursos Humanos para o SUS ocorre na sua regulação, visto que não se dá o devido tratamento à organização e à gestão da força de trabalho em âmbito nacional. A partir da década de 1990, foram implementadas novas modalidades contratuais flexíveis na administração pública, o que repercutiu no sistema público de saúde pela tendência à instabilidade dos vínculos laborais e à desproteção social. Isso implica na precarização do trabalho em saúde que pode ser definida de diversas formas, mas, em seu sentido mais amplo, inclui: modalidades contratuais com déficit ou ausência de direitos trabalhistas e previdenciários garantidos pela legislação; temporalidade dos vínculos de trabalho; e o baixo valor de salário pago aos trabalhadores.

Com a Emenda Constitucional 19/1998, passaram a ser permitidas as seguintes condições na administração pública: nomeação sem concurso público para os cargos em comissão, declarados em lei de livre nomeação e exoneração; contratação por tempo determinado no caso de necessidade temporária de excepcional interesse público estabelecida por regime especial; introdução do vínculo contratual regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em substituição ao vínculo regido pelo Regime Jurídico Único (RJU). Com isso, instituíram-se, de maneira formal, as relações flexíveis de trabalho ou a possibilidade legal da precarização da administração pública no Brasil.

Esse cenário de precarização do trabalho no âmbito do SUS e da própria Política Nacional de Saúde Bucal já foi apontado em alguns estudos. Especificamente em relação aos CEO, Oliveira et al. (2015) detectaram cirurgiões-dentistas inseridos irregularmente na administração pública, em trabalhos instáveis, com alta rotatividade, mal remunerados e sem garantia de ascensão/progressão profissional.

Diante disso, o presente capítulo pretende abordar as percepções obtidas no processo de Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) quanto à formação e regulação de recursos humanos.

O PMAQ-CEO E SUA PERSPECTIVA DE ANÁLISE DO RH

O Programa de Melhoria de Acesso à Qualidade (PMAQ) em Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) foi instituído no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, através da Portaria no 261/GM/MS, de 21 de fevereiro de 2013 e consistiu de quatro fases: contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização.

O Ministério da Saúde em parceria com instituições de ensino e pesquisa qualificou equipes locais com avaliadores de qualidade, que estiveram sob coordenação macrorregional e estadual e que realizaram visita aos estabelecimentos de Saúde CEO, onde executaram avaliação de um conjunto de aspectos, desde infraestrutura e insumos a questões ligadas ao processo de trabalho. O intuito principal dessa pesquisa foi contribuir para melhoria desse processo de trabalho, bem como para a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde bucal ofertados à população brasileira.

No período de outubro de 2013 a maio de 2014, foram visitados e avaliados 981 CEO com o uso de um instrumento de coleta composto por três módulos (Módulo I, Observação do Serviço, Módulo II - Entrevista com Gerente e Profissional, Módulo III - Entrevista com Usuários), cujos dados coletados eram alimentados diretamente em um tablet e enviados para processamento e validação pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde.

Além do instrumento de coleta, os avaliadores de qualidade foram instruídos

a preencher um diário de campo com as informações que julgavam pertinentes a cada serviço avaliado, bem como apontando as dificuldades e facilidades encontradas. Adicionalmente, os avaliadores de qualidade de quatro estados foram convidados a participar de grupos focais para que pudessem expor suas percepções e opiniões quanto ao trabalho de campo executado durante a avaliação externa.

De posse desse material, os autores realizaram uma leitura crítica e exaustiva, buscando capturar as percepções dos avaliadores quanto à formação e regulação de recursos humanos para o CEO.

Em um primeiro momento, os avaliadores mencionaram a importância da avaliação presencial, visto que a presença do avaliador, com suas inúmeras perguntas e sua disponibilidade de escutar, possibilitou que os profissionais refletissem sobre seus problemas. Alguns cirurgiões-dentistas encararam a avaliação externa do PMAQ-CEO como uma oportunidade para pressionar os gestores locais por melhorias estruturais, condições de trabalho e remuneração. Em outras palavras, poder-se-ia dizer que o processo de avaliação externa estimulou uma percepção política, em que os profissionais compreendem que os diversos atores que atuam no CEO têm responsabilidades e a gestão, tanto municipal como estadual, têm um papel importante dentro do sistema de saúde.

Uma reclamação de boa parte dos avaliadores se deu quanto à desatualização dos endereços dos CEO no CNES e dos contatos (endereços eletrônicos e telefones) dos coordenadores municipais em muitos municípios. Esse fato se deu em virtude das mudanças políticas nas gestões e/ou pela rotatividade tanto dos coordenadores como dos gerentes dos CEO. Muitos gerentes dos CEO estavam exercendo a função recentemente e não tinham muito conhecimento sobre o que coordenavam, o que dificultou a realização do módulo II (entrevista com o gerente). Altas taxas de rotatividade entre trabalhadores formais no Brasil foram detectadas na última década e uma hipótese explicativa seria o baixo valor dos salários.

Alguns avaliadores de qualidade chegaram a apontar a quase inviabilidade da entrevista com o gerente devido ao seu pouco conhecimento não só do serviço, mas de aspectos básicos de gestão. Muitos avaliadores consideraram que o processo de avaliação dos CEO, como um todo (as quatro fases do PMAQ-CEO), não era bem entendido por muitos coordenadores, mesmo com a realização prévia de seminários regionais e estaduais onde foram apresentados o PMAQ-CEO e esclarecido como se daria a terceira fase, referente à avaliação externa. Alguns gerentes de CEO e coordenadores municipais confundiam a avaliação externa com a própria avaliação, o que também dificultou o recolhimento de alguns documentos comprobatórios necessários a pesquisa e a resposta de algumas questões relacionadas à gestão e regulação do processo de trabalho do CEO. Os trechos a seguir foram extraídos da transcrição dos grupos focais para ilustrar essa situação.

“Tivemos maior dificuldade na aplicação do Módulo II, no que se referia à Entrevista com o Gerente do CEO. Os gerentes desconheciam o funcionamento do CEO e não entendiam algumas das questões do instrumento. Por vezes foi necessário chamar um dentista para ajudá-los a responder. Isso demonstra o despreparo dos gestores para o exercício da gestão dos CEO, ou o pouco envolvimento desses

gestores. Alguns acumulam cargos. Muitos residem em outros municípios, etc. A maioria dos CEO no estado não possui um gerente, geralmente o coordenador de saúde bucal dirigia-se ao local para ser entrevistado, e não sabia responder algumas perguntas muito específicas, como por exemplo, média da quantidade de sessões necessárias para fechar um canal, tempo de espera para ser atendido nas especialidades etc. Alguns municípios nem sequer possuem o coordenador de saúde bucal!”

“A maioria dos gestores alegava não saber quais documentos deveriam ser entregues no dia da avaliação externa, alegando falta de divulgação. Acredito que os mesmos não leem os manuais disponibilizados pelo ministério. O Termo de Compromisso assinado pelo gestor é o documento que apresenta maior dificuldade em obter, especialmente nos municípios onde houve mudança de gestão entre a adesão e a avaliação externa.”

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, como apontado no trecho abaixo oriundo de um dos grupos focais:

“E a grande maioria dos CEO não tinha o cargo de gerente. Tinha nas capitais, mas em outros interiores não existia o cargo gerente de CEO. Eram os Coordenadores de Saúde Bucal. (...) Inclusive teve um lugar que a dentista era gerente do CEO, Coordenadora de Saúde Bucal, Secretária de Saúde da cidade e estudante de medicina”

Nesse ponto, vale a pena ressaltarmos dados quantitativos observados na pesquisa e descritos no relatório com seus resultados principais. Em alguns serviços foi verificada a inexistência de uma pessoa respondendo pelo cargo de gerente (12,3%), havendo variação desse percentual entre as regiões, sendo o maior na região Centro-Oeste (21,1%) e o menor na região Norte (6,8%). O estado do Mato Grosso do Sul chamou a atenção pelo fato de cerca de 66% dos CEO não possuir gerente. Em 37,5% dos serviços visitados, o gerente existia, mas acumulava sua função gerencial com atividade clínica. Esse percentual variou de 26,3% a 50,4% entre as Regiões, correspondendo os valores extremos as regiões Centro-Oeste e Sul, respectivamente. Para essa situação, o estado de Rondônia se sobressaiu, visto que em aproximadamente 70% dos seus serviços o profissional acumulava a função de gerente com a de cirurgião-dentista operacional.

Quanto à formação complementar, 23% dos gerentes dos CEO no país não possui qualquer formação complementar. Estes percentuais são ainda maiores nas regiões Norte (28,8%) e Sudeste (26,4%). Apenas 15% dos gerentes de CEO no país têm formação em Gestão Pública e somente a região Sudeste está acima da média nacional (18,1%). Nenhum gerente tem essa formação específica no Acre, Amazonas, Roraima, Amapá e no Distrito Federal. Já em relação à formação em saúde coletiva, pode-se destacar o estado do Amazonas, com 45,4% dos gerentes com formação; o estado do Mato Grosso do Sul com 40%, e Maranhão e Mato Grosso com cerca de 30%, (Tabela 10).

Tabela 10. Formação complementar de gerentes, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014.

(continua)

Região / UF	GERENTE				
	Saúde Coletiva (%)	Gestão Pública (%)	Outra formação (%)	Nenhuma formação (%)	Não se aplica (%)
NORTE	16,9	6,8	39,0	28,8	8,5
RO	0,0	14,3	28,6	57,1	0,0
AC	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0
AM	45,4	0,0	45,4	0,0	9,2
RR	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
PA	10,7	7,1	42,9	32,1	7,1
AP	0,0	0,0	33,3	66,7	0,0
TO	28,6	14,3	28,6	28,6	0,0
NORDESTE	16,9	14,6	39,7	21,1	7,6
MA	30,8	3,8	38,5	23,1	3,8
PI	17,9	3,6	57,1	17,9	3,6
CE	19,0	26,6	30,4	17,7	6,3
RN	8,7	17,4	34,8	30,4	8,7
PB	20,7	7,6	52,8	17,0	1,9
PE	12,5	30,0	25,0	32,5	0,0
AL	4,6	22,7	40,9	18,2	13,6
SE	0,0	20,0	40,0	40,0	0,0
BA	17,6	2,7	43,2	17,6	18,9
SUDESTE	20,2	18,1	23,1	26,4	12,2
MG	26,5	16,9	21,7	24,1	10,8
ES	22,2	22,2	22,2	11,2	22,2
RJ	18,2	19,7	21,2	26,8	16,2
SP	17,9	17,9	21,2	26,8	16,2
SUL	23,9	13,7	35,0	19,7	7,7
PR	28,6	16,3	30,6	16,3	8,2
SC	18,5	14,0	41,9	18,6	7,0
RS	18,6	13,9	41,9	18,6	7,0

Tabela 10. Formação complementar de gerentes, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014.

(conclusão)

Região / UF	GERENTE				
	Saúde Coletiva (%)	Gestão Pública (%)	Outra formação (%)	Nenhuma formação (%)	Não se aplica (%)
CENTRO-OESTE	22,6	11,3	29,0	19,4	17,7
MS	40,0	6,7	13,3	26,7	13,3
MT	30,0	30,0	0,0	40,0	0,0
GO	14,3	10,7	50,0	14,3	10,7
DF	11,1	0,0	22,2	0,0	66,7
BRASIL	19,3	15,1	32,4	23,2	10,0

● FONTE: RELATÓRIO AVALIAÇÃO EXTERNA DO 1º CICLO DO PMAQ-CEO - RESULTADOS PRINCIPAIS

Essas observações são concernentes à deficiência da formação durante a graduação e à baixa oferta de qualificações em relação ao conhecimento de Saúde Coletiva e Gestão Pública em Saúde. Elas corroboram com os relatos da literatura quanto à deficiência dos cursos de graduação em Odontologia fornecerem conhecimentos e condições que permitam o desenvolvimento de competências e habilidades voltadas para atender às demandas do serviço público em saúde. A dificuldade para atuação em Saúde Coletiva foi encontrada em uma revisão de literatura sobre a formação profissional em odontologia como um dos entraves aos processos de mudanças curriculares. Em estudo realizado por Moimaz et al. (2012), os acadêmicos admitiram sentir insegurança para desenvolverem ações amplas, como as gerenciais e de planejamento.

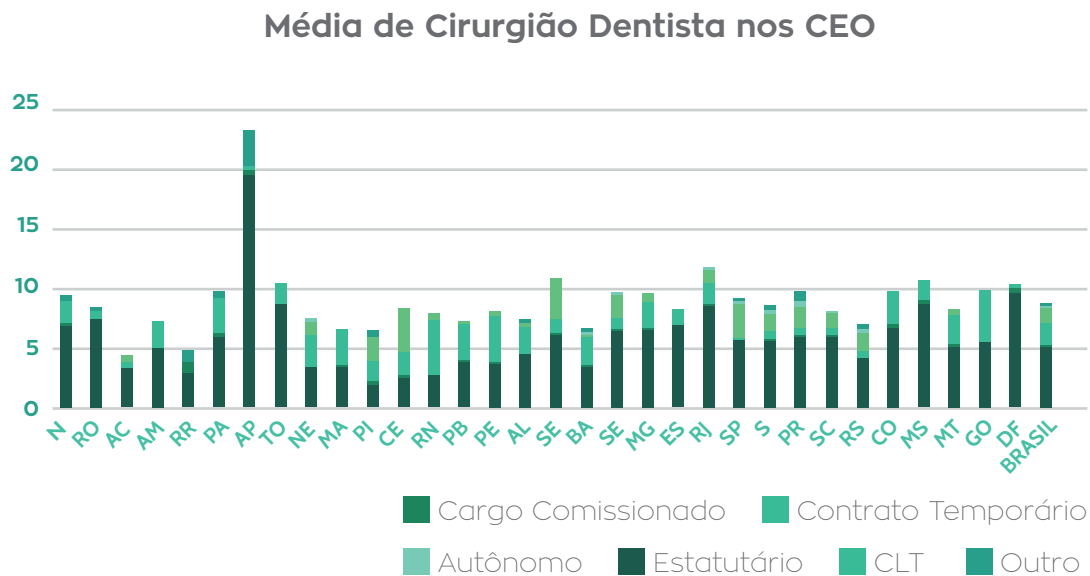
Quanto aos profissionais, os avaliadores de qualidade relataram que, na grande maioria dos CEO, não ocorreu recusa para participação, mas nem todos os profissionais foram prestativos e colaborativos ao responderem os questionários. Muitos pareciam estar contrariados com a avaliação externa. Pela percepção dos avaliadores, essa contrariedade na maioria das vezes era um reflexo dos problemas existentes no local, sejam eles estruturais, de baixa remuneração, e/ou de falta de organização do serviço, causando incômodo o fato de estarem sendo avaliados.

A percepção dos avaliadores foi de que a maioria dos profissionais possui vínculos precários com contratos temporários, ao invés de serem concursados. Destacou-se, no entanto, nos grupos focais e nos diários de campo, uma dificuldade nas respostas em relação aos vínculos trabalhistas. Sugere-se que as definições/conceitos adotados no estudo para algumas perguntas sobre vínculos trabalhistas fiquem mais claras e sejam mais exploradas durante o processo de capacitação dos avaliadores.

Os dados do relatório com os resultados principais da Avaliação Externa revelaram que, em todo o Brasil, a principal forma de contratação dos cirurgiões-dentistas é por meio de Administração Direta, com média de sete profissionais por CEO, totalizando 6.549 odontólogos. Em segundo lugar, vem o Consórcio Intermunicipal (direito público ou privado), com média de 0,4 dentista por CEO (405 dentistas no país). Em terceiro lugar as Fundações Públicas (direito público ou privado), com média de 0,3 dentista por CEO (319 dentistas no país). Organizações Sociais – OS (incluindo organização da sociedade civil de interesse público) contrataram, em média, 0,2 dentistas/CEO, totalizando 166 profissionais. Cinquenta e seis dentistas foram contratados por meio de Entidades Filantrópicas (média de 0,1 dentistas/CEO), 90 dentistas dos CEO foram contratados por Empresas (média de 0,1 dentistas/CEO) e 102 por meio de Cooperativas (média de 0,5 dentistas/CEO). Não foram verificados dentistas contratados por Organizações Não Governamentais (ONG) nos CEO do Brasil.

A maioria dos cirurgiões-dentistas dos CEO brasileiros são servidores públicos estatutários, totalizando 5.024 dentistas, com média de 5,4 dentistas por CEO admitidos com essa forma de vínculo. Em segundo lugar, estão os profissionais com contrato temporário (total de 1.692 dentistas, com média de 1,8 dentistas/CEO). O terceiro tipo de vínculo mais praticado no país é o contrato CLT (total de 1.261 dentistas, com média de 1,3 dentistas/CEO). As situações menos frequentes foram: dentistas com vínculo do tipo cargo comissionado (104 profissionais, média de 0,1 CD/CEO), autônomo (74 profissionais, média de 0,1 CD/CEO) e outros tipos de vínculo (171 profissionais, média de 0,2 CD/CEO) (Gráfico 7).

Gráfico 7. Tipo de vínculo dos Cirurgiões dentistas, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014.



● FONTE: RELATÓRIO AVALIAÇÃO EXTERNA DO 1º CICLO DO PMAQ-CEO - RESULTADOS PRINCIPAIS

Essa situação de precarização do trabalho nos CEO já havia sido reportada por Oliveira et al. (2015), que constatou que 31,1% dos 289 profissionais entrevistados em 2009 foram admitidos de forma irregular, com maior percentual para a Região Nordeste (46,1%) e menor para a Sul (18,4%), o que também foi observado na avaliação externa do PMAQ-CEO. Na pesquisa de Oliveira et al., a média salarial no Brasil, por 20 horas semanais de trabalho, variou entre R\$1.001,00 e R\$3.000,00 para 66,4% dos entrevistados. Essa média salarial foi menor na região Nordeste, entre R\$ 1.001,00 e R\$ 2.000,00, e maior na região Centro-Oeste, onde 38,5% dos cirurgiões-dentistas declaram ter salário acima de R\$ 4.000,00.

Em relação ao número de profissionais presentes nos CEO durante as avaliações e o cumprimento da carga horária, boa parte dos avaliadores relatou que os profissionais permanecem no CEO bem menos tempo do que deveriam, não havendo uma congruência das planilhas com as cargas horárias apresentadas e a realidade observada. Verificaram ainda não estarem presentes todas as especialidades e uma falta de organização do processo de trabalho de forma a maximizar o aproveitamento desse importante ponto da rede de serviços em saúde bucal.

Os avaliadores consideraram que a entrevista com o profissional foi muito curta e objetiva, não havendo questões no instrumento que permitissem ao CD falar sobre o cuidado prestado por ele, como pode ser observado na fala de um avaliador durante um dos grupos focais:

“Você senta com o CD, ele fica esperando para ser entrevistado. Aí você pergunta para ele meia dúzia de perguntas. Assim, foi muito rápido com o CD. Ele podia e queria falar mais. Ele até falava, falava, contava, a gente conversava, ... mas não tinha onde por. A pesquisa não propiciava que se soubesse mais do processo de trabalho do CD. Achei um pouco de desperdício. Acho que ele teria muito mais coisa a nos contar...”

Além disso, os avaliadores consideraram que a entrevista poderia ter sido realizada com mais de um cirurgião-dentista, visto ser o perfil dos profissionais um dado importante a ser analisado e que está relacionado com a qualidade de serviços que o CEO oferece. Foi apontada a dificuldade de registrar a carga horária numa situação comum, onde duas especialidades (como a cirurgia e a estomatologia) são exercidas pelo mesmo profissional.

Quanto à formação complementar dos profissionais nas especialidades mínimas exigidas para o credenciamento de um CEO, verificou-se que a maioria apresentava pós-graduação lato sensu e ainda havia aqueles com Mestrado e/ou Doutorado (Tabela 11).

Tabela 11. Formação complementar dos dentistas das especialidades obrigatórias nos CEO, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014.

(continua)

Região / UF	Cirurgia Oral			Endodontia			Estomatologia			Periodontia			Pacientes Especiais		
	Graduação	Atualiz./Aperf.	Espec./Mest./Dout.	Graduação	Atualiz./Aperf.	Espec./Mest./Dout.	Graduação	Atualiz./Aperf.	Espec./Mest./Dout.	Graduação	Atualiz./Aperf.	Espec./Mest./Dout.	Graduação	Atualiz./Aperf.	Espec./Mest./Dout.
NORTE	0,3	0,2	1,0	0,3	0,1	1,9	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	1,2	0,4	0,2	0,6
RO	0,4	0,4	1,0	1,1	0,0	1,8	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	1,0	0,4	0,4	0,1
AC	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5	1,0	0,0
AM	0,4	0,1	0,8	0,3	0,2	1,7	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,9	0,6	0,0	0,1
RR	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
PA	0,2	0,2	1,1	0,1	0,2	1,9	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	1,2	0,4	0,1	1,1
AP	0,7	0,0	2,0	0,0	0,0	4,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,4	0,3	0,0	0,3
TO	0,4	0,1	0,7	0,4	0,0	2,3	0,0	0,0	0,4	0,7	0,1	0,7	0,4	0,6	0,3
NORDESTE	0,1	0,4	0,9	0,2	0,3	1,7	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2	0,8	0,4	0,4	0,5
MA	0,2	0,7	0,9	0,2	0,1	1,5	0,1	0,1	0,2	0,3	0,1	0,8	0,4	0,3	0,2
PI	0,3	0,6	0,7	0,3	0,5	1,5	0,6	0,1	0,1	0,2	0,2	0,7	1,1	0,2	0,1
CE	0,1	0,5	0,8	0,1	0,2	1,7	0,1	0,1	0,5	0,2	0,3	0,7	0,3	0,3	0,4
RN	0,1	0,4	0,9	0,1	0,1	2,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	1,2	0,3	0,3	1,2
PB	0,1	0,3	0,8	0,3	0,3	1,4	0,3	0,1	0,2	0,3	0,2	0,7	0,4	0,1	0,4
PE	0,0	0,2	1,2	0,2	0,3	2,1	0,1	0,2	0,6	0,2	0,2	0,9	0,3	0,4	0,5
AL	0,0	0,1	1,4	0,2	0,2	1,7	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,8	0,5	0,1	0,7
SE	0,1	0,7	1,5	0,0	0,5	2,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	1,6	0,3	0,5	0,9
BA	0,2	0,5	0,9	0,1	0,4	1,4	0,2	0,2	0,4	0,2	0,2	0,9	0,3	0,7	0,3
SUDESTE	0,3	0,5	1,1	0,3	0,5	2,1	0,3	0,2	0,5	0,3	0,2	1,2	0,6	0,4	0,5
MG	0,3	0,5	1,1	0,2	0,6	2,2	0,3	0,1	0,4	0,1	0,3	1,3	0,6	0,3	0,7
ES	0,3	0,3	1,2	0,0	0,7	2,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	1,5	0,0	0,1	0,7
RJ	0,4	0,3	1,4	0,2	0,2	2,4	0,1	0,1	0,7	0,4	0,2	1,2	1,0	0,4	0,5
SP	0,4	0,5	0,9	0,4	0,5	1,9	0,3	0,2	0,5	0,3	0,3	1,0	0,4	0,5	0,5

Tabela 11. Formação complementar dos dentistas das especialidades obrigatórias nos CEO, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014.

(conclusão)

Região / UF	Cirurgia Oral			Endodontia			Estomatologia			Periodontia			Pacientes Especiais		
	Graduação	Atualiz./Aperf.	Espec./Mest./Dout.	Graduação	Atualiz./Aperf.	Espec./Mest./Dout.	Graduação	Atualiz./Aperf.	Espec./Mest./Dout.	Graduação	Atualiz./Aperf.	Espec./Mest./Dout.	Graduação	Atualiz./Aperf.	Espec./Mest./Dout.
SUL	0,4	0,3	1,2	0,6	0,3	2,0	0,6	0,1	0,5	0,5	0,1	1,1	0,5	0,4	0,5
PR	0,1	0,4	1,3	0,3	0,4	2,3	0,4	0,2	0,4	0,4	0,2	1,2	0,2	0,4	0,6
SC	0,2	0,2	1,2	0,2	0,2	2,0	0,5	0,1	0,6	0,2	0,2	1,1	0,7	0,4	0,6
RS	1,6	0,2	0,9	1,9	0,2	1,4	1,2	0,1	0,6	1,0	0,1	1,0	0,7	0,5	0,4
CENTRO-OESTE	0,2	0,4	1,4	0,1	0,2	2,2	0,2	0,2	0,6	0,1	0,1	1,5	0,3	0,6	0,7
MS	0,1	0,6	1,2	0,3	0,2	2,5	0,3	0,2	0,4	0,2	0,1	1,4	0,2	0,2	0,6
MT	0,2	0,0	1,0	0,1	0,1	2,1	0,0	0,1	0,3	0,0	0,2	1,5	0,2	1,1	0,6
GO	0,4	0,6	1,0	0,1	0,2	2,1	0,1	0,4	0,8	0,1	0,1	1,4	0,3	0,7	0,9
DF	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	2,3	0,7	0,0	0,7	0,0	0,0	2,0	0,7	0,3	0,8
BRASIL	0,3	0,4	1,0	0,3	0,3	1,9	0,2	0,1	0,4	0,2	0,2	1,0	0,5	0,4	0,5

© FONTE: RELATÓRIO AVALIAÇÃO EXTERNA DO 1º CICLO DO PMAQ-CEO - RESULTADOS PRINCIPAIS

Para registros das questões sobre Planos de Carreira e Prêmios financeiros por desempenho foram apontadas dificuldades por falta de opções de respostas adequadas à realidade. A ocorrência destas condições para parte dos trabalhadores não estava entre as opções dicotomizadas, pois as condições de estatutário e de prestador de serviço ocorrem de modo concomitante e possuem tratamento diferenciado quanto ao Plano e gratificações.

Ainda assim, os dados quantitativos indicaram que o plano de carreira só está presente em 327 serviços visitados (35,1%), com diferenças regionais marcantes: em 61,5% dos CEO da Região Sul, o gerente respondeu que havia um plano de carreira para os profissionais, mas o mesmo só ocorreu para 16,6% dos serviços da Região Nordeste (Tabela 12). A progressão funcional por antiguidade foi mais comumente encontrada que a progressão por desempenho e por titulação, sendo observados percentuais proporcionalmente semelhantes entre as Regiões, sempre com maior valor para a Região Sul e menor para a Nordeste. Os profissionais dos CEO recebem adicional por insalubridade/periculosidade em 32,7% das unidades avaliadas, sendo essa prática gerencial mais comum na região Sul (68,7%) e menos frequente na Região Nordeste

(15,5%). Ademais, o recebimento de incentivo, gratificação e/ou prêmio por desempenho só ocorre em 176 estabelecimentos brasileiros (18,9%), porém percebe-se uma menor heterogeneidade dessa situação entre as regiões com valores que variaram de 15,7% (Nordeste) a 21,6% (Sudeste).

Tabela 12. Plano de carreiras e adicional financeiro por desempenho nos CEO, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014.

(continua)

Região / UF	Plano de carreira		Progressão por antiguidade		Progressão por desempenho (mérito)		Progressão por titulação e formação profissional		Adicional de insalubridade/periculosidade		Incentivo, gratificação, prêmio por desempenho	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NORTE	25	42,4	22	37,3	8	13,5	20	33,9	20	33,9	10	16,9
RO	6	85,7	6	85,7	0	0,0	5	71,4	6	85,7	1	14,3
AC	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0
AM	4	36,3	4	36,3	2	18,2	4	36,3	2	18,2	0	0,0
RR	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0	0	0,0
PA	9	32,1	7	25,0	2	7,1	6	21,4	8	28,6	8	28,6
AP	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3
TO	4	57,1	4	57,1	4	57,1	4	57,1	2	28,6	0	0,0
NORDESTE	59	16,6	51	14,4	18	5,1	49	13,8	55	15,5	56	15,7
MA	2	7,7	2	7,7	0	0,0	2	7,7	2	7,7	1	3,8
PI	8	28,6	5	17,8	3	10,7	7	25,0	8	28,6	5	17,8
CE	9	11,4	9	11,4	3	3,8	7	8,8	8	10,1	9	11,4
RN	6	26,1	6	26,0	2	8,7	4	17,4	6	26,1	7	30,4
PB	10	18,9	10	18,9	2	3,7	8	15,1	9	17,0	6	30,4
PE	9	22,5	8	20,0	4	10,0	9	22,5	9	22,5	14	35,0
AL	3	13,6	3	13,6	1	4,5	3	13,6	3	13,6	3	13,6
SE	2	20,0	1	10,0	0	0,0	2	20,0	2	20,0	1	10,0
BA	10	13,5	7	9,4	3	4,0	7	9,4	8	10,8	10	13,5
SUDESTE	139	41,2	126	37,4	68	20,2	92	27,3	130	38,6	73	21,6
MG	39	47,0	36	43,4	18	21,7	27	32,5	36	43,4	19	22,9
ES	7	77,8	6	6,7	2	22,2	5	55,5	7	77,8	1	11,1
RJ	15	22,7	15	22,7	1	1,5	11	16,7	13	19,7	10	15,1
SP	78	43,6	69	38,5	47	26,2	49	27,4	74	41,3	43	24,0

Tabela 12. Plano de carreiras e adicional financeiro por desempenho nos CEO, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014.

(conclusão)

Região / UF	Plano de carreira		Progressão por antiguidade		Progressão por desempenho (mérito)		Progressão por titulação e formação profissional		Adicional de insalubridade/periculosidade		Incentivo, gratificação, prêmio por desempenho	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SUL	72	61,5	71	60,7	42	35,9	63	53,8	71	68,7	25	21,4
PR	29	59,2	28	57,1	22	44,9	28	57,1	29	59,2	18	36,7
SC	28	65,1	28	65,1	15	34,8	26	60,5	27	62,8	3	7,0
RS	15	60,0	15	60,0	5	20,0	9	36,0	15	60,0	4	16,0
CENTRO-OESTE	32	51,6	32	51,6	17	27,4	31	50,0	28	45,1	12	19,3
MS	4	26,7	4	26,7	3	20,0	4	26,7	4	26,7	5	33,3
MT	7	70,0	7	70,0	2	20,0	7	70,0	4	40,0	4	40,0
GO	12	42,8	12	42,8	5	17,8	11	39,3	12	42,8	3	10,7
DF	9	100,0	9	100,0	7	77,8	9	100,0	8	88,9	0	0,0
BRASIL	327	35,1	302	32,5	153	16,4	255	27,4	304	32,7	176	18,9

● FONTE: RELATÓRIO AVALIAÇÃO EXTERNA DO 1º CICLO DO PMAQ-CEO - RESULTADOS PRINCIPAIS

Assim como os dados aqui apresentados, Oliveira et al. (2015) também constatou essa contradição: um percentual alto de profissionais com formação complementar, porém sem plano de cargos e carreira. Na pesquisa dos referidos autores, realizado em 59 CEO, no ano de 2009, 78,5% dos dentistas não recebiam gratificação ou incentivo por trabalhar no CEO, embora muitos deles fossem especializados. Além disso, em 90,8% dos serviços também não havia gratificação por desempenho ou por metas atingidas, sendo esse percentual um pouco maior do que o encontrado no 1º ciclo do PMAQ-CEO.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação externa do PMAQ-CEO (1º ciclo) e sua análise, enquanto processo, permitiram revelar situações relativas aos recursos humanos - em âmbito nacional e regional - desses serviços até então desconhecidas ou, ao menos, subnotificadas. As principais situações foram: ausência de gerentes ou sua presença com acúmulo de função e, muitas vezes, sem preparo específico para gestão em saúde; profissionais insatisfeitos com suas relações de trabalho, em sua maioria com boa formação complementar, porém poucos tendo direito a um plano de carreira; e subutilização dos serviços com descumprimento da carga horária pelos profissionais.

O aspecto subjetivo dos grupos focais realizados com os avaliadores, bem como a utilização dos diários de campo produzidos no dia a dia da pesquisa, permitiu a percepção sutil de hipóteses explicativas para os dados quantitativos produzidos pelo instrumento de coleta, como aqueles referentes ao módulo I. Verificou-se que a falta de experiência em gestão, bem como a rotatividade dos profissionais no cargo de gerente ou o acúmulo dessa função com outras ocasionaram dificuldades para o preenchimento do módulo I, podendo ter contribuído para a ausência de algumas informações, bem como os números díspares encontrados para questões como o número e carga horária dos profissionais.

Evidenciou-se a necessidade de repensar a formação em Odontologia no sentido de ampliar as competências e habilidades dos egressos para serem atores ativos do processo de gestão em saúde e da sua atuação na Saúde Coletiva. O perfil dos gestores de CEO demonstrou que há necessidade de ampliar o investimento e a oferta de pós-graduações na área da Gestão Pública, Planejamento, Epidemiologia e Saúde Coletiva.

E, por fim, verificou-se que a precarização do trabalho também está ocorrendo nos CEO de todo o Brasil, com diferenças regionais marcantes, que em sua maioria refletem as desigualdades econômicas e sociais da população brasileira.

Interface Atenção Básica e Centros de Especialidades Odontológicas: que pontes existem?

*Idiana Rita Luvison
Maiara Mundstock Jahnke
Mariana Loch dos Reis
Nilcema Figueiredo*

As equipes dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica (eSB/AB) são pontos da mesma rede de atenção que estamos tecendo ao longo do tempo e que ganhou impulso a partir de 2004 com o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), operacionalizada através do Programa Brasil Sorridente. Com a implantação dos CEO, abriu-se a possibilidade de ampliar o acesso às ações especializadas que, até então, correspondiam a 3,5% dos procedimentos odontológicos da rede pública e viabilizar uma das principais diretrizes da PNSB – a integralidade da atenção.

Os primeiros estudos sobre CEO apontaram que o melhor desempenho dos CEO não estava relacionado com a maior cobertura da eSB/AB. Esses estudos, no entanto, analisam apenas o cumprimento das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, através do número de procedimentos, para avaliar o desempenho. Não foi levado em consideração se o que é desenvolvido no CEO está de acordo com as demandas da AB, nem se o tratamento realizado ali contribui para a integralidade do cuidado em Saúde Bucal (SB). Estes estudos também mostram que é grande o número de procedimentos de AB nos CEO. O que não é desejado, visto ser esse um centro de referência para ações mais complexas que não podem ser executadas na AB. Além disso, um sistema de saúde que é orientado pelos princípios da integralidade, do vínculo, da longitudinalidade não pode prescindir de ter uma AB bem estruturada, onde o profissional que ali trabalha seja o coordenador do cuidado e responsável pelos percursos que o usuário vai fazer dentro do sistema.

No entanto, outros estudos têm buscado estudar a relação entre a AB e os CEO, no sentido de entender os problemas nessa interface e contribuir para a construção da integralidade em SB.

Por princípio, cabe aos CEO complementarem a atenção em SB, promovendo a integralidade, com procedimentos especializados e de qualidade, garantindo o retorno do usuário à AB para conclusão do tratamento e manutenção da sua saúde bucal.

Mas como se relacionam esses dois pontos da rede? O que é necessário para que as demandas dos usuários sejam atendidas, para que os profissionais se sintam realizados, propiciando atenção integral, para que o CEO seja produtivo, para que os recursos financeiros investidos nos serviços resultem em melhor qualidade de vida para as pessoas?

O Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso aos CEO – PMAQ/CEO foi instituído com esse objetivo – avaliar para qualificar. Ao longo de 2014, 933 CEO foram visitados. Nestas visitas, acumulamos muitas informações que nos permitirão fazer, em outros estudos, uma análise mais profunda e baseada nos dados coletados pela avaliação externa para avaliar a interface entre o CEO e a AB. Neste capítulo queremos fazer uma reflexão à luz de alguns estudos que



Figura 4. Reflexões sobre o que há entre os CEO e as eSB/AB. Município de Cachoeirinha, Rio Grande do Sul.

● FONTE: AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

avaliaram essa interface e, principalmente, tomando como referência as observações dos avaliadores, registradas em diários de campo e relatadas em entrevistas. A intenção deste capítulo é trazer as informações e dúvidas levantadas pelos avaliadores externos durante o trabalho de campo em que observaram CEO, entrevistaram trabalhadores e usuários e relataram suas impressões. A partir dessas observações, fazer uma reflexão e levantar algumas questões. Não pretendemos dar respostas às diversas dúvidas aqui colocadas, mas instigar o leitor a pensar sobre elas. Mais tarde, com os dados analisados da AVE, relativos à interface CEO/AB, novos estudos serão feitos, outras análises serão realizadas e algumas perguntas provavelmente respondidas.

MARGENS DE UM MESMO RIO

Imaginemos o sistema de saúde como um rio caudaloso, formado por margens de planícies e margens de florestas, com maior ou menor complexidade de vegetação. Essas margens precisam se comunicar. Esse rio precisa ser constantemente atravessado. Existem pontes sólidas entre uma margem e outra? As margens são firmes para sustentar as pontes?

Usando essa linguagem figurada, refletimos sobre duas dessas margens: a Atenção Básica em Saúde Bucal e os CEO. As pontes são a interface. Essa interface precisa ser sólida, constante. Existe comunicação entre os profissionais do CEO e da AB? Existem documentos com os quais eles se comunicam? Quais outras formas de comunicação são utilizadas? À luz dos relatos dos avaliadores externos do PMAQ CEO, vamos refletir sobre esses aspectos.

Do ponto de vista teórico, há pouca literatura sobre a relação entre a Atenção Básica e a Secundária em SB. Dois autores têm refletido e proposto referências para análises. Morris e Burke definiram quatro características importantes para a interface entre a atenção básica e a secundária em saúde bucal: 1) acesso democratizado e sem barreiras à atenção especializada após encaminhamento; 2) encaminhamento eficiente e adequado, com uso de documento de referência; 3) contra referência para a atenção primária depois do tratamento especializado; 4) retorno facilitado à atenção secundária, quando necessário. Estes mesmos autores afirmavam que a interface ideal não existe em serviços de saúde, contudo manter este ideário em mente pode ajudar na descrição de problemas existentes, bem como, na busca de soluções apropriadas para seu enfrentamento. Uma boa integração entre a Atenção Básica e os serviços especializados é a garantia da continuidade do cuidado e da qualidade da atenção.

Os fatores que vão interferir na equidade, integralidade do cuidado, eficiência e eficácia da interface entre atenção básica e secundária em saúde bucal, estão ligados aos próprios cirurgiões dentistas (CD) generalistas (da AB) ou especialis-

tas (dos CEO), aos usuários e, principalmente, às características dos serviços, particularmente a disponibilidade, que pode conduzir a desigualdades em sua utilização.

Em relação a esses aspectos, as informações trazidas pelos avaliadores nos permitem uma reflexão sob três dimensões:

- 1 **Como está estruturada a rede de serviços? Como se dá o acesso dos usuários ao serviço especializado? Qual a organização da AB e como isso interfere no uso adequado do CEO? Como está estruturado o CEO, onde ele se localiza e como isso interfere na facilidade de acesso? A gestão facilita as pontes? Há gestão eficiente? Há mecanismos de regulação entre um serviço e outro?**
- 2 **Como se dá a relação dos profissionais dos CEO e da AB? Quais caminhos eles utilizam para se comunicar? Usam pontes ou pegam atalhos com barcos frágeis?**
- 3 **Como circula o usuário entre as margens? Quanto tempo ele demora para atravessar as pontes? Quem o orienta? Ele vai e volta? Ele se perde no caminho?**

A SOLIDEZ DAS MARGENS

Estrutura da Rede de Serviços e o acesso a ela

Diversas formas de organização de redes são encontradas ao longo do país e variam desde a falta dela a uma rede que conta com alguma forma de regulação do acesso. Vamos citar alguns exemplos para ilustrar essa disparidade.

De acordo com os relatos dos avaliadores, as formas de acesso ao CEO são variadas. É possível acessar através de consultas de urgência, de forma espontânea ou através do encaminhamento realizado pelas unidades de saúde e, a partir daí o contato com o CEO pode ser realizado através de regulação, pela unidade ou pelo paciente.

Quando há regulação, essa pode acontecer de três formas: 1) o profissional da UBS faz o encaminhamento, manda para a central de marcação, a central de marcação agenda e liga para o paciente; 2) o profissional da UBS faz o encaminhamento, manda para a central de marcação e essa avisa a Unidade da vaga e a Unidade avisa o paciente (central de regulação de Porto Alegre/RS, por exemplo); 3) as UBS recebem as vagas do CEO por mês e agendam e avisam o paciente. Outro exemplo: em Tocantins, a central de regulação funciona dentro do CEO que recebe via memorando os encaminhamentos das unidades básicas. A marcação é realizada via telefone pela CD da central de regulação.

Não existe padronização de acesso aos CEO no país. Cada município organiza o acesso da forma que lhe parece melhor para a sua realidade. No Rio Grande do Sul, o acesso é através de encaminhamento pela AB e na capital

funciona através de uma central de marcação. Um bom exemplo: Em Capanema, interior do Pará, o CEO atende a uma organizada rede de atenção básica de 12 equipes de saúde bucal do município e é referência regional para diagnóstico de Câncer Bucal e para atendimento a pacientes especiais. Pôde-se observar que quando essa margem do rio (a AB) é bem organizada, cria-se a possibilidade para que os encaminhamentos ao CEO também sejam.

Se por um lado foram encontrados no interior do Pará CEO bem organizados, com atendimento à demanda referenciada pela AB (e alguns até com central de marcação), em Água Azul do Norte, neste mesmo Estado, os pacientes informaram, em consonância com as informações do gerente, que é necessário pegar ficha cedo para conseguir agendar consulta no CEO. O fluxo de pacientes é grande. O gerente informou não conhecer as metas mínimas estabelecidas pelo ministério da saúde. Aparentemente, o serviço funciona sem referência, realizando qualquer tipo de procedimento, inclusive os de nível básico. Assim, quando essa outra margem do rio, o CEO, tem uma estrutura frágil, uma organização ruim, acaba refletindo na má integração com a AB, criando uma interdependência entre serviços deficientes. E quando o município não tem uma rede organizada, o CEO tem seu papel desvirtuado, passando a fazer qualquer tipo de procedimento.

No Mato Grosso do Sul, as consultas estavam sendo realizadas por ordem de chegada. A maioria das consultas, agendadas nos CEO, era marcada pelas próprias unidades de saúde, ou através de encaminhamentos para o usuário marcar pessoalmente. Esses encaminhamentos são “pontes frágeis” entre AB e CEO. Dar ao usuário a responsabilidade de marcar no CEO desresponsabiliza a AB, prejudicando a continuidade do cuidado.



Figura 5. Pontes frágeis. Caminho percorrido por avaliadora no Norte de Minas Gerais (Avaliadora Thalita).

© FONTE: AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

Porém, esses “encaminhamentos” podem se tornar uma forma sólida de integração, uma boa ponte, desde que se faça uso de instrumentos claros e práticos e que se garanta o acesso ao CEO com alguma forma de regulação.

O que os avaliadores relataram é que existem diversas formas de encaminhamento. Existem encaminhamentos por escrito, que podem ser em formulário próprio ou um receituário comum. O conteúdo do encaminhamento é diferente se foram trabalhados junto à equipe de AB os protocolos de encaminhamento e também depende do perfil dos profissionais. Geralmente, nas equipes de estratégia de saúde da família (ESF), os profissionais têm uma formação mais voltada para preocupar-se com os protocolos, portanto, geralmente, elaboram um bom encaminhamento, informando ao colega especialista o caso a ser tratado. Os avaliadores apontaram a necessidade de qualificar a parte descritiva dos encaminhamentos.



Figura 6.
Encaminhamentos como pontes sólidas. Caminho percorrido por avaliador em Rio Branco, Acre.

● FONTE: AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

Um grande problema apontado no Rio Grande do Sul é o fato de existirem muitas Unidades Básicas para poucos Serviços Especializados. Isso varia de município para município, mas ainda há muita demanda reprimida, principalmente de endodontia. Então, mesmo que se faça um bom encaminhamento, que se use um instrumento adequado, não se pode garantir que os usuários tenham sua demanda de atenção especializada atendida. Isso demonstra, nesse Estado, a fragilidade dessa margem, o CEO, pois são em número insuficiente para atender a demanda das Unidades Básicas.

Num determinado CEO do Distrito Federal, percebeu-se que alguns atendimentos ocorrem por encaminhamento do próprio hospital onde o mesmo é localizado. Por exemplo, pacientes gestantes de alto risco que estão internadas no hospital recebem o atendimento no CEO. Muitas vezes, os procedimentos realizados são de atenção básica, já que, neste caso, as pacientes não conseguem ir à AB consultar. Essa forma de relacionamento entre esses dois pontos da rede (essas margens) não é característica do fluxo AB/CEO, além de serem realizados no CEO procedimentos típicos da AB.

Na maior parte dos locais visitados, não há padronização em relação aos fluxos/protocolos de encaminhamento. Alguns municípios possuem esta padronização, mas outros não. E, mesmo quando têm, não quer dizer que não se façam encaminhamentos errados.

Em relação à estrutura dos CEO, à sua localização e como isso interfere na relação com a AB, os relatos também foram variados. Há CEO que dividem o espaço físico com serviço de atendimento odontológico para pessoas que não têm unidade básica de referência, e esse serviço encaminha direto para o CEO. Um exemplo dessa “mistura de margens”: Em Abaetetuba, no Pará, um dos municípios mais populosos da Amazônia, o CEO, juntamente com uma Unidade de Saúde Municipal, acolhe as populações ribeirinhas não cobertas por ESF.

Em alguns CEO no estado de Minas Gerais, a AB não funciona como porta de entrada ao atendimento odontológico. Os pacientes procuram o pronto-atendimento, que se localiza no mesmo prédio do CEO, e imediatamente conseguem vaga para atendimento no CEO. Em Minas Gerais, encontram-se situações tão díspares quanto únicas. Neste estado, de tudo que foi captado e observado, os avaliadores perceberam que a maior dificuldade é seguir o modelo de atenção proposto pela Política Nacional de Saúde Bucal, onde na AB é realizada a maioria dos procedimentos odontológicos e encaminha-se para os CEO as necessidades de procedimentos especializados, dentro das cinco Especialidades que estes oferecem.

Ainda se confunde atenção básica com a especializada. Muitos CEO funcionam como porta de entrada ao serviço odontológico municipal e limitam as suas funções a serviços de urgência. Há CEO em município pequeno, realizando atendimento referente à atenção básica e especializada. Profissionais atendem urgências de pessoas da zona rural que até então estavam sem cobertura. A população atendida é muito carente e satisfeita com o CEO. São realizados atendimentos de urgência e emergência, além de atender a demanda espontânea. Porém outros CEO do estado são modelos de funcionamento.

No Rio de Janeiro, identificou-se um CEO onde as ações de saúde bucal de atenção secundária acontecem paralelamente à atenção básica, esta última desenvolvida por Cirurgião-Dentista da Estratégia Saúde da Família, dentro do CEO. Também no Rio de Janeiro, observamos CEO que estão há dois anos atendendo apenas urgência e emergência.

Nos 4 CEO de Cuiabá (MS), a atenção básica e os CEO funcionam na mesma unidade. A clínica é composta por 2 rosetas (sistema modular, com cadeiras organizadas de forma circular com um único balcão auxiliar): uma para atenção básica e a outra para CEO.

No Rio Grande do Sul, o CEO ser procurado para atendimento de urgência acontece quando o CEO está no mesmo espaço físico do pronto atendimento ou atendimento odontológico de outra natureza.

Em Tocantins, existem CEO que funcionam com demanda espontânea e fichas limitadas por dia, havendo apenas marcação com agenda para o endodontista.

No Pará, há um CEO que funciona dentro de uma Unidade de Referência de especialidades médicas do Estado e, conforme relato da coordenadora do CEO, a coordenação da Regional de Saúde recomenda que o CEO realize procedimentos da AB. Em Cáceres (MT), o atendimento no CEO é de urgência, com livre demanda.

Todos esses exemplos demonstram a enorme diversidade de estrutura e organização dos CEO, influenciando na maneira como se relacionam com a AB. Compreende-se que, por ser um serviço recente no Brasil e pela enorme demanda por atendimento odontológico no nosso país, quando surge um espaço para atendimento, este é usado de todas as formas. Ainda temos muito que caminhar para construirmos uma rede de serviços em que cada margem tenha seu papel definido e que as pontes entre elas sejam sólidas e fluentemente percorridas.

GESTÃO DO CEO E CONSEQUÊNCIAS NA INTERFACE AB-CEO A Portaria Em relatos de avaliadores do Pará, parece que quando a Coordenação de Saúde Bucal do Município é também gerente do CEO, há um olhar para a AB de modo a fazer com que essa encaminhe corretamente ao CEO. Talvez pela visão do todo que o Coordenador passa a ter. Poderíamos dizer aqui, usando a metáfora das pontes entre as margens, que um bom coordenador de SB pode fornecer os veículos necessários para atravessar as pontes.

Em Santa Catarina, um fato que chamou atenção em diversos CEO foi o baixo fluxo de pacientes, sendo que vários profissionais tinham 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. Sabe-se que há um déficit histórico na oferta de serviços especializados em odontologia na rede pública, portanto esse baixo fluxo certamente não condiz com a demanda da população a esses procedimentos especializados. A falta de uma boa gestão, de um sistema de regulação e de articulação com a rede básica (referência e contra referência) 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 CEO é a inexistência de uma coordenação atuante. Em vários CEO, não há um coordenador ou gerente. Em outros, há pessoas designadas para essa função, mas que estão completamente despreparados ou que efetivamente não a exercem.

No Paraná, alguns aspectos foram apontados como dificultadores de uma boa integração entre a AB e os CEO, o que resulta numa rede de atenção deficiente e mecanismo regulatório frágil. Esses aspectos são: a forma de contratação e vinculação dos recursos humanos; a carga horária desenvolvida pelos profissionais; a dificuldade do trabalho em equipe e a falta da prática da educação permanente. Uma gestão atuante no município deveria olhar para esses aspectos no sentido de desprecarizar o vínculo dos profissionais com os serviços e promover qualificação dos mesmo.

As avaliadoras do Rio Grande do Sul referem existir pouca discussão em relação à necessidade de capacitação para uso dos protocolos e para melhorar a comunicação entre AB e CEO. Nem sempre a gestão municipal propicia estes espaços de discussão. É fundamental a gestão manter Educação Permanente (EP) para essa qualificação.

Em São Paulo, segundo os gestores, ainda falta muito para se avançar na relação desejada entre atenção básica e média complexidade, é costumeira a seguinte fala: “Ainda trabalhamos por estratos hierarquizados, em detrimento da rede poliárquica que possibilitaria a troca de saberes, práticas e um fluxo organizado da demanda. Os protocolos de atendimentos necessitam ser discutidos, os serviços trabalham de forma autônoma, muitas vezes sem observar diretrizes do Ministério.”

Conclui-se que, mesmo que o Ministério da Saúde tenha lançado uma publicação orientando o fluxo entre a AB e os CEO, essa é desconhecida da maioria dos trabalhadores da AB e dos CEO e, mesmo conhecida, muitas vezes não utilizada.

As observações dos avaliadores nos remetem ao que Morris e Burke falam sobre interdependência entre os serviços: ambos os lados devem ter clareza do papel um do outro e a coordenação da relação entre os níveis é fundamental, pois se busca a integralidade de atenção.

A RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DOS CEO E AB

Outra questão que influencia a qualidade dos fluxos é a relação dos profissionais do CEO com a AB. Podemos dizer que, de modo geral, essa relação é fraca em todo país, com raras exceções.

No Rio Grande do Sul, há CEO cujos profissionais participam de reuniões de equipes da AB. Outra forma de comunicação é por contato telefônico. Porém, nem sempre acontece de o especialista comunicar o profissional da AB sobre o que foi feito. Conforme disse uma avaliadora: “É preciso ter comunicação do CEO com a AB. Se chegar um caso errado, ligar para o profissional. É um trabalho que tem que estar sempre sendo feito. Acho que tem sim como melhorar, eu acredito que as pessoas conseguem”.

Em Porto Alegre (RS), está sendo feito um esforço para melhorar a comunicação entre CEO e AB, porque isso faz diferença nos encaminhamentos. Mas essa intermediação tem que ser garantida pela gestão, dificilmente acontece por iniciativa dos dois pontos da rede. Como diz uma avaliadora: “Infelizmente, na maioria das vezes, os profissionais do CEO e da AB ficam numa atitude passiva. Esperam que alguém venha e faça essa intermediação”.

Em Minas Gerais, a relação entre a AB e o CEO ainda é muito frágil, na maioria dos municípios. Em muitos casos, o matriciamento não acontece e é desconhecido por parte das coordenações da AB e do CEO. “É como se fossem universos paralelos, que não se comunicam nem se relacionam”, como disse uma avaliadora. Alguns municípios, porém, têm bons exemplos de interface: nos CEO de Montes Claros, Itabirito, Varginha e Buritizeiros acontece o matriciamento com a atenção básica. Existe também EP.

No Rio de Janeiro, observamos que alguns gerentes do CEO procuram articular os profissionais dos CEO com os cirurgiões dentistas da AB e da atenção terciária, promovendo capacitação, discussão dos protocolos e dos fluxos de atendimento.

Em Tocantins, uma gerente afirmou que no município existe o problema de fixação de profissionais na AB e que, por isso, os protocolos para referência não são utilizados por esses profissionais, que os desconhecem. O CEO é de abrangência regional (14 municípios). Para prótese, os profissionais consideram que não há a necessidade da contrarreferência, pois, segundo a gerente, este paciente não precisa ser acompanhado pela atenção básica.

Também no estado de Tocantins, alguns locais estão planejando oficinas para discussão de protocolos entre os profissionais do CEO e da AB. Um profissional entrevistado externou que sente a necessidade de reforçar com a atenção básica os protocolos para encaminhamento para o CEO, principalmente para sua especialidade (Endodontia), pois recebe encaminhamento de pacientes com dentes para tratar endodonticamente para cuja reabilitação protética existe demanda de pinos intrarradiculares que não são oferecidos pelo CEO e com cujos custos o paciente não tem condições de arcar.

O CAMINHO DE VOLTA

Após conseguir consultar no CEO, o paciente deve retornar à AB para dar seguimento ao seu tratamento, porém, novamente, encontram-se várias formas desse retorno.

Porto Alegre (RS) possui um protocolo onde consta que quando o paciente volta para a AB ele tem a sua consulta garantida, sem passar por fila de espera, porque ele já acessou uma vez. Assim uma boa contra referência é importante. Por outro lado, alguns CEO do RS relataram dificuldade em agendar consulta para restaurar o dente após conclusão do tratamento de canal no CEO, pois é difícil conseguir ficha na unidade básica de saúde.

Avaliadora do RS destaca: “a falta de comunicação do CEO com a AB con-

tribui para que o paciente veja esses dois atendimentos como momentos bem distintos: uma hora é paciente do dentista da Unidade e outra é do dentista do CEO. O paciente não vê como um tratamento único. A questão da integralidade fica prejudicada.”

De acordo com as observações relatadas pelos avaliadores externos, pode-se dizer que há uma variedade enorme de formas de relacionamento entre os CEO e a AB, quando se referem aos instrumentos e canais utilizados pelos profissionais de ambos os serviços. Existem os canais, mas esses precisam ser qualificados.

Em relação à contrarreferência, instrumento importante para garantir a continuidade do cuidado na AB, após o usuário ter sido atendido no CEO, houve relatos de deficiência no uso deste instrumento. Papéis improvisados, relatos incompletos sobre o tratamento realizado e outros problemas foram relatados. E um dos problemas mais frequentes parece ser que o usuário, após atendimento no CEO, não entregue na AB o “papel” recebido para o profissional da AB.

Um dos avaliadores de PE relatou que ao perguntar a um usuário se ele recebia algum papel ao terminar o tratamento, teve como resposta: “É, recebo o receituário de volta, dizendo o endereço do PSF que tenho que procurar”. Assim se concluiu que esta contra referência está muito aquém do aceitável.

Aqui também temos uma grande diversidade: Exemplos: nos CEO de Montes Claros, Itabirito, Varginha e Buritizeiros (MG), a referência e contra referência funcionam adequadamente. Em Tocantins, a contra referência é realizada via memorando, exceto no caso dos tratamentos endodônticos - para que se realize a restauração com maior celeridade, (o paciente leva o formulário de contra referência em mãos até a UBS). No Maranhão, a maioria dos profissionais não usa ficha específica para este fim, usando o receituário para tal. No MS, o referenciamento para Atenção Básica, após os tratamentos concluídos, eram realizados ora por encaminhamentos levados pelos usuários, ora pelo sistema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que interface - relação entre a AB e os CEO, é um espaço onde se encontram diversos aspectos da rede de atenção: acesso ao CEO - porque esse nível de atenção deve complementar a AB e portanto esta é a “criadora” da demanda daquele; estrutura dos CEO para dar conta da demanda encaminhada pela AB; utilização ou não dos protocolos de encaminhamento; utilização ou não de instrumentos de referência e contrarreferência: educação permanente dos profissionais, tanto da AB quanto do CEO, relacionada à interface. Enfim, analisar a interface permite nos defrontarmos com uma série de problemas (e felizmente com belas soluções) na incipiente rede de atenção à Saúde Bucal que estamos construindo no Brasil. Avançamos muito nos últimos 12 anos, desde a implantação dos CEO, mas muito há para se fazer.

Depois de realizar todas essas observações a partir da rica experiência da avaliação externa, nos propusemos a levantar algumas reflexões que pu-



Figura 7. Presença de pontes transitáveis. Caminho percorrido por avaliador em Rio Branco, Acre.

dessem nos ajudar a responder essa questão: Por que muitos municípios apresentam longas filas de espera para consultas no CEO, ao mesmo tempo que as consultas nos CEO não são utilizadas na sua totalidade e os profissionais ficam ociosos? Vários outros aspectos tratados nesse livro ajudarão a buscar essa resposta. No que diz respeito à interface entre AB e CEO, nos parece que falta comunicação entre os dois níveis de atenção, falta conhecimento sobre os protocolos de fluxos instituídos pelo Ministério da Saúde e por algumas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, falta Educação Permanente, tanto para os profissionais da AB como do CEO e falta comprometimento dos profissionais, no sentido de buscarem construir as pontes necessárias entre AB e CEO. Além disso, é necessário qualificar os instrumentos de referência e contrarreferência.

Os problemas encontrados na interface AB-CEO também foram atribuídos, por alguns que participaram da avaliação externa, à forma de regulação (central de marcação), que não funciona bem. A central de marcação é um intermediário que, a princípio, deveria garantir uma distribuição equânime das consultas do CEO, agilizando a marcação. Porém isso não se

comprovou na prática. Quando o próprio CEO distribui as consultas parece ser uma garantia de melhor utilização do serviço. Ainda assim, a AB sempre relata falta de consultas especializadas pelo Brasil afora, enquanto muitos avaliadores encontraram CEO sem pacientes, poucos usuários em sala de espera.

A partir do PMAQ-CEO, estamos conhecendo melhor como se dá a relação da AB e dos CEO, nos diversos estados do país. Vimos muitas diferenças, muitas dificuldades e alguns bons exemplos, como os municípios de Capanema (PA) e Varginha (MG). Pudemos visualizar pontes onde antes percebíamos apenas longas distâncias entre margens. Este processo nos faz valorizar as experiências que estamos vivendo de implantação de uma atenção secundária que antes não havia no SUS e não apenas o que traz a literatura científica. Conhecer o problema já um primeiro passo. Investir nas soluções deve ser o segundo. Capacitar os profissionais, tanto da AB como dos CEO, para o uso dos protocolos de referência e contra referência, qualificar a gestão dos CEO articulada com a qualificação dos coordenadores municipais de Saúde Bucal, melhorar as condições de infraestrutura de alguns CEO, garantir boas condições de trabalho aos profissionais, propiciando-lhes EP. Essas parecem ser algumas das ações necessárias. Há que se criar uma cultura de reflexão, de avaliação que envolva todos os profissionais do município no sentido de fazer cada um compreender qual é seu lugar na rede de cuidados e como pode contribuir para a efetivação do princípio de integralidade, que tanto prezamos.

Pelos relatos dos avaliadores, pudemos perceber que a realização da avaliação externa mobilizou um número enorme de profissionais da SB de todo país. Cada avaliador externo criou ligações com o gestor, com os profissionais do CEO e com usuários que foram entrevistados. Este contato desacomodou os CEO, gerou inquietações, reflexões que induzirão mudanças nos envolvidos. Esperamos que os profissionais do CEO se vejam dentro de uma rede de cuidados e não isolados num trabalho especializado.

O caráter transformador do PMAQ-CEO e o avaliador externo: revelações, possibilidades e aprendizados

André Filipe Ribeiro Severo
 Carlos Botazzo
 Dorival Pedroso da Silva
 Fernanda Campos de Almeida Carrer
 Marcos Azeredo Furquim Werneck
 Maria Ercília de Araujo
 Mariana Gabriel
 Nilcema Figueiredo

INTRODUÇÃO

A gestão em saúde constitui-se como um conjunto de práticas administrativas com a finalidade de otimizar o funcionamento das organizações, sejam elas públicas ou privadas, de grande, médio ou pequeno porte (. Considerando que o sistema público de saúde brasileiro, assim como em outros países, apresentam restrições financeiras relevantes e ao mesmo tempo detém o compromisso de garantir acesso universal a população, uma boa gestão do sistema se tornam ainda mais necessária. Vale acrescentar que a gestão em saúde tem como objetivo, fazer com que serviços, políticas e programas alcancem, o máximo de eficiência, eficácia e efetividade. (Quadro 9).

Quadro 9. Conceito de eficiência, eficácia e efetividade.

OBJETIVOS DA GESTÃO EM SAÚDE	
Eficiência	Relação entre produtos obtidos e recursos empregados
Eficácia	Atingir os objetivos previamente estabelecidos/ planejados, ou seja, o grau de cumprimento, pelo programa, dos objetivos estabelecidos
Efetividade	Produzir um efeito, compromisso real e verdadeiro com os objetivos sociais e as demandas políticas da comunidade.

📌 FONTE (ADAPTADO): MENDES EV, 2011

Vivemos tempos em que a gestão em saúde caminha para profissionalização e há uma pressão para melhorar os processos, reduzir custo, aumentar a produção e somar competitividade dos serviços em relação ao mercado. Alguns governos têm adotado modelos de gestão por organizações sociais e cada vez mais observamos questões relacionadas às metas, custos, creditações de serviços de saúde. Uma grande aliada da gestão, que auxilia na melhoria da capacidade de tomada de decisão por parte do gestor, sem dúvida é a avaliação, que necessita ser aplicada constantemente durante o processo e que, no caso da saúde enfrenta alguns obstáculos.

Avaliação dos sistemas de saúde é um processo complexo, pois consiste em fazer um julgamento de uma dada intervenção visando colaborar com os processos de tomadas de decisão. Por sua vez esse julgamento pode ser realizado por meio de uma avaliação normativa, onde critérios e normas são aplicados ou pode-se realizar uma pesquisa avaliativa por meio de um processo científico. Na busca de planejar ações baseadas em evidências buscou-se colocar o conhecimento em prática 'know-do' para avançarmos na implantação de uma das mais desafiadoras políticas de saúde bucal do mundo, o *“Brasil Sorridente”*.

Os problemas decorrentes de programas, políticas e serviços de saúde com frequência exigem uma solução rápida que inviabiliza o processo de avaliação e este é sem dúvida um obstáculo que atrapalha a implantação de processos avaliativos em determinadas situações. Isso acontece, em grande parte, porque não monitoramos adequadamente o sistema e quando o fazemos, muitas vezes não sabemos utilizar as informações colhidas a favor do serviço. É importante destacar que nem sempre essas informações são fornecidas somente dos dados coletados dos instrumentos técnicos aplicados na avaliação, mas também das percepções, observações e troca dos atores envolvidos no processo de avaliação. Esses achados são fontes riquíssimas de informações e aprendizagem que não podem ser ignoradas ou perdidas.

Se por um lado a avaliação não é um processo fácil e natural no setor saúde, Paulo Freire afirma que *“A avaliação é, por excelência, transformadora - sonhos, metas, ideais e, até mesmo, utopias”*. Foucault, por outro lado, afirma que a avaliação, no caso das escolas, e por que não extrapolar para outros campos, tem um poder de maior espectro e profundidade, pois alcança o âmbito das possibilidades, à medida que autor afirma que

“ O investimento político (da avaliação) não se faz simplesmente ao nível da consciência, das representações e no que julgamos saber, mas ao nível daquilo que torna possível algum saber (Foucault, 1964).”

E foi no campo da complexidade, com dificuldades e obstáculos, mas com possibilidades infinitas de transformação, revelando possibilidades surpreendentes que o PMAQ-CEO foi conduzido em seu primeiro ciclo.

ALGUMAS NOTAS IMPORTANTES

O processo de avaliação externa no PMAQ-CEO se distingue do PMAQ-AB, dentre outros, pelo fato de que obrigatoriamente todos os avaliadores deveriam ser cirurgiões-dentistas. Devemos ressaltar ainda que nos critérios para escolha dos avaliadores havia pontuação diferenciada para àqueles que possuíam pós-graduação (*stricto* ou *latus* *sensu*), que relataram e comprovaram participação em projeto de extensão ou pesquisa na área de saúde bucal coletiva, que completaram ou estavam cursando pós-graduação (*lato* e *stricto* *sensu*) em odontologia e/ou saúde coletiva, que possuíam produção intelectual (participação em congresso; publicações: resumos em anais, artigos, capítulos de livros; produção técnica; na área de saúde bucal coletiva) e que possuíam experiência na coleta de dados no 1º ciclo do PMAQ-AB. Com estes critérios de seleção o PMAQ-CEO foi constituído de um time de avaliadores externos de alto nível, muitos deles comprometidos com a área de saúde coletiva e essas características conferiram ao processo um valor extremo, que se refletiu nos diários de campo e nos grupos focais que foram realizados durante e ao final da avaliação, respectivamente.

No PMAQ-CEO os avaliadores externos, foram instruídos a realizarem um diário de campo, ao final de cada avaliação. Este instrumento permitiu o registro de fatores que o instrumento quantitativo não foi capaz de medir, além disso, o diário registrou as impressões e percepções do avaliador no campo, repleto de subjetividade. Os diários revelaram as surpresas, angústias, alegrias, frustrações e sobretudo aprendizados do avaliador externo, que ao chegar no serviço, avaliar sua estrutura física, conversar com gestores e profissionais e, fundamentalmente, ao ouvir o usuário pôde perceber a realidade sob sua óptica.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este texto consiste em uma narrativa de um relato de experiência, ou seja, através da coleta de depoimentos e registros de situações e casos relevantes, que ocorrem durante a implementação de um programa de avaliação de serviços de saúde, trazemos aqui parte das experiências vividas pelo avaliador externo (OPAS, 2013). Neste capítulo temos como objetivo apresentar as percepções e vivências dos avaliadores externos do primeiro ciclo do PMAQ-CEO dos estados da Paraíba, Pernambuco, São Paulo e Minas Gerais. Após o término do projeto os pesquisadores sentiram a necessidade de ampliar o olhar e buscar a singularidade do processo por meio da pesquisa qualitativa. Essa fase teve duas fontes de coleta de dados: 1. Os diários de campo, produzidos pelas avaliadoras, logo após a coleta *“in loco”* de dados nos centros de especialidades odontológicas (CEOS); 2. Os grupos focais realizados nos estados mencionados após o final das avaliações externas.

Ao narrar, impregnamos o texto das impressões e percepções das avaliadoras, que viveram intensamente o processo de avaliação. Narrar uma história não é descrevê-la de forma fidedigna, garantindo que fatos e “*verdades*” sejam contatadas de forma precisa, por isso a pesquisa qualitativa é libertadora e assume a subjetividade do método e na subjetividade está sua riqueza, portanto, significados e reinterpretações da realidade vão permear nossa narrativa e darão sentido a ela. O processo de expressar-se por escrito ajuda a promover a autoconsciência, pois o sujeito ao escrever e narrar fatos e acontecimentos pode trazer à tona as memórias, seus pensamentos sob reflexão, os saberes oriundos da prática, o autoconhecimento, decidindo, por fim, o que é significativo e importante narrar.

Os dados colhidos, foram analisados de acordo com a metodologia denominada “*Grounded Theory*”, que se traduz para o português como “*Teoria Fundamentada*”, que é uma abordagem capaz de fazer emergir explicações teóricas a partir das experiências vividas.

ALGUNS ACHADOS...

Conforme esperávamos, os grupos focais com os avaliadores externos e seus diários de campo revelaram diversos aprendizados, que o instrumento de coleta não foi capaz de captar e nessa seção gostaríamos de dividir com o leitor parte desses achados, que foram divididos em três categorias que confluíram, posteriormente uma teoria que será apresentada posteriormente.

I. ANSIEDADES E DESCOBERTAS COM O NOVO:

“Um processo totalmente desconhecido para a gente...bastante enriquecedor” (SP7)

“No começo tinha medo até de olhar no mapa e procurar aonde era a avaliação, agora estou me apropriando do processo... Não é um bicho de sete cabeças...” (Diário SP4).

“A ideia de você fazer a avaliação externa, sair das salas e ir atrás da realidade, eu achei de início muito difícil pra você conseguir parar e fazer uma avaliação justa, pois a nota desses serviços dependem da gente também, do nosso serviço justo e imparcial” (PE4)

“Poder vivenciar o SUS de fato... existe um certo distanciamento daquilo que a gente lê, daquilo que a gente acha, e o que acontece” (PB2)

“Só queria colocar aqui, a questão do desafio...logo no começo quando a gente foi convidada, acho que a questão da responsabilidade que a gente assumiu né...de fazer um serviço de avaliação, em nome do Ministério”... (SP7)

“Hoje, depois da metade das avaliações concluídas, sinto-me mais segura e confiante e posso afirmar que entendo melhor o papel da avaliação no processo de gestão do SUS. Podemos transformar e interferir nas realidades locais e isso é encantador”. (Diário SP8)

II. O PROCESSO E AS PERCEPÇÕES

“O nosso maior problema, lógico que temos problemas estruturais graves, baratas, mofos, prédios alugados, diversas coisas, mas o nosso maior problema na minha perspectiva foi a política partidária causando ônus a política pública” (SP7)

“Você vê que o CEO realmente corresponde com a realidade da gestão local” (PB1)

“As menores cidades foi aonde a gente encontrou os CEOs mais organizados, a gestão mais organizada” (PE1)

“Eu como endodontista posso afirmar que os colegas trabalham muito bem... com todo aparato tecnológico disponível, de localizador apical a rotatório” (SP7)

“... eu já tinha feito avaliações sobre acesso na atenção secundária, a questão da referência, contrarreferência (como pesquisadora), só que, quando eu fui como avaliadora do PMAQ eu fui recebida de uma forma diferente. Assim eu senti uma maior preocupação neles em tá, em por exemplo: a forma como eu fui recebida quando eu fui como pesquisadora foi bem diferente de como eu fui como avaliadora do PMAQ” (PB1)

“Não tinha usuário no CEO, pra entrevistar. Não dava dez usuários, as vezes tinha que voltar no outro dia, teve CEO no começo que a gente tava mais inexperiente, teve CEO que eu ia três vezes pra conseguir da dez usuários” (BH3)

“A possibilidade de enxergar a vivência de cada um daqueles atores, do usuário, do gestor do cirurgião dentista” (PB2)

“Condição de ir com instrumento potente... e dialogar com as partes interessadas no processo, que são o gestor, o trabalhador e o usuário no mesmo momento. Acho que foi bem interessante” (PB3)

“Em alguns CEOs quando chegava e fazia aquelas perguntas de equipamento e perguntava se tinha localizador periapical, o gerente ria, como se eu tivesse falando a coisa mais absurda do mundo ele ter o localizador apical. E ele falava assim, não sei porque tem essa pergunta, ele não entendia. Quando a gente tinha visitado, aqui...pra eles era normal ter o localizador, já tem o rotatório. Então, a gente percebe que as vezes o padrão de qualidade, eu vou ter que falar de gestão de novo, e alguns gestores não percebem que podem ser melhor, que aquilo que se espera deles.” (BH2)

III. LIÇÕES APRENDIDAS

“Foi um crescimento danado pra gente enquanto pessoa, enquanto profissional. Foi único. Foi uma experiência única” (PB1)

“Então assim, na minha experiência, no meu aprendizado nessa avaliação externa é que a gente pode melhorar muito aquilo ali, se o gestor quiser ele pode melhorar” (BH1)

“Quando fui almoçar não tinha placa nenhuma, depois do almoço todas as placas estavam lá, bonitinhas com o logo do Brasil Sorridente e com a marca do Ministério da saúde, se pelo menos a avaliação serviu pra isso, ao menos o serviço saiu da inércia” (Diário SP4)

Foi interessante o relato do dentista que afirmou que queria que o PMAQ voltasse todo mês porque foi só saber que a gente vinha avaliar que apareceu dinheiro para o ar condicionado... será que a avaliação pode ser fomentadora de pequenas transformações? (Diário SP7)

A dentista disse em “off” que o CEO foi pintado só porque o PMAQ estava chegando, que bom, pelo menos pintaram, e como voltaremos ano que vem espero que mais benfeitorias sejam feitas. (Diário SP4)

“...eles estavam preocupados pintando, a gente percebia que tinham se estruturado pra receber... os avaliadores do PMAQ estão chegando, aí a turma me disse, eles iam e pintavam... teve dentista que eu entrevistei, que chegou ao ponto de dizer pelo amor de Deus, Por favor volte daqui a seis meses, então pelo menos diga que você vai voltar daqui há seis meses. Porque assim a gente vai conseguindo as coisas...” (PE3)

“...é o papel indutor que a PMAQ traz em relação a avaliação externa, que interfere no recurso financeiro e no seu investimento no nível local...” (PE5)

“Interessante ver como os gerentes só pensaram em gestão depois que pegaram a AMAQ na mão, como se a gestão do serviço fosse só controlar metas e frequência de profissionais e estique de insumos... A AMAQ pode ter mostrado que esses gerentes têm que correr atrás de outros saberes se quiserem melhorar seus serviços e responder às demandas e expectativas do Ministério Tomara.” (Diário SP13)

“Como pode, tudo que a gerente precisa saber ela chamava o atendente, de fato esses gerentes são muito pouco preparados para dirigirem os serviços. E como seria importante instrumentalizar a gestão, porque é nítida a diferença quando o gerente é bom e sabe cumprir seu papel de líder da equipe e gestor do serviço. ” (Diário SP13)

ALGUMAS REFLEXÕES...

Diante dos achados narrados fica evidente a força da experiência pela qual esses avaliadores externos foram submetidos. Agora Dentistas/Avaliadores do PMAQ carregam vivências que mudaram seus olhares sobre os serviços e que podem revelar importantes lições a serem incorporadas nos planejamentos futuros da avaliação. Essa experiência é ilustrada por meio das três categorias aqui apontadas, ou seja, Ansiedades e descobertas com o novo, O processo e as percepções e Lições aprendidas, que convergem para a teoria central desse estudo, ou seja, que o PMAQ-CEO teve um importante componente transformador que pode ser potencializado nos próximos ciclos.

A primeira categoria, Ansiedades e descobertas com o novo, revelou que certamente os avaliadores sentiram a importância do projeto, o que fez gerar uma ansiedade natural, pois era um evento novo em suas trajetórias profissionais e perceberam a responsabilidade de cada ator envolvido. Hartz, aponta que para colaborar com as reformas, os avaliadores precisam ser proativos no processo, e certamente o PMAQ contou com avaliadores externos dispostos a se dedicarem mais para o processo do que o simples ato de anotar dados e verificar documentos. Apoiados e capacitados por um grupo gestor presente e disponível, os avaliadores, de forma autônoma, tiveram que se empoderar do processo, à medida que era de sua responsabilidade planejar a logística da avaliação, estabelecer contato com as equipes dos CEOs, descobrir os meios de transporte e hospedagem na cidade a ser visitada, além realizar a avaliação e fazer um relatório pós visita, de forma solitária, pois não havia no projeto a figura de um anotador, foi portanto, um processo intenso e um tanto solitário, apesar de todo apoio da gestão do projeto. A literatura descreve que o enfoque psicológico do “*empowerment*” revela uma pessoa, independente e autoconfiante, capaz de através de seu comportamento influenciar o seu meio e atuar de acordo com abstratos princípios de justiça e de equilíbrio e foram avaliadores empoderados, que foram se revelando fundamentais para o processo de avaliação, que constituíram o grupo de informantes desta pesquisa.

É importante destacar que a sistemática da avaliação não é institucionalizada nos serviços de saúde e por vezes não é compreendida no sentido da orientação, das oportunidades e dos aprendizados. Esse fato, pode gerar desconforto tendo em vista a interpretação equivocada que carregamos da avaliação como um meio de punição. Entretanto, o que observamos é que o empoderamento, fruto do processo e do esforço individual de avaliadores e gestores do PMAQ-CEO, fortaleceu a consciência sanitária dos avaliadores e

assim como afirmou Carvalho, fez despertar mecanismos de autoajuda e solidariedade que resultaram em uma relação muito saudável e harmoniosa do avaliador (indivíduo) com o seu meio (CEO).

Outro aspecto importante dessa categoria se traduz na simbologia do Ministério da Saúde, que cada avaliador trazia aos serviços durante as visitas. Muitas vezes os gestores municipais se sentem distantes do órgão regulador, essa sem dúvida é uma característica comum de um modelo de gestão descentralizado, mas que causa certa angústia dos coordenadores e gestores locais. No PMAQ-CEO o avaliador também foi visto como um elo entre o município e a União e o logotipo do Ministério da Saúde, estampado em seus crachás, certamente foi um componente de ansiedade, especialmente nas primeiras avaliações. Outro ponto que certamente reforçou a responsabilidade e ansiedades de cada avaliador no campo, foi o fato de que a avaliação externa foi um componente importante nas etapas do PMAQ-CEO e a nota de cada serviço poderia contribuir para o repasse de recursos nos serviços que cumprissem os padrões de qualidade pactuados.

Vencida a ansiedade, os avaliadores se depararam com as descobertas do processo. Ainda integrando a categoria *“Ansiedades e descobertas com o novo”*, observou-se a possibilidade de quebrar o distanciamento entre o que se ouve e o que realmente é. Embora alguns avaliadores já tivessem vivido experiências práticas no serviço público em suas carreiras, a oportunidade de conhecer diferentes realidades, distintas barreiras e com as fortalezas de cada serviço, se mostrou muito enriquecedora. Foi possível quebrar alguns *“pré-conceitos”* existentes e amadurecer uma nova opinião agora fortalecida pela experiência.

Nessa fase, entramos na segunda categoria: O processo e as percepções. Quando falamos de percepção temos que considerar a subjetividade dos indivíduos. Segundo Silva, subjetividade é o que diz respeito à singularidade do indivíduo, relacionado com o psiquismo ou a sua formação. Cada avaliador levou consigo suas experiências prévias e traduziu suas impressões por meio das narrativas, e essas são nosso objeto de estudo, diferente do instrumento que era quantitativo e objetivo, lembrando que a narrativa permite que o indivíduo conte sua história a partir do seu ponto de vista.

Alguns avaliadores relatam situações inaceitáveis e serviços deteriorados que não deveriam ostentar a marca do ministério da saúde, foram relatados condições sanitárias comprometidas e que mereciam intervenção imediata. A observação de baratas, mofo nas paredes, não era regra, pelo contrário, era exceção nos serviços, mas emergiram com muita força nos discursos, possivelmente porque causaram sentimentos e impressões marcantes nos avaliadores.

A ociosidade do serviço, também estava presente na fala de diversos avaliadores. Poucos estudos têm acompanhado o processo de implementação e desempenho dos CEOs no território brasileiro, mas um estudo realizado no estado de Minas Gerais apontou que as metas de produção mínima são cumpridas apenas por uma minoria de CEOs no estado. Chaves et al, fizeram observações semelhantes às avaliadoras externas do PMAQ-CEO, à medida que identificaram nos serviços avaliados baixas e diferenciadas

taxas de utilização, e sugeriram que o não cumprimento da carga horária real dos profissionais poderia ser um fator explicativo deste fenômeno, os autores afirmam que conflitos de interesses oriundos de uma prática profissional mista (pública e privada) são desafios para gestão, pois a lógica dominante do campo privado odontológico está presente nas aspirações da maioria dos profissionais, que acabam por priorizar o consultório privado em detrimento do serviço público. Esse mesmo nó crítico da gestão foi apontado como um dos maiores desafios para expansão e consolidação do Brasil Sorridente como política de Estado.

Por outro lado, os serviços, em sua maioria, apresentavam níveis de qualidade que surpreenderam a maioria dos avaliadores, especialmente quando se tratava de técnica e estrutura física. Para Donabedian, a avaliação de qualidade de serviços de saúde considera que as condições estruturais (recursos financeiros, humanos, físicos, organizacionais, entre outros), podem favorecer os dados relativos aos processos que definem essas práticas, pois esses fatores têm potencial para mensuração de resultados das mesmas. Góes et al, em seu estudo revelaram que em serviços mais estruturados houve um melhor cumprimento da atenção secundária, mesmo a questão estrutural não sendo considerada como o principal entrave à avaliação.

Aqui vale um parêntese, apenas para nossa reflexão, que pode remeter em partes aos pré-conceitos citados acima, à medida que alguns avaliadores mostram surpresa com a qualidade dos CEOS, isso porque no imaginário coletivo há uma percepção de que o SUS não pode e não é capaz de oferecer serviços de qualidade à população, tão pouco em locais que agradam aos olhos e com infraestrutura de primeira linha.

Além de todas as barreiras que os SUS enfrenta de subfinanciamento, formação inadequada de recursos humanos, modelo ainda medicalocêntrico e hospitalocêntrico, ainda temos que nos deparar com percepções que geram distanciamento da população com o sistema. Souza aponta que a descrença com o sistema de saúde faz com que uma grande parcela da população busque os serviços privados, ainda Araújo afirma que a ideia de polarização mídia-SUS, ou da mídia contra o SUS, prejudica o entendimento real do processo de produção social do processo saúde doença pela população. Mendes, por sua vez, afirma que quando a mídia trás o 'caos da saúde' obscurece alguns resultados exitosos e responsabiliza o SUS pelas dificuldades apresentadas de maneira descontextualizada. Silva e Rasera nos convidam à uma reflexão, que nos remete às 12ª e 13ª conferências nacionais de saúde, que em seus relatórios afirmaram que os veículos de comunicação devem se engajar na divulgação crítica e contextualizada do SUS, promovendo o entendimento de seu funcionamento, bem como a participação política dos usuários, via controle social, para assim gerar melhorias no SUS.

Quem sabe quando as vozes das Conferências forem ouvidas, por quem tem nas mãos os poderosos meios de comunicação, possamos ouvir menos frases de espanto de alunos e profissionais de saúde ao se depararem com um SUS que funciona, bem diferente daquele SUS caótico que a mídia lhes oferece na hora do jantar.

A terceira categoria nos convida a refletir sobre o componente pedagógico que essa avaliação carregou. Sendo importante destacar que quando falamos em Lições aprendidas nos referimos aos aprendizados relatados pelos avaliadores e também pelos profissionais atuantes nos CEOs.

Não resta dúvida que os avaliadores tiveram uma excelente oportunidade de participar de um projeto de avaliação nacional em saúde bucal único, e que certamente contribuirá para as tomadas de decisões futuras em suas carreiras. Os avaliadores afirmaram que não saíram como entraram, já que aprenderam no próprio processo de fazer a avaliação. A literatura cita o grande potencial que o *'aprender fazendo'* pode proporcionar ao processo ensino-aprendizagem, pois pressupõe transformar a sequência teoria e prática na produção do conhecimento, assegurando a ideia de que no processo precisa estar contida a vivência, para que a realidade colabore com quebra de paradigmas e pré-conceitos. Na avaliação, esse fato também se confirma Milstein aponta que a maior lição aprendida após sua experiência foi que as pessoas e as organizações aprendem a avaliar durante o processo, e que as orientações e instruções não são capazes de preparar totalmente para a tarefa de executar uma avaliação. A troca de informações entre avaliadores, coordenadores estaduais e gerência do projeto viabilizaram que fossem sanadas dúvidas que só na prática poderiam surgir, para isso usamos de estratégias diversas de comunicação, criamos um e-mail do grupo, um grupo no *"Facebook"* e a estratégia mais eficaz foi, sem dúvida o grupo de *"WhatsApp"*. Estudos apontam para agilidade e flexibilidade dessa ferramenta e seus benefícios por ser gratuito e possibilitar troca rápida de mensagens.

Neste ponto da discussão devemos retomar o conceito de empoderamento, como citamos há pouco o *"empowerment"* psicológico, que gera autonomia do sujeito, mas pode ficar limitado a isso, os autores afirmam que este tipo de empoderamento pode gerar a falsa impressão de existência efetiva de poder, à medida que os avaliadores externos deveriam ser imparciais em suas análises e na saúde coletiva as mudanças e intervenções na realidade não se dão no plano individual, no entanto, como forma de superar as mencionadas limitações do primeiro conceito, alguns teóricos buscam em Paulo Freire e Saul Alinsky as bases teóricas para a formulação de uma concepção alternativa denominada de *"empowerment"* comunitário. Espera-se, como resultado deste segundo conceito:

...o aumento da capacidade dos indivíduos e coletivos para definirem, analisarem e atuarem sobre seus próprios problemas. Mais do que repassar informações e induzir determinados comportamentos, esta estratégia sugere que as pessoas e coletivos sejam apoiados no processo de reflexão sobre os problemas postos pela vida em sociedade, procurando contribuir para a tomada de decisões, o desenvolvimento da consciência crítica e o aumento da capacidade de intervenção sobre a realidade (Carvalho 2004).

Nas narrativas dos avaliadores observamos que foi possível, em alguma medida, buscar a superação do *"empowerment"* psicológico em direção ao *"empowerment"* comunitário, no qual a construção de uma consciência crítica, fruto dos aprendizados, primeiro dos avaliadores e depois dos serviços e seus traba-

lhadores, aumentaram a capacidade de intervenção na realidade, entretanto, fazemos um alerta, que a avaliação externa do PMAQ-CEO foi uma intervenção pontual, que precisa, assim como as ações promotoras de saúde, de medidas contínuas, especialmente com foco na gestão, pois o retorno à rotina, pode levar serviços e profissionais às mesmas práticas, nem sempre as mais adequadas, observadas e discutidas entre avaliadores e profissionais dos CEOs. O PMAQ foi planejado para ter um fluxo contínuo em que equipe e serviço contratualizam, passam pela segunda fase denominada desenvolvimento, ai então se dá a avaliação externa e os serviços então recontratualizam e reiniciam o ciclo, cabe ao Ministério da Saúde garantir este fluxo (Figura 8).

Figura 8. Fluxo de etapas do PMAQ-CEO



O empoderamento só vai se dar, de fato, quando pudermos observar, ao longo dos próximos ciclos do PMAQ-CEO as realidades locais sendo transformadas como sugerem Raerburn e Rootman. Para potencializar este papel pedagógico do PMAQ-CEO, melhorando a capacidade dos avaliadores para identificarem peculiaridades e colaborarem com os serviços, talvez os próximos ciclos do PMAQ-CEO pudessem pensar em capacitações ainda mais efetivas, quem sabe com a implantação de um curso de média duração, que pudesse instrumentalizar ainda mais os avaliadores no campo para as discussões com os profissionais e, quem sabe teríamos mais sucesso para alcançar o almejado “empowerment” comunitário neste processo pedagógico.

Alguns autores já vem inserindo novas propostas e explorando as competências dos avaliadores. Ensminger, traz a ideia do avaliador como treinador e define esse processo como ...

“O Desafio de apoiar uma pessoa ou uma equipe para desenvolver maneiras de pensar, modos de ser e modos de aprender na avaliação, para alcançar objetivos pessoais e organizacionais baseadas nas práticas da avaliação.*

Paulo Freire afirma que a educação se dá na reflexão da realidade do educando, retornando posteriormente a esta mesma e transformando-a. Nas falas e narrativas dos avaliadores podemos evidenciar componentes que revelam mudanças profundas do ponto de vista pessoal e profissional, entretanto, para que se confirme nossa hipótese, de que o processo do PMAQ-CEO possibilitou mudanças permanentes nos serviços e nos profissionais que lá trabalham, será necessária a verificação da transformação “in loco”, nos próximos ciclos do PMAQ-CEO.

Outro aspecto que surgiu com muita força nos discursos e narrativas dos avaliadores foi o fato do PMAQ-CEO produzir indução nos serviços e na gestão local. Pequenas benfeitorias foram observadas e sentidas pela equipe e eles afirmavam que foi a presença do avaliador que impulsionou tais mudanças.

No PMAQ-AB, começam a surgir relatos de mudanças induzidas pelas avaliações, Vitali et al observaram que serviços com pior desempenho têm buscado melhorias na estruturação da Atenção Básica (AB), evidenciando o papel indutor de mudanças decorrentes da avaliação, outros autores, relatam que o segundo ciclo do PMAQ-AB começou sem que as equipes pudessem refletir suas práticas e fazer as mudanças necessárias. Alertamos, portanto, para os múltiplos potenciais que este tipo de avaliação possui, o que impõe aos seus organizadores planejar formas de explorar cada um dessas potencialidades, afim de que o processo gere o maior número de benefícios durante e ao final da avaliação, garantindo a eficiência nos processos.

Por fim, após descrever as Ansiedades vividas pelos avaliadores e descobertas feitas por eles no campo, foi possível que cada um, com suas experiências prévias, vivesse o processo e percebesse suas nuances sob sua ótica, culminando em aprendizados que conferiram à avaliação externa um caráter pedagógico, que resultou em saberes diversos tanto para avaliadores quanto para os avaliados. Diante desta trajetória descrita, como um fio condutor capaz de unir as três categorias emergiu das análises uma teoria, que pode refletir a grandeza do que foi a avaliação sob o olhar do avaliador externo, denominamos esta teoria do caráter transformador da avaliação externa (Figura 9).

Figura 9. A teoria Central: O caráter Transformador do Processo de Avaliação



**A TEORIA CENTRAL:
O CARÁTER
TRANSFORMADOR DO
PROCESSO DE AVALIAÇÃO**

Motivados por uma melhor compreensão do processo do PMAQ foi possível descobrir, por meio dos olhares dos avaliadores externos, o papel transformador dessa fase. Quando os avaliadores começaram a revelar os aprendizados obtidos, pode-se perceber que a interação estabelecida entre os diferentes atores envolvidos foi o grande propulsor dessa transformação.

De maneira inconsciente e despreziosa as relações, conversas e trocas durante a avaliação deram a oportunidade das pessoas refletirem sobre seus papéis e reverem suas atitudes. As próprias ferramentas da avaliação, como por exemplo, o AMAQ foi capaz de despertar anseios por mudanças, fazer com que os coordenadores tivessem parâmetros para auto avaliar o serviço. Entretanto certamente o PMAQ também deixou inquietações, mas segundo Contandriopoulos, a avaliação...

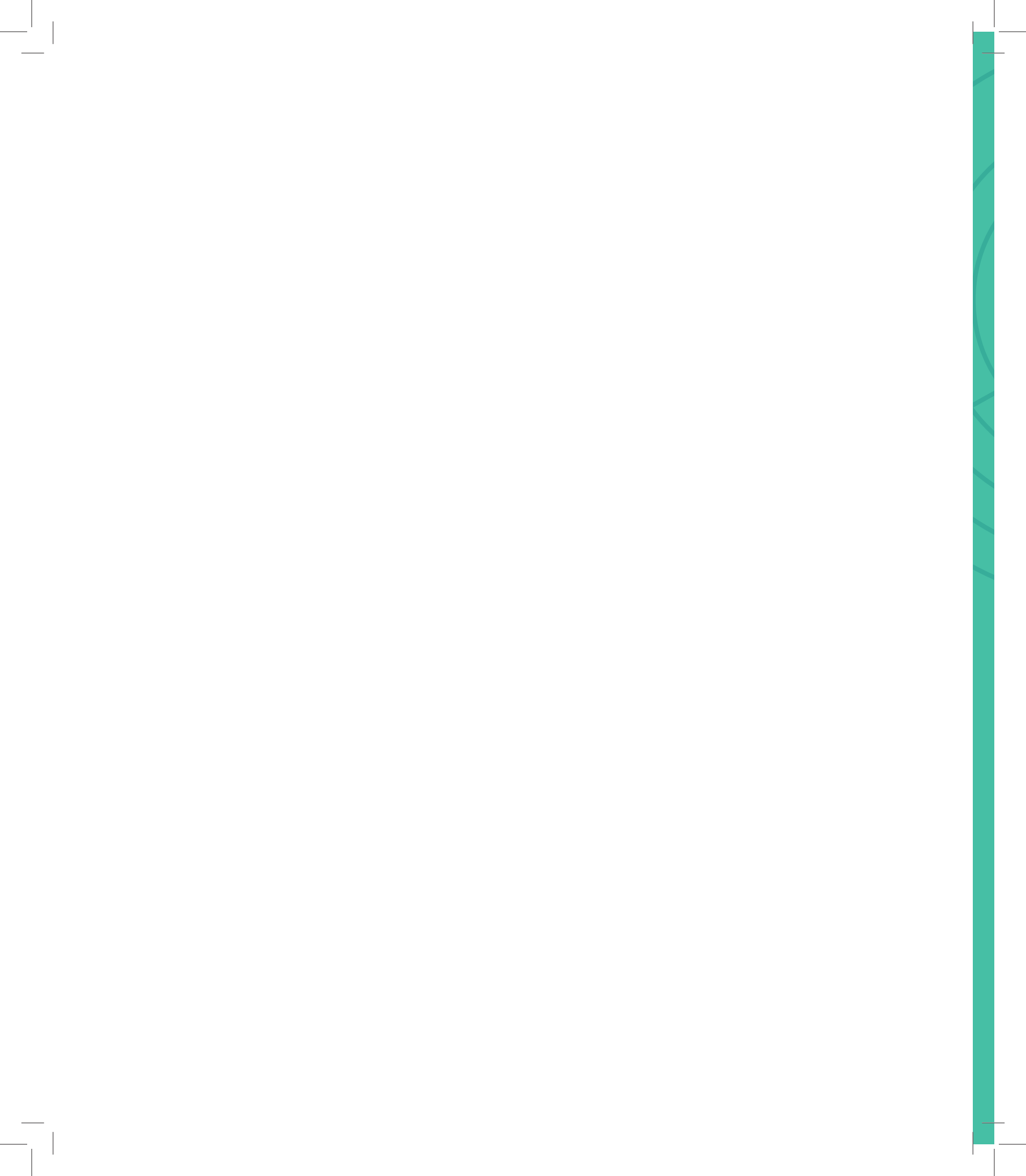
“Semeia dúvidas sem ter condições de dar todas as respostas e não pode nunca terminar realmente, deve ser vista como uma atividade

dinâmica no tempo, apelando para atores numerosos, utilizando métodos diversos e envolvendo competências variadas”.

Por isso a necessidade de continuidade e aperfeiçoamento do PMAQ é fundamental, e nesse ponto esse estudo contribuiu para identificarmos, e porque não dizer “*reavaliarmos*” o importante papel do avaliador externo. De uma maneira provocativa Preskill, instiga a ideia de que o papel pedagógico da avaliação deve ser mais claro durante o processo, e que ao invés de supor que os atores da avaliação irão apontar resultados de aprendizagem, seja feita uma conscientização e orientação para de fato alcançá-la. Por fim, voltando ao que nos afirma Foucault, vale a reflexão de que se todo este grande potencial transformador puder ser aproveitado durante a avaliação externa dos próximos ciclos do PMAQ-CEO, possivelmente experimentaremos o poder da avaliação não só naquilo que julgamos saber, mas nas surpreendentes coisas que poderão ser reveladas durante o processo.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos avaliadores externos por participarem deste estudo e ao conselho gestor do PMAQ-CEO pela confiança em nós depositada na autoria deste capítulo.





Serviços

parte 3

Práticas de cuidado nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)

*Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz
Elisa Miranda Costa
Idiana Rita Luvison
Pollyana Oliveira Marinho
Paulo Sávio Angeiras de Goes
Rafiza Félix Marão Martins*

APRESENTAÇÃO

Dados dos quatro grandes levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil têm apontado melhorias nas condições de saúde bucal da nossa população. No entanto, ainda persistem vários problemas; e muitas das metas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde não estão sendo alcançadas. Permanecem altas as taxas de doença periodontal, cárie dentária (especialmente nos extremos de idade e entre os mais pobres), edentulismo e má oclusão. O Brasil tem sido caracterizado pela mídia nacional e internacional como um país de edêntulos. Além disso, a oferta de serviços de saúde não é capaz de suprir toda a demanda. Há ainda um grande contingente populacional que nunca foi ao dentista ou que foi já há bastante tempo.

No entanto, não basta apenas ampliar o acesso. É preciso atentar para a forma como os serviços estão sendo realizados a fim de impactar positivamente na saúde de nossa população. Por algum tempo, percebeu-se que quanto mais uma pessoa visitava o dentista, maior era o número de dentes cariados, perdidos ou restaurados que possuía. A explicação para esse paradoxo está centrada no modelo de atenção à saúde prestado ao usuário, predominantemente focado na doença e não na promoção da saúde.

Face ao exposto, tem havido uma importante produção científica sobre os “modelos assistenciais” e/ou “modelos de atenção à saúde” vigentes no Brasil. A própria polissemia desses construtos é discutida. Em saúde bucal, esse debate tem avançado na última década, mas ainda é incipiente. Ademais, a despeito de existirem há mais de 10 anos, não fomos capazes de identificar estudos sobre as práticas de cuidado vigentes nos Centros de Especialidades

Odontológicas (CEO), e de sua importância para o enfrentamento dos problemas de saúde bucal, de modo a contribuir para a integralidade no SUS.

Neste capítulo, objetivou-se caracterizar os modelos de atenção em saúde que (co)existem no Brasil, apresentando os principais marcos históricos para a estruturação dos modelos assistenciais em saúde (bucal) e discutir as práticas de cuidado nos CEO, apontando seus limites e potencialidades.

REFERENCIAL TEÓRICO SOBRE PRÁTICAS DE CUIDADO (MODELOS ASSISTENCIAIS) EM SAÚDE

Modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais referem-se à lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde. Refletem as combinações tecnológicas dispostas nos meios de trabalho. Indicam um determinado modo de dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre riscos e danos à saúde. Segundo Silva Júnior e Alves, são o modo como se organizam, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo aspectos tecnológicos e assistenciais; a forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para o enfrentamento dos problemas de saúde de uma coletividade.

Alguns autores alertam para uma distinção conceitual entre “modelos assistenciais” e “modelos de atenção à saúde”. Os primeiros representam um conjunto de ações em saúde, ao passo que os últimos são mais amplos, podendo inclusive agregar ações externas ao setor saúde. Neste capítulo não faremos distinção entre ambos.

Os modelos assistenciais em saúde refletem a ideologia do Estado, o desenvolvimento econômico, a forma de organização do governo, o nível educacional da população, assim como os padrões de cultura e tradição popular. Historicamente, observam-se três modelos assistenciais em saúde no Brasil: o modelo assistencial “sanitarista”, o médico-assistencial privatista e os modelos assistenciais alternativos.

O primeiro modelo, o assistencial “sanitarista”, apresentava como componentes as ações sanitárias, os serviços de saúde de modo individualizado e fragmentado, direcionados para necessidades específicas de determinados grupos. Como exemplos dessa natureza podem ser citados: as campanhas (vacinação, combate às

epidemias, reidratação oral etc.), os programas especiais (controle de tuberculose, da hanseníase, saúde da criança, saúde da mulher e saúde mental) e ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

O modelo médico-assistencial privatista está voltado para a concepção da “demanda espontânea”, onde a procura pelo serviço é realizada espontaneamente pelo indivíduo. Portanto, o serviço organiza-se de maneira a curar ou reabilitar, na medida em que a busca pelo serviço é motivada pela doença. Esse modelo estava vinculado à Assistência Médica Previdenciária e apresentava como público-alvo, os trabalhadores urbanos e industriais.

Esses dois modelos coexistiam no Brasil de forma contraditória, e, paradoxalmente, complementar. Um voltado para a lógica da demanda (espontânea) e o outro buscando atender necessidades nem sempre expressas em demanda. Porém, não davam conta de garantir integralidade, universalidade ou equidade à população.

Após a Constituição de 1988, os chamados modelos assistenciais alternativos incluem uma nova lógica de compreensão da saúde, tendo como objetivos intervir sobre os seus determinantes sociais e garantir a integralidade da atenção. A criação do SUS tem sido fundamental para as transformações nas práticas de saúde e reorientação dos modelos assistenciais.

Mais recentemente, Jairnilson Paim apresentou uma nova tipologia dos modelos de atenção à saúde no Brasil, qual seja: 1) Modelos de atenção hegemônicos, incluindo (a) Modelo médico assistencial privatista, (b) Modelo de atenção gerenciada, (c) Campanhas sanitárias e programas especiais, (d) Vigilância sanitária e epidemiológica, e (e) Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) / Programa Saúde da Família (PSF); e 2) Modelos/Propostas alternativas, incluindo o que ele chamou de (a) Oferta organizada, (b) Distritalização, (c) Ações programáticas em saúde, (d) Vigilância da saúde, (e) Estratégia Saúde da Família, e (f) Acolhimento. Nessa classificação foram consideradas algumas experiências exitosas implementadas em âmbito local/regional, mas sem alcance nacional.

De qualquer forma, há consenso entre os autores sobre a importância do acúmulo teórico e de experiências em diversas regiões do mundo – levando ao desenvolvimento de documentos, encontros, movimentos sociais e políticos – na conformação dos modelos assistenciais. Neste cenário mundial de disputa paradigmática onde se observa o embate entre ideologias, nasce o SUS. De um lado, os movimentos em prol do estado de bem estar social, e do outro, forças (neo)liberais orientadas pela lógica do mercado. Isso vem marcando a configuração do nosso sistema de saúde e, por conseguinte, do(s) modelo(s) assistencial(is) em vigor no país.

Alguns marcos históricos que influenciaram e ainda estão norteando a configuração dos modelos assistenciais brasileiros são listados nos Quadros 10 e 11.

Quadro 10. Principais marcos históricos internacionais para os modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. (continua)

Ano	Local	Marco	Principais Características e/ou Recomendações
1910	• EUA	RELATÓRIO FLEXNER	Estabelece bases para uma reforma curricular no ensino médico, a partir do modelo biomédico hegemônico
1920	• GRÃ-BRETANHA	RELATÓRIO DAWSON	Considerado um dos primeiros documentos a criticar o modelo assistencial biomédico hegemônico
1926	• EUA	RELATÓRIO GIES	Estabelece bases para uma reforma curricular no ensino odontológico a partir do modelo biomédico hegemônico
1974	• CANADÁ	RELATÓRIO LALONDE: UMA NOVA PERSPECTIVA NA SAÚDE DOS CANADENSES	Primeiro relatório governamental moderno no mundo ocidental a reconhecer que a ênfase em assistência médica sob um ponto de vista biomédico é errado, e que é necessário olhar além do sistema tradicional de saúde (tratamento dos doentes) se o objetivo é melhorar a saúde pública. Propôs um novo conceito de saúde, baseado em elementos gerais: biologia, ambiente, estilo de vida e organização da assistência sanitária. Enfatizou a responsabilidade de cada indivíduo em mudar seus comportamentos para melhorar sua saúde e propôs que intervenções da saúde pública deveriam dar ênfase a segmentos da população sob maior risco.
1977	• SUÍÇA	30ª ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE	Lança o movimento Saúde Para Todos no Ano 2000.
1978	• CAZAQUISTÃO, URSS	DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA NA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE	Estabeleceram as bases da Atenção Primária em Saúde, declarando que a saúde é um direito humano fundamental, resultante de fatores sociais e econômicos, dentre outros; e que a garantia da saúde é de responsabilidade dos governos. Conclama os cidadãos a participarem do planejamento em saúde. Marco mais importante do movimento Saúde Para Todos no Ano 2000.
1980	• INGLATERRA	THE BLACK REPORT	Chamou a atenção internacional para a amplitude da iniquidade social e a relação de classe social com indicadores de morbidade e mortalidade.
1986	• CANADÁ	CARTA DE OTTAWA NA I CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	Ratifica a importância da promoção à saúde e aponta, principalmente, a influência dos determinantes sociais sobre a saúde dos indivíduos e populações. Afirma que a educação em saúde integra a promoção à saúde, abrangendo em seu conjunto cinco estratégias: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais. Identifica cinco campos de ação para a promoção da saúde: construção de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; desenvolvimento de habilidades; reforço da ação comunitária; e reorientação dos serviços de saúde.

Quadro 10. Principais marcos históricos internacionais para os modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. (continua)

Ano	Local	Marco	Principais Características e/ou Recomendações
1986	CANADÁ	“EPP REPORT”: ALCANÇANDO SAÚDE PARA TODOS	Defende uma concepção de serviços de saúde não centrada na doença.
1988	AUSTRÁLIA	DECLARAÇÃO DE ADELAIDE NA II CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	O tema central foram as políticas voltadas para a saúde (políticas saudáveis). As políticas públicas saudáveis caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população. O principal propósito de uma política pública saudável é criar um ambiente favorável para que as pessoas possam viver vidas saudáveis.
1991	SUÉCIA	DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL NA III CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	Nesta III Conferência, cujo tema central foi “Ambientes Favoráveis à Saúde”, conclamou-se todos os povos, nas diferentes partes do globo, a se engajarem ativamente na promoção de ambientes mais favoráveis à saúde. Ao examinar, conjuntamente, a situação atual da saúde e do meio ambiente, a Conferência apontou para a situação de milhões de pessoas vivendo em extrema pobreza e privação, em um ambiente altamente degradado que ameaça cada vez mais sua saúde, dificultando o alcance da meta da Saúde Para Todos no Ano 2000. Doravante, o caminho deve ser tornar o ambiente - físico, social, econômico ou político - cada vez mais propício à saúde.
1992	COLÔMBIA	DECLARAÇÃO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ NA I CONFERÊNCIA LATINO- AMERICANA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	Representantes de 21 países reuniram-se para definir o significado da promoção da saúde na América Latina e debater princípios, estratégias e compromissos relacionados com o sucesso da saúde da população da região. A Conferência tentou responder a problemas específicos das nações latino-americanas e incorporar recomendações de reuniões e experiências anteriores sobre promoção da saúde. Três ações principais são apontadas como estratégicas na região: 1) Impulsionar a cultura da saúde, modificando valores, crenças, atitudes e relações que permitam a produção e usufruto de bens e oportunidades para facilitar opções saudáveis. 2) Transformar o setor saúde colocando em relevo a estratégia de promoção da saúde, o que significou garantir o acesso universal aos serviços de atenção e modificar os fatores condicionantes que produzem morbimortalidade; e 3) Convocar, animar e mobilizar um grande compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade. Este é um processo que tende a modificar as relações sociais de modo que sejam inaceitáveis a marginalidade, a iniquidade, a degradação ambiental e o mal-estar que estas produzem.

Quadro 10. Principais marcos históricos internacionais para os modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. (continua)

Ano	Local	Marco	Principais Características e/ou Recomendações
1997	• INDONÉSIA	DECLARAÇÃO DE JACARTA NA IV CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	Teve por tema central “Determinantes da saúde: novos desafios”. Ofereceu um enfoque para a promoção da saúde no século 21. Ratificou o compromisso de recorrer à mais ampla gama de recursos para enfrentar os determinantes da saúde no século 21. Assumiu como pré-requisitos para a saúde: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. E elegeru a pobreza como a maior ameaça à saúde das populações. Estabeleceu cinco prioridades para a Promoção da Saúde no Século 21, quais sejam: 1. Promover a responsabilidade social para com a saúde; 2. Aumentar os investimentos para fomentar a saúde; 3. Consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; 4. Aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo; e 5. Assegurar uma infraestrutura para a promoção da saúde.
1998	• SUÍÇA	REDE DE MEGAPAÍSES NA I REUNIÃO DA REDE REALIZADA EM GENEVRA	Criação da Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde, da Organização Mundial da Saúde, que nasceu do reconhecimento da necessidade e do potencial para possibilitar um maior impacto na saúde mundial, por meio da formação de uma aliança entre os países mais populosos do mundo, que até o ano 2000, teriam uma população de 100 milhões ou mais, compreendendo 60% da população mundial: Bangladesh, Brasil, China, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Federação Russa e Estados Unidos da América. A missão da Rede é fortalecer a capacidade de promoção da saúde global e nacional.
2000	• MÉXICO	DECLARAÇÃO DO MÉXICO E DOCUMENTO “PROMOCIÓN DE LA SALUD: HACIA UNA MAYOR EQUIDADE”, NA V CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.	Reconhecem avanços, mas apontam a persistências de vários desafios à saúde. Seis ações prioritárias são apontadas: 1. Colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais; 2. Os Ministérios da Saúde deveriam assumir um papel de liderança para assegurar a participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na implementação das ações de promoção da saúde; 3. Apoiar a preparação de planos de ação nacionais para promoção da saúde; 4. Estabelecer ou fortalecer redes nacionais e internacionais que promovam a saúde; 5. Apoiar a ONU na supervisão dessas ações.
SÉC. 20 E 21	• AMÉRICA LATINA	OBRA DE JUAN CESAR GARCIA, ASA CRISTINA LAURELL, JAIME BREILH, DENTRE OUTROS	Trabalhos que introduziram importantes evidências no campo das Ciências Sociais e da Epidemiologia Social sobre as relações entre Trabalho, Classe Social, Gênero, Racismo, e outros determinantes sobre a saúde.

Quadro 10. Principais marcos históricos internacionais para os modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. (conclusão)

Ano	Local	Marco	Principais Características e/ou Recomendações
2005	TAILÂNDIA	CARTA DE BANGKOK PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE, NA VI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.	Afirmou que as políticas e as parcerias que visam a empoderar as comunidades, melhorar a saúde e a equidade deveriam ser incluídas e priorizadas nos projetos de desenvolvimento global e nacionais. Assumiu compromissos a fim de tornar a promoção da saúde: uma preocupação central na agenda do desenvolvimento global; uma responsabilidade central para os governos; um dos principais focos das comunidades e da sociedade civil; uma exigência da boa prática corporativa.
2009	KENIA	THE NAIROBI CALL TO ACTION FOR CLOSING IMPLEMENTATION GAP IN HEALTH PROMOTION, NA VII CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.	A Conferência teve cinco temas principais. Tema 1: Comunidade de Capacitação: a capacitação da comunidade necessariamente abordando determinantes sociais, culturais, políticos e econômicos. Tema 2: Alfabetização em Saúde: A Alfabetização em saúde possibilita aos indivíduos ter acesso, compreender e utilizar informações que os capacite a promover saúde. Tema 3: Reforço dos sistemas de saúde para a Promoção da saúde. Tema 4: Parcerias e ação intersetorial. Tema 5: Institucionalização da capacidade de promoção da saúde.
2013	FINLÂNDIA	“THE HELSINKI STATEMENT ON HEALTH IN ALL POLICIES” E “PROMOTING HEALTH FOR ALL AND SOCIAL JUSTICE IN THE ERA OF GLOBAL CAPITALISM”, NA VIII CONFERÊNCIA GLOBAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE: SAÚDE EM TODAS AS POLÍTICAS.	Objetivou, entre outros, facilitar a troca de vivências e estabelecer orientações para implementação da abordagem “Saúde em Todas as Políticas”. Conclamou os governos a cumprir as suas obrigações para com a saúde e o bem-estar, 1) comprometer-se com a saúde e a equidade como uma prioridade política, adotando os princípios da Saúde em Todas as Políticas e agir sobre os determinantes sociais da saúde; 2) garantindo estruturas eficazes, processos e recursos que permitam a implementação da saúde em todas as políticas através de governos em todos os níveis e entre os governos; 3) fortalecendo a capacidade dos Ministérios da Saúde para envolver outros setores do governo através de liderança, parceria, advocacia e mediação para alcançar melhores resultados de saúde; 4) desenvolvendo a capacidade institucional e habilidades que possibilitem a implementação de Saúde em Todas as Políticas e fornecer evidências sobre os determinantes da saúde e da desigualdade e em respostas eficazes; 5) adotando auditoria e prestação de contas mecanismos transparentes para os impactos na saúde e patrimoniais que construir a confiança em todo o governo e entre governos e seus povos; 6) estabelecendo conflito de medidas de interesse que incluem salvaguardas eficazes para proteger as políticas de distorção por interesses comerciais e adquiridos e influência; 7) incluindo comunidades, movimentos sociais e da sociedade civil no desenvolvimento, implementação e monitorização da Saúde em Todas as Políticas, e fomentando a educação em saúde na população.

Trabalhos de pesquisadores brasileiros introduziram importantes evidências no campo das Ciências Sociais e da Epidemiologia Social sobre as relações entre Trabalho, Classe Social, Gênero, Racismo, e outros determinantes sobre a saúde. No campo da saúde bucal coletiva, destacam-se Paulo Capel Narvai, Paulo Frazão, Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira, José Leopoldo Ferreira Antunes, Marco Aurélio Peres, Gilberto Alfredo Pucca Júnior, Volnei Garrafa, Paulo Sávio Goes, dentre outros. No cenário internacional destaca-se o professor Aubrei Sheiham, sul-africano com forte atuação tanto na formação de recursos humanos, como na pesquisa e na militância pela saúde bucal coletiva.

Quadro 11. Principais marcos históricos nacionais para os modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil.

(continua)

Ano	Principais Características e/ou Recomendações
1950 a 1974	A Lei 6050, o Decreto Federal nº 76.872 e a Portaria GM/MS nº 635. Determinam a obrigatoriedade de fluoretar a água, em todo o país, nos sistemas públicos de abastecimento dotados de estação de tratamento de águas.
1979	1ª Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Pública, realizada na sede da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em Brasília, mobilizou técnicos, profissionais, estudantes e professores de programas de Pós-Graduação em Medicina Social e Saúde Pública para fundar a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO.
1986	VIII Conferência Nacional de Saúde e 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Estabelece os princípios norteadores para a reestruturação do sistema de saúde do Brasil. Discute a saúde bucal como parte integrante e indissociável da saúde das populações. 1º Levantamento Nacional de Saúde Bucal e Relatório dos resultados principais.
1988	Promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil. Declara que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas públicas intersetoriais. Assume o conceito ampliado de saúde, que é compreendida como um direito de cidadania e não como um bem de consumo (artigos 196 a 200).
1989	Portaria GM nº 613/89. Institui a primeira Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. Fundamentava-se em cinco princípios: universalização, participação da comunidade, descentralização, hierarquização e integração institucional.
1989	Institui o Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária (Precad), especialmente por meio da expansão da oferta de flúor à população. Portaria nº 22. Regulamentou a concentração de substâncias fluoretadas em dentifrícios e enxaguatórios bucais comercializados no país.
1990	Norma Operacional Básica Lei 8.080, Lei orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei 8.142, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Quadro 11. Principais marcos históricos nacionais para os modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil.*(continua)*

Ano	Principais Características e/ou Recomendações
1991	Institui o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O Ministério da Saúde (MS) cria os “Procedimentos Coletivos” na tabela do SIA-SUS (Portaria nº 184). Aprova-se a nova tabela de procedimentos odontológicos, financiando ações de caráter preventivo (Portaria MS nº 184). Pretendia-se reverter o modelo assistencial cirúrgico-restaurador.
1992	Declaração do Rio sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento na I Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento. Teve por objetivo de estabelecer parcerias globais com vistas à cooperação entre Estados, sociedade organizada e indivíduos, em prol da proteção da integridade do sistema global de meio ambiente e desenvolvimento, reconhecendo a natureza integral e interdependente da Terra. A Conferência proclamou 27 princípios em defesa do desenvolvimento sustentável.
1993	2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Incentiva a participação da sociedade civil de modo a garantir a efetiva inclusão de ações e serviços de saúde bucal no SUS.
1994	Institui o Programa Saúde da Família (PSF) em âmbito nacional.
1996	Portaria 2.203, que aprova a Norma Operacional Básica (NOB 01/96), que redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. 2º Levantamento Nacional de Saúde Bucal e Relatório dos resultados principais
1998	O PSF passa a ser considerada uma Estratégia e não mais um Programa. Assume-se seu caráter mais perene.
1999	Lei 9.836, acrescenta dispositivos à Lei no 8.080. Neste ano, institui-se ainda o 1º pacto de indicadores da AB (Portaria MS nº 476 de 14/04/1999).
2000	Emenda Constitucional n. 29, altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Portaria GM nº 1444, dispõe sobre a inclusão das Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. Criação do Departamento de Atenção Básica (DAB). Portaria 1.444, de 28/12/2000, pelo MS, estabelecendo incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal nos municípios pelo PSF. Mas a oferta dos serviços só teve início em 2001. Cada ESB deveria atender, em média, 6900 pessoas/ano e poderia ser implantada 1 ESB: 2 ESF. Cria-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (Lei nº 9.961).
Séculos 20 e 21	Trabalhos de pesquisadores brasileiros (Cecília Donângelo, Sérgio Arouca, Jairnilson Paim, Naomar Almeida Filho, dentre outros) que introduziram importantes evidências no campo das Ciências Sociais e da Epidemiologia Social sobre as relações entre Trabalho, Classe Social, Gênero, Racismo, e outros determinantes sobre a saúde. No campo da saúde bucal coletiva, destacam-se Paulo Capel Narvaj, Paulo Frazão, Paulo Goes, Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira, José Leopoldo Ferreira Antunes, Marco Aurélio Peres, Gilberto Alfredo Pucca Júnior, Volnei Garrafa.

Quadro 11. Principais marcos históricos nacionais para os modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil.*(conclusão)*

Ano	Principais Características e/ou Recomendações
2002	Lei 10. 424, acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080 Portaria 373, aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002.
2003	3º Levantamento Nacional de Saúde Bucal e Relatório dos resultados principais 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Os principais temas debatidos foram: Educação e Construção da Cidadania, Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal, Formação e Trabalho em Saúde Bucal e Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal.
2004	Estabelece diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal, a fim de reorganizar a atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco — pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais. As principais linhas de ação do programa são a reorganização da atenção básica em saúde bucal (principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público, articulação de ações intraministeriais e interministeriais e a ampliação e qualificação da atenção especializada (especialmente com a implantação de Centros de Referência de Especialidades Odontológicas (CREO), posteriormente denominados Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias).
2005	Lei 11.108, altera a Lei no 8.080
2006	Resolução 399, divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a Estratégia Saúde da Família como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial em saúde no Brasil. A 2ª edição da política (2007) ratifica esta proposição e fortalece a ESF Política Nacional de Promoção de Saúde, estabelece referenciais para a Promoção de Saúde no país. Até o momento, já foram lançadas 3 edições da Política (2006, 2010 e 2014).
2008	Lei 11.899, regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar de Saúde Bucal.
2010	4º Levantamento Nacional de Saúde Bucal e Relatório dos resultados principais
2011	Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde, na Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde.

© FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE NOS DADOS OBTIDOS NO 1º CICLO DO PMAQ-CEO

A necessidade de mudança das práticas e da maneira de organização da assistência, impulsionada pela criação do SUS, não ficou restrita à assistência médica, ou seja: significa que todas as práticas de saúde, inclusive a odontológica, precisaram se renovar diante dos desafios impostos pelo SUS.

Portanto, em 2003 iniciou-se a elaboração de uma Política Nacional de Saúde Bucal para o Brasil com o propósito de implementar ações governamentais que garantissem o direito do cidadão brasileiro à saúde bucal. Essa política, que recebeu o nome de Programa Brasil Sorridente, compreende um conjunto de ações, nos âmbitos bucal e coletivo, que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

O Brasil Sorridente vincula-se fortemente à ideia de estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS), em particular ligada à Estratégia Saúde da Família (ESF). Porém, com a expansão da APS e o consequente aumento da oferta de diversidade de procedimentos para a população em geral, fizeram-se necessários investimentos que propiciassem o aumento do acesso aos níveis secundário e terciário de atenção. Nesse sentido, foram instituídos os critérios, as normas e os requisitos para a implantação e a habilitação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias pela portaria n. 1.570/GM.

Os CEO ofertam, no mínimo, serviços nas especialidades de Endodontia, Periodontia, Pacientes com Necessidades Especiais, Diagnóstico Bucal e Cirurgia Oral menor, e são classificados em três tipos: CEO tipo I (três consultórios odontológicos); CEO tipo II (com quatro a seis consultórios odontológicos) e CEO tipo III (possuem, no mínimo, sete consultórios). O quadro de funcionários e o repasse federal referente a recurso de custeio são variáveis de acordo com o tipo de CEO, porém todos devem funcionar durante 40 horas semanais.

COMO SE DÃO AS PRÁTICAS DE CUIDADO NOS CEO

O processo de trabalho nas Unidades de Saúde do SUS deve ser centrado na vigilância em saúde por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Baseia-se na nova concepção sobre o processo saúde-doença, com atenção voltada à família e com ações organizadas em um território definido. A saúde bucal, compreendida nesse contexto, possibilita romper com o antigo modelo assistencial centrado na cura, excludente e biologicista, uma vez que busca articular propostas da vigilância em saúde baseando-se na integralidade e na busca ativa de famílias, as quais são consideradas como núcleo social primário.

Os CEO propiciam a continuidade do cuidado em saúde bucal realizado pela rede de Atenção Básica e, nos municípios com Estratégia de Saúde da Família, da Equipe de Saúde Bucal (ESB). Mas, diante da persistência de uma grande demanda reprimida por tratamento odontológico especializado e visando à

integralidade no SUS, os CEO foram pensados para prover terapia odontológica de média complexidade, complementando o trabalho de várias ESB.

Nos CEO, no entanto, o processo de trabalho é marcado pela presença concomitante de características de diferentes modelos assistenciais. Segue essencialmente as diretrizes de Flexner (1910) e de Gies (1926), caracterizado pela oferta de serviços especializados, predominantemente curativo e com foco na doença individual, com ações centradas no cirurgião-dentista e no consultório odontológico, subutilizando o trabalho do pessoal técnico (Auxiliar de Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal), fortemente tecnológico-dependente. Ademais, não é multiprofissional, nem interdisciplinar. A própria localização dos CEO – na maioria das situações, em um prédio separado das Unidades Básicas de Saúde, dos Centros de Especialidades Médicas e dos Hospitais, portanto, distantes dos dentistas da Atenção Básica e dos demais profissionais de saúde – contribui para o isolamento desses profissionais do CEO.

No entanto, os serviços são baseados, ao mesmo tempo, na demanda e na necessidade, na medida em que os CEO estão integrados a uma rede de assistência que, por definição, realiza busca ativa a fim de identificar as necessidades de saúde da população. Além disso, é organizado segundo demanda programada e não espontânea. E algumas pesquisas têm ressaltado o seu potencial, integrado aos demais níveis de assistência, para modificar o perfil epidemiológico de saúde bucal da população brasileira.

O tratamento no CEO é realizado por meio de agendamento. Para tal, há a necessidade do encaminhamento de referência pelo profissional da Atenção Básica ou contrarreferência por profissionais de serviços de maior complexidade. Assim, os CEO não deveriam representar a porta de entrada preferencial para os usuários no SUS. Teoricamente, os profissionais da Atenção Básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas dos casos de maior complexidade, considerando os critérios de encaminhamento previamente definidos.

Podem ainda receber pacientes encaminhados por contrarreferência dos serviços de maior complexidade, mas, segundo relatos de alguns avaliadores do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade do SUS (PMAQ) – primeiro a avaliar os CEO –, alguns usuários ingressam no sistema de saúde via CEO por considerá-lo um serviço de maior resolubilidade.

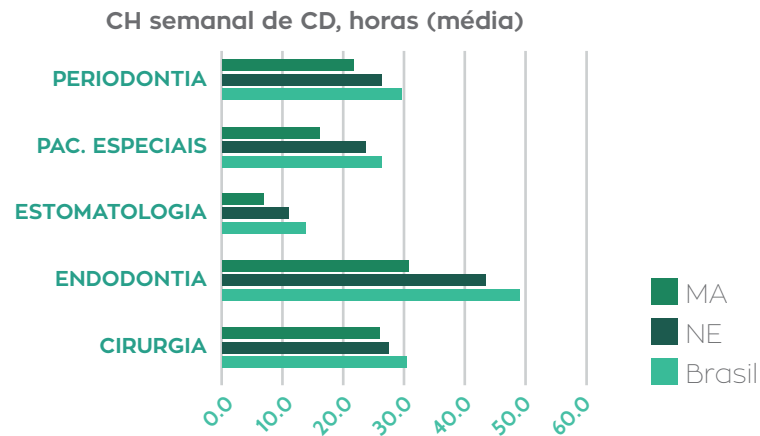
Porém, para aumentar a resolubilidade do sistema e permitir a implantação da rede de referência e contrarreferência na atenção secundária, faz-se necessário que o processo de trabalho nos CEO garanta, dentre outros, a carga horária de trabalho adequada, utilização de prontuário para possibilitar a coordenação e a longitudinalidade do cuidado, bem como sistemas de referência e contrarreferência com protocolos bem definidos.

Nas próximas seções serão apresentadas algumas características dos CEO brasileiros a partir de resultados de uma primeira avaliação externa do PMAQ nestes centros. Serão ainda apontados critérios para referência e contrarreferência por especialidades, no CEO, a fim de ajudar na implementação de protocolos locais.

CARGA HORÁRIA DE TRABALHO

Os CEO deveriam aumentar a resolubilidade do sistema de saúde, além de buscar o enfoque integral, como resposta aos processos de saúde-enfermidade bucal, abordando as dimensões de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde. Apesar de os CEO terem como meta o funcionamento por, no mínimo, 40 horas semanais, os resultados da Avaliação Externa do ciclo II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade do SUS (PMAQ) apontam que todas as especialidades, com exceção da Endodontia, estão aquém desse objetivo (Gráfico 8).

Gráfico 8. Carga horária semanal do Cirurgião-Dentista, por horas.



© FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE NOS DADOS OBTIDOS NO 1º CICLO DO PMAQ-CEO

Esse dado reflete o quanto os serviços na atenção secundária ainda não atingiram a disponibilidade ideal para que todos os usuários sejam atendidos em suas demandas. Em 2003, já se percebia a desproporção entre procedimentos odontológicos básicos e especializados. Informações do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) revelaram que apenas 3,5% do total de procedimentos odontológicos realizados naquele ano foram de especialidades, sugerindo déficit na oferta desse serviço.

PRONTUÁRIO CLÍNICO

Para que seja possível a coordenação do cuidado e longitudinalidade, é necessário acesso às informações dos usuários. Os prontuários – considerados como conjunto de documentos indispensáveis ao atendimento odontológico, e não apenas como ficha clínica – garantem ao paciente melhor qualidade nos serviços a ele prestados e representam proteção legal para o cirurgião-dentista. A adoção de prontuários padronizados e elaborados de forma a simplificar o preenchimento são essenciais para melhoria da comunicação entre os diversos níveis de atenção em saúde.

A ficha é a forma que predomina para a concretização da contrarreferência. O prontuário eletrônico é pouco utilizado no Brasil (7%), apenas nas regiões Sudeste (0,9%) e Sul (3,4%) adota-se essa modalidade de orga-

nização dos dados dos usuários. Essa realidade diverge do ideal (Tabela 13). Prontuários padronizados baseados em sistemas digitais possibilitariam manter registros que acompanhem a história clínica do paciente, a criação de bases de dados que impactariam na melhoria da eficácia, eficiência, segurança, e qualidade da prática de saúde e poderia representar um grande diferencial na organização da rede de atenção à saúde.

Tabela 13. CEO na Rede de Atenção à Saúde: referência e contrarreferência, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 20

FORMA QUE REALIZA CONTRARREFERÊNCIA PARA AS EQUIPES DE AB:										
regiões	FICHA		SISTEMA INFORMATIZADO		PRONTUÁRIO ELETRÔNICO		OUTRA		NÃO FAZ	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
N	51	(86,4)	0	(0,0)	0	(0,0)	4	(6,8)	4	(6,8)
NE	293	(82,5)	2	(0,6)	0	(0,0)	37	(10,4)	23	(6,5)
SE	300	(89,0)	3	(0,9)	3	(0,9)	17	(5,0)	14	(4,1)
S	103	(88,0)	3	(2,6)	4	(3,4)	2	(1,7)	5	(4,3)
CO	55	(88,7)	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(1,6)	6	(9,7)
BRASIL	802	(86,2)	8	(0,9)	7	(7,0)	61	(5,6)	52	(5,6)

☉ AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta. %: frequência percentual.

SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Morris e Burke definiram quatro características importantes para a interligação entre a atenção básica e a secundária em odontologia: 1) acesso indiscriminado e sem barreiras à atenção especializada após encaminhamento; 2) sistema de referência, por meio do qual todo serviço não disponível na atenção básica seja ofertado na atenção especializada; 3) encaminhamento eficiente e adequado com contrarreferência para a atenção primária ao término do tratamento especializado; 4) retorno facilitado à atenção secundária sempre que necessário.

Portanto, ainda há um caminho a ser percorrido em direção a uma prática pautada na integralidade e na longitudinalidade do cuidado que perpassa pela educação permanente dos profissionais envolvidos na prestação dos serviços e implantação de protocolos clínicos e linhas de cuidado adequados à realidade dos usuários. Além disso, apesar do Ministério da Saúde (MS) afirmar que a ESF objetiva garantir a atenção integral aos indivíduos e às famílias, a mesma acaba ficando restrita à atenção básica, contrariando o princípio do atendimento integral, que pressupõe acesso a todos os níveis de atenção.

REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE PERIODONTIA NO BRASIL A Portaria nº 600/GM, de 23 de março de 2006, estabelece para a especialidade da Periodontia, os pro-

cedimentos do subgrupo 10.020.00-4, tendo como produtividade mínima os seguintes quantitativos: CEO tipo I - 60 procedimentos/mês; CEO tipo II - 90 procedimentos/mês; CEO tipo III - 150 procedimentos/mês.

Os principais procedimentos deste subgrupo, para registros da produtividade dos CEO são Cirurgia periodontal por hemiarcada; Enxerto gengival; Gengivectomia; Gengivoplastia por hemiarcada; Raspagem corono-radicular por hemiarcada; Tratamento periodontal em situação de emergência; Curetagem sub-gengival. Enquanto são considerados critérios de exclusão: pacientes com bolsas periodontais de até 4mm (devem ser tratados na UBS); dentes com acentuada mobilidade vertical; dentes com severa destruição coronária (raízes residuais).

Como parte dos critérios para a referência do usuário ao CEO nesta especialidade, destacam-se:

- *O paciente em tratamento na UBS, para ser encaminhado aos serviços especializados, deverá receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal (adequação de meio bucal com remoção dos fatores retentivos de placa, restos radiculares, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia, controle da placa supragengival);*
- *Deve-se avaliar o grau de motivação e real interesse do paciente pelo tratamento na AB;*
- *O tratamento das urgências periodontais (processo periodontal agudo) deverá ser realizado preferencialmente nas UBS e/ou de pronto atendimento;*
- *A manutenção do tratamento realizado no CEO, deve ser feita nas UBS.*

Dados do segundo ciclo do PMAQ apontaram que 57,6% e 59,7% dos CEO do Norte e Nordeste, respectivamente, realizam o tratamento de lesões de furca. O enxerto foi um procedimento pouco ofertado em todas as regiões do país (Tabela 14).

Tabela 14. Características do processo de trabalho em Periodontia, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014.

regiões	TRATAMENTOS OFERTADOS EM PERIODONTIA											
	PERIODONTITES		CIRURGIAS PERIODONTAIS		TRATAMENTO DE LESÕES DE FURCA		CONTROLE HIPERPLASIA GENGIVAL		ENXERTO		MANUTENÇÃO DOS PACIENTES	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
N	57	(96,6)	54	(91,5)	34	(57,6)	46	(78,0)	23	(39,0)	57	(96,6)
NE	331	(93,2)	315	(88,7)	212	(59,7)	292	(82,2)	80	(22,5)	331	(93,2)
SE	330	(97,9)	319	(94,7)	262	(77,7)	310	(92,0)	125	(37,1)	330	(89,0)
S	116	(99,1)	113	(96,6)	104	(88,9)	107	(91,4)	53	(45,3)	116	(99,1)
CO	62	(100,0)	60	(96,8)	50	(80,6)	59	(95,2)	30	(48,4)	62	(100,0)
BRASIL	896	(96,3)	861	(92,6)	662	(71,2)	814	(87,5)	311	(33,4)	896	(96,3)

● AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta. %: frequência percentual.

REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE ENDODONTIA NO BRASIL A Portaria nº 600/GM, de 23 de março de 2006, estabelece para a especialidade da Endodontia os procedimentos do subgrupo 10.040.00-5, tendo como produtividade mínima os seguintes quantitativos: CEO tipo I – 35 procedimentos/mês; CEO tipo II – 60 procedimentos/mês; CEO tipo III – 95 procedimentos/mês. Os principais procedimentos deste subgrupo, para registro da produtividade do CEO, são: necropulpectomia dente decíduo/permanente; tratamento endodôntico em dente permanente unirradicular; tratamento endodôntico em dente permanente birradicular; tratamento endodôntico em dente permanente trirradicular; tratamento endodôntico dente decíduo unirradicular; retratamento endodôntico em dente permanente unirradicular; retratamento endodôntico em dente permanente birradicular; retratamento endodôntico em dente permanente trirradicular; tratamento de perfuração radicular; tratamento endodôntico dente decíduo multiradicular; retratamento endodôntico dente decíduo unirradicular; retratamento endodôntico dente decíduo multirradicular; apicetomia com obturação retrógrada.

Não se incluem na endodontia especializada: dentes com envolvimento de furca grau 3 ou com doença periodontal severa e grande mobilidade horizontal e vertical; dentes com perda de inserção que impossibilite sua manutenção na arcada, devem ser submetidos à avaliação prévia no setor de periodontia e prótese quando necessário; não devem ser encaminhados usuários com necessidade de pulpotomia, pois estas devem ser realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), inclusive nos casos de rizogênese incompleta com vitalidade pulpar; terceiros molares sem antagonista e com acesso restrito. Como parte dos critérios para referenciar o usuário ao CEO nesta especialidade, destacam-se:

- *O encaminhamento para o Centro de Especialidades será realizado a partir das UBS e das Unidades de Saúde da Família (USF);*
- *Os usuários originados de atendimentos de urgências devem se dirigir às UBS para adequação aos critérios estabelecidos;*
- *O usuário em tratamento na UBS, para ser encaminhado ao serviço especializado, deverá receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal (adequação de meio bucal com remoção dos fatores retentivos de placa, remoção de restos radiculares, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia e controle da placa supragengival);*
- *No encaminhamento dos usuários para este serviço, o tratamento de canal deve ser priorizado em relação ao retratamento endodôntico, assim como os dentes permanentes devem ser priorizados em relação aos dentes decíduos;*
- *Avaliar na UBS, com o usuário, previamente ao encaminhamento, a viabilidade da reconstrução/restauração do dente tratado quando este não apresentar estrutura coronária e/ou necessitar prótese;*
- *Avaliar, previamente ao encaminhamento, a origem da dor, estabelecendo o necessário diagnóstico diferencial entre dor de origem endodôntica e periodontal;*
- *Na impossibilidade de realização de isolamento absoluto, deve ser avaliado o emprego de isolamento relativo, antes de decidir pela exodontia do dente;*

- Solicitar a avaliação do profissional responsável pela periodontia dos dentes com envolvimento de furca nos graus I e II;
- Os dentes com polpa vital e rizogênese incompleta deverão ser submetidos a técnica da pulpotomia, com o objetivo de favorecer a apicificação.

Poucos CEO no Brasil dispõem de instrumentos rotatórios (24%) e localizador apical (25,4%) para a realização dos procedimentos endodônticos. A maioria dos CEO do Brasil realizam o tratamento endodôntico de três ou mais raízes (87,4%). Porém, a região Nordeste é a que menos oferta esse procedimento (78,3%) (Tabela 15).

Tabela 15. Características do processo de trabalho em Endodontia, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014.

regiões	FORMA QUE REALIZA CONTRARREFERÊNCIA PARA AS EQUIPES DE AB:					
	USA INSTRUMENTOS ROTATÓRIOS		USA LOCALIZADOR APICAL		TRATA DENTES C/ 3 OU + RAÍZES	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
N	14	(23,7)	15	(25,4)	52	(88,1)
NE	70	(19,7)	91	(25,6)	278	(78,3)
SE	84	(24,9)	155	(46,0)	309	(91,7)
S	40	(34,2)	68	(58,1)	113	(96,6)
CO	15	(24,2)	24	(38,7)	61	(98,4)
BRASIL	223	(24,0)	353	(38,0)	813	(87,4)

● AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta. %: frequência percentual.

REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL A Portaria nº 600/GM, de 23 de março de 2006, estabelece, para a especialidade da Odontologia Cirúrgica e Traumatologia Bucomaxilofacial, os procedimentos do subgrupo 10.050.00-0 e 10.060.00-6, tendo como produtividade mínima os seguintes quantitativos: CEO tipo I - 80 procedimentos/mês; CEO tipo II - 90 procedimentos/ mês; e, CEO tipo III - 170 procedimentos/mês.

Os principais procedimentos inerentes ao serviço são: Apicetomia e obturação retrógrada; Cirurgia de dentes inclusos/semi-inclusos (priorizar casos com sintomatologia); Frenectomia lingual (independente da idade do usuário); Osteotomia corretiva; Cirurgia de tecidos duros e moles (tórus palatino e mandibular, cistos, outros); Cirurgia pré-protética; Demais procedimentos do subgrupo 10.050.00-0 e 10.060.00-6 da tabela SIA/SUS, exceto os indicados para ambiente hospitalar. Não são considerados critérios de referência para os CEO, os seguintes casos: exodontias simples (inclusive para finalidade protética e/ou ortodôntica); raízes residuais; condições de saúde geral do paciente que impossibilitem os procedimentos cirúrgicos até que a avaliação médica e seu devido tratamento viabilizem sua inclusão e encaminhamento.

Para a referência:

- Cabe ao cirurgião-dentista generalista (clínico geral) a seleção dos casos que serão encaminhados ao CEO. De maneira geral, os clínicos ficam responsáveis pelos diagnósticos e tratamentos das lesões com diagnóstico exclusivamente clínico, como: herpes recorrente, gengivostomatite herpética primária, estomatite aftosa recorrente, candidíase e queilite angular. Caso o serviço tenha capacitado os clínicos, as demais lesões devem ser diagnosticadas e podem ser tratadas;
- O paciente em tratamento na UBS, para ser encaminhado aos serviços especializados, deverá receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal (adequação de meio bucal com remoção dos fatores retentivos de placa, restos radiculares, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia e controle de placa supragengival);
- Paciente que passou por um atendimento de urgência também deve seguir os mesmos passos citados anteriormente;
- Nos casos de apicetomia, o tratamento ou retratamento endodôntico deverá ser realizado previamente;
- Em algumas situações de urgência (por ex. luxação de articulação, traumas dentoalveolares), onde não haja estrutura para este atendimento na Unidade Básica ou Pronto Atendimento, o paciente poderá ser encaminhado ao serviço especializado em cirurgia, sem receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal.

Dados do segundo ciclo do PMAQ evidenciaram que, apesar de a maioria dos procedimentos incluídos na especialidade de Cirurgia Oral Menor serem oferecidos, os tratamentos de disfunção temporomandibular e cirurgias de tracionamento dentário são pouco ofertados (Tabela 16).

Tabela 16. Características do processo de trabalho em Cirurgia Oral Menor, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014.

regiões	PROCEDIMENTOS REALIZADOS NA ESPECIALIDADE DE CIRURGIA ORAL MENOR																			
	Frenectomia		Supranumerário		Cirurgias pré-protéticas		Inclusos/Impactados		Lesões não neoplásicas		Apicetomia		Tórus		DTM		Cistos e Tumores benignos		Cirurgias de tracionamento dentário	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
N	56	(94,9)	56	(94,9)	52	(88,1)	54	(91,5)	41	(69,5)	34	(57,6)	45	(76,3)	42	(71,2)	29	(49,1)	17	(28,8)
NE	320	(90,1)	341	(96,1)	297	(83,7)	341	(96,1)	248	(69,9)	182	(51,3)	260	(73,2)	265	(74,6)	114	(32,1)	103	(29,0)
SE	323	(95,8)	328	(97,3)	314	(93,2)	327	(97,0)	263	(78,0)	233	(69,1)	277	(82,2)	272	(80,7)	113	(33,5)	90	(26,7)
S	112	(95,7)	115	(98,3)	11	(94,9)	115	(98,3)	101	(86,3)	85	(72,6)	96	(82,0)	93	(79,5)	57	(48,7)	33	(28,2)
CO	57	(91,9)	61	(98,4)	59	(95,2)	60	(96,8)	60	(96,8)	39	(62,9)	53	(85,5)	56	(90,3)	13	(21,0)	14	(22,6)
BRASIL	868	(93,3)	901	(96,9)	833	(89,6)	897	(96,4)	713	(76,7)	573	(61,6)	731	(78,6)	728	(78,3)	326	(35,0)	257	(27,6)

© AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta. %: frequência percentual.

REFERÊNCIA AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS A PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS NO BRASIL

A Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006, que define a implantação dos CEO e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, estabelece que todo CEO deve realizar atendimento a portadores de necessidades especiais. A Portaria nº. 600/GM, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos CEO, define o monitoramento de ações pela análise de uma produção mínima mensal dos seguintes quantitativos de procedimentos de atenção básica: CEO tipo I - 80 procedimentos/mês; CEO tipo II - 110 procedimentos/mês; e, CEO tipo III - 190 procedimentos/mês.

São considerados pacientes com necessidades especiais todos os usuários que apresentem uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que os impeça de ser submetido a uma terapia odontológica convencional. No entanto, a porta de entrada de atenção aos pacientes com necessidades especiais deve ser sempre a UBS.

Os requisitos básicos para a referência são:

- *Pacientes não colaboradores ou com comprometimento severo devem ser encaminhados para o CEO, que efetuará o atendimento e avaliará a necessidade ou não de atendimento hospitalar sob anestesia geral; avaliação médica com laudo, relatório do diagnóstico e avaliação clínica geral (sistêmica) do paciente;*
- *Ainda que existam alguns grupos com situações específicas que representem necessidade de atenção especial, sempre que possível, devem ser atendidos nas UBS. Quando necessário, deverão ser encaminhados ao CEO acompanhados de relatório detalhado, justificando a referência e assinado pelo profissional;*
- *É necessária a avaliação médica com laudo, relatório do diagnóstico e avaliação clínica geral (sistêmica) do paciente, previamente ao referenciamento;*
- *Pacientes com limitações motoras, com deficiência visual, com deficiência auditiva ou de fala, gestantes, bebês, diabéticos, cardiopatas, idosos, HIV positivos, pacientes com disfunção renal, defeitos congênitos ambientais e transplantados, sem outras limitações, deverão ser atendidos nas UBS.*

Dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ apontaram que 76,6% dos CEO do país garantiam tratamento odontológico aos pacientes considerados com necessidades especiais. Dentro do perfil dos pacientes especiais, bebês e gestantes (69,9%) estavam entre os que possuíam a menor taxa de atendimento (Tabela 17).

Tabela 17. Características do processo de trabalho em Pacientes com Necessidades Especiais, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014.

regiões	O CEO GARANTE TRATAMENTO		PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS									
			MOVIMENTOS INVOLUNTÁRIOS		DEFICIENTES ¹		GESTANTES/ BEBÊ		AUTISTA		DISTÚRBO DE COMPORTAMENTO	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
N	42	(71,2)	56	(94,9)	56	(94,9)	46	(78,0)	56	(94,9)	56	(94,9)
NE	256	(72,1)	292	(82,2)	320	(90,1)	239	(67,3)	276	(77,7)	321	(90,4)
SE	267	(79,2)	310	(92,2)	299	(88,7)	235	(69,7)	285	(84,6)	316	(93,8)
S	94	(80,3)	109	(93,2)	104	(88,9)	77	(65,8)	105	(89,7)	111	(94,9)
CO	53	(85,5)	61	(98,4)	58	(93,5)	53	(85,5)	60	(96,8)	59	(95,2)
BRASIL	712	(76,6)	828	(89,0)	837	(90,0)	650	(69,9)	782	(84,1)	863	(92,8)

© AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta. %: frequência percentual.

REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS PARA DIAGNÓSTICO DAS LESÕES DE BOCA E CÂNCER BUCAL

No Brasil, o câncer da boca apresentou estimativas de, aproximadamente, 15 mil novos casos em 2010 e, dependendo da unidade da federação analisada, a doença chega a ser a quinta colocada dentre as neoplasias malignas de maior incidência em homens. Portanto, é uma doença que necessita do desenvolvimento e implantação de políticas públicas que trabalhem tanto na prevenção, quanto no diagnóstico precoce.

As Portarias n°. 1570 e n°. 1571 (2004) e, posteriormente, a n°. 599 (2006), todas do Ministério da Saúde, instituíram e indicaram critérios para os CEO, privilegiando, dentre outras áreas, a Estomatologia, com ênfase na prevenção e diagnóstico do câncer da boca como ações prioritárias.

São requisitos básicos para a referência:

- *As necessidades de avaliação estomatológica deverão ser encaminhadas com formulários específicos de referência e contrarreferência, onde conste o motivo de encaminhamento, dados clínicos e localização da enfermidade ou da lesão;*
- *O paciente referenciado para diagnóstico especializado de lesões com suspeita de malignidade na boca deve ser acompanhado e continuamente sensibilizado para seu comparecimento aos locais de referência desde a suspeita da lesão e comprovação do diagnóstico até o eventual tratamento;*
- *Diante das dificuldades do sistema de saúde em operacionalizar os tratamentos de alta complexidade, a referência ao nível de maior complexidade deve ser formalizada por documentos de referência e acompanhada pelos profissionais do CEO.*

ATENÇÃO: O atendimento de referência para as lesões suspeitas de câncer, lesões com potencial de malignização, ou de outros agravos estomatológicos (de etiologia diversa) nos CEO não deve inviabilizar a realização destes procedimentos nas UBS.

São considerados casos suspeitos:

- Pacientes com sinais evidentes de lesões na mucosa bucal e estruturas anexas, recorrentes ou não, onde esteja indicado exame histopatológico (biópsia) ou solicitação de outros exames complementares adicionais;
- Pacientes com áreas da mucosa bucal que, mesmo sem ulcerações, nódulos e/ou infartamento ganglionar, apresentem-se com formação de placas esbranquiçadas, áreas atróficas ou manchas escurecidas. Deve ser dada ênfase especial a pacientes com histórico de tabagismo, etilismo ou exposição solar e que tenham acima de 40 anos de idade;
- Pacientes com lesões ósseas de natureza diversa, localizadas na maxila ou na mandíbula;
- Pacientes com presença de nódulos, vesículas ou bolhas e infartamento ganglionar.

Na Tabela 18 observa-se que 82,3% dos CEO brasileiros realizavam biópsia. Porém, poucos realizavam o registro dos casos (46,9%). A região Norte é a que apresentou menor porcentagem de CEO que realizava biópsia.

Tabela 18. Processo de trabalho em Estomatologia, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014.

ESTOMATOLOGIA (CÂNCER DE BOCA)						
regiões	FAZ BIÓPSIA		REF. ANATOMOPATOLÓGICO		TEM REGISTRO DOS CASOS	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
N	39	(66,1)	38	(64,4)	11	(18,6)
NE	269	(75,8)	222	(62,5)	126	(35,5)
SE	294	(87,2)	290	(86,0)	210	(62,3)
S	104	(88,9)	102	(87,2)	59	(50,4)
CO	59	(95,2)	55	(88,7)	30	(48,4)
BRASIL	765	(82,3)	707	(76,0)	436	(46,9)

● AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta. %: frequência percentual.

REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS PARA O TRATAMENTO DE PRÓTESE DENTAL NO BRASIL Esse procedimento refere-se apenas à parte clínica da reabilitação oral por prótese total ou prótese parcial removível.

Prótese Total

Diagnóstico e critérios para referência:

- Ausência total de elementos dentários em uma ou ambas as arcadas;
- Rebordo alveolar regular ou que possibilite o assentamento de uma prótese;
- Ausência de lesões ósseas, da mucosa, gengiva ou dos anexos orais.

Situações que NÃO devem ser referenciadas para os CEO:

- Pacientes com síndrome motora, psiquiátrica ou nervosa severa, que impossibilite tomada de impressão e a consequente confecção e uso da prótese;
- Presença de elementos dentários que possam ser devidamente restaurados ou tratados de forma convencional e que garantam uma condição estética e/ou funcional ao usuário.

Prótese Parcial Removível

Diagnóstico e critérios para referência:

- A necessidade será diagnosticada mediante exame clínico de cirurgião-dentista vinculado à rede de atenção básica do SUS com observação dos seguintes critérios para inclusão da necessidade do tratamento reabilitador:
- Necessidades básicas de tratamento odontológico totalmente sanadas;
- Comprometimento do usuário em comparecer às consultas de manutenção;
- Rebordo alveolar regular ou que possibilite o assentamento da prótese;
- Presença de elementos dentários compatíveis com a confecção de prótese parcial removível;
- Ausência de lesões ósseas, da mucosa, gengiva ou dos anexos orais.

Situações que NÃO devem ser referenciadas para os CEO:

- Pacientes com síndrome motora, psiquiátrica ou nervosa severa, que impossibilite tomada de impressão e a consequente confecção e uso da prótese;
- Presença de elementos dentários, cujo número ou forma impossibilite a confecção da prótese parcial removível.

OUTRAS ESPECIALIDADES NOS CEO A Portaria nº 718/SAS instituiu novos procedimentos da tabela do SUS: aparelho ortodôntico/ortopédico e implante dentário osteointegrado (incluindo a prótese sobre o implante).

Quanto ao financiamento, os novos procedimentos permaneceriam por um período no Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC para formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC dos municípios, Estados e do Distrito Federal. No Quadro 12 são listados os procedimentos adicionados em cada especialidade.

Quadro 12. Novos procedimentos ofertados nos CEO

ORTODONTIA	IMPLANTODONTIA
Instalação de aparelho ortodôntico	Implante Dentário Osteointegrado
Aparelho Ortodôntico Fixo	Prótese Dentária Sobre Implante
Aparelho Ortopédico Fixo	-

☉ AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

Dados coletados a partir da Avaliação Externa do PMAQ, ciclo II, apontam que há maiores taxas de protocolo definido para a oferta de procedimentos de Ortodontia nos CEO da região Sudeste, enquanto as menores encontram-se no Sul e Norte. Ainda não há protocolos definidos para a especialidade de Implantodontia no Nordeste e Norte (Tabela 19).

Tabela 19. CEO na Rede de Atenção à Saúde: protocolos clínicos em Ortodontia/Ortopedia, por Região.

regiões	EXISTÊNCIA DE PROTOCOLO CLÍNICO DEFINIDO NOS CEO			
	ORTODONTIA/ ORTOPEdia		IMPLANTE	
	n	(%)	n	(%)
N	3	• (5,1)	0	• (0,0)
NE	28	• (7,9)	0	• (0,0)
SE	39	• (11,6)	5	• (1,5)
S	6	• (5,1)	4	• (3,4)
CO	5	• (8,1)	1	• (1,6)
BRASIL	81	• (8,7)	10	• (1,1)

☉ AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta.
%: frequência percentual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho dos CEO no Brasil, considerando-se os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, tem buscado efetivar a integralidade da atenção. Observa-se um esforço para garantir fluxos bem definidos de referência e contrarreferência, de acordo com as necessidades do usuário; definindo, assim, o funcionamento de uma rede de atenção em Saúde Bucal. No entanto, esses esforços ainda são discretos, considerando-se as grandes disparidades entre os serviços nas diversas regiões do país.

A existência de serviços especializados, como os CEO, com a possibilidade de atendimento aos usuários mediante protocolos estabelecidos, quando da necessidade de realização de procedimentos mais complexos, independentemente de cor, credo ou classe social perpassa pelos princípios da equidade e universalidade em saúde. Usuários com diferentes necessidades em saúde bucal podem receber um cuidado mais específico, buscando-se reconhecer as diferenças nas necessidades e buscando, assim, reduzir iniquidades. Questões relacionadas às filas de espera, porém, representam um importante obstáculo à universalidade, quando a oferta não atende à demanda.

Ademais, alguns requisitos relacionados ao processo de trabalho como o cumprimento da carga horária, atenção ao câncer de boca, tratamentos de disfunção temporomandibular, cirurgias de tracionamento dentário, tratamento endodôntico, bem como a garantia de tratamento integral ao usuários com necessidades especiais ainda não estão sendo adequadamente garantidos no país.

O conjunto da rede de ações e de serviços de saúde precisa incorporar a noção de responsabilidade sobre a saúde da população. São necessários arranjos assistenciais que contribuam para a mudança do olhar e a mobilização da escuta aos usuários e seus problemas de vida. Isso é indispensável para cumprir a promessa de um sistema único e organizado para a integralidade e humanização, que funcione como 'malha de cuidado ininterrupto à saúde', e não como um sistema burocrático e despersonalizado de encaminhamentos.

O aprimoramento dos CEO, especialmente nos processos de trabalho, deverá contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema e para a garantia da integralidade da atenção em saúde bucal.

Avaliação externa do PMAQ-CEO: refletindo acerca dos Indicadores de Acesso e Qualidade

Edson Hilan Gomes de Lucena

Maria de Fátima Nunes

Maria Goretti Queiroz

Marcos Azeredo Furquim Werneck

Mary Anne de Souza Alves França

Paulo Sávio Angeira de Goes

A avaliação das políticas e programas existentes no setor de saúde tem como finalidade produzir informações úteis e oportunas à gestão para que essa possa melhorar as ações de saúde e qualificar o cuidado e instrumentos que visam avaliar os serviços de saúde têm sido implementados pelo Ministério da Saúde.

Em 2011, foi elaborado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e, pela Portaria nº 2.513, o Ministério da Saúde homologa a contratualização dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOS) ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos CEOs (PMAQ-CEO). Este instrumento baseia-se na abordagem metodológica de avaliação proposta por Donabedian, que visa avaliar estrutura, processo e resultado.

Na primeira versão do PMAQ-CEO, a Avaliação Externa foi “realizada pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal/Departamento de Atenção Básica em parceria com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP)”.

Nessa etapa, um grupo de avaliadores de qualidade, selecionados e capacitados pelas IEP, aplicaram instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelos profissionais e pela gestão. Foram realizadas observações de infraestrutura do CEO, entrevista com o Gerente do CEO, com um cirurgião-dentista do CEO, com usuários e verificação de documentos (BRASIL, 2013b. p.22).

O PMAQ-CEO “se compromete e desenvolve ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS” e é composto por quatro fases: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e, Recontratualização. Todas estas fases são descritas no manual instrutivo do PMAQ-CEO.

Este capítulo tem como objetivo identificar Indicadores de Acesso e Qualidade existentes no instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-CEO, visando, especialmente, subsidiar o planejamento na gestão dos CEOs.

INDICADORES E SUA RELEVÂNCIA

As ações de avaliação e monitoramento podem servir para garantir a ampliação da oferta e de sua qualidade, por meio da revisão das políticas de saúde ou da gestão dos serviços de saúde, como por exemplo, os dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

No entanto, o dado coletado durante a avaliação se apresenta de forma bruta, sem análise. A informação é quando há a emissão de juízo de valor e análise dos dados e o indicador corresponde a dados transformados em informações que permitem o conhecimento de uma determinada situação de saúde ou a retratação de uma dada realidade.

A palavra “indicador” vem de “indicar, apontar, distinguir”, ou seja, os indicadores são instrumentos que permitem caracterizar uma determinada situação ou fenômeno. Os indicadores devem representar uma dada realidade que se deseja caracterizar (BRASIL, 2007, p. 45).

França afirma que “a escolha ou definição do indicador dependerá dos objetivos propostos ou aspectos a serem analisados e dos dados disponíveis”.

As pesquisas de avaliação podem gerar indicadores que são utilizados para medir e acompanhar a trajetória de algum fenômeno ou o resultado de processos sociais. Ao se comportarem como indicadores de avaliação, estes poderão expressar condições relativas à “estrutura”, “processos” e “resultados” (PALUDETTO JUNIOR, 2013, p. 89).

No caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores do Ministério da Saúde, os indicadores são elementos indispensáveis nos processos de monitoramento e avaliação por permitirem acompanhar o alcance das metas; embasarem a análise crítica dos resultados obtidos e auxiliarem no processo de tomada de decisão; contribuir para a melhoria contínua dos processos organizacionais; e analisarem comparativamente o desempenho.

DIMENSÕES DOS INDICADORES DA CATEGORIA DE ACESSO E QUALIDADE

Avaliar as políticas de saúde em relação aos aspectos de ampliação de acesso e a qualidade dos serviços prestados é fundamental para a gestão pública e vem ao encontro dos propósitos do PMAQ-CEO.

Acesso é um conceito complexo, varia entre autores e muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. Há também diferenças entre as terminologias empregadas, sendo também usado o termo acessibilidade. Apesar das divergências, há o consenso de que acesso indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde.

Com a finalidade de avaliar as principais características do acesso à saúde foram utilizados os critérios definidos por McIntyre e Mooney, que podem ser observados em quatro dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação.

Para Sanchez e Ciconelli a **disponibilidade** está relacionada com a existência ou não do serviço de saúde em local e momento apropriado. Neste caso, engloba nesta dimensão o aspecto geográfico, isto é, a distância e opções de transporte dos usuários e profissionais, como também a disposição destes últimos de mobilizar-se até o indivíduo que necessita do serviço de saúde. Já a **capacidade de pagamento** relaciona-se com o aspecto financeiro.

A **informação** é o resultado do processo de comunicação entre o sistema de saúde e o indivíduo e está associada à noção dos conceitos de empoderamento e de conhecimento para a tomada de decisões de saúde. Portanto, “a informação é essencial para a compreensão de cada uma das dimensões do acesso”.

E a **aceitabilidade** está relacionada com aspectos menos tangíveis, como o cultural, o educacional e o socioeconômico. Em suma, “a aceitabilidade compreende a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades”.

A qualidade, no campo da saúde, refere-se tradicionalmente “ao caráter apropriado dos cuidados, bem como aos seus aspectos técnicos”. A qualidade é sempre almejada e exigida na produção do cuidado.

As dimensões da qualidade, segundo Brousselle et al. podem ser observadas em três dimensões: técnica, interpessoal e organizacional. São os mesmos autores que as descrevem:

A **técnica** corresponde concomitantemente à exatidão da escolha dos serviços ou atividades com a maneira como estes são executados, isto é, rea-

lizados com competência. Outra questão que se deve observar na dimensão técnica é se os serviços ou atividades correspondem às necessidades dos beneficiários. E se quem os pratica o faz de maneira eficiente.

A dimensão técnica da qualidade incorpora também a questão, cada vez mais atual, da segurança dos cuidados. A norma técnica corresponde ao que de melhor se pode fazer na prática, e depende da tecnologia e dos conhecimentos científicos (p. 85).

A dimensão **interpessoal** está intrinsecamente relacionada com o sistema de valores da sociedade e do contexto em que tais relações se articulam e que as relações interpessoais “devem sempre se adequar às normas e valores sociais que regem a interação dos indivíduos em uma sociedade e em um contexto em particular”.

Estes mesmos autores afirmam que, no sistema de saúde, as relações interpessoais podem ser técnicas e não técnicas. As técnicas referem-se às relações psicológicas e sociais entre os profissionais de saúde, isto é, os provedores de cuidados e de serviços e os beneficiários. As relações não técnicas compreendem os componentes relacionados à humanização dos serviços, da cordialidade, da qualidade das comunicações e o relaciona com a expressão *art of care*, além da conveniência do ambiente físico, como limpeza dos locais.

A dimensão **organizacional** se refere às condições nas quais os serviços oferecidos são organizados na prestação do cuidado e compreende cinco aspectos: a globalidade e a continuidade dos cuidados - que caracterizam um episódio de cuidados e a acessibilidade aos serviços (acessibilidade geográfica, temporal, econômica, física, social); a integralidade ou extensão dos serviços oferecidos no âmbito da intervenção e a coordenação do sistema de carga - que se situam no nível da organização dos serviços.

O tempo de espera para o acesso, a diversidade dos serviços oferecidos suficientes para responder às necessidades, o caráter multiprofissional dos serviços e se os serviços estão bem coordenados são citados como aspectos organizacionais por Brousselle et al.

REFLETINDO ACERCA DOS INDICADORES DE ACESSO E QUALIDADE

As subdimensões propostas no instrumento do PMAQ-CEO foram analisadas e os indicadores identificados foram classificados nas categorias acesso e qualidade.

Em virtude de diferentes indicadores apresentados nestas categorias optou-se por reclassificá-los dentro de uma dimensão, conforme critérios definidos por McIntyre e Mooney para os de acesso e Brousselle et al. para os de qualidade.

Quadro 13. Categorias de acesso e qualidade e suas dimensões e subdimensões do instrumento PMAQ-CEO.

(continua)

CATEGORIA	DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	
ACESSO	Disponibilidade	Identificação do tipo e profissionais do CEO	
		Acessibilidade no estabelecimento de saúde	
		Horário de funcionamento do CEO	
		Características do CEO	
		O CEO na Rede de Atenção à Saúde	
		Biópsia e encaminhamento para análise anátomo-histopatológica	
		Atenção ao câncer de boca	
		Mínimas Especialidades Odontológicas do CEO: Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral Menor e PNES	
		Prótese dentária	
		Acesso aos serviços do CEO	
		Marcação de consultas neste CEO	
		Atendimento	
		Prótese dentária	
		Infraestrutura do CEO	
		Insumos, instrumentais e equipamentos	
		Informação	Sinalização das ações e identificação dos profissionais
			Identificação geral
			Identificação do CEO
	Adequação visual do CEO		
	Informações sobre o entrevistado (Gerente do CEO)		
	Informações sobre o entrevistado (Cirurgião Dentista)		
	Aceitabilidade	Identificação do usuário	
		Conforto do usuário durante atendimento	
		Frequência de orientação pós-atendimento	
		Percentual de usuário que concluiu tratamento	
		Resolutividade do problemas do usuário	
		Contrarreferência na atenção básica	
QUALIDADE		Interpessoal	Vínculo dos profissionais do CEO
	Participação, controle social, satisfação e canal de comunicação com o usuário		
	Organizacional	Vínculo e responsabilização	
		Imunização dos profissionais do CEO	
		Plano de carreira e Prêmio financeiro por desempenho	
		Planejamento e ações da gestão para organização do processo de trabalho do CEO	

Quadro 13. Categorias de acesso e qualidade e suas dimensões e subdimensões do instrumento PMAQ-CEO.

(conclusão)

CATEGORIA	DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO
QUALIDADE	Organizacional	Apoio matricial
		Organização dos prontuários
		Caracterização da demanda e Organização da agenda
		Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento no CEO
		Educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas
		Planejamento e Reunião da Equipe do CEO
		Insumos, equipamentos e ambiência
		Mecanismos de participação e interação
		Reforma, ampliação e reparos do CEO
	Técnica	Equipamentos de tecnologia da informação no CEO
		Equipamentos e periféricos
		Insumos Odontológicos
		Instrumentais Odontológicos
		Material impresso para atenção à saúde bucal
		Formação e qualificação dos profissionais do CEO

☉ AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

A classificação das subdimensões do instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-CEO conforme categoria e dimensão pode ser visualizada no Quadro 13. Os Indicadores de Acesso significativos para a gestão, tanto no planejamento como na organização do serviço, estão identificados nos Quadros 14 e 15.

Quadro 14. Indicadores do Instrumento PMAQ-CEO na Categoria Acesso/ Dimensão 'Disponibilidade' e suas Subdimensões.

(continua)

DIMENSÃO Disponibilidade		
SUBDIMENSÃO	INDICADORES	VARIÁVEIS
Identificação do tipo do CEO	Tipo de CEO	TIPO I OU TIPO II OU TIPO III
	Número de cadeiras odontológicas	NÃO APRESENTA
	Tipo de abrangência do CEO	MUNICIPAL OU REGIONAL
Identificação dos profissionais do CEO	Número de cirurgiões-dentistas que atuam nas especialidades mínimas	NÃO APRESENTAM
	Número de horas semanal trabalhadas por profissional que atuam nas especialidades mínimas	
	Número de cirurgiões-dentistas que atuam em outras especialidades	
	Número de horas semanal trabalhadas por profissional que atuam em outras especialidades	

Quadro 14. Indicadores do Instrumento PMAQ-CEO na Categoria Acesso/ Dimensão 'Disponibilidade' e suas Subdimensões.

(conclusão)

DIMENSÃO Disponibilidade		
SUBDIMENSÃO	INDICADORES	VARIÁVEIS
Horário de funcionamento do CEO	Número de CEO por turnos de atendimento (Manhã, tarde e noite)	SIM OU NÃO
	Número de CEO por dias de atendimento da semana (Segunda, terça, quarta, quinta, sexta, sábado e domingo)	
	Horário de início das atividades no CEO	NÃO APRESENTA
	Horário de encerramento das atividades no CEO	
Atenção ao câncer de boca	Número de CEO que funciona no horário do almoço (12h às 14h)	SIM OU NÃO
	Número de CEO que possui registro de usuários com diagnóstico de câncer de boca	SIM OU NÃO
	Número de CEO que possui documento que comprove o registro de usuários com diagnóstico de câncer de boca	
	Número de CEO que possui referência para encaminhamento de casos confirmados de câncer de boca	

☉ AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

Observou-se que a Categoria Acesso em sua maioria correspondia à dimensão Disponibilidade. Compunham-na vinte e dois indicadores pertencentes a quinze subdimensões como, por exemplo, horário de funcionamento do CEO e número de cirurgiões-dentistas nas especialidades disponíveis.

Além da dimensão Disponibilidade, a Categoria Acesso possui indicadores que compõem a dimensão Informação e a dimensão Aceitabilidade como, por exemplo, a disponibilidade para os usuários do quadro de especialidades e da escala dos profissionais e seus horários (Informação), e tempo de espera para iniciar o tratamento no CEO (Aceitabilidade).

Quadro 15. Indicadores do Instrumento PMAQ-CEO na Categoria Acesso / Dimensão 'Disponibilidade' e suas Subdimensões.

(continua)

DIMENSÃO Disponibilidade		
Insumos, instrumentais e equipamentos	Número de CEO que nos últimos 12 meses deixou de atender por falta de insumos ou instrumentais	SIM OU NÃO
	Número de CEO que nos últimos 12 meses deixou de atender por não ter equipamento	
Acesso aos serviços do CEO	Número de usuário que declarou que o horário de funcionamento do CEO atende às suas necessidades	SIM OU NÃO
	Percentual de usuário que declarou o horário que o CEO deve funcionar para facilitar o seu atendimento,	Mais cedo pela manhã Até às 18 horas À noite ou Aos sábados Domingo No horário de almoço Nenhuma das anteriores

Quadro 15. Indicadores do Instrumento PMAQ-CEO na Categoria Acesso / Dimensão 'Disponibilidade' e suas Subdimensões.

(conclusão)

DIMENSÃO Disponibilidade		
SUBDIMENSÃO	INDICADORES	VARIÁVEIS
Acessibilidade no estabelecimento de saúde	Percentual de CEO com disponibilidade de corredores adaptados para cadeira de rodas	SIM OU NÃO
	Percentual de CEO com disponibilidade de portas adaptadas para passar cadeira de rodas	
	Percentual de CEO com disponibilidade de cadeira de rodas, em condições de uso, para deslocamento do usuário	

● AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

Os indicadores de Qualidade mais significativos na qualificação dos serviços dos CEOs estão dispostos nos Quadros 16 a 20. Observou-se que a Categoria Qualidade em sua maioria correspondia à dimensão 'Organizacional'. Compunham-na sessenta e dois indicadores pertencentes a onze subdimensões como, por exemplo, educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas e Apoio matricial.

Quadro 16. Indicadores do Instrumento PMAQ-CEO na Categoria Qualidade/ Dimensão 'Organizacional' e 'Subdimensão'.

(continua)

DIMENSÃO Organizacional		
SUBDIMENSÃO	INDICADORES	VARIÁVEIS
Planejamento e ações da gestão para organização do processo de trabalho do CEO	Número de CEO em que nos últimos meses foi realizada alguma atividade de planejamento das ações	SIM OU NÃO
	Número de CEO que possui documento que comprove a realização de alguma atividade de planejamento das ações nos últimos 12 meses	
	Número de CEO que recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho	
	Número de CEO que realiza o apoio para o planejamento conforme categoria profissional	· COORDENADOR MUNICIPAL/ ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL · APOIADOR INSTITUCIONAL · PROFISSIONAIS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE · OUTROS PROFISSIONAIS DA GESTÃO · OUTRO(S)
	Número de CEO que utiliza o Painel informativo como recursos para a realização do planejamento	SIM OU NÃO
	Número de CEO que utiliza os Informativos epidemiológicos como recursos para a realização do planejamento	
	Número de CEO que utiliza a sala de situação como recursos para a realização do planejamento	
	Número de CEO que utiliza os Relatórios e consolidados mensais do SAI como recursos para a realização do planejamento	
	Número de CEO que possui documento que comprove a utilização de recursos para realização de planejamento	
	Número de CEO que utiliza o Painel informativo como recursos para a realização do planejamento	

Quadro 16. Indicadores do Instrumento PMAQ-CEO na Categoria Qualidade/ Dimensão 'Organizacional' e 'Subdimensão'.

(conclusão)

DIMENSÃO Organizacional		
SUBDIMENSÃO	INDICADORES	VARIÁVEIS
Planejamento e ações da gestão para organização do processo de trabalho do CEO	Número de CEO que realiza o monitoramento e análises das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada	SIM OU NÃO
	Número de CEO que possui documento que comprove o monitoramento e análises das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO	
	Número de CEO que realizou algum processo de autoavaliação pela Equipe do CEO nos últimos seis meses	
	Tipo de instrumento/fonte utilizada autoavaliação pela Equipe do CEO	· AMAQ-CEO · INSTRUMENTO DESENVOLVIDO PELO MUNICÍPIO/EQUIPE · INSTRUMENTO DESENVOLVIDO PELO ESTADO · OUTROS
	Número de CEO que possui documento que comprove a realização da autoavaliação pela Equipe do CEO	SIM OU NÃO
	Número de CEO nos quais os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da Equipe	

● AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

Quadro 17. Indicadores do Instrumento PMAQ-CEO na Categoria Qualidade/ Dimensão 'Organizacional' e Subdimensão 'Apoio matricial'.

(continua)

DIMENSÃO Organizacional		
SUBDIMENSÃO	INDICADORES	VARIÁVEIS
Apoio matricial	Número de Equipe do CEO que necessita de apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos	· PERIODONTIA, · ENDODONTIA, · PRÓTESE DENTÁRIA, · ESTOMATOLOGIA, · CIRURGIA BMF, · RADIOLOGIA, · ODONTOPEDIATRIA, · ATENDIMENTO A PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS, · OUTRAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
	Número de CEO conforme Área que as equipes necessitam com maior frequência de apoio na resolução de casos considerados complexos	SIM OU NÃO
	Número de Equipe do CEO que recebe apoio de outros profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos	SIM OU NÃO

Quadro 17. Indicadores do Instrumento PMAQ-CEO na Categoria Qualidade/ Dimensão 'Organizacional' e Subdimensão 'Apoio matricial'.

(conclusão)

DIMENSÃO Organizacional		
SUBDIMENSÃO	INDICADORES	VARIÁVEIS
Apoio matricial	Número de Equipe do CEO que realiza o matriciamento ou ações de apoio para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica na resolução de casos considerados complexos	· SEMANAL/ QUINZENAL/ MENSAL/ TRIMESTRAL OU SEMESTRAL · SEM PERIODICIDADE DEFINIDA
	Frequência que a Equipe do CEO fornece o apoio para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica	SIM OU NÃO
	Percentual de CEO que os profissionais realizam junto às Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica - ações para discussão de casos clínicos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores	
	Percentual de CEO que os profissionais realizam junto às Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica - ações de clínicas compartilhadas	
	Percentual de CEO que os profissionais realizam junto às Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica - ações de Capacitação para a detecção do câncer de boca;	
	Percentual de CEO que os profissionais realizam junto às Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica - ações de construção conjunta de projetos terapêuticos	
	Percentual de CEO que os profissionais realizam atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica	
	Percentual de CEO que os profissionais realizam junto às Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica - ações de construção e discussão de protocolos clínicos	
	Percentual de CEO que os profissionais realizam junto às Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica - Pactuação dos critérios para referência por especialidade	
	Percentual de CEO que os profissionais realizam visitas com os profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, quando solicitados.	

AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

Além dos indicadores da dimensão 'Organizacional', há também os indicadores das dimensões - 'Interpessoal' e 'Técnica', na Categoria Qualidade. Na dimensão Interpessoal temos os indicadores de 'Vínculo e responsabilização', como por exemplo, usuário que declarou que durante o atendimento o dentista esclareceu sobre o seu tratamento e de 'Acolhimento', como o usuário se sentir respeitado em relação a seus hábitos culturais, costumes e religião.

Quadro 18. Indicadores do Instrumento PMAQ-CEO na Categoria Qualidade/ Dimensão 'Organizacional' e "Interpessoal" com suas Subdimensões.

DIMENSÃO Organizacional		
SUBDIMENSÃO	INDICADORES	VARIÁVEIS
Caracterização da demanda e Organização da agenda	Percentual de CEO com conhecimento prévio dos usuários que passarão em consulta no serviço através de listagem recebida da regulação	SIM OU NÃO
	Percentual de CEO com conhecimento prévio dos usuários que passarão em consulta no serviço através de listagem recebida das UBS	
Caracterização da demanda e Organização da agenda	Percentual de CEO com conhecimento prévio dos usuários que passarão em consulta no serviço através de lista de espera está no CEO	SIM OU NÃO
	Percentual de CEO com conhecimento prévio dos usuários que passarão em consulta no serviço através de outro	
	Número de CEO que não tem conhecimento prévio dos usuários que passarão em consulta no serviço	
	Número de CEO que conhece o percentual de absenteísmo no serviço, em média, no mês	
	Tipo de especialidade que apresenta maior percentual de absenteísmo dos usuários	ELENCAR OS 3 PRIMEIROS
	Tipo de ação realizada para diminuir o absenteísmo dos usuários no CEO	<ul style="list-style-type: none"> · NENHUMA AÇÃO ESPECÍFICA; · O CEO ENTRA EM CONTATO PREVIAMENTE COM O USUÁRIO PARA CONFIRMAR A DATA E A PRESENÇA DO MESMO À CONSULTA; · TRABALHA COM "OVERBOOK"; · OUTRO.
DIMENSÃO Interpessoal		
Participação, controle social, satisfação e canal de comunicação com o usuário	Número de CEO que realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário	SIM OU NÃO
	Número de CEO que dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões	
	Tipos de canais de comunicação disponibilizados que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões	<ul style="list-style-type: none"> · TELEFONE DO CEO · TELEFONE DA OUVIDORIA · E-MAIL DO CEO · SITE DISPONÍVEL AO USUÁRIO · LIVROS OU FORMULÁRIOS
	Número de Equipe do CEO que considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho	SIM OU NÃO

Quadro 19. Indicadores do Instrumento PMAQ-CEO na Categoria Qualidade/ Dimensão 'Organizacional' e Subdimensões.

DIMENSÃO Organizacional		
SUBDIMENSÃO	INDICADORES	VARIÁVEIS
Educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas	Número de município que promove ações de educação permanente que incluam os profissionais do CEO	SIM OU NÃO
	Tipo de ações a Equipe do CEO participa ou participou no último ano	· SEMINÁRIOS, MOSTRAS, OFICINAS, GRUPOS DE DISCUSSÃO · CURSOS PRESENCIAIS · CURSOS À DISTÂNCIA · TELESSAÚDE · TROCA DE EXPERIÊNCIA · TUTORIA/PRECEPTORIA
Educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas	Motivo da Equipe do CEO para utilizar o Telessaúde	· SEGUNDA OPINIÃO FORMATIVA · TELEDIAGNÓSTICO · TELECONSULTORIA · TELE-EDUCAÇÃO
	Percentual de ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da Equipe do CEO	· SIM, TOTALMENTE · SIM, PARCIALMENTE · NÃO
Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento	Tempo de espera estimado por especialidade para atendimento no CEO	· NÃO SABE/NÃO RESPONDEU; · NÃO SE APLICA; · DIAS
Mecanismos de participação e interação dos usuários	Número de usuário que declarou que, quando quer fazer uma reclamação ou sugestão, o(a) senhor(a) consegue	· SIM · SIM, MAS COM DIFICULDADE · NÃO · NUNCA PRECISOU
	Número de usuário que declarou que, quando fez alguma reclamação ou sugestão, teve retorno	· SIM, TEVE RAPIDAMENTE · SIM, MAS DEMOROU · NÃO
	Número de usuário que declarou que sabe da existência de telefone da ouvidoria ou central de reclamações do Município, do Estado ou do Ministério da Saúde	SIM OU NÃO

● AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

Na Categoria Acesso dentro da dimensão 'Aceitabilidade' foi apresentado ainda o indicador 'Atendimento' como, por exemplo, o percentual de usuários que concluiu algum tratamento neste CEO, percentual de usuários que tiveram reencaminhamento para atenção básica (contrarreferência) e percentual de usuário que foi consultado sobre o melhor horário e dia para agendar o seu atendimento. O acompanhamento dos indicadores da 'educação permanente' e do 'Apoio matricial' é fundamental para a gestão do cuidado.

Quadro 20. Indicadores do Instrumento PMAQ-CEO na Categoria Qualidade/ Dimensão Organizacional e suas Subdimensões.

DIMENSÃO Organizacional			
SUBDIMENSÃO	INDICADORES	VARIÁVEIS	
Planejamento e Reunião da Equipe do CEO	Número de CEO em que, nos últimos 12 meses, foi realizado alguma atividade de planejamento das ações com a participação dos Cirurgiões Dentistas	SIM OU NÃO	
	Número de ações de planejamento em que é (são) levado(s) em consideração as		
	sugestões/opiniões dos Cirurgiões Dentistas		
	Nº de Equipe do CEO que planeja/ programa suas atividades considerando as informações do SIA		
	Número de Equipe do CEO que planeja/programa suas atividades considerando as informações locais de levantamento epidemiológico		
	Nº de Equipe do CEO que planeja suas atividades considerando as metas de cada especialidade estabelecidas pelo Ministério da Saúde		
	Número de Equipe do CEO que planeja/programa suas atividades considerando os desafios apontados a partir da autoavaliação		
	Nº de Equipe do CEO que planeja/programa suas atividades considerando o envolvimento de organizações da comunidade (a parceria e pactuações com a comunidade)		
	Número de Equipe do CEO que realiza avaliação das ações planejadas/programadas		
	Número de CEO em que a gestão apoia a organização do processo de trabalho visando a melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ-CEO		
	Número de CEO que realiza reunião de Equipe		
	Número de CEO conforme a periodicidade das reuniões		· SEMANAL · QUINZENAL · MENSAL · SEM PERIODICIDADE DEFINIDA
	Número de CEO conforme os temas das reuniões de Equipe		· ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E DO SERVIÇO · DISCUSSÃO DE CASOS PELA EQUIPE (EVENTOS SENTINELAS, CASOS DIFÍCEIS, CASOS DESAFIADORES) · QUALIFICAÇÃO CLÍNICA COM PARTICIPAÇÃO DE ESPECIALISTAS CONVIDADOS DE UNIVERSIDADES OU DE OUTROS SERVIÇOS. · CONSTRUÇÃO/DISCUSSÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COM AS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO BÁSICA · A CONSTRUÇÃO DE UMA AGENDA DE TRABALHO SEMANAL, QUINZENAL OU MENSAL

Na dimensão 'Organizacional' da Categoria Qualidade do PMAQ-CEO, a subdimensão 'Planejamento e Reunião da Equipe do CEO' apresenta dezesseis indicadores (Quadro 16), como por exemplos, número de CEO que realiza o apoio para o planejamento conforme categoria profissional; número de CEO que utiliza os informativos epidemiológicos como recursos para a realização do planejamento; e número de CEO que realiza o monitoramento e análises das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada.

A subdimensão 'Apoio matricial' da dimensão 'Organizacional' apresenta treze indicadores (Quadro 17), como po exemplo: percentual de CEO que realiza pactuação dos critérios para referência por especialidade junto às Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica; percentual de CEO em que os profissionais realizam ações de construção e discussão de protocolos clínicos junto às Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica; e percentual de CEO em que os profissionais realizam ações de capacitação para a detecção do câncer de boca junto às Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica.

O 'Apoio matricial' é uma ferramenta essencial na produção do cuidado, pois corresponde a uma soma de olhares que favorece ampliação das ações em relação às necessidades de saúde e, desta forma, proporciona a busca pela integralidade no atendimento. Campos e Domitti definem que o apoio matricial em saúde tem como objetivo assegurar retaguarda especializada junto às equipes e profissionais encarregados pela atenção à saúde, oferecendo tanto suporte no aspecto assistencial quanto técnico-pedagógico às equipes de referência. Portanto, a Educação Permanente em Saúde está atrelada ao processo de apoio matricial.

Campos e Domitti lembram que, para a realização deste apoio é necessária a construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial, definindo critérios para acionar o apoio e estabelecer as responsabilidades a ser compartilhadas entre os atores.

Na dimensão 'Organizacional' da Categoria Qualidade do PMAQ-CEO, a subdimensão 'Educação Permanente' no processo de qualificação das ações desenvolvidas (Quadro 19) apresentou quatro indicadores entre eles: número de municípios que promovem ações de educação permanente que incluam os profissionais do CEO e motivo da Equipe do CEO para utilizar o Telessaúde.

"A educação permanente é política pública nacional de descentralização e disseminação de capacidade pedagógica no Sistema Único de Saúde". Ela se contrapõe à forma usual de capacitação dos recursos humanos, pois considera que a aprendizagem deve acontecer a partir da inserção no cotidiano dos serviços de saúde para favorecer a análise da realidade pelos sujeitos ali inseridos. Essa reflexão deve ser fundamentada em referenciais teóricos, tendo como objetivo a transformação do ambiente de trabalho e dos profissionais de saúde, contribuindo assim, para a qualidade do serviço prestado.

Pela educação permanente "a necessidade de mudança, transformação ou crescimento vem da percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar alguma coisa está insatisfatória ou insuficiente em dar conta dos desafios do trabalho em saúde".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação externa do PMAQ-CEO propõe analisar vários indicadores relevantes nas categorias de Acesso e Qualidade. Estas podem se constituir em parâmetros para implementação de ações, bem como de planejamento, avaliação e monitoramento pelas gestões dos CEOs e também pelo Ministério da Saúde.

Na Categoria Acesso, se destacam os indicadores da dimensão 'Disponibilidade' e na Categoria Qualidade os indicadores 'Organizacionais' são os mais frequentes, demonstrando como a conjuntura apresentadas pelos serviços são fundamentais.

Os diversos indicadores elencados, como os relacionados às subdimensões - tempo de espera, organização da demanda, planejamento das ações, Apoio matricial, educação permanente em saúde entre outros - são práticos, importantes e úteis de serem empregados e monitorados. Estes permitirão acompanhar o alcance das metas; avaliar os resultados obtidos e auxiliar no processo de tomada de decisão, como também contribuir na melhoria contínua do processo de trabalho e para analisar o desempenho dos serviços e, como consequência, contribuir na produção do cuidado.

Como todo instrumento de avaliação, o PMAQ-CEO poderá sofrer reajustes, já que a realidade é dinâmica, mas apresenta indicadores que são essenciais para viabilizar o acesso e a qualidade dos serviços dos CEOs do Brasil, já que sua existência pode fundamentar o planejamento.

As Redes de Atenção à Saúde Bucal - O Papel do CEO

Márcia Helena Baldani Pinto
 Maria Ercília de Araújo
 Mitsue Fujimaki
 Rafael Gomes Ditterich
 Raquel Sano Suga Terada
 Petrônio José de Lima Martelli

APRESENTAÇÃO

A atual situação epidemiológica dos agravos à saúde, com o amplo incremento da prevalência de condições crônicas somando-se às condições agudas, impõe aos serviços de saúde o desafio de adotar uma configuração universal, pautada na equidade e com capacidade de resolubilidade dos problemas sob a perspectiva do cuidado e não mais da cura. Esse cenário tem desafiado os formuladores de políticas públicas a desenvolver novos modelos de atenção, surgindo a proposta de organização dos sistemas em Redes de Atenção à Saúde (RAS), coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS).

No Brasil, apesar da concepção de RAS ser discutida há algum tempo e de modelos de redes terem sido implementados a partir de iniciativas individuais em alguns estados do país, esta foi incorporada oficialmente ao SUS apenas em 2010, a partir da Portaria Ministerial nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, e do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que complementaram a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/1990. Esta nova orientação encontrou amparo em um processo consistente de organização e fortalecimento da APS, conformado a partir da instituição e expansão da Estratégia Saúde da Família desde o final da década de 1990.

No campo da saúde bucal, a organização dos sistemas sob a lógica de RAS se mostra favorecida pelo desenho da atual Política Nacional de Saúde Bucal, denominada Brasil Sorridente, delineada em 2004 a partir dos princípios do cuidado e da integralidade. A partir de então, o Brasil Sorridente tem se estruturado em diversos eixos estratégicos que abrangem desde ações de vigilância em saúde e fluoretação das águas de abastecimento público, à expansão da oferta de serviços na APS até a assistência de média e alta complexidade, além da transversalidade com outras áreas e programas intra e interministeriais.

Nesse contexto, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) podem ser considerados como elementos-chave na configuração da Rede de Atenção à Saúde Bucal ao favorecer o acesso da população a procedimentos de maior complexidade tecnológica não contemplados nas unidades básicas de saúde. O primeiro CEO foi inaugurado em Sobral - CE, no ano de 2004 e, em dezembro de 2015, contam-se 1.037 CEO em funcionamento no país. A expansão do número de CEO observada nos últimos anos, bem como de outros serviços como os Laboratórios de Prótese Dentária, permite identificar tais unidades como importantes pontos na configuração das Redes de Atenção à Saúde Bucal nos estados e municípios, com potencial expressivo de garantir a integralidade do cuidado.

Diante do exposto, o objetivo deste capítulo é apresentar a perspectiva de organização da atenção em saúde bucal sob a lógica das RAS, a partir da implementação da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, analisando o papel dos CEO nesse processo.

AS SITUAÇÕES DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

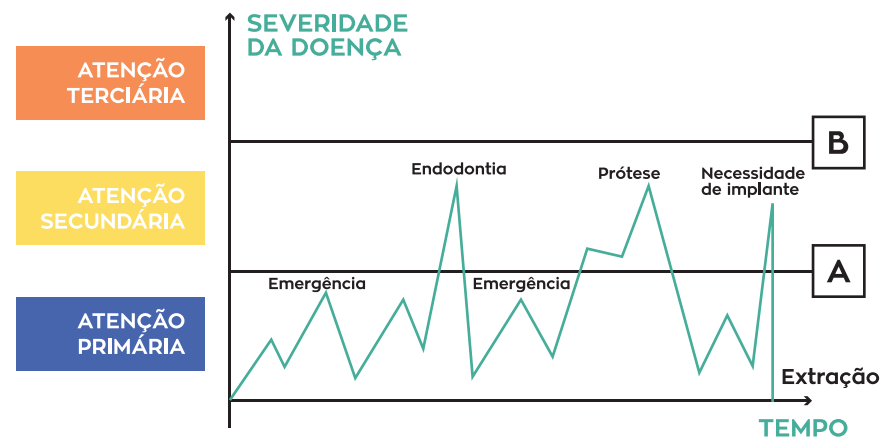
O mundo contemporâneo enfrenta alguns desafios decorrentes dos padrões de consumo e de estilos de vida não saudáveis da população. Consequentemente, observa-se um aumento das condições crônicas de saúde. No Brasil, em 2007, as doenças crônicas não transmissíveis foram responsáveis por 72% das mortes. Adicionalmente, o país passa por uma transição demográfica de uma população predominantemente jovem para uma sociedade tipicamente envelhecida nas próximas décadas, o que implica em um incremento ainda maior das condições crônicas.

As condições crônicas iniciam e evoluem lentamente e podem levar a vários sintomas e perdas funcionais, o que é muito diferente do curso de duração das condições agudas, em geral inferior a três meses, com início repentino. As condições crônicas incluem, além das doenças crônicas não transmissíveis, as doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/AIDS, entre outras), as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal, as condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida, os distúrbios mentais de longo prazo, as deficiências físicas e estruturais contínuas, as doenças metabólicas e a grande maioria das doenças bucais. Muitas condições agudas podem evoluir para crônicas as quais, por sua vez, podem apresentar períodos de agudização.

Entre as doenças crônicas bucais, apesar de verificar-se uma diminuição dos índices epidemiológicos da cárie dentária ao longo dos anos, verifica-se que esta ainda tem levado a um número assustador de perdas dentárias na população. O entendimento de que ela se trata de uma doença crônica, açúcar-dependente e não transmissível, pelo longo período do seu curso natural e porque as bactérias cariogênicas estão constantemente na boca de qualquer indivíduo, é fundamental para que ela seja adequadamente tratada e controlada.

Exemplificando, a severidade da doença de um indivíduo que apresenta um dente com lesão de cárie, em um determinado tempo, poderá requerer dos serviços uma atenção primária, secundária ou até mesmo uma atenção hospitalar. O Gráfico 9 representa o curso natural de um paciente e suas necessidades nos serviços do SUS, quando atendido com foco na condição aguda, ou seja, na resolução da sequela da doença cárie e não nos fatores etiológicos da mesma. A região inferior do gráfico, da base até a linha A, representa o grau de severidade da doença que pode ser gerido pela APS, por exemplo, o atendimento nas clínicas odontológicas das unidades básicas de saúde. O espaço entre a linha A e B representa o grau de severidade da doença que necessita de cuidados pela atenção ambulatorial especializada, a atenção secundária, ou seja nos CEO. Esta figura mostra que a atenção à condição aguda, não leva à saúde do indivíduo, mas ao longo do tempo, irá levar à mutilação dos dentes. Neste caso, não houve a identificação dos riscos, vulnerabilidades e fatores etiológicos e o curso da história natural da doença não foi modificado. Desta maneira, o indivíduo necessitará de serviços de maior complexidade, aumentando ainda mais a demanda por atendimento especializado.

Gráfico 9. Curso hipotético da lógica de atenção à condição aguda de enfrentamento da doença cárie



● FONTE: AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

O cuidado contínuo nos momentos silenciosos da doença, quando há saúde bucal ou mesmo na presença de lesões de mancha branca assintomáticas, é essencial para impedir a sua evolução. Entretanto, grande parte dos sistemas de saúde vigentes está voltada para responder prioritariamente às condições agudas. A formação dos profissionais e a educação e os hábitos culturais da população também influenciam a compreensão dos mecanismos de enfrentamento da doença. Desta forma, pela lógica da atenção às condições agudas, o indivíduo procura o sistema em situações de emergência, uma ou várias vezes, os dentes entram em um ciclo restaurador repetitivo, até que muitas vezes são extraídos. Contudo, é imprescindível que o sistema de saúde, além de responder às demandas das condições agudas, realize um trabalho contínuo e proativo de controle das condições crônicas.

Na área médica, assim como na Odontologia, o modelo de tratamento agudo tende a fracassar e ajuda a explicar a atual situação de saúde geral e bucal da população. Além de economicamente inviável, esse sistema já mostrou que não consegue dar conta de melhorar a qualidade de vida da população. Paradoxalmente, em um país com o maior contingente de cirurgiões-dentista por população no mundo, ainda tem-se a mutilação dentária total como condição presente na maioria dos idosos, que perde seus dentes ao longo da vida, segundo levantamentos epidemiológicos nacionais nos últimos anos.

A divisão do trabalho em saúde preconizada atualmente pela OMS é o atendimento às condições agudas e às condições crônicas. Essa tipologia toma como base as condições de saúde que, segundo Mendes, podem ser assim definidas: “circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde”.

Trabalhar com base nesta tipologia, portanto, é levar em consideração o tempo de duração de determinada condição, a forma de enfrentamento que o sistema de atenção à saúde deve adotar e como organizar a estrutura do sistema de atenção à saúde para dar conta do problema; ou seja, de forma fragmentada ou integrada em RAS.

A principal diferença entre os dois sistemas é o foco da atenção. Enquanto no sistema fragmentado o foco está voltado para as condições agudas, nas RAS o foco está voltado tanto para as condições agudas quanto crônicas. O Quadro 21 apresenta características diferenciais de sistemas fragmentados e as RAS, mostrando a necessidade de transformações das práticas do cuidado e autocuidado para a diminuição dos índices de doença.

Quadro 21. Características diferenciais de sistemas fragmentados e de RAS

(continua)

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
FORMA DE ORGANIZAÇÃO	Hierarquia	Poliarquia
FOCO	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto atendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma RAS
OBJETIVOS	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos
POPULAÇÃO	Voltado para indivíduos isolados	Voltado para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS
FORMA DA AÇÃO DO SISTEMA	Reativa e episódica	Proativa e contínua

Quadro 21. Características diferenciais de sistemas fragmentados e de RAS

(conclusão)

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
ÊNFASE NAS INTERVENÇÕES	Curativas e reabilitadoras	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras ou paliativas
MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	Fragmentado por ponto de atenção à saúde	Integrado, com estratificação de riscos
MODELO DE GESTÃO	Gestão por estruturas isoladas	Governança sistêmica
PLANEJAMENTO	Da oferta	Das necessidades
TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	Fragmentada	Integrada a partir de cartão de identidade e prontuários eletrônicos
PARTICIPAÇÃO SOCIAL	Passiva	Ativa

© (ADAPTAÇÃO: MENDES, 2011)

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A preocupação com a fragmentação na atenção à saúde e a proposta de organização dos sistemas de saúde em redes integradas não é recente. Iniciativas de expansão no acesso e redução da segmentação entre serviços assistenciais e da fragmentação no cuidado à saúde tiveram suas primeiras formulações na década de 1920, no Reino Unido, com o Relatório Dawson. Entre seus objetivos, este documento propunha disponibilizar os serviços de saúde segundo as necessidades da população e integrar as ações curativas com as preventivas. O relatório preconizou a organização do sistema de saúde em diversos níveis interligados (serviços domiciliares, centros de saúde primários, centros de saúde secundários, serviços suplementares e hospitais de ensino), e serviu de base para uma proposta internacional surgida no início dos anos 1990, com os sistemas integrados de saúde.

No Brasil, a organização dos serviços de saúde em redes assistenciais esteve presente na agenda da Reforma Sanitária e foi consolidada na Constituição Federal de 1988 com a conformação dos princípios do SUS. Atualmente, a modelagem das RAS se constitui em uma das estratégias do Ministério da Saúde para a regionalização dos serviços de saúde. O processo exige, além da organização da rede dentro do próprio município, a cooperação solidária entre municípios de determinada região de saúde e a qualificação da APS

como organizadora do sistema e coordenadora do cuidado ofertado. Porém, é importante lembrar que a concepção de rede assistencial, no sistema de saúde brasileiro foi substancialmente modificada ao longo da última década.

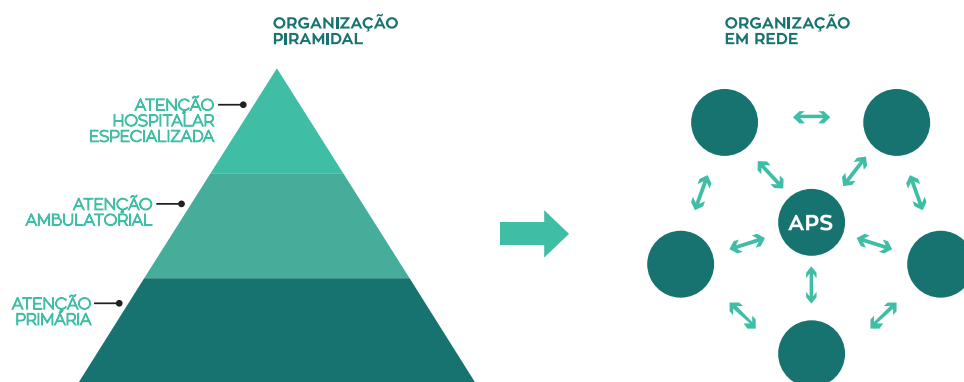
Até recentemente, a ideia de organização defendida para o SUS era de um sistema regionalizado porém hierárquico, do tipo piramidal, formatado segundo níveis crescentes de complexidade em atenção básica, secundária e terciária. Essa concepção hierárquica e piramidal tem sido considerada equivocada, por pressupor que os níveis superiores da pirâmide, também denominados de média e alta complexidade, seriam os mais ‘complexos’, quando estes são apenas mais densos tecnologicamente.

Na atual concepção de organização dos serviços de saúde, a ideia de pirâmide foi substituída por outra lógica, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, respeitando as diferentes densidades tecnológicas de cada serviço e tendo a APS como centro de comunicação e ordenação do cuidado (Figura 10).

O Ministério da Saúde define as RAS como *“estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos”*. Os principais componentes das redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde são: (1) os espaços territoriais e suas respectivas populações com necessidades e demandas por ações e serviços de saúde; (2) os serviços de saúde ou “pontos da rede”, devidamente caracterizados quanto a suas funções e objetivos; (3) a logística que orienta e controla o acesso e o fluxo dos usuários; e (4) o sistema de governança.

Os modelos de atenção à saúde, e a conformação das RAS, são diferenciados para responder às condições agudas ou crônicas. Em qualquer dos casos, cabe à APS, enquanto base da estrutura operacional das RAS, a responsabilidade de diagnóstico das condições de saúde da população adscrita, a articulação e comunicação com a mesma e a coordenação do cuidado.

Figura 10. Organização dos sistemas de saúde em pirâmide ou em rede poliárquica



ADAPTADO DE MENDES, 2011

O PAPEL DO CEO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

A construção de uma rede de atenção integrada em saúde bucal, com mecanismos de referência e contrarreferência exige a criação de diferentes pontos de atenção com garantia de acesso aos diferentes níveis de atenção e complexidade com posterior acompanhamento da atenção ofertada ao usuário.

Deste modo, as RAS têm atingidos estágios diferentes em todo território nacional, dadas as diferenças regionais em relação à capacidade instalada, os recursos humanos, a qualificação dos profissionais da saúde bucal, a gestão da saúde, além da sua priorização pelas autoridades sanitárias locais.

A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente trouxe a expansão do conceito de APS e conseqüentemente o aumento e diversidade na oferta de procedimentos para a população em geral, o que desencadeou também investimentos progressivos para aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção. Neste sentido, foram instituídos, critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação dos CEO e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias .

No entanto, SERRA; GARCIA; MATTOS argumentam que o Brasil Sorridente se por um lado abre caminhos para a ampliação da APS através da ampliação das ações de prevenção, promoção, recuperação e manutenção à saúde e investimentos na estruturação dos mecanismos de referência por meio dos CEO, por outro lado - dependendo da interpretação da gestão municipal ou regional - a oferta de serviços de saúde bucal poderia se tornar ainda mais desarticulada e isolada, o que também poderia comprometer a garantia da continuidade no cuidado à saúde. Portanto, é fundamental que a gestão, nas suas diferentes esferas, desencadeie e apoie o processo de construção das RAS.

Sobre o ponto de vista da concepção de RAS, o Brasil Sorridente direcionou a ampliação no acesso da população à atenção à saúde bucal, em diversos eixos estratégicos e pontos de atenção: na vigilância em saúde bucal (sanitária, epidemiológica, ambiental), na ampliação de sistemas de fluoretação de água, na expansão da oferta de serviços da APS, na criação e implantação de CEO e na implantação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPDs), na inovação referente à estruturação de Centros/Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON/UNACON), e em programas intra e interministeriais com reflexo em nível locorregional, tais como a Rede Cegonha, Brasil sem Miséria, Viver sem Limites, dentre outros.

Dentre as experiências em curso, o estado de Minas Gerais e do Paraná vêm promovendo mudanças na concepção de Redes Temáticas, instituindo diretrizes para a construção das linhas guias da Atenção à Saúde Bucal.

A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO ESTADO DE MINAS GERAIS

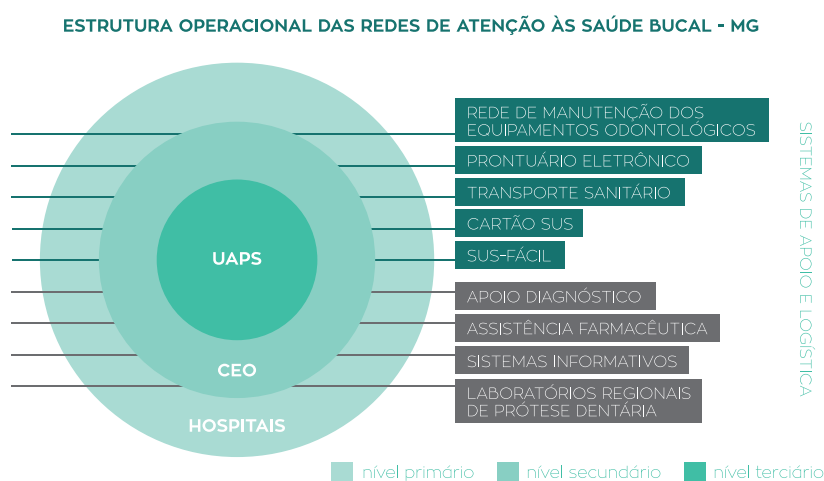
Em 2007, a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) de Minas Gerais desencadeou um processo de fortalecimento da atenção primária em saúde, a partir de um conjunto de oficinas com o apoio das universidades, para a construção das RAS para os profissionais da atenção primária à saúde dos municípios. Foram capacitados cerca de 3.500 equipes, 75 mil profissionais de 859 municípios. A Rede de Atenção à Saúde Bucal de Minas Gerais foi criada pela Deliberação CIB/SUS-MG no. 1676/2013, buscando avançar na integralidade, equidade e universalidade do acesso à atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS-MG).

A Rede de Atenção à Saúde Bucal tem como principal objetivo reduzir a morbidade por cárie, doença periodontal, má-oclusão, fluorose e a morbi-mortalidade por câncer bucal em MG por meio da implantação de uma rede de atenção que possa ofertar a atenção necessária no local e no momento certos. A atenção em saúde bucal em MG tem como porta de entrada a APS, responsável pelas ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde bucal e segue um fluxo de encaminhamento à atenção especializada para os casos de maior complexidade.

A Rede de Atenção à Saúde Bucal de MG é composta da seguinte forma:

- I - pontos de atenção primária, pontos de atenção especializada e pontos de atenção de urgência e emergência;*
- II- apoio diagnóstico e apoio terapêutico; e*
- III- Sistema logístico.*

Figura 11. Rede de Atenção à Saúde Bucal de Minas Gerais (LEAL, 2013).



● FONTE: AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

Na Figura 11 são apresentados todos os componentes da Rede de Atenção à Saúde Bucal. Os componentes estão articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio.

A Atenção Especializada em Saúde Bucal conta com os seguintes pontos de atenção: CEO e Unidades Hospitalares. Os pontos de atenção do componente de Atenção Especializada em Saúde bucal devem respeitar as seguintes regras de funcionamento:

I - constituir-se em serviço de referência regulado, que funcione em base territorial e que forneça atenção especializada às pessoas que necessitarem deste serviço;

II - servir de referência para atendimento em nível de região ou região ampliada de saúde de acordo com o estabelecido nessa deliberação;

III - estabelecer-se como lugar de referência de cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes;

IV - complementar as ações de saúde bucal realizadas pela equipe da atenção primária, de acordo com o princípio da integralidade;

V- respeitar os fluxos de encaminhamento realizados pela atenção primária;

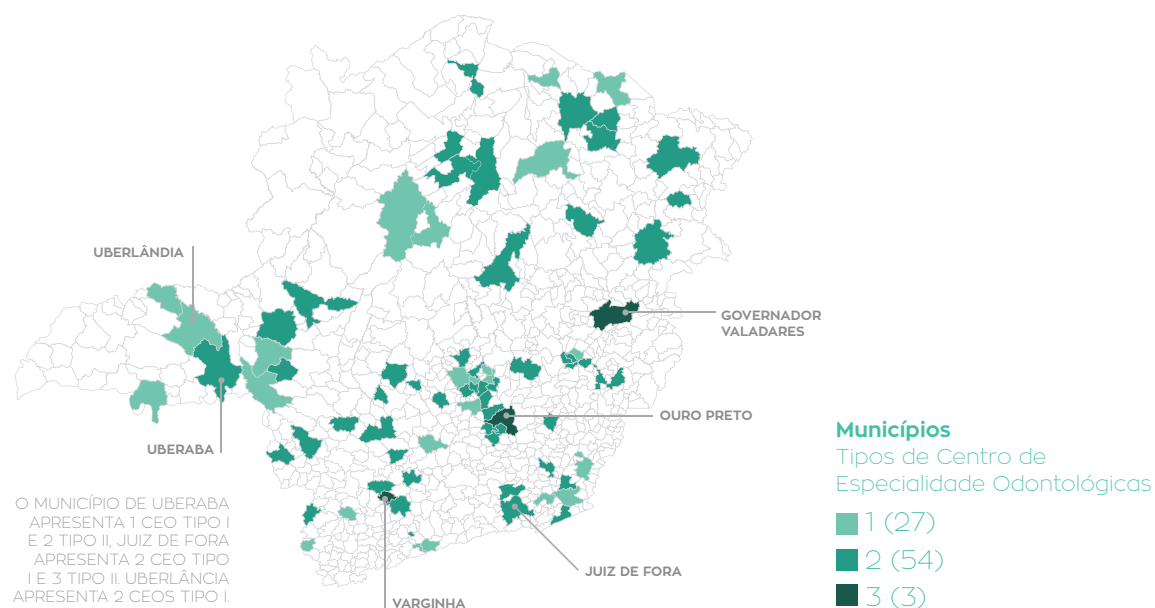
VI - elaborar plano de cuidado para acompanhamento do usuário na atenção primária (contrarreferência);

VII - realizar ações de apoio na atenção primária, no âmbito da Região de Saúde e Região ampliada de saúde de seus usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde Bucal; e

VIII - participar do processo de educação permanente dos profissionais da rede de saúde bucal.

Os CEOs na Rede de Saúde Bucal de MG são pontos de atenção ambulatorial especializada em saúde bucal, constituindo-se em referência para um município ou para uma Região de Saúde. De acordo, com a Diretoria de Saúde Bucal de MG, atualmente em 2015, são 84 CEOs no estado de MG que garantem à população à atenção secundária em saúde bucal (Figura 12).

Figura 12. Distribuição geográfica dos CEOs na Rede de Saúde Bucal de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2015).



● FONTE: AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

EXPERIÊNCIA DA CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO PARANÁ

Em 2011, a SESA do Paraná delineou, em seu mapa estratégico, ações de capacitação para as equipes da atenção primária. Estas ações de fortalecimento da APS fazem parte do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde, conhecido como APSUS, o qual apresenta 3 eixos de ações: investimento, custo e educação permanente.

No eixo educação permanente, foram realizadas uma série de oficinas com o objetivo de implementar as seguintes redes de atenção no Paraná: Rede Mãe Paranaense, Rede da Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde do Idoso, Rede de Saúde Mental, Rede de Urgência e Emergência. Até 2015, nove oficinas foram realizadas, com a participação de mais de 30.000 profissionais da APS, incluindo os cirurgiões-dentistas, utilizando-se uma estratégia semelhante à de Minas Gerais. Apesar do APSUS capacitar somente as equipes da atenção primária, o desenho da rede como um todo tem sido discutido desde a primeira oficina, possibilitando repensar o dimensionamento dos serviços nos diferentes níveis e pontos de atenção.

Neste contexto de discussão ampliada, interprofissional e intersetorial, a rede de atenção à saúde bucal no Paraná foi delineada e lançada em abril de 2014.

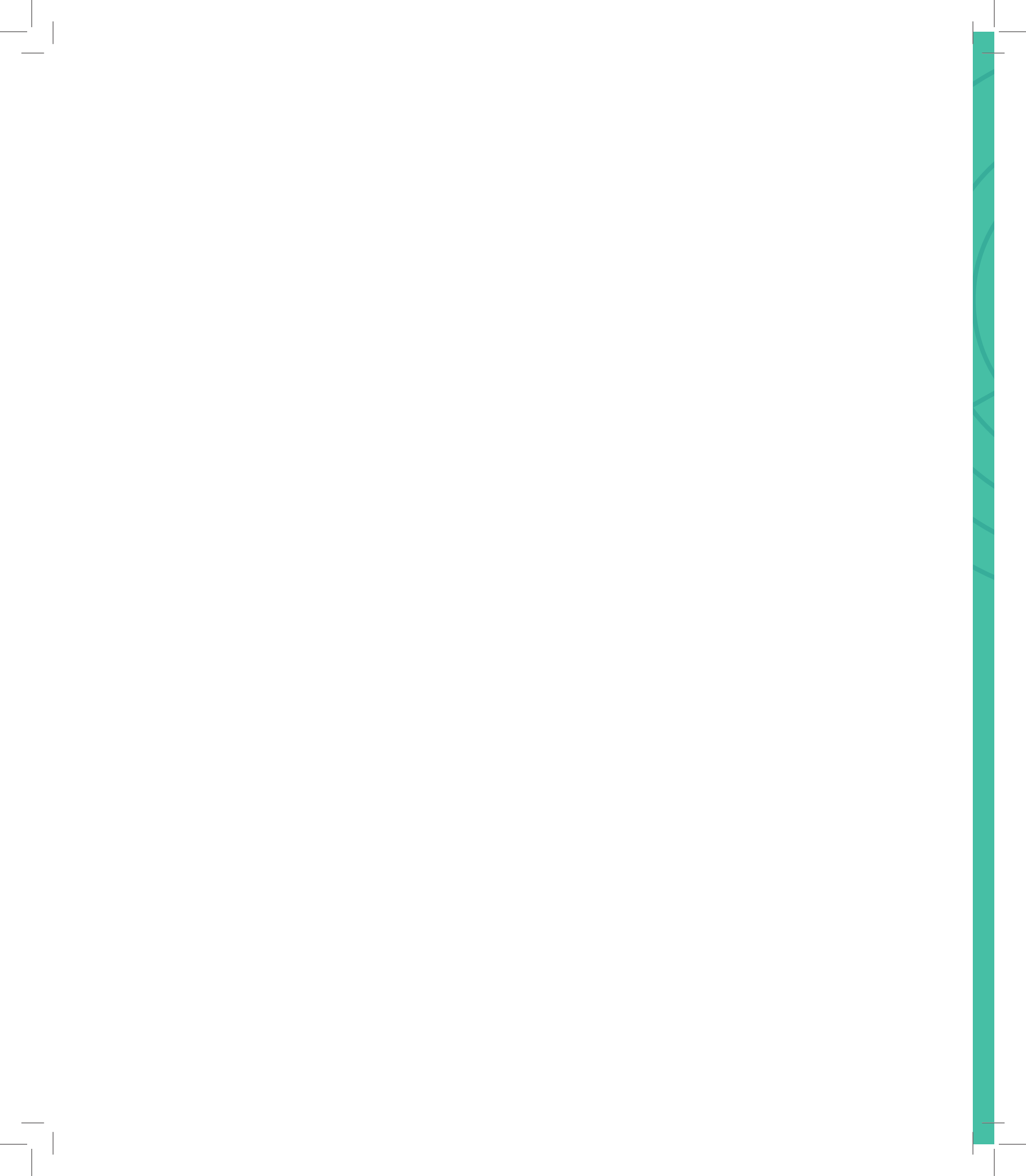
A linha guia da rede de atenção à saúde bucal apresenta as diretrizes para sua implementação e reforça a importância do trabalho articulado e em equipe em cada ponto de atenção e entre os pontos de atenção, tendo as seguintes competências, território e resolubilidade (Quadro 22):

Quadro 22. Características diferenciais de sistemas fragmentados e de RAS

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA	TERRITÓRIO SANITÁRIO	RESOLUBILIDADE
PRIMÁRIO	Domicílio	Identificação de fatores de risco . Busca ativa . Atenção domiciliar . Autocuidado . Educação em saúde	Domicílio	80%
	UBS	Acolhimento . Cadastramento . Estratificação de risco . Educação em saúde . Atendimento de urgência . Procedimentos clínicos e cirúrgicos	Território de abrangência	
SECUNDÁRIO	CEO	Atendimento especializado em endodontia, periodontia, prótese, cirurgia, pessoas com deficiência, diagnóstico de lesões bucais, odontopediatria, ortodontia e implantodontia Contrarreferência para as UBS	Território de abrangência	17%
	Universidades	Atendimento clínico a pessoas com deficiência . Exames anatomopatológicos de lesões da cavidade bucal . Controle de qualidade dos exames anatomopatológicos . Atendimento especializado de casos clínicos complexos de cirurgia bucal, dentística restauradora, endodontia, periodontia, odontopediatria e ortodontia . Capacitação de profissionais de saúde bucal	Macrorregiões	
TERCIÁRIO	Hospitais de referência	Atendimento especializado em endodontia, periodontia, prótese, cirurgia, pessoas com deficiência, diagnóstico de lesões bucais, odontopediatria, ortodontia e implantodontia Contrarreferência para as UBS	Macrorregiões	13%

ADAPTADO DA REDE DE SAÚDE BUCAL DO ESTADO DO PARANÁ (PARANÁ, 2014)

O Brasil Sorridente, representado pelas Diretrizes da Política Nacional da Política de Saúde Bucal, tem exercido um papel indutor de grandes avanços no acesso às especialidades odontológicas, na resolatividade dos problemas de saúde bucal, no cuidado integral e no desenho da rede de atenção à saúde bucal no país. A partir das experiências em desenvolvimento nos estados de Minas Gerais e no Paraná, verifica-se que o comprometimento da gestão local tem conduzido o processo da implementação das RAS e potencializado a redução dos níveis de condições de saúde crônicas e agudas da população, investindo em melhor qualidade de vida.





Usuários

parte 4

O AVALIADOR EXTERNO E O USUÁRIO DO CEO: NARRATIVA DE EXPERIÊNCIA DURANTE O CICLO I DO PMAQ-CEO

*Fernanda Campos de Almeida Carrer
Maristela Cayetano
Nilcema Figueiredo
Wilton Wilney Nascimento Padilha*

O Usuário é o ator principal de qualquer serviço de saúde. Todo o sistema de saúde deve ser pensado para garantir o acesso e a qualidade à população dos serviços prestados. No caso brasileiro, este acesso deve ser universal, respeitando os princípios da equidade e integralidade do cuidado. O usuário foi um dos atores sociais entrevistados no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO), em sua terceira fase, denominada Avaliação Externa do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas - AVE-PMAQ/CEO

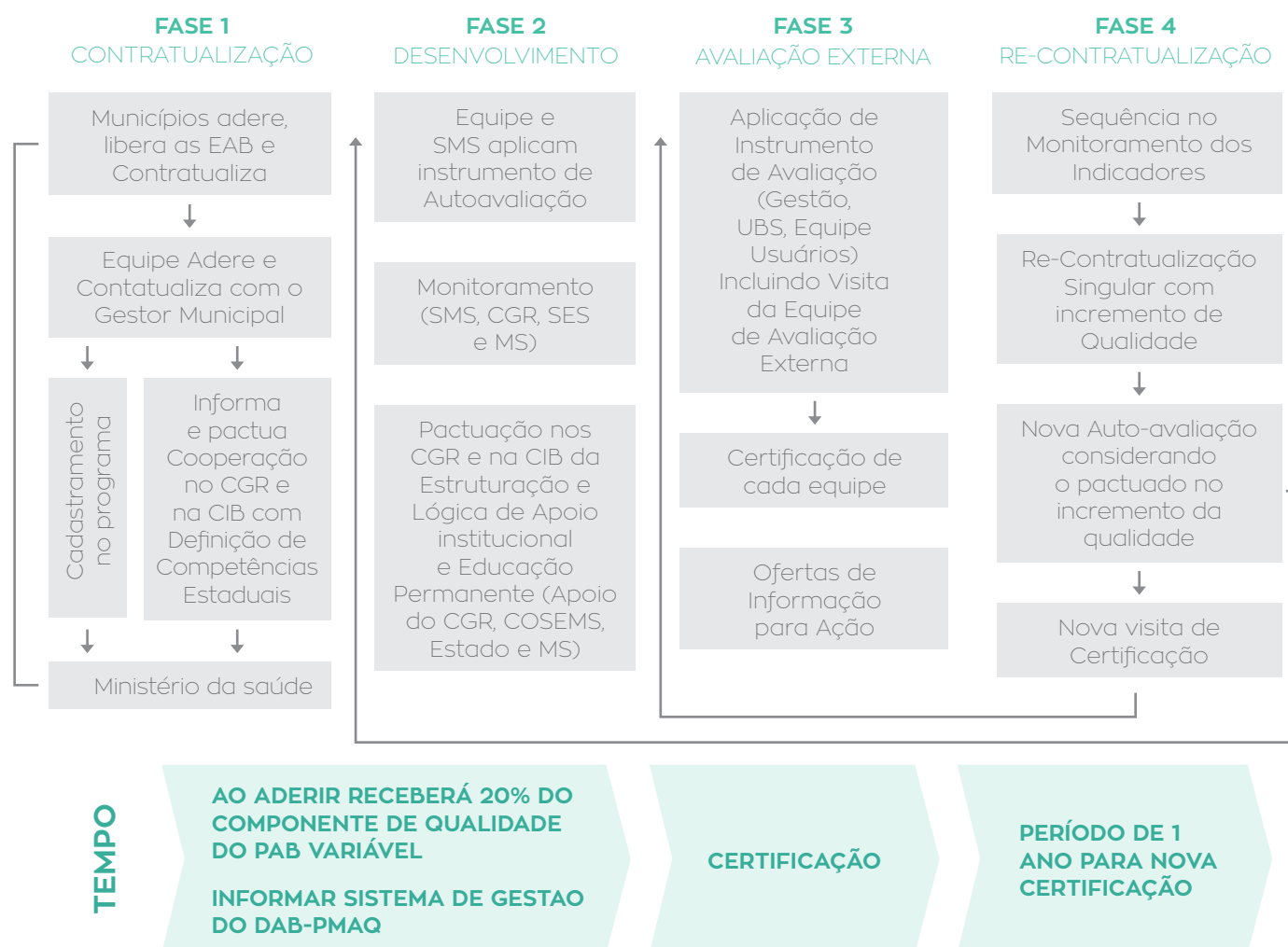
Em busca desta integralidade, desde 2004 o Brasil implementou a Política Nacional de Saúde Bucal, com ênfase nas ações intersetoriais e interministeriais, revolucionou o cuidado em saúde bucal e teve como uma de suas marcas a criação e expansão dos Centros de Especialidade Odontológicos (CEO), que organizaram a oferta de serviços especializados no território nacional.

Os CEO são serviços de atenção secundária que funcionam como referência para a atenção básica e oferecem atendimento especializado, pelo menos, nas áreas de: Endodontia, Cirurgia, Diagnóstico Bucal, Periodontia e Pacientes Portadores de Necessidades Especiais, garantindo atendimento integral ao paciente, devendo ser contrarreferenciado à atenção básica, coordenadora do cuidado, após o atendimento.

Em busca de avaliar os serviços prestados à população através da rede de atenção do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade, inicialmente na atenção básica (o PMAQ-AB) e, mais recentemente, nos Centros de Especialidades Odontoló-

gicas, o PMAQ-CEO, este último como estratégia de qualificação dos serviços especializados em saúde bucal no território nacional. Este foi um processo pactuado que contou com a participação da equipe do CEO e a gestão local, que aceitaram e contratualizaram junto ao Ministério da Saúde, seguindo o fluxo descrito na Figura 14.

Figura 14. Fluxograma das fases do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade, proposto pelo Ministério da Saúde



LEGENDA: CGR: COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DE SAÚDE; CIB: COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE; COSEMS: CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE; SMS: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE; SES: SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE; MS: MINISTÉRIO DA SAÚDE; DAB: DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA; UBS: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE; PAB: PISO DA ATENÇÃO BÁSICA.

O componente de avaliação externa da terceira fase do PMAQ-CEO possuía três módulos (Figura 15), um primeiro de observação direta, o segundo de entrevista com gerente e um profissional da unidade e o último que avaliava a percepção e satisfação de usuários, e este texto deve explorar este último módulo, suas nuances, seus achados e o olhar dos avaliadores externos sobre a relação do usuário e os CEO.

Figura 15: Esquema de módulos do AVE-PMAQ/CEO - 1º Ciclo



Aqui vale um parêntese, pois este capítulo nasceu das inquietações dos avaliadores externos e coordenadores estaduais e macrorregionais do PMAQ-CEO que, ao chegarem aos serviços, com visita pactuada e agendada com a gestão através das Secretarias de Saúde e Gerências dos CEO encontraram grande dificuldade em entrevistar dez usuários para aplicar o questionário relativo a este módulo, embora os avaliadores tivessem dois dias para realizar a avaliação externa em cada unidade.

Vale ressaltar ainda que esses mesmos avaliadores observavam serviços muito bem estruturados, com profissionais qualificados, com usuários muito satisfeitos e com serviços que apresentavam filas de espera para boa parte das especialidades. Então surgem as perguntas: Como este fenômeno ocorre? Como podemos contribuir para interferir nesses achados?

Não temos dúvida que avançamos muito, garantir acesso a serviço de saúde bucal especializado à população, dentro do Sistema Único de Saúde, foi uma conquista da qual não podemos abrir mão. Os CEO são um grande diferencial da Política Nacional de Saúde Bucal, denominada Brasil Sorridente, em relação a outros modelos mundiais, e temos que nos orgulhar do que alcançamos até aqui. Entretanto, observar a avaliação de serviços é fundamental para que pontos de fragilidade possam vir à tona para dar subsídios para que a gestão aprimore processos e produtos, a fim de garantir acesso e qualidade à população garantindo assim a universalidade, a equidade e integralidade do cuidado.

Um dos diferenciais da avaliação realizada no PMAQCEO com relação ao PMAQ-AB, foi o fato de que todos os avaliadores externos foram cirurgiões dentistas, selecionados através de critérios de pontuação diferenciados para os que possuíam títulos de pós-graduação em Odontologia em qualquer área ou em Saúde Coletiva (com cursos completos ou em andamento). Houve também pontuação para os que participaram de projetos de pesquisa e/ou extensão em Saúde Bucal Coletiva. Àqueles que possuíam produção intelectual com publicações de artigos, capítulos de livros ou qualquer outro tipo de produção também foram pontuados. Após todo esse processo, os avaliadores externos do PMAQ-CEO receberam capacitação específica presencial para familiarizar-se com o instrumento e sanar todas as dúvidas.

A avaliação do PMAQ-CEO ocorreu em 932 serviços em todo território nacional através de estratégia de senso, os avaliadores externos realizaram a pesquisa através de um questionário estruturado e os dados foram registrados em tablets. Para aplicação do referido módulo III, denominado: “*verificação da percepção e satisfação do usuário*” foi preconizada a aplicação do instrumento para 10 usuários presentes em cada unidade na data da avaliação, sendo que esses usuários deveriam ter, no mínimo, 18 anos de idade, estar em tratamento ou com tratamento concluído no último ano naquele CEO, após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Além das informações registradas no aparelho eletrônico em todos os módulos, os avaliadores externos foram instruídos para anotar em um caderno à parte todas as suas impressões, inquietações e dificuldades encontradas durante as visitas, em um DIÁRIO DE CAMPO. Esses diários de campo revelaram as angústias, alegrias, frustrações e aprendizados do avaliador externo após a análise da estrutura do serviço e entrevistas com gestores, profissionais e usuários.

Outra rica fonte de informações foi a realização de grupos focais de avaliadores externos, nas diversas regiões avaliadas, que forneceram importantes subsídios sobre o processo de avaliação e as dificuldades e questionamentos dos avaliadores e dos entrevistados (gerentes, dentistas e usuários). O alto nível dos avaliadores e seu comprometimento com a área de saúde coletiva conferiram a esses diários características únicas de um valor acadêmico inquestionável.

Diversos conceitos e abordagens sobre satisfação e percepção dos usuários são encontrados na literatura. Para Kloetzel et al, essas avaliações podem prever comportamentos futuros dos usuários, assim como podem conferir o grau de adesão dos pacientes aos tratamentos, o que consiste em fator de extrema importância para a obtenção de sucesso clínico. Dias et al acreditam que é de fundamental importância conhecer como os usuários avaliam o atendimento recebido, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento. Assim, as pesquisas no âmbito da satisfação do usuário devem propiciar aperfeiçoamento no cotidiano dos serviços, além de avanços significativos para a gestão dos serviços de saúde.

Diante das dificuldades encontradas e dos relatos dos avaliadores externos, este texto pretende fomentar o debate e trazer à luz alguns pontos que podem ser tema para discussões futuras sobre a relação dos usuários e os Centros de Especialidades Odontológicas, a fim de que possamos colaborar com a consolidação de uma rede de saúde bucal capaz de integrar os níveis de atenção e de atender o usuário em todas as suas necessidades.

PERCURSO METODOLÓGICO

O texto que se segue foi baseado no método de narrativa de relato de experiência, depoimentos e registro de situações e casos relevantes que ocorreram durante a implementação e aplicação do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas e que trouxeram parte das experiências vividas pelos avaliadores externos ao leitor. Neste capítulo

apresentaremos as percepções e vivências das avaliadoras externas do primeiro ciclo do PMAQ-CEO dos estados da Paraíba, Pernambuco, São Paulo e Minas Gerais.

Essa pesquisa qualitativa teve como fonte de coleta de dados os diários de campo e os grupos focais realizados nos estados mencionados após o final das avaliações externas. Ao estabelecer uma narrativa, invariavelmente, impregnamos o texto das impressões e percepções das avaliadoras e dos autores desse texto, que viveram intensamente o processo de avaliação, uma vez que narrar é uma das possibilidades de trazer o vivido ao presente e permitir novas interpretações do passado. As narrativas admitem não só a escuta individual das histórias, mas refletem também os contextos de produção das mesmas, as representações sociais a respeito do tema, os discursos oficiais e toda a diversidade de significados presentes no relato.

Para subsidiar a discussão, trazemos à tona dados quantitativos, relativos aos módulos II, III. Aplicamos a técnica de combinar métodos de pesquisa incluindo o uso tanto de uma abordagem quantitativa quanto qualitativa, afim de triangular os resultados e conferir maior confiabilidade e consistência aos nossos achados.

PERCURSO METODOLÓGICO

O texto que se segue foi baseado no método de narrativa de relato de experiência, depoimentos e registro de situações e casos relevantes que ocorreram durante a implementação e aplicação do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas e que trouxeram parte das experiências vividas pelos avaliadores externos ao leitor. Neste capítulo apresentaremos as percepções e vivências das avaliadoras externas do primeiro ciclo do PMAQ-CEO dos estados da Paraíba, Pernambuco, São Paulo e Minas Gerais.

Essa pesquisa qualitativa teve como fonte de coleta de dados os diários de campo e os grupos focais realizados nos estados mencionados após o final das avaliações externas. Ao estabelecer uma narrativa, invariavelmente, impregnamos o texto das impressões e percepções das avaliadoras e dos autores desse texto, que viveram intensamente o processo de avaliação, uma vez que narrar é uma das possibilidades de trazer o vivido ao presente e permitir novas interpretações do passado. As narrativas admitem não só a escuta individual das histórias, mas refletem também os contextos de produção das mesmas, as representações sociais a respeito do tema, os discursos oficiais e toda a diversidade de significados presentes no relato.

Para subsidiar a discussão, trazemos à tona dados quantitativos, relativos aos módulos II, III. Aplicamos a técnica de combinar métodos de pesquisa incluindo o uso tanto de uma abordagem quantitativa quanto qualitativa, afim de triangular os resultados e conferir maior confiabilidade e consistência aos nossos achados.

O QUE OS NÚMEROS NOS REVELAM? PERFIL DA CLIENTELA DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO BRASIL

A avaliação externa do PMAQ-CEO ocorreu em 932 serviços em todo território nacional. Os homens foram 30,2% da amostra e 69,8% eram do sexo feminino e 93,1% do total de entrevistados residiam no mesmo município em que ocorreu a pesquisa. A maioria (83,9%) afirmou morar em área urbana e 16,1% em área rural. Cerca de 44% eram pardos ou mestiços, 40% dos entrevistados se autodeclarava branco e apenas 11,6% dos usuários eram negros.

Sobre as condições socioeconômicas, 49,7% afirmavam ter trabalho remunerado e 67,1% do total tinha renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos, 30% dos usuários recebiam benefício do bolsa família e 16% era composto por aposentados. Sobre a escolaridade, uma parcela expressiva possuía ensino fundamental incompleto (30%), 28,5% tinham completado o ensino médio e apenas 4,1% da amostra era constituída por analfabetos. O número médio de entrevistas foi de 9,5 usuários por serviço.

ALGUNS DADOS IMPORTANTES

A fim de responder nossa pergunta sobre os motivos pelos quais tivemos dificuldade em encontrar 10 usuários em parte dos CEO brasileiros, buscamos variáveis nos módulos II e III que pudessem subsidiar nossa discussão e observamos que, na visão dos usuários, o horário de funcionamento atendeu às necessidades dos entrevistados, com média de 95,2% de resposta positiva sobre a pergunta: “*se o horário de funcionamento do CEO atende as suas necessidades*”. Os estados de Roraima (75%) e Amapá (73,9%) foram os que menos atenderam a essa necessidade, comparado aos demais. Esses dados divergem dos achados de Gonçalves et al (2015) que afirmaram que o maior motivo de falta às consultas foi a coincidência do horário de trabalho com o horário de funcionamento das unidades (Tabela 13).

Quanto ao agendamento das consultas, observa-se que há um predomínio do agendamento direto no CEO por meio da ficha de encaminhamento da UBS (44,6% no Brasil), seguido de agendamento pela UBS (23,4%); ao passo que o agendamento realizado por meio das Secretarias de Saúde é a forma menos usada (2,4%) e, menos de 10% das consultas utilizam o setor de regulação e marcação de consultas.

Esses dados revelam que a grande maioria dos usuários que responderam ao inquérito afirmaram que os horários das unidades atendiam às suas necessidades e que quase metade precisava se deslocar para o CEO para o agendamento com ficha de encaminhamento, além de mostrarem as diferenças locais quando se leva em conta o tipo de agendamento,

(Tabela 13), demonstrando claramente o quanto são necessários investimentos em gestão e para informatização do sistema.

A forma menos utilizada no Brasil para marcação de consulta foi através da central de marcação (9,2%). Em um país com dimensões continentais e com as diferenças socioeconômicas que enfrentamos, as situações descritas acima de barreiras para marcação de consulta podem significar dificuldade de acesso para o usuário e - em tempo de tantas formas de comunicação tais como telefone fixo, celular e internet - nos parece que obrigar que quase 45% dos usuários se desloquem para marcar suas consultas é uma prática que precisa ser repensada. (Tabela 13).

Estudos sobre a utilização dos serviços de saúde são centrais para que possamos entender como funciona um sistema de saúde, à medida que a utilização dos serviços se relacionam a fatores tais como acesso e acessibilidade e estudar essas características podem nos dar pistas sobre entender a relação do usuário com seu serviço de saúde.

Tabela 13. Acesso e agendamento no CEO (parte 1), por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014.

Região	Horário de funcionamento atende às necessidades		FORMA DE AGENDAMENTO:											
			Ligação telefônica		UBS agendou		Na Secretaria de Saúde		No setor de marcação de consulta		Direto no CEO c/ ficha de encaminhamento		Outra	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NORTE	459	93,3	4	0,8	23	4,7	3	0,6	22	4,5	330	67,1	110	22,4
NORDESTE	3244	95,3	74	2,2	642	13,6	137	4,0	319	9,4	1830	53,7	583	17,1
SUDESTE	3161	95,9	228	6,9	955	29,0	46	1,4	347	10,5	1141	34,6	579	17,6
SUL	1073	94,0	60	5,3	548	48,0	26	2,3	96	6,0	347	30,4	91	8,0
CENTRO/OESTE	537	95,4	11	1,9	95	16,9	2	0,4	59	10,5	317	56,3	79	14,0
BRASIL	8474	95,2	377	4,2	2083	23,4	214	2,4	816	9,2	3965	44,6	1442	16,2

Outro dado a ser analisado é a demora entre a referência e o atendimento do usuário. De acordo com relato dos usuários, o tempo de espera menor do que sete dias para o início do tratamento foi mais observado nas regiões Norte e Nordeste (47,6% e 39,1%). O período de espera superior a um ano é maior no sudeste e Centro-Oeste (6,4%). O período de espera superior a um ano é maior no Sudeste.

Vale ressaltar que este tempo de espera está relacionado também à especialidade que o paciente necessita. A endodontia apresenta os maiores tempos de espera no Brasil, com média de 68,3 dias, sendo que há unidades com fila de 315 dias para a especialidade. Dados como os citados acima são fundamentais para subsidiar a tomada de decisão da gestão, pois fornecem dados sobre as regiões com maior

necessidade de serviços especializados e quais são os serviços que apresentam maior demanda. Um planejamento detalhado de cuidadoso deve ser realizado após o PMAQ-CEO, afim de que a expansão da oferta de serviços especializados acompanhe a necessidade local da população.

No Brasil, a média dos CEO em que os pacientes são atendidos com hora ou turno marcado foi de 64,3%, enquanto 33,4%, alegavam que o atendimento era por ordem de chegada. No Sudeste, em 81,5% deles o atendimento é realizado com hora marcada e, na Região Nordeste, 53,2% das consultas ocorrem por ordem de chegada. (Tabela 14). Esses dados revelam que, apesar de relativamente recente na rede de saúde bucal, os CEO já foram incorporados à rede e que a AB tem sido a porta principal de entrada do usuário, respeitando-se os princípios da atenção primária à saúde.

Tabela 14. Tempo de espera para início de tratamento nas regiões do Brasil

TEMPO DE ESPERA P/ O INÍCIO DO TRATAMENTO												
Região	<7 dias		7-30 dias		1-3 meses		3-6 meses		6-12 meses		>1 ano	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NORTE	234	• 47,6	157	• 31,9	65	• 13,2	18	• 3,7	10	• 2,0	8	• 1,6
NORDESTE	1333	• 39,1	1402	• 41,2	455	• 13,4	124	• 3,6	58	• 1,7	33	• 1,0
SUDESTE	918	• 27,8	1217	• 36,9	535	• 16,2	229	• 7,0	187	• 5,7	210	• 6,4
CENTRO/OESTE	168	• 29,8	209	• 37,1	80	• 14,2	42	• 7,5	28	• 5,0	36	• 6,4
BRASIL	2932	• 32,9	3382	• 38,0	1349	• 15,2	524	• 5,9	358	• 4,0	352	• 4,0

FORMA DE MARCAÇÃO DE CONSULTA:									
Região	Hora/ turno marcado		Ordem de chegada		Encaixe		Outro		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
NORTE	379	• 77,0	108	• 22,0	5	• 1,0	0	• 0,0	
NORDESTE	1491	• 43,8	1812	• 53,2	96	• 2,8	6	• 0,2	
SUDESTE	2687	• 81,5	537	• 16,3	70	• 2,1	2	• 0,1	
CENTRO/OESTE	282	• 50,1	269	• 47,8	10	• 1,8	2	• 0,4	
BRASIL	5720	• 64,3	2974	• 33,4	189	• 2,1	14	• 0,2	

Voltando à nossa questão: faltam pacientes ou o paciente falta nas consultas? Observamos que as regiões Norte e Nordeste são as que menos utilizam estratégias para reduzir o absenteísmo (talvez porque utilizem menos consultas com hora marcada). O contato telefônico confirmando consultas é mais uti-

lizado na região Sudeste (52,2%). Em alguns estados como Amapá e Sergipe as estratégias para reduzir o absenteísmo estão em 0%.

Estudo recente em Pernambuco entrevistou um total de 91 usuários, apresentando uma média de 3,5 usuários por centro visitado, uma média abaixo do número esperado de 10 usuários por serviço para a amostra e de outros estudos existentes. Magalhães et al.10 avaliou 156 usuários dos CEO do estado de Pernambuco, tendo média de 5,2 usuário por serviço e Lima et al. 22 utilizou 272 usuários no seu estudo sobre os CEO do Recife (68 usuários por CEO). Visto isso, é necessário buscar subsídios para refletir o baixo número de usuários encontrados.

Observamos, portanto, que a média de entrevistas do PMAQ-CEO foi maior que os estudos mencionados acima e esse fenômeno pode ser explicado pelo fato de que as avaliadoras, por todo Brasil, se esforçaram muito para obter as entrevistas e fechar a amostra de pesquisa.

**O QUE AS NARRATIVAS
REVELARAM?
A DIFICULDADE DE
ACHAR OS 10 USUÁRIOS:**

Durante as descrições dos diários campo e na falas das avaliadoras nos grupos focais uma problemática foi trazida à luz das discussões: a falta de usuários nas unidades. A média de 9,5 alcançada de usuários entrevistados por serviço durante o PMAQ-CEO se deve à persistência das avaliadoras e à estratégia da pesquisa, que permitia que a AVE fosse realizada em dois dias. Não raro os avaliadores tinham que voltar apenas para completar a amostra de usuários.

“Teve CEO ao qual eu ia três vezes para conseguir dez usuários, eu fiz 14 CEO, e isso foi praticamente na maioria. SP4

“Eu tive que ir na Secretaria municipal de Saúde e trazer, no meu carro, funcionárias que haviam sido atendidas no CEO pra completar a amostra. Como assim não tem usuário?” Diário de campo SP5

A gerente havia marcado usuários só para entrevista, porque alegou que naquele dia não teria 10 usuários pra eu entrevistar. Como assim, com quatro dentistas trabalhando? Tem alguma coisa errada. Diário de campo SP5

Outro ponto que chama a atenção nos relatos dos avaliadores foi o fato de que, para se conseguir encontrar o usuário na unidade, era preciso chegar bem cedo.

“A pessoa Chega as 8h30 e não tem mais usuário” PB4

“O dentista marca paciente das 7h às 8h, e o resto do período? Como esses procedimentos são feitos? E olha que o cara é Endodontista e atende quatro ou cinco pacientes em uma hora; só posso pensar que ele faz isso pra ir ao consultório particular” Diário de campo SP13

“A questão do duplo vínculo fica clara quando a gente vê que depois das 8h ou 9h não tem mais usuários ou dentista na unidade. Ficam só as ASB conversando, porque as coitadas cumprem as 40 horas”. Diário de campo SP13

“Eu não sei se está nessa pergunta o que vou falar agora, se eu entendi esse processo. Senti um pouco de dificuldade na questão dos usuários, não sei se foi geral para outras pessoas também. É... geralmente o que ficava depois no final, tinha poucos usuários pra gente entrevistar” PE1

Durante as reflexões, as avaliadoras levantaram questões importantes e contraditórias que trazem à tona problemas de gestão do serviço e adesão da equipe com os serviços de saúde.

“Não tinha usuário suficiente no CEO e todo mundo falando que tem lista aí né? Fila de espera... mas às vezes não consegue fazer esse fluxo de usuário não, pelo que a gente tá vendo, né?” PB4

“...dificuldade na questão dos usuários... tinha poucos usuários pra gente entrevistar, tinha todo o aparato, toda questão de instrumental, de funcionários, de dentistas pra receber os usuários, mas ele não conseguia fazer esse fluxo pra vir os pacientes. Não tinha usuário suficiente no CEO,

e todo mundo falando que tem lista aí né? De tarde, então! De tarde os dentistas iam todos embora”PE2

“Não tinha a quantidade suficiente de usuário..”MG1

SERÁ QUE FALTA
USUÁRIO? OU O
USUÁRIO FALTA À
CONSULTA?

Uma hipótese que poderia explicar a falta de usuários no momento da pesquisa seria o absenteísmo e os discursos das avaliadoras foram reveladores:

“...porque essas demandas reprimidas que falam né, dois anos, três anos, todo CEO, acho que todo mundo viu isso né? E você fica questionando por que acontece isso? E por que que o usuário falta?”
BH3

“Esse problema de falta de usuários e de profissional é muito maior...”SP1

“Porque essas demandas reprimidas que falam né, dois anos, três anos, todo CEO, acho que todo mundo viu isso né? e você fica questionando por que acontece isso? E por que que o usuário falta?”
BH2

“Dificuldade na questão dos usuários/ tinha poucos usuários pra gente entrevistar/ tinha todo o aparato, todo questão de instrumental, de funcionários, de dentistas pra receber os usuários, mas ele não conseguia fazer esse fluxo pra vir os pacientes/ Não tinha usuário suficiente no CEO, e todo mundo falando que tem lista aí né?/ De tarde então, de tarde os dentistas iam todos embora BH3

“ Eu acho que a questão - além do Absenteísmo - que é importante é a a gestão do serviço. A gente vê que essa questão de agenda deles poderia ter sido melhor trabalhada, não só a carga horária que eles trabalham, mas tentar explorar um pouquinho mais essa questão de agenda, essa gestão da organização. Problema, nos que eu vi, foi a questão da referência e da contrarreferência, não passava de um papel. Porque o vínculo não tinha; esse vínculo com a atenção terciária, aí eu vi dificuldade. Na maioria dos CEO a própria população acaba não entendendo muito o caráter da atenção básica, do CEO. SP8

OU FALTAM DENTISTAS?

Outra possibilidade que afasta o usuário dos CEO seria a falta de dentistas e as avaliadoras mostraram ser uma prática rotineira, com o apoio da gestão, o não cumprimento da carga horária e a conseqüente ociosidade das Auxiliares de Saúde Bucal, que precisam de um dentista para chefiar a Equipe de Saúde Bucal

“Eu acho que o maior desafio foi com os usuários. Tive o desafio de encontrar o cirurgião dentista, e por vezes não tinha também” BH2

“Em alguns CEOS eles mesmos se organizaram, por exemplo, pra diminuir a carga horária dos dentistas. O que acontecia nesses municípios de pequeno porte é que se fazia atenção básica e pronto-socorro dentro do CEO. Aí é que mostra o problema da gestão”. SP6

“A nossa carga horária é de 20 horas, mas todos os dentistas fazem 10 horas. É o funcionamento da rede né, que não funciona”. SP8

“Hoje cheguei no CEO cedo, encontrei meia dúzia de usuários, alguns menores de idade, que não poderiam fazer parte da amostra, mas o que mais me chamou a atenção foi ver umas

quatro auxiliares conversando num consultório porque não tinha dentista na unidade, e olha que não eram em 10h da manhã! Quanto desperdício de recurso público! E pensar que a atenção básica está tão sobrecarregada!”

Diário SP4

A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS QUE ACESSAM O SERVIÇO

Se por um lado incluir os 10 usuários na amostra foi um desafio relatado na maioria dos diários e trazido com muita força durante os grupos focais, foi evidente a satisfação dos usuários atendidos nos serviços.

“Os pacientes estão todos satisfeitos, porque vão chegar, vão ser atendidos de graça, mas a gente sabe que eles poderiam ter muito mais” BH5

“Você vê que, uma vez estando lá dentro, os usuários estão bem satisfeitos. O problema é conseguir esse acesso” SP1

“Como esses pacientes são gratos pelo acesso e pelo atendimento! Esse tipo de serviço é uma bênção na vida deles, mas parece que gestão e profissionais não conseguem ver o quanto são importantes para melhorar esses serviços, porque infraestrutura tem, mas faltam recursos humanos comprometidos com as mudanças”. Diário de campo SP13

“Uma coisa que chamou atenção foi a qualidade dos serviços prestados, vi endodontias perfeitas, os colegas são tecnicamente muito bons, mas pouco comprometidos com o serviço público”. Diário de campo SP3

REFLEXÕES E PROVOCAÇÕES FINAIS

Segundos os avaliadores, poucos usuários se recusaram a responder à pesquisa. O maior desafio da coleta de dados foi encontrar usuários em número suficiente (10 usuários por serviço avaliado) em dois dias disponíveis para cada unidade. Lembramos que tanto os gestores de saúde quanto os profissionais dos serviços não foram surpreendidos com a avaliação, pois o dia da visita foi pactuado e confirmado com as autoridades de saúde locais e com os gerentes das unidades, que tinham conhecimento do instrumento e sabiam que usuários da unidade seriam entrevistados. Portanto, surgiu a dúvida: há falta de usuários, falta de profissionais para atendê-los ou os usuários faltam às consultas?

Se não há usuários para receber atendimento por que as filas de espera crescem de forma exponencial em algumas especialidades ofertadas? Melo et al. (2011) asseguram a existência de índices cada vez mais expressivos de absenteísmo dos usuários nos serviços que trabalham com o agendamento prévio de consultas e Pinto et al. (2014) identificaram 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 o número de faltas às consultas.

Em primeiro lugar, cabe avaliar como esse usuário acessa o serviço do CEO; se isso ocorre por demanda espontânea ou por referência. Segundo a orientação do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, os pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde devem ser encaminhados ao CEO a partir de protocolos estabelecidos e após receberem atendimento básico, de controle de infecção e de urgência e esse encaminhamento deve ocorrer através de formulários de referência da UBS.

Os dados da AVE-PMAQ/CEO revelaram que esta não é a única forma pela qual o usuário acessa o serviço, mas sem dúvida foi a principal. Portanto a rede, mesmo que ainda em fase de amadurecimento e consolidação, está observando os protocolos de encaminhamento da AB para a média complexidade. Relatos das avaliadoras dão conta que há uma confusão entre AB e CEO, e aí sim um desvio dos protocolos quando as unidades funcionam no mesmo prédio ou, por vezes, no mesmo corredor. Nesses casos, usuários, funcionários e profissionais parecem confundir os papéis da atenção primária e da média complexidade, como uma avaliadora colocou em seu diário: “*Quando as uni-*

dades são 'tudo junto e misturado', AB e CEO, há uma confusão de papéis, o CEO acaba atendendo urgência até para desafogar a AB" SP4.

Segundo os dados do relatório inicial da AVE-PMAQ/CEO, o acesso ocorre com predomínio da demanda mista ou por referência da UBS. Na Região Nordeste o acesso ocorre por referência em 46,2% dos casos enquanto na Região Sul em 83,8%. No Acre e Roraima 100% do acesso ocorre por referência. Em um país com dimensões continentais as diferenças regionais devem ser levadas em conta quando se trata de dificuldade de acesso, distância dos centros de atendimento e dificuldades de marcação de consulta. Quanto à marcação de consulta, o agendamento dos pacientes ocorre preferencialmente através da ficha de referência. A Região Sul é onde mais são realizados agendamentos por intermédio da UBS (50,4%). A forma menos utilizada é através da central de marcação.

Nessa temática, ressalta-se a importância de uma adequada administração, de uma gestão participativa. Para Moimaz et al. a burocracia gera dificuldades administrativas que se refletem na qualidade do serviço, onde a administração pública está sob constante observância e deve procurar meios eficientes para trabalhar, pois o usuário é o primeiro a sentir os seus resultados e, quando eventualmente este serviço deixa de ser resolutivo, o usuário começa a aderir menos ao tratamento, com consequente esvaziamento dos serviços.

Todavia, no trabalho de campo durante a AVE-PMAQ/CEO nos centros que foram visitados em diferentes horários, em diferentes dias da semana (segunda a sexta), também foi observada a ausência de profissionais, além de escalas de trabalho que competem turnos de curta duração, deixando muitas vezes o CEO vazio e, conseqüentemente, sem usuários.

Alguns estudos mostraram facilidade no acesso ao CEO. Magalhães et al. ainda ressaltaram a obtenção de vaga como uma condição importante para a utilização dos serviços de saúde e para a avaliação que os usuários fazem dos referidos serviços. Em contrapartida, nos estudos de Lima et al. e Oliveira et al. a obtenção de uma vaga foi considerada difícil pela maioria dos usuários.

Contudo, o que não podemos deixar de citar no contexto do CEO é a sua organização de processo de trabalho onde a participação dos profissionais também merece destaque. A Portaria N° 1.341/GM define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e também cita que as unidades de CEO têm um quadro de funcionários que é variável de acordo com o tipo de CEO, porém todos devem funcionar durante 40 horas semanais, mas essa realidade não é vivenciada e a observação das avaliadoras deixa clara esta realidade.

Campos et al. apresentou estudo em que 56,8% dos profissionais do Programa de Saúde da Família Município de São Paulo declararam possuir dois ou mais vínculos empregatícios. Tal dado é importante neste contexto, já que nas revelações das avaliadoras ficava clara a competição Público X Privado e jornadas alternativas, com prejuízo do atendimento, o que também pode explicar a falta de usuários e de atendimentos em número adequado.

Pucca e colaboradores em 2015 afirmam que ainda há problemas na consolidação da Rede de Saúde Bucal, pois ainda existe uma complexa inter relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade a serem trabalhadas, pois mesmo com a implantação dos CEO(s) ainda existem dificuldades no agendamento para algumas especialidades e barreiras para constituir um sistema unificado e integrado no país, superando o elevado peso da oferta privada e seus interesses de mercado, fomentado pelos próprios profissionais de saúde que mantêm o duplo vínculo. Outra questão que deve ser explorada pelos pesquisadores que desejem desvendar este mistério é, sem dúvida, o estabelecimento de meta e o cumprimento delas, nem sempre sinal de qualidade e de usuário nos serviços.

Outro estudo, particularmente nos CEO, também expressa a realidade da situação de trabalho dos profissionais desses centros. Oliveira et al. sustentaram que 67,6% dos profissionais do CEO da Região Nordeste tinham vínculos precários com os seus respectivos municípios, ou seja: no que diz respeito à forma de contratação, alguns possuíam contratos temporários, cargos comissionados de contratos verbais informais, cooperados ou de prestação de serviços. Esse fato corrobora para a multiplicidade de vínculos dos profissionais e não cumprimento efetivo da jornada de trabalho, sendo questão que pode elucidar a baixa ocorrência de usuários nos CEO. Sendo assim, a gestão local deve se debruçar sobre essa problemática, a fim de garantir condições de trabalho aos dentistas e mecanismos de controle para evitar abusos e desvios de condutas como as observadas.

Contudo, a complexidade intrínseca à prática profissional ainda hegemônica permeia o contexto organizacional dos serviços públicos, sendo bem evidente e não podendo ser negada nos CEO. Além de barreiras ao acesso, a problemática gera barreiras ou dificuldades na própria utilização dos serviços por serem considerados atendimentos de referência, classificados como de especialidades (especialistas) que podem induzir à baixa ocorrência de usuários observada.

Um fator limitante deste trabalho de avaliação baseado no usuário foi o fato de que não investigamos os indivíduos que não chegaram ao CEO, mas apenas os que conseguem acessar o serviço. Acreditamos que talvez este dado potencializasse as discussões sobre disponibilidade ao serviço, podendo apontar para um acesso seletivo, como encontrados em alguns estudos.

Algumas outras respostas podem estar na AB, pois é possível que o dentista da atenção primária - que tem mais vínculo com o usuário e com o território - possa ajudar com teorias sobre o que ocorrem nos CEO, uma vez ainda há diversos fatores a serem abordados quanto a temática dos Centros, buscando efetivamente qualificar o atendimento e alcançar a integralidade, equidade e a resolutividade, contribuindo para a concretização de um modelo humanizado, centrado nas necessidades do usuário.

Questão a ser ponderada em relação a esta análise é a diferenciação de acesso e utilização (acesso efetivo) quando o foco é no usuário: aquele que já está no serviço pode mascarar as barreiras ao acesso. Já existem alguns estudos que tem se debruçado nestas diferenciações, inclusive apontando as principais barreiras e vislumbrando possibilidades de mudanças.

Certamente os estudos futuros deverão levar em conta a percepção e satisfação do usuário e como esse importante ator se relaciona com a rede de saúde bucal, em especial com os Centros de Especialidades Odontológicas. Observar processo de trabalho, rotina de agendamento, taxa de absenteísmo, relação entre atenção básica e média complexidade, gestão local e mecanismos de controle e de qualidade, horário de funcionamento das unidades, dentre outros aspectos podem ser pistas importantes para responder as questões que iniciaram este texto: Faltam usuários nos serviços ou os usuários faltam às consultas?

Os primeiros resultados apontam que muito provavelmente o problema não seria a falta de usuários para CEO, visto que há comprovações das filas de espera e demandas reprimidas, inclusive de um bom aparato (recursos) nos CEO e este texto não pretende encerrar o assunto, mas dar início a uma série de discussões que possam contribuir para explicar os fenômenos observados e influenciar na melhora da taxa de utilização de uma das maiores conquistas da população brasileira no que tange a oferta de serviços especializados no setor público de saúde bucal.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos avaliadores externos que, através de suas narrativas, escritas e faladas, forneceram material precioso para trazer à luz questões importantes que o instrumento de análise do PMAQ-CEO não foi capaz de mensurar. Agradecemos ao conselho gestor do PMAQ-CEO pela confiança em nós depositada na autoria deste capítulo e à Profa. Dra. Maria Ercilia de Araujo, coordenadora macrorregional Sudeste do PMAQ-CEO pela leitura crítica do texto.

ACISPAR - Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná. Disponível em: <<http://acispar.com.br/index.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

AGUILERA, S. L. V. U.; FRANCA, B. H. S.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 1021-1040, 2013.

AGUILERA, S. L. V. U.; FRANCA, B. H. S.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Revista de Administração Pública*, 47(4), 1021-1040. Retrieved December 19, 2015, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122013000400010&lng=en&tlng=pt.

ALBUQUERQUE, V.S.; GOMES, A.P.; REZENDE, C.H.A.; SAMPAIO, M.X.; DIAS, O.V.; LUGARINHO, R.M. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro: 2008. 32 (3) : 356-362; 2008

ALMEIDA L.P.G., FERRAZ C.A.. Política de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. *Rev. Bras. Enfermagem*. 2008; 61(1): 31-35.

AMORIM, G.M.; QUINTÃO, E.C.V.; MARTELLI-JÚNIOR, H.; BONAN, P.R.F. Prestação de Serviços de Manutenção Predial em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. *Ciênc. Saúde Col*, v.18, n.1, p.145-158, 2013.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; Narvai, Paulo Capel. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Comentários. Rev Saúde Pública*, 2010, v.44, n.22, p.360-5.

ANTUNES, R. Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho, São Paulo: Cortez, 2008.

AQUILANTE, AG; ACIOLE, GG. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal - "Brasil Sorridente": um estudo de caso. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2015, vol.20, n.1, pp. 239-248.

ARAUJO IS. Um olhar sobre as relações entre o SUS e a mídia. In:seminário SUS

20 anos: desafios para a informação e a comunicação em saúde. *Anais...* Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2009:62-69. ARROYO, M.G. Produção de saber em situação de trabalho: o trabalho docente. In: UFMG/FAE. Trabalho e Educação. Belo Horizonte: 12(1):51-61. jan-jun, 2003.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9.050: 1994. Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiência e edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano. Rio de Janeiro: ABNT: 2001.

AUSTREGÉSILO, S. C.; LEAL, M. C. C.; FIGUEIREDO, N.; GÓES P. S. A. de. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 Oct [cited 2015 Dec 19]; 20(10): 3111-3120. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003111&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.12712014>.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, 2009, v.18, supl.2, p.11-230.

BARATA, R. B. Acesso e Uso de Serviços de Saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. *Sao Paulo Perspec.*, São Paulo, v. 22, p. 19-29, 2008

BARRIOS, STG. Micropolítica e gestão regionalizada da saúde: estudo de caso no Colegiado de Gestão da 4a Região Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul. Dissertação (mestrado). Programa de pós-graduação em enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria: UFSM, 2009.

BARROS, C.S.M.A. Avaliação da qualidade de hospitais públicos baianos segundo o modelo de gestão. Dissertação (Mestrado em Administração de Serviços de Enfermagem). Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Salvador. 2006

BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. Caderno

FNEPAS. Rio de Janeiro: Volume 2. Janeiro, 2012. p 25-28

BESTETTI, M.L.T. Ambiência: espaço físico e comportamento. *Rev. Bras. Geriatr e Gerontol*. v.17, n.3, p.601-610, 2014.

BORGHI, G. N.; VAZQUEZ, F. de L.; CORTELLAZZI, K. L.; GUERRA, L. M.; BULGARELI, J. V.; PEREIRA, A. C. A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em odontologia. *RFO*, Passo Fundo, v. 18, n. 2, p. 154-159, 2013.

BRAGA, R. Condições de trabalho estão muito precárias. *Caros Amigos*, São Paulo, v.16, n.182, p.20-20, 2012.

BRASIL, Lei Federal nº 8080 de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União - 20/9/1990 - Seção 1 - Página 18055*. Brasília:1990

BRASIL, Lei Federal nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. *Diário Oficial da União - 31/12/1990 - Seção 1 - Página 25694*. Brasília: 1990a

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012. Brasília: 2012a. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html Acesso em 14 de janeiro de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24 de junho de 2011. Brasília: 2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html Acesso em 14 de janeiro de 2016

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Saúde Bucal. Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 14 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Saúde Bucal. Brasil Sorridente - A política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, setembro de 2015. Documento (em Power Point). Comunicação direta com os autores.

BRASIL, Portaria GM/MS nº 198/2004, 13 fev.2004, Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras

providências. Disponível em: www.saude.gov.br/sgtes. Acesso em: 24/07/2010.

BRASIL, SENADO FEDERAL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988

BRASIL. Passo a Passo das Ações do Brasil Sorridente. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passoa_passo_ceo.pdf.

BRASIL. 3.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social, Brasília, DF, de 29 de julho a 1.º de agosto de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica nº 17. Saúde Bucal. Capítulo V. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/saudebucal/forumsb/arquivos/Capitulo_V.pdf.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº CNE/CES 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. In ALMEIDA, M. (Org.). Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde. Londrina: Rede UNIDA, 2003. P. 16-22.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2004. 220 p., (CONASS Documenta; v.1).

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. - 35. ed. - Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 454 p. - (Série textos básicos; n. 67) ISBN 978-85-736-5934-4

BRASIL. Decreto 3.100, 30 jun. 1999. Regulamenta a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, que dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde -

SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: 2011.

BRASIL. Lei 9790, 23 mar. 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências.

BRASIL. Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Diário Oficial da União. 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei nº 11.107, 06 abr. 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 12.101, 27 nov. 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nos 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória no 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 12.441, 11 jul. 2011. Altera a Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), para permitir a constituição de empresa individual de responsabilidade limitada.

BRASIL. LEI nº 12.690, de 19 jul. 2012. Dispõe sobre a organização e o funcionamento das Cooperativas de Trabalho; institui o Programa Nacional de Fomento às Cooperativas de Trabalho - PRONACOOP; e revoga o parágrafo único do art. 442 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.

BRASIL. Lei nº 13.019, 31 jul. 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis nos 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999.

BRASIL. Lei nº 5.764, 16 dez. 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 8666, 21 jun. 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.

BRASIL. Manual de Especialidades em Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 128p.

BRASIL. Ministério as Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf. Acesso em 05/03/201

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação. Resolução CNE/CES nº 3/2002, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>. [Acesso em 29/01/2008].

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 mar 2002, seção1, p.10.

BRASIL. Ministério da Educação/Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.124, de 4 agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2015

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de melhoria do acesso e da qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) - PMAQ CEO. Manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Auto avaliação para a melhoria do acesso e da qualidade dos Centros de Especialidade Odontológica - AMAQ CEO. Textos básicos de saúde - Série B. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a. 75 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o

Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União. 20 de março de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família. Documento. Técnico Brasília (DF); 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno 17. 2008. Saúde Bucal. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd17.pdf. Acesso em Março 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Brasília: CONASS; 2003. 604 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. Diário Oficial da União, Seção 1. Portaria nº 2.513-GM, de 29 de outubro de 2013, p.36. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.341, de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas CEO e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Cria a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: DOU 20/08/2007, 2007a

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198/2004, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <www.saude.gov.br/sgtes>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.341/GM de 13 de junho de 2012 [citado em 2012 Jul 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html Acessado em 02/03/2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.607/GM de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS - Um Pacto pela Saúde no Brasil. Brasília: 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2010a

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, n. 58, 24 mar. 2006, p. 51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.341/GM de 13 de junho de 2012 [citado em 2012 Jul 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html [Acessado em outubro de 2015].

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde: Resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília, 2007, 83p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003-resultados principais. Editora MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS. DAB. As Redes de Atenção à Saúde. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php. [Acesso em 11/03/2016].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 14 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Brasil Sorridente - A política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Documento (em Power Point) de circulação restrita.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.

Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4) ISBN 85-334-1186-3

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. - (Série E. Legislação em Saúde) ISBN 978-85-334-1939-1

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) - Manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 62 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1899-8

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: 2015a. Comunicação pessoal com o autor.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasil Sorridente, 2004b.

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. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Aplicações Gráficas da Logomarca do Programa Brasil Sorridente. 2004. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_visual_ceo.pdf [Acesso: 28/03/2016]

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: Saúde da Família. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4) ISBN 85-334-1186-3

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. - (Série E. Legislação em Saúde) ISBN 978-85-334-1939-1

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: 2015a. Comunicação pessoal com o autor.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Manual de Especialidades em Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 128p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal da Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Brasília: 2015a. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php. Acesso em 05 de outubro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4) ISBN 85-334-1186-3

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. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. 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, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização/Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 283/GM de 22 de fevereiro de 2005. Habilita Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) a receberem a antecipação dos incentivos financeiros destinados à implantação dos serviços especializados de saúde bucal. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 fev. 2005.

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. P. 64. Brasília - DF. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos. Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 04/01/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS. Brasília: 60p.; 3ª ed. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. - 3. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32. Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. Brasília, 2005.

BRASIL. Política nacional de atenção. Série Pactos pela Saúde 2006 (Série A). Normas e Manuais Técnicos, v. 4 Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 60p.

BRASIL. Portal da Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas. 2013. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=pmaq_ceo Acesso em: 08/02/2016

BRASIL. Portaria nº 1.034, de 20 de maio de 2014. Altera o anexo da Portaria nº 2.513/GM/MS, de 29 de outubro de 2013.

BRASIL. Portaria nº 1.057, de 20 de maio de 2014. Altera o Anexo da Portaria nº 2.513/GM/MS, de 29 de outubro de 2013.

BRASIL. Portaria nº 1.234, de 20 de junho de 2013. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-CEO, denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal.

BRASIL. Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas CEO e dá outras providências.

BRASIL. Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas(CEO)

BRASIL. Portaria nº 1.571, de 29 de julho de 2004. Estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO.

BRASIL. PORTARIA Nº 2.513, DE 29 DE OUTUBRO DE 2013. Homologa a contratualização dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQCEO).

BRASIL. Portaria nº 3.113, de 17 de dezembro de 2013. Altera o anexo da Portaria nº 2.513/GM/MS, de 29 de outubro de 2013.

BRASIL. Portaria nº 400, de 14 de março de 2014. Altera o anexo da Portaria nº 2.513/GM/MS, de 29 de outubro de 2013.

BRASIL. Portaria nº 562 de 30 de setembro de 2004.

- BRASIL. Portaria nº 566, de 06 de outubro de 2004.
- BRASIL. Portaria nº 599/gm de 23 de março de 2006.
- BRASIL. Portaria nº 600, de 23 de março de 2006.
- BRASIL. Portaria nº 911, de 29 de agosto de 2012.
- BRASIL. Portaria nº 975, de 14 de setembro de 2012.
- BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver Sem Limites. p.92. Brasília - DF. 2013.
- BRASIL/Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BROTTI, MG, Lapa, JDS. Modelo de avaliação do desempenho da administração da escola sob os critérios de eficiência, eficácia, efetividade e relevância. Avaliação (Campinas), Sorocaba. 2007;12(4):625-661
- BROUSSELLE, Astrid; CHAMPAGNE, François; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; HARTZ, Zulmira (org.) Avaliação - conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2011. 291p.
- BRUNHAUSER AL, Magro ML, Neves M. Avaliação de serviços de saúde bucal: um estudo comparativo. RFO. 2012; 17(3): 319-325.
- BRUSTOLIN J., BRUSTOLIN J., TOASSI R.F.C., KUHNE M. Perfil do acadêmico de Odontologia da Universidade do Planalto Catarinense - Lages - SC, Brasil, Revista da ABENO, v.6, n.1, p. 70-76, 2006.
- CAMPOS CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. RAP. 2008; 42(2):347-68.
- CAMPOS G.W.S., CAMPOS R.T.O.. Gestão em saúde. Um campo aplicado de conhecimento. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: 2009. FIOCRUZ: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. [Acesso em 2015-08-25]. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html>
- CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007. P. 399-407
- CARNUT, L.; FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A. Avaliação do nível de satisfação dos usuários das urgências odontológicas da cidade do Recife. Recife: 2008, 10 Rev Odontol - UFES, (3):10-15
- CARVALHO, A.L.B.; SOUZA, M.F.; SHIMIZU, H.E.; SENRA, I.M.V.B.; OLIVEIRA, K.C.. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 17(4):901-911, 2012. p. 901-911
- CASTOR, B. V. J. O Brasil não é para amadores: Estado, governo e burocracia na terra do jeitinho. Curitiba: Travessa Editores, 2004.
- CECCIM R.B., FEUERWERKER L.C.M.. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Physis (Rio J.) 2004; 14(1): 41- 65.
- CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.975-986, dez. 2005
- CHAVES S.C.L., SILVA L.M.V. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. Cad Saúde Pública 2007; 23(5):1119-1131.
- CHAVES SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. Rev. Saúde Pública. 2010; 44(6): 1005-1013.
- CHAVES SCL, Cruz DN, Barros SG, Figueiro AL. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública (2011);27(1): 143-154.
- 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. Rev. Saúde Públ., São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1005-1013, 2010.
- CHAVES, S. C. L.; CRUZ, D. N.; BARROS, S. G. de; FIGUEIREDO, A. L. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 143-154, 2011.
- CHAVES, S. C. L.; SOARES, F. F.; ROSSI, T. R. A.; CANGUSSU, M. C. T.; FIGUEIREDO, A. C. L.; CRUZ, D. N.; Patrícia Ramos CURY, P. R. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. Ciênc. saúde colet., Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3115-3124, 2012.
- 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. Rev Saude Publica 2010; 44(6):1005-1013
- CHAVES, S.C.L.; CRUZ, D.N.; BARROS, S.G., FIGUEIREDO, A.L. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. Rio de Janeiro: 2011. Cad Saúde Pública. 27(1): 143-54.
- CHAVES, Sônia Cristina Lima; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. Cad. Saúde Pública, 2007, v.23, n.5, p.1119-1131. Coletiva, 2011.
- CONFERÊNCIA Internacional de Promoção da Saúde. Declaração de Santafé de Bogotá. Santafé de Bogotá, Colômbia, 9-12 de novembro de 1992.
- CONFERÊNCIA Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.
- CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ. 11a. Conferência Estadual de Saúde do Paraná - Saúde Pública de qualidade para os Paranaenses. Curitiba, 2015.
- CONTANDRIOPOULOS AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.p.45
- CONTANDRIOPOULOS, AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciênc. saúde coletiva. 2006;11(3):705-711.
- COSTA, José Felipe Riani; CHAGAS, Luciana de Deus; SILVESTRE, Rosa Maria (orgs.). A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. 67 p.
- CUNHA ABO, Vieira-da-Silva L M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010, v.26, n.4, p. 725-737.

- CUNHA MI. Conta-me agora!: as narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. *Rev. Fac. Educ.*1997;Jan,(23):1-2.
- CUNHA, M. I. Ensino como mediação da formação do professor universitário. In: MOROSINI, M. C. (Org.). *Professor do ensino superior: identidade, docência e formação*. Brasília: Ministério da Educação; INEP; 2000. 80 p.
- CURITIBA. Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba – Feaes. Disponível em: <<http://www.feaes.curitiba.pr.gov.br>>. Acesso em: 8 dez. 2015.
- DAVINI, M.C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: *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. 64 p. p. 39-56. ISBN 978-85-334-1490-7
- DEMING, W. E. *Qualidade: A Revolução da Administração*. Marques – Saraiva. Rio de Janeiro. 1990.
- DIAS OV, Ramos LH, Costa, SM. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde na Perspectiva da Satisfação dos Usuários. *Revista Pró-univerSUS*. 2010; 1(1):11-26.
- DONABEDIAN A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? *Am J Public Health* 1981;71:409-12
- DONABEDIAN A. The quality care. How can it be assessed? *JAMA* 1988;260:1743-8.
- DONABEDIAN, A. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. *Ann Arbor, MI: Health Administration Press*, v1, 1980.
- DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? *J Am Med Assoc*, v. 260, p.1743-1748. 1988.
- DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. *Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press*, 1980. p. 3-31. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring , v. 1).
- DONABEDIAN. The Seven Pillars of Quality in Arch. Pathol. Lab. Med., 114: 1115-118, 1990.
- DUSSAULT, G., SOUZA, L.E.. *Gestão de recursos humanos em saúde*. Departamento de Administração da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade de Montreal: 1999.
- ELDERTON at al. *Ciclo restaurador repetitivo*. In: KRIGER, L. *Promocão de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997
- ENSMINGER DC, Kallemeyn LM, Rempert T, Wade J, Polanin M. Case study of an evaluation coaching model: exploring the role of the evaluator. *Eval Program Plann*. 2015 Apr;49:124-36.
- ERDMANN, Alacoque Lorenzini; ANDRADE, Selma Regina de; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; DRAGO, Livia Crespo. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2013, v. 21(Spec).
- ESPERIDIÃO M, Trad LAB. Avaliação da satisfação de usuários. *Ciênc Saude Coletiva*. 2005;10(Supl.):303-12.
- ESTADO DA BAHIA. *Processo de Formalização para a Gestão Regionalizada do Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia. Curso de especialização em gestão regionalizada do SUS*. 2009.
- FARIA, H.P.; WERNECK, M.A.F.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, P.F. *Processo de trabalho em saúde - 2 ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed*, 2009. 68p.
- FAVORETO CAO, Camargo Jr KR. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(37):473-83.
- FELISBERTO, E. et al. Institucionalização da avaliação em Saúde. In GOES, P.S.A.; MOYSÉS, S.J.. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 2012.
- FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Recife. 4(3): 317-321. 2004.
- FERNANDES J. D.; FERREIRA S. L. A.; OLIVA R.; SANTOS S. Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia. *Rev. Enfermagem* 2003; 56(54):392-395.
- FERNANDES, EMERSON SIQUEIRA PENA. *Avaliação de procedimentos especializados, em saúde bucal, realizados no Brasil, no período de 2008 a 2012*. Recife: Pernambuco. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, 2014, 104 p
- FEUERWERKER, L. C. M. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002
- FEUERWERKER, L. C. M.; LLANOS, C. M.; ALMEIDA, M. *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- FEUERWERKER, L.C.M.; SENA, R.. A construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.C.M.; LHANOS, M. (Org.) *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. Londrina: Hucitec. Lugar Editora. Editora UEL, 1999. P.47-82
- FIGUEIREDO, L.F. O processo de regulamentação dos planos e seguros de saúde. In: ANS, DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS. OFICINA DIPRO/GGTAP. *Imaginando e operando a gestão da assistência no âmbito da saúde suplementar: textos de Apoio*. Rio de Janeiro: ANS, janeiro de 2002.
- FIGUEIREDO, N. et al. Avaliação de ações da atenção secundária e terciária de saúde bucal. In Goes PSA, Moysés SJ. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 2012.
- FIGUEIREDO, N. GOES, P. S. A. de. Development of secondary dental care: a study on specialized dental clinics in Pernambuco State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009, v.25, p.259-267
- FIGUEIREDO, N.. *Centros de Especialidades Odontológicas - CEO: um estudo linha de base para avaliação e monitoramento dos serviços [tese]*. Camaragibe: FOP/UPE; 2008.
- FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A.. *Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de especialidades odontológicas em Pernambuco, Brasil*. Rio de Janeiro: 2009. *Cad Saúde Pública*. 2009 fev.; 25(2): 259 – 67.
- FORTUNA, R.F.P. *A média complexidade no quadro da Política Nacional de Saúde Bucal: uma abordagem do seu processo de desenvolvimento em uma perspectiva regional [tese]*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011
- FOUCAULT M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Trad. Raquel Ramalheite. 11.ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 277p.
- FRANÇA A.C.L.. *Práticas de Recursos Humanos: conceitos, ferramentas e procedimentos*. São Paulo: Atlas; 2007.
- FRANÇA, Mary Anne de Souza Alves. *Indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil*. Goiânia: GO. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de

- Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, 2013. 390 p.
- FREIRE P. Educação como prática da liberdade. 10a ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1980:p14.
- FREIRE P. Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar. 6a ed. São Paulo (SP): Olho D'água; 1995.
- FREIRE P. Pedagogy of freedom: ethics, democracy and civic courage. Maryland: Rowman and Littlefield, 1998.
- GALINARI, K.N., EMMENDOERFER, M.L.. Práticas de recursos humanos: conceitos, ferramentas e procedimentos. Rev. Adm. Contemporânea. Rio de Janeiro: 2010; 14(4): 775-776.
- GIMENO SACRISTAN, J. Poderes inestables em education. 2ª ed. Madri: Ediciones Morata, 1999. Cap.2. p.84-119.
- GIRARDI, S. N. et al. Precarização e qualidade do emprego no Programa Saúde da Família: relatório de pesquisa. Belo Horizonte: UFMG, 2007.
- GIRARDI, S. N. et al. Trabalho precário em saúde: tendencias e perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. Revista Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, v.45, p.11-23, maio, 2010.
- GODÓI, H.; MELLO, A.L.S.F.; CAETANO, J.C.. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(2):318-332, fev, 2014.
- GOES P.S.A.; FIGUEIREDO, N.; NEVES, J.C.; SILVEIRA, F.M.M.; COSTA, J.F.R.; PUCCA JÚNIOR, G.; ROSALES, M.S.. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. Rio de Janeiro: 2012; Cad Saúde Pública, 28(Supl.):S81-S89.
- GOES PSAD, Figueiredo N, Neves J D, Silveira FMDM, Costa JFR, Pucca Júnior GA, Rosales MS. (2012). Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. Cad. Saúde Pública, 28(supl), s81-s89.
- GOES, P.S.A.. Processo de Trabalho em Saúde Bucal - Ênfase no CEO. Apresentação em power point no I Encontro Nacional de Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e Equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família e o II Encontro Internacional dos Coordenadores de Saúde Bucal dos Países Latino-americanos. Brasília: 06 a 10 de novembro de 2009. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/ eventos/1EncontroCeoSf/apresentacao_paulo_goes1.pdf. Acessado em 28 de dezembro de 2015.
- GOES, Paulo Sávio Angeiras de; FIGUEIREDO, Nilcema; NEVES, Jerlucia Cavalcanti das; SILVEIRA, Fabiana Moura da Motta; COSTA, José Felipe Riani; PUCCA JÚNIOR, Gilberto Alfredo; ROSALES, Maritza Sosa. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. Cad. Saúde Pública, 2012, v.28, n(Spec), p.81-89.
- GONÇALVES CA, Vazquez FL, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Pereira AC, Sarracini KLM, Guerra LM, Cortellazzi KL. Estratégias para o enfrentamento do absentismo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. Ciência & Saúde Coletiva. 2015; 20(2):449-460.
- GONÇALVES, C.R. et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. Saúde em Debate. Rio de Janeiro: 2014; 38(100): 26-34.
- GROSSMAN E, Cardoso MHCA. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. Rev Bras Educ Med. 2006; 30(1):6-14
- GUBA , E.G. & Lincoln, Y.S. Fourth Generation Evaluation.Sage Publications, Newbury Park. 1989.294p.
- GUIMARÃES, F. A. F.; MELLO, A. L. S. F.; PIRES, R. O. M. Formação profissional em Odontologia: revisão de literatura. Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v.7, n.3, p.74-87, set./dez. 2014.
- GUIMARÃES, M.. Cuidados secundários em saúde bucal: Centros de especialidades odontológicas no Ceará, Brasil, 2010. [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2010.
- HART ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 275 p
- HARTZ, Z.M.A.; Contandriopoulos, A.P. Do Quê ao Pra Quê da Meta-Avaliação em Saúde. In.
- HARTZ, Z.M.A.; Felisberto, E.; Vieira-da-Silva, L.M. (org.) In Meta-Avaliação da Atenção Básica à Saúde: teoria e prática. Ed. Fiocruz. 2008.
- HARTZM, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad Saude Publica. 2004;20 Suppl 2:S331-6.
- HEIDMANN, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P.; BOEHS, A. E.; WOSNY, A. M.; MONTICELLI, M. Promoção à Saúde: Trajetória Histórica de suas Concepções. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006, v.15, n.2, p.352-8.
- HEIDMANN, Ivonete et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. Texto contexto - enferm. [online]. 2006, v.15, n.2, p.352-358.
- HELLER, A. Além da justiça. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1998.
- HERKRATH, F. J.; HERKRATH, A. P. C. de Q.; COSTA, L. N. B. da S.; GONÇALVES, M. J. F. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 148-158, 2013.
- HERKRATH, F.J.; HERKRATH, A.P.C.Q.; COSTA, L.N.B.S.; GONÇALVES, M.J.F. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. Saúde Debate 2013; 37(96):148-158
- HOGG W, Rowan M, Russell G, Geneau R, Muldoon L. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. Int J Qual Health Care. 2008 Oct;20(5):308-13. Epub 2007 Nov 30.
- HOUAISS, A.. Grande Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa - Rio de Janeiro: Editora Objetiva; 2001.
- HOUSE , E.R. Evaluation with validity. Beverly Hills, CA: SAGE, 1980. Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (JCEE). Padrões para avaliação de programas.Sage - Thousand Oaks, London and New Delhi. 1994. In: Santos, E.M.; Natal, S. Dimensão técnico operacional. Unidade Pedagógica: Meta-avaliação. Ministério da Saúde/CDC/ ABRASCO. Série Ensinando Avaliação, v.4, 2006.
- JUNQUEIRA, Simone Rennó; PANNUTI, Cláudio Mendes; RODE, Sigmar de Mello. Oral Health in Brazil - Part I: Public Oral Health Policies. Braz Oral Res, 2008, v.22, n(Spec Iss 1), p.8-17.
- KALIL,M.E.X. & FEUERWERKER,L. Modelos de atenção em saúde: do que estamos falando? Olho Mágico. Londrina, v. 9, n.1, p.73-79, jan./abr. 2002.
- KARMAN, J.B.; FIORENTINI, D.; KARMAN, J.N.M. Manutenção hospitalar preditiva. São Paulo: Pini; 1994.

- KLOETZEL K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. A satisfação do usuário. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(3):623-8.
- KUSCHNIR, Rosana; Chorny, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010, v.15, n.5, p.2307-2316.
- KUSMA, S.Z.; MOYSÉS, S.T.; MOYSÉS, S.J.. Avaliação da efetividade de estratégias de promoção de saúde bucal: ferramenta de avaliação. Curitiba: 2010. 31 p.
- KUSMA, S.Z.; MOYSÉS, S.T.; MOYSÉS, S.J.. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro: 28 Sup: S9-S19, 2012
- LAMAS, A.E.. Modelo de avaliação da gestão da rede integrada de atenção em saúde bucal.. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Área de concentração em Odontologia em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2013.
- LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *saude soc.* 20(4):867-874, out./dez, 2011.
- LEAL, D. L. Rede de Atenção em Saúde Bucal. In: CROPR, CROSC, CRORS, CROMS. III Encontro Sul Brasileiro de Saúde Bucal. 2013. Curitiba-PR. Disponível em: <http://www.cropr.org.br/iiiesbsb/apresentacoes/CRO%2008-11-13/Daniele.ppt> Acesso em: 18 nov 2015.
- LEITE SAS, Kager S. Efeitos aversivos das práticas de avaliação da aprendizagem escolar. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, 2009 Mar; 17(62), 109-134.
- LIMA, LD et al. Descentralização e Regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012
- LIMA ACS, Cabral ED, Vasconcelos MMVB. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(5):991-1002.
- LIMA, A. C. S. de; CABRAL, E. D.; VASCONCELOS, M. M. V. B. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 5, p. 991-1002, 2010.
- LIMA, D. P.; GARBIN, C.A.S.; SALIBA, N.A.; MOIMAZ, S.A.S.. A importância da integração universidade e serviços de saúde. *Rev. Ciênc. Ext.* v.6, n.1, p.129, 2010.
- LINO PA, Werneck MA, Lucas SD, Abreu MH. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2014 Sep;19(9):3879-88.
- 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*, Rio de Janeiro: 2014, v. 19, n. 9, p. 3879-3888.
- LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª reimpressão (2ª edição). Rio de Janeiro: SEBES; 2014/2015. Cap. 15. P.547-573.
- MACHADO, A.T.; WERNECK, M.A.F.; LUCAS, S.D.; ABREU, M.H.N.G.. Who did not appear? First dental visit absences in secondary care in a major Brazilian city: a cross-sectional study. *Rio de Janeiro: Cien Saúde Colet*. 2015 Jan;20(1):289-98.
- MACHADO, F. C. A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. A. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1149-1163, 2015.
- MACHADO, M.H.. Gestão do trabalho em saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: 2009. FIOCRUZ; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. [Acesso em 2015-08-25]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gestrasau>. Html
- MAGALHÃES BG, Oliveira RS, Gôes PSA, Figueiredo N. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. *Cad. Saúde Colet*. 2015; 23 (1): 76-85.
- MAGALHÃES, B.G.. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos centros de especialidades odontológicas: visão dos usuários [dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2011.;
- MARANHÃO, E. A.. A construção coletiva das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. In ALMEIDA, M. (Org.). Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde. Londrina: Rede UNIDA, 2003. p. VII-XVI.
- MARTELLI, Petrônio José de Lima; CABRAL, Amanda Priscila de Santana; PIMENTEL, Fernando Castim; MACEDO, Cícera Lissandra Sá Vieira; MONTEIRO, Ivo da Silva; SILVA, Shirley Florêncio da. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008, v.13, n.5, p.1669-1674.
- MARTÍNEZ, J.; MARTINEAU, T.. Rethinking human resources: an agenda for the millennium. *Health Policy Plan*. Cincinnati: 1998; 13(4); 345-358.
- MATTOS, G.C.M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Rio de Janeiro: 2014. Ciência & Saúde Coletiva* 19(2):373-382.
- MCINTYRE, Dy; MOONEY, Gavin (org). The economics of health equity. New York: Cambridge University; 2007.
- MEDEIROS JUNIOR, Antônio. Modelos Assistenciais em Saúde Bucal. In: FERREIRA, Maria ngela; OLIVEIRA, ngelo Giuseppe Roncalli de; LIMA, Kênio Costa. (Org.). Saúde Bucal Coletiva: conhecer para atuar. Natal: EDUFRN; 2004. p.277-286.
- MELO ACBV, Braga CC, Forte FDS. Acessibilidade ao Serviço de Saúde Bucal na Atenção Básica: Desvelando o Absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2011; 15(3): 309-318.
- MENDES E. V. As redes de atenção à saúde: Revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. In: MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. P.61-208.
- MENDES EV. As redes de atenção à saúde: uma mudança na organização e na gestão dos sistemas de atenção à saúde. In: Neto GV, Malik AM. Gestão em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
- MENDES GONÇALVES, R.B.. A Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS; 1993
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. (2008). *Rev Med Minas Gerais*; 18(4 Supl 4):3-11.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (2011): 549.
- MENDONÇA, M.H.M. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de saúde da Família. Rio de Janeiro: 2010. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.15, n.5, ago. 2010.

MERHY, E.E. Educação Permanente em Movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. *Saúde em Redes*. 1(1): 07-14, 2015.

MERHY, E.E. Engravando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2005. p. 195-206.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B.. Trabalho em Saúde. Material produzido para a EPJV / FIOCRUZ em novembro de 2005. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-05.pdf>. Acesso em 30 de janeiro de 2016.

MERHY, Emerson Elias. Planejamento como tecnologia de gestão: Tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, Edmundo; MERHY, Emerson Elias; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. *Razão e Planejamento: Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade* (org), São Paulo: Editora Hucitec, p. 117-149, 1995.

MILSTEIN Milstein B, ChapelTJ, Wetterhall SF, Cotton DA. Building capacity for program evaluation at the Centers for Disease Control and Prevention. In *New Directions for Evaluation*. 2002:27-46

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.676, de 10 de dezembro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS-MG e dá outras providências. 2013. 44 p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201676%20-%20Institui%20a%20rede%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A1%20sa%C3%BAde%20bucal.pdf> Acesso em: 20 out 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.876, DE 16 DE JULHO DE 2014. Altera a Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.676, de 10 de dezembro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS-MG e dá outras providências. 2014. 9 p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201876%20-%20Altera%20Del%201676%20%20Institui%20a%20rede%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A1%20sa%C3%BAde%20bucal.pdf> Acesso em: 18 dez 2015.

MINAS GERAIS/Imprensa Oficial. Deliberação CIB SUS MG nº 1676 de 10

de dezembro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS-MG e dá outras providências. Belo Horizonte: Imprensa Oficial – Minas Gerais de 12 de dezembro de 2013. Disponível em <http://ws.mpmg.mp.br/biblio/informa/131219389.htm>. Acesso em 11 de março de 2016.

MINAS GERAIS/Imprensa Oficial. Deliberação CIB SUS MG nº 1676 de 10 de dezembro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS-MG e dá outras providências. Belo Horizonte: Imprensa Oficial – Minas Gerais de 12 de dezembro de 2013. Disponível em <http://ws.mpmg.mp.br/biblio/informa/131219389.htm>. Acesso em 11 de março de 2016.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.

MIRANZI, S.S.C. et al. Qualidade de vida e perfil dos dentistas da Estratégia de Saúde da Família do Triângulo Mineiro, Brasil. São Paulo: Saúde Coletiva, v.50, n.08, p.120-125, 2011.

MITRE SM, Siqueira-Batista R, Girardide-Mendonça JM, de Moraes-Pinto NM, Meirelles Cde A, Pinto-Porto C, Moreira T, Hoffmann LM. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Cien Saude Colet*. 2008Dec;13 Suppl 2:133-44.

MITRE, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup 2):2133-2144, 2008.

MOIMAZ S. A. S.; FADEL, C. B.; BINO, L. S.; SALIBA, N. A. Projeto pedagógico e estrutura curricular de um curso de odontologia: análise crítica fundamentada na percepção acadêmica. *Revista da ABENO*, v.10, n.2, p.35-40, 2012

MOIMAZ S.A.S, CASOTTI C.A., SALIBA N.A., GARBIN C.A.S.. Representação social de acadêmicos de odontologia sobre a área de Odontologia Social. *Revista da ABENO*, v.6, n. 2, p.145-149, 2006.

MOIMAZ SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS: sobre o serviço público de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2010; 20(4): 1419-1440.

MORITA MC, KRIGER L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS, *Revista da ABENO*, v.4, n.1, p. 17-21, 2004.

MORITA, M.C., HADDAD, A.E., ARAÚJO, M.E. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. *Dental Press*, 2010. P.

MORRIS, A. J.; BURKE, F.J.T. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. *British Dental Journal*, 2001, v.191, n.12.

MOURA, B.L.A.; CUNHA, R.C.; FONSECA, A.C.F.; AQUINO, R.; MEDINA, M.G.; VILAS-BÔAS, A.L.Q. et al. Atenção Primária à Saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. v. 10, Suppl 1, S69-S81, 2010.

MOYSÉS, S. J. A humanização da educação em Odontologia. *Proposições/UNICAMP*, v.14, n.1, p.40-74, 2003.

MOYSÉS, S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. *Revista da ABENO*, v.4, n.1, p.30-7, 2004

MOYSÉS, S. J. Saúde bucal. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, CEBES; 2008, p.705-734.

MOYSÉS, S.J. Saúde coletiva: políticas, epidemiologia da Saúde Bucal e redes de atenção odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

NARVAI, Paulo Capel. Saúde Bucal Coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública*, 2006, v.40, n (Esp), p.141-7.

NASCIMENTO, VB. SUS: pacto federativo e gestão pública. São Paulo: Hucitec, 2007.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 77-87, 2002.

NICKEL, Daniela Alba; LIMA, Fábio Garcia; SILVA, Beatriz Bidigaray da. Dental care models in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008, v.24, n.2, p.241-246.

NOGUEIRA, R.P.; SANTANA, J.P.. *Gestão de Recursos Humanos e Reformas do Setor Público: tendências e pressupostos para uma nova abordagem*. Brasília: IPEA; 2000.

NÓVOA, A. Universidade e formação docente. *Interface*, Botucatu, v. 4, n. 7, p. 129-138, ago. 2000. Entrevista concedida a Míriam Celi Pimentel Foresti e Maria Lúcia Toralles Pereira.

NUNES, M. F.; PEREIRA, M. F.; ALVES, R. T.; LELES, C. R. A proposta da Educação Permanente em Saúde na formação de cirurgiões-dentistas em DST/HIV/AIDS. *Interface – Comunic. Saúde, Educ.*, v.12, n.25, p.413-20, 2008.

- OLIVEIRA RS, Magalhães BG, Gaspar GS, Rocha RACP, Góes PSA. Avaliação do grau de satisfação dos usuários nos serviços de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2009;11(4):34-38.
- OLIVEIRA RS, Morais HMM, Góes PSA, Botazzo C, Magalhães BG. Relações contratuais e perfil dos cirurgiões-dentistas em centros de especialidades odontológicas de baixo e alto desempenho no Brasil. *Saúde Soc*. 2015; 24(3):792-802.
- OLIVEIRA, L. S.; ALMEIDA, L. G. N.; OLIVEIRA, M. A. S.; GIL, G. B.; CUNHA, A. B. O.; MEDINA, M. G.; PEREIRA, R. A. G. Acessibilidade e atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3047-3056, 2012.
- OLIVEIRA, R. S. Precarização e intensificação do trabalho na atenção à saúde bucal: um estudo com os cirurgiões-dentistas dos Centros de Especialidades Odontológicas. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.
- OLIVEIRA, R. S.; MORAIS, H. M. M.; GOES, P. S. A.; BOTAZZO, C.; MAGALHÃES, B. G. 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.00-00, 2015.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Bridging the "Know-Do" Gap Meeting on Knowledge Translation in Global Health. 2005. Genebra. Disponível em: http://www.who.int/kms/WHO_EIP_KMS_2006_2.pdf Acesso em: 10/03/2016
- OPAS. Organização Panamericana de saúde. BIREME define nova metodologia para "Relato de Experiência". Disponível em: http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=156%3Abire Acesso em: 29/01/2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. Todos pela Equidade. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro, 19 a 21 de Outubro de 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório da 7ª Conferência Mundial sobre a Promoção da Saúde. Promoting health and development: closing the implementation gap. Nairobi, Kenia: OMS; 2009.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICAN DE SAÚDE - OPAS. Rede de Megapaíses. Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde. Genebra, Suíça, 18 a 20 de março de 1998. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011 May 21;377(9779):1778-97.
- PAIM, J S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sarah;
- PALUDETTO JUNIOR, Moacir. Avaliação de desempenho da Política Nacional de Saúde Bucal no período de 2004-2010. DF: Brasília. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2013. 89 p.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Assistência à Saúde. Linha guia de saúde bucal. Curitiba: SESA, 2014. 76 p.
- PATTON, M. Q. (2002) Qualitative evaluation and research methods. (2a ed.). Newbury Park: Sage
- PATTON, M.Q. Utilization-focused evaluation : the new century text. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage, 1997. 430 p.
- PEDRAZZI, Vinícius; DIAS, Katia Regina Hostilio Cervantes; RODE, Sigmar de Mello. Oral Health in Brazil - Part II: Dental Specialty Centers (CEOs). *Braz Oral Res*, 2008, v.22, n(Spec Iss 1), p.18-23.
- PEREIRA, L. D. A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. *Physys: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.363-382, 2004.
- PEZZATO LM., L'abbate S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. *Physys* [Internet]. 2011 Dec [cited 2016 Feb 29]; 21(4): 1297-1314. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000400008>.
- PEZZATO, L.M.; L'ABBATE, S.; BOTAZZO, C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. Rio de Janeiro: 2013. *Ciênc. Saúde coletiva*; 18(7):2095-2104, Jul. 2013.
- PIERANTONI, C.R.. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. Rio de Janeiro: 2001; *Cien Saúde Coletiva*. 6(2):341-360.
- PINTO VPT, Teixeira AH, Santos PR, Araújo MWA, Moreira MAG, Saraiva SRM. Avaliação da acessibilidade ao Centro de Especialidades Odontológicas de abrangência macrorregional de Sobral, Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(7):2235-2244.
- PINTO, V. P. T.; TEIXEIRA, A. H.; SANTOS, P. R.; ARAÚJO, M. W. A. DE; MOREIRA, M. A. G.; SARAIVA, S. R. M.. Avaliação da acessibilidade ao Centro de Especialidades Odontológicas de abrangência macrorregional de Sobral, Ceará, Brasil. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2235-2244, 2014.
- PONTE, Carla Mônica Faria; MOURA, Benedita Graça; CEREJO, Andreia Chaves; BRAGA, Raquel; MARQUES, Inês; TEIXEIRA, Ana; JUL, Anselmo; VAZ; TRANCOSO Manuel Joana. Referência aos cuidados de saúde secundários. *Rev Port Clin Geral*, 2006, v.22, p.555-68.
- PORTAL EDUCAÇÃO - Cursos Online. Disponível em <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/43916/apoio-matricular-ou-matriciamiento#ixzz3wSnOYHRJ> Acesso em 06/01/2016
- PRESKILL H. Evaluation's Second Act A Spotlight on Learning. *American Journal of Evaluation*. 2008 Jun 29(2):127-138.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013.
- PUCCA GA Jr, Gabriel M, de Araujo ME, de Almeida FC. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. *J Dent Res*. 2015 Oct;94(10):1333-7.
- PUCCA Júnior, GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Cienc Saude Colet*. 2006; 11(1):243-246.
- PUCCA Júnior, GA., M. Gabriel, M.E. de Araujo, F.C.S. de Almeida. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. *Journal of Dental Research J. Dent. Res*. 2015; 94(10) 1333-1337.
- QUINTA Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. Declaração do México. Cidade do México, México, 5-9 de junho de 2000.

- RAERBURN J & Rootman I 1998. People-centred health promotion. John Wiley & Sons, Toronto, ON.
- RAMOS, D. I. A. Prontuário Odontológico: Aspectos Éticos e Legais. [dissertação]. Piracicaba, SP: Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas; 2005.
- 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.
- REIS, C.M.; MATTA-MACHADO, A.T.; AMARAL, J.H.L.; WERNECK, M.A.F.; ABREU, M.H.N.G.. Describing the primary care actions of oral health teams in Brazil. *Int J Environ Res Public Health*. 2015, Jan 12;12(1):667-78.
- RIGER S. What's wrong with empowerment. *American Journal of Community Psychology*. 1993;(21):279-292.
- ROCHA, A.C.D.; SOUSA, C.P.C.; QUEIROZ, D.; PEDRAZA, D.F. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. *Rev. Adm. Saúde*, v.14, n.54, 2012.
- RODRIGUES, Luciana Afonso; VIEIRA, Jane Darley Martins; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Avaliação do fluxo de referência para um centro de especialidades odontológicas implantado em cidade de médio porte na região Sudeste. *Cad. Saúde Colet.*, 2013, v.21, n.1, p.40-5.
- RONCALLI, A. G. Indicadores de saúde e saúde bucal: desafios para seu uso em modelos assistenciais. In: PEREIRA, A. C. *Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia*. Nova Odessa: Napoleão, p. 414- 429, 2009
- RONCALLI, A.G. Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. *Cad Saúde Pública* 27.1 (2011): 4-5.
- RONCALLI, ngelo Giuseppe. O desenvolvimento das políticas públicas no Brasil e a Construção do Sistema único de Saúde. In: PEREIRA, Antônio Carlos et al. *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. 2 ed. São Paulo: Artmed; 2007, p.28-49.
- SALIBA NA, Nayme JGR, Moimaz SAS, Cecilio LPP, Garbina CAS. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. *Rev. odontol. UNESP [online]*. 2013; 42(5): 317-323.
- SALIBA, N. A.; MOIMAZ, S. A. S.; FADEL, C. B.; BINO, L. S. Saúde bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional. *Rev Odontol Bras Central, Goiás*, v. 19, n. 48, p. 2-6, 2010.
- SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica, Washington*, v.31, n.3, p.260-268, Mar. 2012 .
- SANO , H, Montenegro Filho, MJF. As técnicas de avaliação da eficiência, eficácia e efetividade na gestão pública e sua relevância para o desenvolvimento social e das ações públicas. *Desenvolvimento em Questão*. 2013;11(22):35-61.
- SANTOS, Adriano Maia dos; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006, v.11, n.1, p.53-61.
- SANTOS, F. A. S. Política de saúde em Pernambuco e os novos arranjos jurídicos: processos, definição de prioridades e evidência [Tese de Doutorado em Saúde Pública]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
- SANTOS, L. O decreto 7508 de 2011: 21 anos depois, a lei 8080/90 regulamentada. *Blog Saúde Brasil*. Acesso em fevereiro de 2016.
- SCALCO, S.V.; LACERDA, J.T.; CALVO, M.C.M.. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. Rio de Janeiro: 2010. *Cad. Saúde Pública*, 26(3):603-614, mar, 2010
- SCARATTI, D.; CALVO, M.C.M.. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. São Paulo: 2012. *Rev Saúde Pública*; 46(3):446-55. [Acesso em 2015-08-25]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3478.pdf>
- SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet (British edition)*, v. 377, p. 1949-1961, 2011.
- SEGUNDA Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde. Declaração de Adelaide. Adelaide, Austrália, 5-9 de abril de 1988.
- SERAPIONE , M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamentos para um modelo multidimensional e correlacional. In: Bosi, M.L.M.; Mercado, F.J. (orgs.) *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.
- SERRA, C.G.; GARCIA, D.V.; MATTOS, D. A explicitação das antigas inquietações e a busca de soluções na realidade recente da saúde bucal: um processo doloroso de espera pelo fim das ansiedades e angústias. In: GARCIA, D. do V. *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade*. 2005. p. 9-21.
- SHEIHAM, A.; JAMES, W.P.T. Diet and dental caries: the pivotal role of free sugars reemphasized. *J. Dent. Res.*, 94(10):1341-7. doi: 10.1177/0022034515590377. Epub 2015 Aug 10.
- SILVA, Andréa Neiva da; SENNA, Marcos Antônio Albuquerque de; JORGE, Renata Costa; SILVA JUNIOR, Cesar Luiz. Modelos Assistenciais em Saúde e Saúde Bucal. In: SILVA, Andréa Neiva da; SENNA, Marcos Antônio Albuquerque de. *Fundamentos de Saúde Bucal Coletiva*. Rio de Janeiro: Medbook; 2013. Cap. 4. P.65-89.
- SILVA, M. A. M.; AMARAL, J. H. L.; SENNA, M. I. B.; FERREIRA, E. F. O Pró-Saúde e o incentivo à inclusão de espaços diferenciados de aprendizagem nos cursos de odontologia no Brasil. *Interface - Comunic. Saúde, Educ.*, v.16, n.42, p.707-17, jul./set. 2012.
- SILVEIRA FILHO, A.D. Avaliação da efetividade das ações de Promoção da Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde no SUS: Brasil 2013. Curitiba: Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2015. Tese de Doutorado. 189 p.
- SILVIA FG. Subjetividade, individualidade, personalidade e identidade: concepções a partir da psicologia histórico-cultural. *Psic. da Ed.*, São Paulo, 28, 1º sem. de 2009, pp. 169-195.
- SILVIA GM, Rasesa EF. A construção do SUS-problema no jornal Folha de S. Paulo. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2014;21(1):61-76.
- SIQUEIRA, F.C.V.; FACCHINI, L.A.; SILVEIRA, D.S.; PICCINI, R.X.; THUMÉ, E.; TOMASI, E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciênc Saúde Col*. v.14, n.1, p. 39-44, 2009.
- SOARES, F. F.; CHAVES, S. C. L.; CANGUSSU, M. C. T. Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 586-596, 2015.
- SOARES, FF; CHAVES, SCL, CANGUSSU, MCT. Governo local e serviços

- odontológicos: análise da desigualdade na utilização. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 586-596, Mar. 2015. Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000300586&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00077214>.
- SOUZA, D. S.; CURY, J. A.; CAMINHA, J. A. N.; FERREIRA, M. A.; TOMITA, N. E.; NARVAI, P. C. et al. A Inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Odontol*, 2001, v.2, p.7-29.
- SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes; VILAR, Rosana Lúcia Alves; Rocha, Nadja de Sá Pinto Dantas; UCHOA, Alice da Costa; ROCHA, Paulo de Medeiros. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção de usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008.
- SOUZA, G. C.; LOPES, M. L. D. S.; RONCALLI, A. G.; MEDEIROS-JÚNIOR, A.; CLARA-COSTA, I. do C. Referência e contrarreferência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. *Rev. salud pública*, Colômbia, v. 17, n. 3, p. 416-428, 2015.
- SOUZA, G.C.A. Centros de Especialidades Odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2009. 105p.
- SOUZA, LEPF e VIANA, ALD. Gestão do SUS: Descentralização, Regionalização e Participação Popular. Rio de Janeiro: Medbook, 2014
- SOUZA, Luciana Farias, and Sônia Cristina Lima Chaves. "Política Nacional de Saúde Bucal: acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia.. *Revista baiana de saúde pública* 34.2 (2011): 371.
- SOUZA, RR. A Regionalização no Contexto Atual das Políticas de Saúde. *Ciência e Saúde*
- SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública*, 2007, v.23, n.11, p.2727-39.
- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2.ed. Brasília: UNESCO, 2004. 726p
- TANAKA OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Cien Saude Colet*. 2012; Apr;17(4):821-8.
- TANCREDI, F.B. Prefácio. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.C.M.; LHANOS, M. (Org.) A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. Londrina: Hucitec. Lugar Editora. Editora UEL, 1999. p.XIII-XXII.
- TANCREDI, F.B. Prefácio. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.C.M.; LHANOS, M. (Org.) A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. Londrina: Hucitec. Lugar Editora. Editora UEL, 1999. p.XIII-XXII.
- TAROZZI, M. O que é a Grounded Theory. Metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados. Petrópolis: Vozes; 2011.
- TEIXEIRA, C.F.T.; VILASBÔAS, A.L.Q.. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.) Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. 720 p. p.121-137. ISBN: 978-85-99977-97-2
- TERCEIRA Conferência Internacional. De Promoção Da Saúde. Declaração de Sundsvall. Sundsvall, Suécia, 9-15 de junho de 1991
- TRAVASSOS C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. *Cad. Saúde Públ*. 2004;20sup.(2):190-8.
- TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 325-330, 1997.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.
- UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, v. 24, p. 445-52, 1990.
- VALENTIJN PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013; Mar 22:13-10
- VASCONCELOS, CM e PASCHE, DF. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, GWS et al (Org). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2007.
- VAZQUEZ, F. de L.; GUERRA, L. M.; VÍTOR, E. de S.A.; AMBROSANO, G. M. B.; MIALHE, F. M.; MENEGHIM, M. de C.; PEREIRA, A. C. Referência e contrarreferência na atenção secundária em odontologia em Campinas, SP, Brasil. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 245-256, 2014.
- VECINA NETO, G; MALIK, A.M.. Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. 400p.
- VIANA, ALD et al. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos colegiados de gestão regional. *Ciência e saúde coletiva*, 2010.
- VIEIRA, L. B.; SANTIAGO, B. M.; VETTORE, M. V.; MACHADO, C. V. O Brasil Sorridente e o direito à saúde bucal: avanços e desafios. In: OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONCELOS, L. C. F.; GUILAM, M. C.; SHUTZ, G. E.; SILVA, A. T. M. C. *Direito e Saúde: Cidadania e Ética na construção de sujeitos sanitários*. Maceió: EdUFAL, 2011.
- VIEIRA, M. [internet]. Recursos humanos em saúde. In: *Dicionário de Educação Profissional em Saúde - FIOCRUZ*. [Acesso em 04 de outubro 2015]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/rechumsau.html>
- VIEIRA-DA-SILVA LM, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. S217-S226, 2009.
- VITALI MP, Marino CMC, Flemming CC. Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. *Saúde debate*. 2015 39(107):984-996
- VUORI, H. A qualidade da saúde. *Revista Divulgação em saúde para debate*. Londrina n.3, p.17-24. Fev.1991.
- WHORTEN, B.; Sanders R.J.; Fitzpatrick, J.L. Como avaliar avaliações. Avaliação de programas - Concepções e práticas. Ed. Gente. São Paulo. 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. The 8th Global Conference on Health Promotion. The Helsinki Statement on Health in All Policies. Helsinki, Finland, 10-14 June 2013.



Editora Universidade
Federal de Pernambuco

Ministério da Saúde

O miolo deste livro foi impresso em
Papel Couchê fosco 140 g/m² e foi
usado a família tipográfica Cabin e
Zona Pro, em suas versões Thin e Bold.

Recife/PE, 2016

