

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RODRIGO NOLL GONÇALVES

GESTÃO EM SAÚDE BUCAL: A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA NO  
MUNICÍPIO DE CAMPO LARGO (PR)

CURITIBA

2019

RODRIGO NOLL GONÇALVES

GESTÃO EM SAÚDE BUCAL: A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA NO  
MUNICÍPIO DE CAMPO LARGO (PR)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Gestão da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Cristhiane Mariot Diniz.

CURITIBA

2019

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Prefeitura Municipal de Campo Largo, em especial à coordenação de Saúde Bucal e à equipe da Secretaria Municipal de Saúde, pelo apoio durante a realização da pesquisa.

À Universidade Federal do Paraná e à equipe do Programa Nacional de Formação em Administração Pública.

À coordenação do Curso de Especialização em Gestão da Saúde, tutores, professores, e à minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Cristhiane Mariot Diniz, meu muito obrigado.

## RESUMO

A integralidade, como parte integrante dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), envolve um conjunto articulado de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos diferentes níveis de complexidade do sistema. Ademais, a integralidade, como eixo prioritário de políticas de saúde, compreende a organização dos serviços de saúde, o conhecimento e práticas desenvolvidas pelos trabalhadores nos serviços de saúde, e da formulação de políticas públicas relacionadas à produção do cuidado. Compreendendo a importância da integralidade nas ações de saúde, e sua atual fragmentação no campo da saúde bucal no município de Campo Largo (PR), o presente trabalho buscou desenvolver uma proposta de intervenção, por meio da elaboração de um projeto técnico, com a finalidade de ampliar a cobertura na rede pública de atendimento em saúde bucal do Município, com a oferta de atenção secundária e de atendimento específico de pronto-atendimento em saúde bucal. O estudo foi realizado com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde, que conta com dezenove equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família, e com quatro cirurgiões-dentistas 20 horas, apresentando uma cobertura de saúde bucal de 52,14%. A proposta para ampliação da oferta de atenção secundária em saúde bucal consiste na implantação efetiva de um Centro de Especialidades Odontológicas, em trâmites no Município, com sistema de gestão municipal. Para suprir a carência de atendimento de urgência e emergência em saúde bucal, nos horários de indisponibilidade das Unidades Básicas de Saúde, a proposta foi de incorporação de uma ou mais equipes de saúde bucal na Unidade de Pronto Atendimento do Município. Além disso, foi realizado um roteiro para implantação do Centro de Especialidades Odontológicas, além de alternativas para ampliação da cobertura necessária.

Palavras-chave: Atenção Secundária à Saúde. Gestão em Saúde. Odontologia.

## **ABSTRACT**

Integrality, as an integral part of the principles of the Unified Health System (SUS), involves an articulated set of preventive and curative actions and services, individual and collective, in each case, at the different levels of complexity of the system. In addition, integrality, as a priority axis of health policies, includes the organization of health services, the knowledge, and practices developed by workers in health services, and the formulation of public policies related to the production of care. Understanding the importance of integrality in health actions, and its current fragmentation in the field of oral health in municipality of Campo Largo (PR), the present work sought to develop a proposal of intervention, through the elaboration of a technical project, with the purpose of expanding coverage in the public health care network of the municipality, with the provision of secondary care in oral health and specific emergency dental care. The study was carried out with the support of the Municipal Health Department, which has nineteen oral health teams inserted in the Family Health Strategy, and with four dental surgeons 20 hours, presenting an oral health coverage of 52.14 %. The proposal to expand the supply of secondary care in oral health consists of the effective implementation of a Center of Dental Specialties, in procedures in the Municipality, with a municipal management system. To meet the shortage of urgent care and emergency in oral health, during the times of the unavailability of Basic Health Units, the proposal was to incorporate one or more oral health teams in the Emergency Care Unit of the Municipality. In addition, a roadmap for the implementation of the Dental Specialties Center was carried out, as well as alternatives to increase the coverage required.

Keywords: Secondary Care. Health Management. Dentistry.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FLUXOGRAMA 1	-	FLUXOGRAMA EXPLICATIVO DA SITUAÇÃO .....	27
--------------	---	---	----

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – PRODUÇÃO MÍNIMA MENSAL EXIGIDA NA PORTARIA Nº 1.464, DE 24 DE JUNHO DE 2011 .....	34
---	----

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	-	ETAPAS NECESSÁRIAS AO PLANO DE IMPLANTAÇÃO DO CEO.....	31
----------	---	--	----

## LISTA DE SIGLAS

APS	-	Atenção Primária à Saúde
ASB	-	Auxiliar de Saúde Bucal
CAIF	-	Centro de Atenção Integral ao Fissurado Labiopalatal
CAPS	-	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	-	Centro de Especialidades Odontológicas
CIB	-	Comissão Intergestores Bipartite
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRAID	-	Centro Regional de Atendimento Integral ao Deficiente
DAB	-	Departamento de Atenção Básica
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
GM/MS	-	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LRPD	-	Laboratório Regional de Próteses Dentárias
MS	-	Ministério da Saúde
NIS III	-	Núcleo de Especialidades
Pacs	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	-	Plano Diretor de Regionalização
PlanejaSUS	-	Sistema de Planejamento do SUS
PMAQ	-	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMAQ-CEO	-	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica
PNSB	-	Política Nacional de Saúde Bucal
PPA	-	Plano Plurianual
PR	-	Paraná
R\$	-	Real
RAS	-	Rede de Atenção à Saúde
SIASUS	-	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SAMU	-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	-	Secretaria de Atenção à Saúde
SESA	-	Secretaria da Saúde do Estado do Paraná

SP	-	São Paulo
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UPA	-	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva

## LISTA DE ABREVIATURAS

%	-	por cento
art.	-	artigo
d1	-	descritor 1
km	-	quilômetro
nº	-	número
nc1	-	nó crítico 1
nc2	-	nó crítico 2
nc3	-	nó crítico 3

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
1.1	APRESENTAÇÃO .....	12
1.2	OBJETIVO GERAL DO TRABALHO .....	12
1.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO TRABALHO .....	12
1.4	JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO .....	12
<b>2</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>14</b>
2.1	ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL .....	14
2.2	IMPORTÂNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE BUCAL INTEGRADA AOS DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	15
2.3	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL .....	16
2.4	ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BUCAL .....	16
2.5	ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL .....	17
2.6	ATENÇÃO TERCIÁRIA EM SAÚDE BUCAL .....	19
2.7	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE BUCAL .....	19
2.8	GESTÃO, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE BUCAL .....	20
<b>3</b>	<b>DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA</b> .....	<b>23</b>
3.1	DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO .....	23
3.2	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA .....	24
<b>4</b>	<b>PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA</b> .....	<b>28</b>
4.1	PROPOSTA TÉCNICA .....	28
4.1.1	Plano de implantação .....	29
4.1.2	Recursos .....	32
4.1.3	Resultados esperados .....	33
4.1.4	Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas .....	34
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>36</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>37</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 APRESENTAÇÃO**

O presente estudo trata-se de uma proposta de intervenção, com a finalidade de ampliar a cobertura na rede pública de atendimento em saúde bucal do município de Campo Largo (PR), especialmente com a oferta de atenção secundária e de atendimento específico de pronto-atendimento em saúde bucal. Realizado na Prefeitura Municipal de Campo Largo, um dos 29 municípios integrantes da Região Metropolitana de Curitiba, mais especificamente no setor de saúde bucal da Secretaria Municipal de Saúde, onde foi verificada a necessidade de ampliar o rol de procedimentos relacionados à atenção secundária e também a oferta de pronto-atendimento odontológico 24 horas.

### **1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO**

Elaborar um projeto técnico que possibilite a cobertura de atenção secundária e atendimento específico de pronto-atendimento em saúde bucal na rede pública do município de Campo Largo, até o final do ano de 2019.

### **1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO TRABALHO**

Diagnosticar a situação atual quanto às demandas para a atenção secundária e terciária na saúde bucal na rede pública do município de Campo Largo;

Identificar as causas da pouca oferta da atenção secundária para saúde bucal na rede pública do município de Campo Largo;

Propor alternativas para a ampliação do atendimento integral em saúde bucal na rede pública do município de Campo Largo.

### **1.4 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO**

O presente estudo apresenta grande importância devido à necessidade de ampliar a oferta dos serviços de saúde bucal do Município, que apresenta uma rede

de Atenção Primária à Saúde (APS) organizada e estruturada, bem como serviço de pronto-socorro 24 horas, mas não conta com um serviço próprio de atenção secundária em saúde bucal, além da ausência de serviço de urgência e emergência odontológica nos períodos em que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) encontram-se fechadas. Além disso, a pesquisa poderá contribuir para a ampliação do conhecimento relacionado à atenção odontológica no serviço público, além de oferecer alternativas para superação das necessidades, proporcionando benefícios fundamentais para a sociedade em geral.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado por meio da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), e regulamentado pelas Leis nº 8.080 (BRASIL, 1990a) e 8.142 (BRASIL, 1990b).

De acordo com o art. 196 da Constituição Federal de 1988,

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

As diretrizes do sistema, descritas no art. 198, estabelecem que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, prevendo a

[...] descentralização, com direção única em cada esfera de governo; [...] atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a [...] participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Dentre os Princípios do SUS, estabelecidos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, destaca-se a

[...] universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; [...] integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; [...] igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; [...] participação da comunidade; [...] descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com [...] ênfase na descentralização dos serviços para os municípios além de [...] regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde [...] (BRASIL, 1990a).

Os princípios e diretrizes do SUS se contrapõem aos modelos de atenção que privilegiavam o enfoque curativo, fragmentado, tecnicista, ineficiente e pouco resolutivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Posterior à criação do SUS, vários avanços ocorreram no sistema de saúde brasileiro. Por exemplo, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), o Programa e a posterior Estratégia Saúde da Família (ESF), e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A ESF surgiu com uma perspectiva inovadora para a atenção primária no Brasil, reafirmando as potencialidades de “mudanças no modelo

assistencial, efetivando o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 539).

Atualmente, o incremento da prevalência de condições crônicas, somadas às condições agudas, impõe como desafio aos serviços de saúde, a adoção de uma configuração universal, pautada na equidade e na perspectiva do cuidado, e não mais da cura. Neste contexto, os formuladores de políticas públicas têm sido desafiados a desenvolver novos modelos de atenção. Uma proposta consiste na organização dos sistemas em Redes de Atenção à Saúde (RAS), coordenadas pela APS. A organização desse sistema, no campo da saúde bucal, se mostra favorecida pelas características da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), delineada em 2004, pautada nos princípios do cuidado e da integralidade (PINTO et al., 2016).

Desde a criação do SUS, a atenção odontológica em serviços públicos no Brasil restringiu-se durante um longo período a quase que exclusivamente aos serviços básicos. Ainda assim, apresenta uma grande demanda reprimida por esses tipos de procedimentos. Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), de 2002, indicavam que os serviços especializados correspondiam “a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos” (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006, p. 48), evidenciando uma grande desproporção na oferta entre procedimentos odontológicos básicos e especializados (CORTELLAZZI et al., 2014).

## 2.2 IMPORTÂNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE BUCAL INTEGRADA AOS DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE

Durante anos, no Brasil, a inserção da saúde bucal ocorreu de forma paralela e afastada dos demais serviços de saúde, sendo que, atualmente, têm-se buscado a reversão deste quadro, por meio de uma maior integração a partir de saberes e práticas direcionadas à promoção da saúde (BRASIL, 2008). A mudança de paradigma de um modelo cirúrgico-restaurador, para um modelo no qual a promoção da saúde passa a ser um dos norteadores das políticas públicas em saúde bucal, considera, como um dos pilares, a educação em saúde relacionada ao autocuidado (PARANÁ, 2016).

No ano de 2004, foram elaboradas, pelo Ministério da Saúde, as Diretrizes da PNSB, apontando para uma reorganização da atenção em saúde bucal, em todos os níveis, bem como para o desenvolvimento de ações intersetoriais, com o conceito de

cuidado como eixo orientador do modelo, por meio de uma concepção não centrada apenas na assistência aos doentes, e sim, na promoção de uma boa qualidade de vida e intervenção nos fatores de risco, incorporando ações programáticas de forma mais abrangente (BRASIL, 2008).

### 2.3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

A Rede de Atenção à Saúde Bucal compreende um conjunto de ações que envolvem o controle das doenças bucais, por meio da promoção e da prevenção em saúde, além da limitação dos danos causados pelas doenças, e pela reabilitação integral dos pacientes. As RAS podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos, que envolvem a combinação de determinados serviços, com a dispersão de outros. Geralmente, os serviços de APS, por não se beneficiarem de economias de escala, tendem a ser dispersos. Na Rede de Atenção à Saúde Bucal, os serviços de atenção básica são realizados nas Unidades de Atenção Primária, onde existem recursos suficientes, e a distância é considerada um fator fundamental para a acessibilidade. Já os serviços de atenção secundária e terciária, que se beneficiam de economias de escala, tendem a ser concentrados. Na Rede de Atenção à Saúde Bucal, esses serviços são ofertados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e nas Unidades Hospitalares de Referência, respectivamente (PARANÁ, 2016).

### 2.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BUCAL

A APS, ou Atenção Básica, constitui o primeiro nível de atenção, ou seja, onde se dá o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, com garantia de acesso aos serviços de atenção secundária e terciária, assegurando a integralidade da atenção. Este nível de atenção compreende ações individuais e coletivas, que abrangem a promoção e proteção da saúde, além da prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2008).

A APS utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, com a finalidade de resolver os agravos de maior frequência e relevância em seu território, que considera o reconhecimento e a apropriação do espaço local e das relações da população inserida na área de abrangência com a unidade de saúde. As ações são

desenvolvidas por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, considerando o trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais as equipes assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade desses territórios (BRASIL, 2008).

A PNSB (Programa Brasil Sorridente) considera a APS como um de seus pilares, sendo que o grande desafio da Política constitui a organização das ações neste nível de atenção, para que ocorra uma mudança do modelo assistencial no campo da saúde bucal (BRASIL, 2008), centrado no modelo biomédico, flexneriano, baseado na doença e na produção de procedimentos (ALBUQUERQUE et al., 2008), para um modelo baseado na promoção da saúde (OLIVEIRA et al., 2008).

Na Rede de Atenção à Saúde Bucal, as condições crônicas, representadas pelas doenças cárie e periodontal, podem ser controladas neste nível de atenção, com ações relacionadas à promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e limitação dos agravos. Além disso, o diagnóstico precoce do câncer bucal, alterações oclusais, a fase clínica de próteses dentárias e o atendimento às urgências odontológicas, também fazem parte das competências da APS, que, dessa forma, respondem por cerca de 80% da atenção em saúde bucal (PARANÁ, 2016).

A ESF constitui a estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica no Brasil, por meio de mudanças no processo de trabalho, bem como na atuação proativa em equipe, no diagnóstico situacional, além da aproximação com a realidade sociocultural da população (BRASIL, 2008).

## 2.5 ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL

No âmbito do SUS, a média complexidade abrange ações que transcendem aquelas da atenção básica, além das ações que ainda não se configuram como de alta complexidade, sendo representada por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de atenção especializada, com menor complexidade tecnológica (GONÇALVES, 2014).

A evolução e/ou a agudização das condições crônicas, pode exigir ações terapêuticas mais complexas, que, na atenção secundária em saúde bucal, podem ser realizadas pelos CEO, com intervenções nas áreas de endodontia, periodontia, cirurgia, prótese e atendimento a pacientes com necessidades especiais. Procedimentos que exigem maior densidade tecnológica e capacitação, como nas

especialidades de ortodontia e implantodontia, também podem ser executados na atenção secundária, que responde por cerca de 17% da atenção em saúde bucal (PARANÁ, 2016).

No Brasil, a oferta de serviços de média complexidade constitui-se em um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema, sendo organizada e financiada, historicamente, com base na lógica de oferta de procedimentos. O CEO, componente especializado da PNSB, busca reverter esta situação de maneira que a demanda por tais serviços não seja condicionada pela oferta, mas pelas necessidades e pelo perfil epidemiológico da população (BRASIL, 2018).

No contexto da Rede de Atenção à Saúde Bucal, os CEO são pontos de atenção secundária, com a finalidade de complementar as ações de saúde bucal realizadas pela atenção primária, por meio de um sistema de referência regulado e com base territorial estabelecida, respeitando o princípio da integralidade do sistema. O usuário deve ser referenciado pela atenção primária, de acordo com os fluxos de encaminhamento, sendo que ao final dos procedimentos especializados, deverá retornar à APS para acompanhamento, por meio de um sistema de contrarreferência organizado. A atuação do CEO poderá ser de abrangência municipal, porém, preferencialmente, deverá abranger uma região de saúde, de acordo com o princípio da regionalização do SUS, considerando os planos Municipais e Regionais de saúde de cada estado (PARANÁ, 2016).

Os CEO são estabelecimentos de saúde destinados a oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e também atendimento a pacientes com necessidades especiais (BRASIL, 2019).

Existem três tipos de CEO e cada um recebe um valor de incentivo repassado pelo Ministério da Saúde, para implantação e custeio, sendo que o CEO Tipo I possui 3 cadeiras odontológicas, o CEO Tipo II possui de 4 a 6 cadeiras odontológicas, e CEO Tipo III possui acima de 7 cadeiras odontológicas (BRASIL, 2019).

Na Rede de Atenção à Saúde Bucal do estado do Paraná, também são preconizados como pontos de atenção, na atenção secundária, os ambulatórios das Universidades Estaduais, representadas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa, Universidade Estadual de Londrina, Universidade Estadual de Maringá e Universidade Estadual do Oeste Paranaense. As atividades disponibilizadas nesses

pontos de atenção correspondem aos atendimentos às pessoas com deficiência; casos clínicos complexos nas áreas de diagnóstico e patologia bucal, endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, odontopediatria, ortodontia, prótese e cirurgia bucomaxilofacial; exames anatomopatológicos de lesões da cavidade bucal; além das atividades de educação permanente aos profissionais da Rede de Atenção à Saúde Bucal (PARANÁ, 2016).

Além dos CEO e das instituições de ensino superior, atuam como pontos de atenção secundária, o Centro Regional de Atendimento Integral ao Deficiente (CRAID), destinado ao atendimento de pacientes com necessidades especiais; e o Centro de Atenção Integral ao Fissurado Labiopalatal (CAIF), visando o atendimento aos portadores de deformidades congênitas da face (PARANÁ, 2016).

## 2.6 ATENÇÃO TERCIÁRIA EM SAÚDE BUCAL

Respondendo por cerca de 3% das necessidades em saúde bucal, a atenção terciária é representada pelas ações em âmbito hospitalar, realizadas nas Unidades Hospitalares de Referência (PARANÁ, 2016).

As ações realizadas em âmbito hospitalar compreendem o cuidado relativo à internação cirúrgica eletiva, à internação clínica, ao cuidado ambulatorial, à emergência e à reabilitação (KUSCHNIR; CHORNY; LIMA E LIRA, 2014). Na odontologia, pacientes com necessidades especiais, com dificuldade de adesão ao tratamento, são referenciados pela atenção secundária para atendimento sob anestesia geral. Além disso, procedimentos cirúrgicos em pacientes portadores de câncer bucal, e com problemas complexos nos maxilares, também deverão ser realizados em âmbito hospitalar (PARANÁ, 2016).

## 2.7 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE BUCAL

No SUS, o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde (BRASIL, 2018). Conforme verificado em Paraná (2016), o atendimento às urgências odontológicas também faz parte das competências da APS. No entanto, emergências odontológicas, como traumas, hemorragias, abscessos comprometedores e pacientes debilitados, devem

ser encaminhadas diretamente da atenção primária para o nível hospitalar (atenção terciária).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) constituem pontos intermediários entre os estabelecimentos da APS, Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar. Dependendo do município, a odontologia pode estar inserida em uma UPA. Na ausência deste serviço, a UBS ou o serviço de pronto-socorro constitui a única alternativa. Devido à necessidade de máxima resolutividade possível neste ponto da rede, deve ser priorizado o cuidado aos casos agudos, como dor, inflamação, hemorragia, trauma, luxação, fratura, entre outros, implicando a realização de exodontias, trepanações, estabilização, drenagens, tratamento de alveolites e medicação. Além disso são atribuições do cuidado na UPA a atenção a casos como queda ou fratura de restaurações, com comprometimento estético, funcional ou que provoque lesão em tecidos moles (BRASIL, 2018).

## 2.8 GESTÃO, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Para a organização dos serviços de saúde, o planejamento constitui etapa importante na compreensão da realidade, dos principais problemas e necessidades da população, ao analisar os problemas em busca de elaborar propostas a fim de solucioná-los, resultando em planos de ação. O êxito do planejamento depende do envolvimento de profissionais, lideranças, bem como representantes da comunidade, ao ser viabilizado por meio de ações estratégicas, com o estabelecimento de metas, e com a implementação de um sistema de acompanhamento e avaliação das ações (BRASIL, 2008).

Para o planejamento das ações em saúde bucal, é necessária a utilização da Epidemiologia, que possibilita o conhecimento do perfil de distribuição das principais afecções bucais, o monitoramento de riscos e tendências, além da avaliação do impacto das medidas adotadas, estimativa das necessidades de recursos para os programas e indicação de novos caminhos a serem seguidos (BRASIL, 2008).

A avaliação é considerada um componente da gestão em saúde e possui hoje um “reconhecimento que se traduz na existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Apresenta como propósito fundamental o “suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde”, devendo

subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005, p. 7).

Neste contexto, o monitoramento e a avaliação das políticas públicas apresenta grande importância para a continuidade de sua aplicação. Por meio do monitoramento e avaliação, é possível “a revisão e o redesenho constantes das peças necessárias para incrementar o resultado das políticas públicas” (CORRÊA, 2007, p. 500).

A implantação do SUS no Brasil impôs a busca por novas e mais apropriadas formas de organização da atenção em saúde. “As instâncias deliberativas/executivas passaram por um progressivo processo de descentralização, e as decisões foram deslocadas para os níveis locais, mais próximas dos usuários dos serviços de saúde” (DITTERICH; MOYSÉS, 2012, p. 114).

Dentre as ações visando a melhoria da qualidade dos serviços na APS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, constitui-se uma importante estratégia para ampliação do acesso e melhoria da qualidade na atenção básica em saúde. O PMAQ caracteriza-se pelo estabelecimento de compromissos por meio de contratualização entre equipes de atenção básica e gestão municipal, além de compromissos entre a gestão municipal e o Ministério da Saúde, bem como compromissos firmados entre a gestão municipal e estadual para apoio e participação. O programa prevê ainda indicadores de monitoramento e avaliação das ações realizadas pelas equipes que optarem pela adesão (BRASIL, 2012).

“O compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanentemente reforçado”, devido à maior complexidade das necessidades de saúde da população, em razão da “transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico”, além “do aumento das expectativas da população em relação à eficiência e qualidade do SUS” (BRASIL, 2015, p. 6).

No campo da odontologia, em fevereiro de 2013, foi instituído no Brasil um processo de avaliação dos CEO, denominado Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), que surgiu como estratégia de qualificação dos serviços especializados em saúde bucal (BRASIL, 2015).

O PMAQ-CEO tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção especializada em saúde bucal (BRASIL, 2015, p. 5-6).

Porém, o PMAQ-CEO está pautado e centrado somente na produtividade de procedimentos clínicos pelos cirurgiões-dentistas desses estabelecimentos, não existindo, até o momento, metodologias consistentes capazes de identificar fragilidades e potencialidades na avaliação desse tipo de serviço de saúde bucal (MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015). Além disso, as avaliações realizadas sobre atenção secundária em saúde bucal no Brasil ainda estão em fase incipiente de construção de evidência, especialmente após a implantação dos CEO (GOES et al., 2012).

De acordo com o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), os pontos prioritários deste sistema incluem a adoção das necessidades de saúde da população como critério para o planejamento, com a previsão do monitoramento e avaliação como instrumento estratégico de gestão. Porém, um desafio, na aplicação das ferramentas de planejamento e programação, consiste na necessidade de um processo ascendente de planejamento, ao adotar como base o planejamento de cada município, que fundamenta o planejamento dos estados, fundamentando o planejamento do Governo Federal (GONÇALVES, 2014).

### 3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

#### 3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO

O estudo foi realizado na Prefeitura Municipal de Campo Largo, junto ao Setor de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde. O município de Campo Largo, criado em 2 de abril de 1870 (CAMPO LARGO, 2017a), e, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IPARDES, 2019), instalado em 23 de fevereiro de 1871, integra a Região Metropolitana de Curitiba, distante 25,2 km da capital, e possui uma população estimada em 2018 de 130.091 habitantes. O Município, conhecido como “Capital da Louça”, devido à expressiva produção e exportação desse material, possui como municípios limítrofes Castro, Campo Magro, Itaperuçu, Ponta Grossa, Araucária, Balsa Nova, Curitiba e Palmeira (CAMPO LARGO, 2017a).

Com 2.827 servidores (CAMPO LARGO, 2019a), o Governo Municipal abrange doze secretarias, assim denominadas: Procuradoria Geral do Município de Campo Largo; Secretaria Municipal de Administração, Tecnologia e Informação; Secretaria Municipal de Comunicação, Cultura e Relações Institucionais; Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico e Assuntos Metropolitanos; Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social; Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente; Secretaria Municipal de Educação e Esporte; Secretaria Municipal de Finanças e Orçamento; Secretaria Municipal de Governo; Secretaria Municipal de Ordem Pública; Secretaria Municipal de Saúde; e Secretaria Municipal de Viação e Obras (CAMPO LARGO, 2018a).

De acordo com a Lei nº 2.993, de 14 de dezembro de 2018, que estima a receita e fixa a despesa do município de Campo Largo para o Exercício Financeiro de 2019, o orçamento aprovado para o ano de 2019 foi de R\$ 399.856.000,00 (trezentos e noventa e nove milhões, oitocentos e cinquenta e seis mil Reais), sendo a despesa fixada com saúde no valor de R\$ 72.965.000,00 (setenta e dois milhões, novecentos e sessenta e cinco mil Reais) (CAMPO LARGO, 2018b).

A Lei nº 2.872, de 31 de maio de 2017, destaca que são atribuições da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Largo:

planejar, desenvolver, orientar, coordenar e executar a política de saúde pública do Município, bem como os programas do Ministério da Saúde e da Secretaria do Estado; encaminhar às unidades de saúde, hospitais e outros

estabelecimentos especializados, pessoas que necessitem de atendimento odontológico, médico e hospitalares; o relacionamento com a Secretaria de Estado da Saúde visando o entrosamento na prestação de serviços de saúde; a realização dos serviços de fiscalização sanitária, em conformidade com a legislação específica vigente; suprir e distribuir medicação básica à população vinculada aos serviços de saúde do Município de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde; prestar serviços de Urgência e Emergência, no nível de competência do Município; planejar, desenvolver e executar ações em vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador afeto às suas competências; desempenho de atividades correlatas e das que forem atribuídas pelo Prefeito Municipal (CAMPO LARGO, 2017b).

Dentre os estabelecimentos de saúde disponíveis e cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), destacam-se serviços públicos e privados no Município, com dezoito Unidades de Saúde da Família, sendo cinco rurais; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um CAPS II e um CAPS AD; um Pronto Atendimento 24 horas; um Núcleo de Especialidades (NIS III); um Ambulatório de Infectologia; um Hospital Geral privado que presta atendimento ao SUS e conta com UTI adulto; um Hospital Geral de grande porte privado e conveniado ao SUS, com UTI adulto, infantil e neonatal, referência em várias especialidades para o estado do Paraná; um Hospital Regional Infantil do Governo Estadual que presta atendimento 100% SUS; um Hospital Especializado privado de oftalmologia. O Município possui ainda uma base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com duas ambulâncias de suporte básico, uma para área urbana e outra para área rural, e uma de suporte avançado, que presta atendimento a todo o município e região, conforme pactuação regional, além de vários ambulatórios, consultórios, clínicas e centros de imagem privados, integrantes da rede de saúde suplementar (CAMPO LARGO, 2017c), além de uma Unidade de Saúde da Mulher e da Criança, integrante da rede pública.

### 3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Para o diagnóstico da situação-problema, foi realizado um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa (BIROCHI, 2015), onde foram analisados documentos públicos referentes à legislação municipal, além de observação detalhada quanto ao processo de trabalho no setor de Saúde Bucal em virtude da atuação profissional do discente junto a este setor.

O setor de Saúde Bucal da Prefeitura Municipal de Campo Largo está inserido na Secretaria Municipal de Saúde, mais especificamente, na Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde, Departamento de Atenção em Saúde, Divisão de Atenção Primária, Seção de Programas de Prevenção à Saúde. O Município conta com dezenove equipes de saúde bucal inseridas na ESF, sendo cinco integrantes à modalidade 2 (composta por um cirurgião-dentista, um auxiliar de saúde bucal (ASB) e um técnico em saúde bucal) e quatorze integrantes à modalidade 1 (composta por um cirurgião-dentista e um ASB). Conta ainda com uma equipe de atendimento básico no NIS III, com quatro cirurgiões-dentistas 20 horas, apresentando uma cobertura de Saúde Bucal de 52,14% (CAMPO LARGO, 2017c). Entretanto, no Plano Plurianual (PPA) 2018-2021, o índice desejado está estimado em 65% ao final do período (CAMPO LARGO, 2019b).

O Pronto Atendimento em saúde bucal é realizado durante o horário de atendimento em todas as unidades de saúde contempladas com serviços de saúde bucal. Dentre os objetivos do Programa de Saúde Bucal do Município, destaca-se a busca pela efetivação do credenciamento de um CEO e/ou de um Laboratório Regional de Próteses Dentárias (LRPD). Além disso, outro objetivo deste Programa consiste na ampliação de um convênio com uma universidade particular, iniciado no setor médico, abrangendo também o setor de saúde bucal, além da busca pelo credenciamento de novas Equipes de Saúde Bucal (CAMPO LARGO, 2017c).

O projeto do CEO, Tipo II, apresenta-se em fase de processo, aguardando trâmites para efetiva implantação. Complementarmente, o Município não possui um serviço específico de Pronto Atendimento em saúde bucal, sendo que não há oferta deste serviço nos períodos em que as UBS se encontram fechadas. Um número reduzido de especialidades odontológicas está disponível para encaminhamento. Existe um hospital do estado, localizado em Curitiba, que realiza atendimentos a pacientes com necessidades especiais, que disponibiliza o agendamento da primeira consulta via central de regulação. Porém, não são encaminhados casos de média e alta complexidade devido à unidade hospitalar não possuir Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Uma universidade privada recebe encaminhamentos para Estomatologia e Cirurgia Avançada. Entretanto, o agendamento ocorre diretamente com a instituição de ensino, de acordo com a disponibilidade de vagas. Encaminhamentos para demais universidades, públicas ou privadas, dependem da disponibilidade de cada instituição. Existe ainda um convênio com uma clínica

particular de Radiologia, que oferece descontos na realização de radiografias panorâmicas e periapicais para usuários encaminhados pelas UBS.

As UBS do município estão passando por um processo de informatização. Está sendo implantado um sistema de informação que atuará integrado ao e-SUS Atenção Básica, o que permitirá o monitoramento dos indicadores de saúde bucal, possibilitando o aprimoramento do planejamento das ações na atenção básica e, posteriormente, das ações relacionadas à atenção secundária em saúde bucal.

Complementarmente, foi realizado um fluxograma explicativo (Fluxograma 1) com base na Metodologia de Diagnóstico de Situações proposta por Dagnino (2014), visando demonstrar a importância da oferta de atendimento odontológico especializado no município, de acordo com o seguinte passo a passo:

Escolha de um problema – ausência de atendimento odontológico especializado no município de Campo Largo/PR;

Observação do problema – ausência da continuidade dos tratamentos odontológicos que necessitam de atenção especializada;

Caracterização do problema: ameaça, oportunidade ou obstáculo – o problema pode ser classificado como uma oportunidade, tem possibilidade que o jogo social abra, permitindo assim, que o ator possa se beneficiar ou desperdiçá-la;

Temporalidade do problema: atual ou potencial – atual;

Governabilidade do problema: total, baixo ou fora de controle – total;

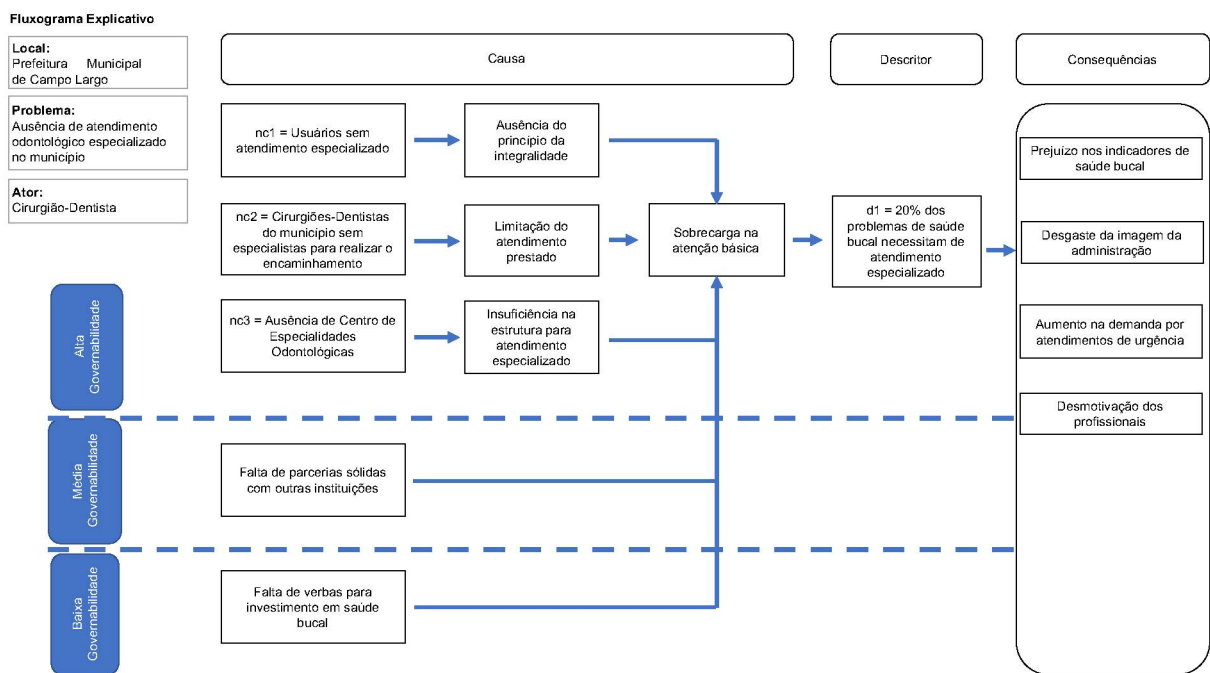
Estruturação do problema: estruturado ou quase estruturado – quase estruturado, pois é possível enumerar algumas variáveis, considerando que os problemas que são alvo do Planejamento Estratégico Governamental se enquadram nessa estruturação, visto que pode conter problemas estruturados como elementos parciais (DAGNINO, 2014), como por exemplo a necessidade de instalação de um CEO no município;

Descrição do problema – ator: cirurgião-dentista do município de Campo Largo; problema: ausência de atendimento odontológico especializado no município de Campo Largo; descrição (descriptor): d1= 20% dos problemas de cunho odontológico necessitam de atendimento especializado (PARANÁ, 2016);

Explicação da situação-problema – causas (o problema se deve a): pouca visibilidade da saúde bucal pelos governantes ao longo do tempo, manifestada por usuários sem atendimento odontológico especializado, cirurgiões-dentistas sem especialistas para realizar o encaminhamento, ausência de CEO, falta de parcerias

sólidas com outras instituições; descrição (o problema se verifica através de): 20% dos problemas de saúde bucal necessitam de atendimento especializado; consequências (o problema produz um impacto em): usuários sem garantia de continuidade do cuidado em situações que exigem o atendimento especializado, ocasionando prejuízo nos indicadores de saúde bucal, desgaste da imagem da administração, aumento na demanda por atendimentos de urgência, desmotivação dos profissionais.

FLUXOGRAMA 1 – FLUXOGRAMA EXPLICATIVO DA SITUAÇÃO



FONTE: Adaptado de Dagnino (2014).

Neste contexto, com uma maior visibilidade e atenção da atual administração em relação às ações de saúde bucal, verifica-se a necessidade de garantir a implantação efetiva do CEO, ou investir na busca por parcerias a fim de suprir a demanda reprimida por atendimentos de média complexidade em saúde bucal. Além disso, será necessário o planejamento da regulação nas especialidades que serão disponibilizadas, a fim estabelecer o fluxo de encaminhamento para as UBS, bem como discutir a possibilidade de incluir no planejamento da UPA a oferta de serviços de Pronto Atendimento em saúde bucal em horários em que não ocorre o atendimento nas UBS.

## 4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

### 4.1 PROPOSTA TÉCNICA

Para solução da situação-problema, inicialmente deve ser garantida a efetivação da implantação do CEO. De acordo com a Portaria GM/MS nº 1.570, de 29 de julho de 2004, e com a Resolução SESA nº 152, publicada no Diário Oficial nº 8.662, de 1º de março de 2012, o município ou o grupo de municípios deve respeitar os seguintes requisitos para a implantação dos CEO: CEO Tipo I, para no mínimo 50 mil habitantes e 60% de cobertura de Equipes de Saúde Bucal na ESF; CEO Tipo II, para uma população entre 50 e 100 mil habitantes, com 40% de cobertura de Equipes de Saúde Bucal na ESF; CEO Tipo III, para atender a uma população acima de 100 mil habitantes, com 25% de cobertura de Equipes de Saúde Bucal na ESF. A execução mínima dos CEO abrange as atividades nas áreas de Diagnóstico Bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; Endodontia; Periodontia; e Atendimento a pacientes com necessidades especiais. Procedimentos de prótese dentária, ortodontia e implantodontia podem ser ofertados pelos CEO em caráter eletivo (PARANÁ, 2016).

A fim de suprir a carência por atendimentos de urgência em saúde bucal nos horários em que as UBS se encontram fechadas, a proposta consiste na inclusão de uma ou mais equipes de saúde bucal, composta por cirurgião-dentista e ASB, na UPA. Deve ser realizada uma análise de viabilidade técnica e financeira, sendo possível a inclusão dos serviços de saúde bucal em alguns horários que, posteriormente, poderiam ser ampliados, até se atingir uma cobertura 24 horas, se necessário.

Um fator que justifica a necessidade, em tempos atuais, de disponibilizar a oferta de serviços odontológicos nas unidades hospitalares e/ou de pronto atendimento, consiste na atual intensidade de causas externas, relacionadas à violência e acidentes, por exemplo, gerando uma elevada demanda por atendimento a traumas (CANGUSSU; PASSOS-SOARES; CABRAL, 2016).

Como exemplos de implantação deste serviço, de acordo com reportagem publicada no Portal G1 em 10 de agosto de 2017, no ano de 2016, a rede pública de saúde do município de Campinas (SP) ganhou o reforço de um pronto-socorro odontológico. O serviço, até então inédito no Município, funciona das 16 às 22 horas, inclusive aos sábados, domingos e feriados, suprimindo demandas de urgência e

emergência no período em que os Centros de Saúde estão encerrando o expediente. Foi escolhido um local de grande concentração de usuários do SUS, sendo utilizada as mesmas dependências de uma UPA. São três cirurgiões-dentistas e três ASB trabalhando em turnos para prestar atendimento adulto e infantil. As equipes estão preparadas para atender casos emergenciais de dor intensa, sendo que os atendimentos odontológicos de rotina continuam sendo prestados nos Centros de Saúde do Município (G1, 2017).

No município de Curitiba, urgências odontológicas são atendidas, das 07 às 19 horas, nas UBS. Após este horário, uma UPA realiza o atendimento das 19 às 07 horas, todos os dias. Outras duas UPA realizam atendimento às urgências odontológicas das 19 às 23 horas em dias da semana, e das 09 às 17 horas nos finais de semana e feriados (CURITIBA, 2019).

Diante do exposto, poderia ser implantada, inicialmente, a oferta dos serviços de pronto atendimento em saúde bucal no período noturno e nos finais de semana e feriados. Deve ser realizada uma análise sobre a demanda deste serviço, sendo o exemplo de Campinas uma possibilidade inicial. Posteriormente, de acordo com a demanda do Município, poderia ser avaliada a possibilidade de ampliação dos horários, a fim de garantir a oferta 24 horas por dia (com equipes trabalhando na UPA em período integral, ou apenas nos períodos de indisponibilidade das UBS).

#### 4.1.1 Plano de implantação

De acordo com os requisitos para implantação do CEO, disponíveis em Paraná (2016), verificou-se que o município de Campo Largo apresenta as características populacionais necessárias para implementar um serviço especializado em saúde bucal com gestão municipal.

Os requisitos necessários para a implantação do CEO estão dispostos na Portaria nº 1.570, de 29 de julho de 2004, que estabelece os critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação dos CEO e LRPD: a Unidade de Saúde a ser habilitada deve estar localizada em município habilitado em alguma condição de gestão e ser referência para o próprio município, região ou microrregião de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR); deve ser Unidade de Saúde cadastrada no CNES; e dispor dos equipamentos e recursos mínimos exigidos nesta

Portaria, que estejam exclusivamente a serviço do SUS, e dos serviços mínimos exigidos na Portaria (BRASIL, 2004).

Caso os municípios que disponham de Unidade(s) de Saúde já atendam(m) às condições estabelecidas nesta Portaria, poderão emitir documento atestando o fato, enquanto providenciam a solicitação de identificação nos sistemas de informação relacionados, num prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data de habilitação da Unidade (BRASIL, 2004).

Segundo Brasil (2016), o gestor municipal/estadual interessado em implantar um CEO deverá apresentar a proposta ao Conselho Municipal/Estadual de Saúde e, se aprovada, encaminhar à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do respectivo estado, indicando se o pleito é para CEO Tipo 1, Tipo 2 ou Tipo 3. Dessa forma, a partir da proposta do pleiteante, caberá à CIB solicitar o credenciamento do CEO ao Ministério da Saúde para apreciação e formalização em portaria específica.

A proposta deverá contemplar, minimamente, os seguintes elementos: ofício do gestor solicitando o adiantamento do incentivo financeiro de implantação, discriminando o nome e o endereço da Unidade de Saúde; cópia da Resolução da CIB aprovando a implantação do CEO; cópia do Projeto de implantação do CEO aprovado pela CIB, do qual constem as características populacionais do município, características da atenção básica, modalidade de gestão, inserção no PDR, características do PDR, características físicas do estabelecimento de saúde incluindo equipamentos, recursos humanos, especialidades ofertadas, população beneficiada e área de abrangência, indicando para qual município, região ou microrregião é referência, mencionando, inclusive, a população coberta; termo de compromisso do gestor responsável assegurando o início do funcionamento do CEO em até, no máximo, 03 (três) meses após o recebimento do incentivo, sob pena de devolução ao Fundo Nacional de Saúde dos recursos repassados (BRASIL, 2016).

Caso as Unidades já atendam às condições estabelecidas, os municípios poderão encaminhar, diretamente ao DAB/SAS/MS, em até 60 (sessenta) dias, a partir da data de publicação desta Portaria, a solicitação de habilitação das unidades de saúde (BRASIL, 2016).

Após publicação da Portaria de recursos financeiros destinados à implantação do CEO, dentro do tempo limite de 03 (três) meses, o gestor deverá enviar para a Coordenação-Geral de Saúde Bucal/DAB/SAS, os seguintes documentos devidamente preenchidos, carimbados e assinados pelo gestor distrital, estadual ou

municipal para habilitação do CEO: ofício solicitando o credenciamento do estabelecimento; planilha de verificação de atendimento às condições estabelecidas para o credenciamento do CEO, conforme Anexo da Portaria MS/GM nº 283, de 22 de fevereiro de 2005, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo gestor informando o número do CNES do serviço, Razão Social e Nome fantasia; fotos dos ambientes do CEO dos itens considerados obrigatórios conforme o Manual de Aplicações Gráficas da Logomarca do Programa Brasil Sorridente; e fotos dos consultórios com os equipamentos instalados (BRASIL, 2016).

O Quadro 1 apresenta um roteiro sintetizado sobre as etapas necessárias ao Plano de Implantação do CEO, de acordo com a Matriz Operacional descrita por Dagnino (2014).

QUADRO 1 – ETAPAS NECESSÁRIAS AO PLANO DE IMPLANTAÇÃO DO CEO

<b>Ação</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
Emitir documento atestando que o município apresenta os requisitos mínimos para implantação do CEO	Gestor municipal ou estadual	Após o cumprimento dos requisitos
Providenciar a solicitação de identificação nos sistemas de informação relacionados	Gestor municipal ou estadual	Prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data de habilitação da Unidade
Apresentar a proposta ao Conselho Municipal/Estadual de Saúde e, se aprovada, encaminhar à CIB do respectivo estado, indicando se o pleito é para CEO Tipo 1, Tipo 2 ou Tipo 3	Gestor municipal ou estadual	Após a etapa anterior
A partir da proposta do pleiteante, solicitação do credenciamento do CEO ao Ministério da Saúde para apreciação e formalização em portaria específica	CIB	Após a etapa anterior
Publicação de portaria referente ao credenciamento do CEO	Ministério da Saúde	Após a etapa anterior
Ofício do gestor solicitando o adiantamento do incentivo financeiro de implantação, discriminando: o nome e o endereço da Unidade de Saúde; cópia da Resolução da CIB aprovando a implantação do CEO; cópia do projeto de implantação do CEO aprovado pela CIB; termo de compromisso do gestor responsável assegurando o início do funcionamento em até 03 (três) meses após o recebimento do incentivo	Gestor municipal ou estadual	Após a etapa anterior
Portaria de recursos financeiros destinados à implantação do CEO	Ministério da Saúde	Após a etapa anterior
Após publicação da Portaria de recursos financeiros, o gestor deverá enviar para a Coordenação-Geral de Saúde Bucal/DAB/SAS os seguintes documentos: ofício solicitando o credenciamento do CEO informando o número do CNES do serviço; Razão Social; nome fantasia; fotos dos ambientes do CEO dos itens considerados obrigatórios conforme o Manual de Adequação Visual; preenchimento do anexo da Portaria nº 283/GM, de 22 de fevereiro de 2005 e assinado pelo gestor.	Gestor municipal ou estadual	Limite de 03 (três) meses

FONTE: Brasil (2004); Brasil (2016).

#### 4.1.2 Recursos

Os CEO podem ser classificados em: Tipo I, quando apresentam três cadeiras odontológicas; Tipo II, quando apresentam entre quatro e seis cadeiras; e Tipo III, acima de sete cadeiras. Porém, todos os CEO devem ofertar minimamente as cinco especialidades: diagnóstico bucal, com ênfase na detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais, e todas as cadeiras devem funcionar por 40 horas semanais (GONÇALVES et al. 2018).

Esses estabelecimentos recebem incentivos financeiros para implantação, abrangendo recursos para construção, ampliação, reforma, aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos, em parcela única: R\$ 60.000,00 (sessenta mil Reais) para CEO Tipo I; R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil Reais) para CEO Tipo II; e, R\$ 120.000,00 (cento e vinte mil Reais) para CEO Tipo III. Em relação ao recurso mensal de custeio, os CEO recebem mensalmente: R\$ 8.250,00 (oito mil, duzentos e cinquenta Reais) para CEO Tipo I; R\$ 11.000,00 (onze mil Reais) para CEO Tipo II; e R\$ 19.250,00 (dezenove mil, duzentos e cinquenta Reais) para CEO Tipo III (BRASIL, 2016).

Dentre os equipamentos e recursos mínimos exigidos, são necessários o número de consultórios odontológicos completos, de acordo com o tipo de CEO; aparelho de Raios-X odontológico; canetas de alta e baixa rotação; amalgamador; fotopolimerizador; compressor e instrumentais compatíveis com os serviços; mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados; profissionais cirurgiões-dentistas em número compatível com o funcionamento das cadeiras odontológicas por 40 horas semanais cada; um ASB por cirurgião-dentista; pessoal de apoio administrativo – recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo (BRASIL, 2004), além de central de esterilização e material de consumo necessário para o efetivo funcionamento.

Para a instalação do serviço de urgência e emergência em saúde bucal na UPA, é necessário garantir, no mínimo, uma sala com espaço físico compatível com a instalação de um consultório odontológico. Considerando a estrutura mínima, composta por uma equipe de saúde bucal, é necessário um consultório odontológico completo, aparelho de Raios-X odontológico, canetas de alta e baixa rotação, amalgamador, fotopolimerizador, compressor, mobiliário, material de consumo e

instrumentais compatíveis com o serviço, profissionais cirurgiões-dentistas em número compatível com a carga horária a ser implementada na UPA, e um ASB por cirurgião-dentista. Deve-se, ainda, discutir com a equipe gestora da Unidade, a possibilidade de compartilhamento de pessoal de apoio administrativo – recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo, bem como da infraestrutura da central de esterilização.

#### 4.1.3 Resultados esperados

A oferta de atenção especializada exige o desenvolvimento e a profissionalização da gestão atinente à rede de cuidados. Assim, é fundamental estabelecer ações permanentes de avaliação e monitoramento destes serviços, refletindo conseqüentemente na melhoria das condições de saúde bucal da população (SILVA et al. 2016). Destaca-se a necessidade da efetiva implantação dos sistemas de informação, o que permitirá um aprimoramento nos processos de planejamento, avaliação e monitoramento das ações.

O Ministério da Saúde, com a finalidade de qualificar todos os CEO do país, implantou o PMAQ-CEO, organizado em quatro fases que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade dos CEO: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização (BRASIL, 2013).

Após a adesão, devem ser cumpridas as seguintes condições para a permanência do CEO no Programa: manter o cadastro atualizado de todos os profissionais no CNES, assim como o cumprimento da carga horária de acordo com o informado; manter a alimentação regular da produção do CEO no SIA/SUS, permitindo, com isso, o efetivo monitoramento dos indicadores contratualizados no âmbito do PMAQ-CEO; possuir identificação visual, na área externa do estabelecimento, de acordo com o Manual de Adequação Visual estabelecido pelo Ministério da Saúde; e apresentar, no momento da Avaliação Externa, o Termo de Compromisso assinado pela equipe do CEO e ata de reunião da gestão com a equipe, indicando sua adesão voluntária (BRASIL, 2013).

Por fim, entre os compromissos a serem contratualizados pelas equipes dos CEO e pelas gestões Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, se encontram um conjunto de indicadores que foi eleito a partir das metas de produção estabelecidas para cada especialidade do CEO. Assim, o município deverá manter a produção

mínima mensal exigida na Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011, conforme disposto na Tabela 1.

TABELA 1 – PRODUÇÃO MÍNIMA MENSAL EXIGIDA NA PORTARIA Nº 1.464, DE 24 DE JUNHO DE 2011

Indicadores	Natureza do Uso		Parâmetros Mínimos
	Desempenho	Monitoramento	
1. Procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais no mês	X		Tipo I: 80, Tipo II: 110 e Tipo III: 190
2. Procedimentos de periodontia no mês	X		Tipo I: 60, Tipo II: 90 e Tipo III: 150
3. Procedimentos de endodontia no mês	X		Tipo I: 35, Tipo II: 60 e Tipo III: 95
4. Procedimentos de cirurgia oral no mês	X		Tipo I: 80, Tipo II: 90 e Tipo III: 170
5. Procedimentos de endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes no mês	X		Tipo I: 7, Tipo II: 12 e Tipo III: 19
6. Procedimentos restauradores realizados em pessoas com necessidades especiais no mês	X		Tipo I: 40, Tipo II: 55 e Tipo III: 95
7. Proporção de exodontias em relação aos procedimentos clínicos odontológicos individuais em pessoas com necessidades especiais		X	
8. Procedimentos de biópsia dos tecidos moles da boca		X	

FONTE: Brasil (2013).

#### 4.1.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

Dentre os riscos ou problemas esperados, destaca-se a possibilidade de não efetivação da implantação do CEO no Município. Neste caso, existem alternativas a fim de suprir, ainda que parcialmente, a carência pela oferta de serviços de atenção secundária em saúde bucal. Para tanto, devem ser buscadas parcerias sólidas com universidades ou centros de pós-graduação em saúde bucal, parcerias público-privadas, além de parcerias com hospitais privados, que poderiam atuar como pontos de atenção na rede municipal de atenção à saúde bucal.

No caso da não efetivação da implantação de um serviço de pronto atendimento odontológico, pode-se avaliar a possibilidade de ampliação de horários de atendimento em algumas UBS, além de parcerias com outros serviços que ofertem o serviço em horários alternativos.

No Brasil, a equidade na oferta de atenção especializada em saúde bucal permanece um desafio a ser superado. Dessa forma, é necessário repensar a importância da expansão estratégica do número de CEO para novos municípios, a fim de superar as barreiras e características organizacionais, favorecendo a

acessibilidade aos usuários com maior vulnerabilidade social e necessidades em saúde (HERKRATZ et al. 2016).

## 5 CONCLUSÃO

Verificou-se que o município de Campo Largo possui uma rede de atenção primária organizada e estruturada, porém, existe a necessidade de ofertar serviços de atenção secundária em saúde bucal, bem como de pronto atendimento a urgências e emergências odontológicas nos períodos de indisponibilidade das UBS. Foi realizada a proposta para efetiva implantação do CEO, bem como para incorporação de equipe de saúde bucal na UPA. Foram sugeridas, ainda, propostas alternativas no caso de obstáculos para efetiva implantação da proposta de intervenção.

## REFERÊNCIAS

- 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. **Rev Bras Educ Méd.** 2008; 32(3):356-62.
- BIROCHI, R. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2015. 134p.
- BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial**, Brasília, DF, n. 191-A, p.1-32, 5 out. 1988. Seção 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/DOUconstituicao88.pdf](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/DOUconstituicao88.pdf)>. Acesso em: 13 out. 2017.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 13 out. 2017.
- BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** 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. Brasília, DF, 28 dez. 1990b. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 13 out. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.570, de 29 de julho de 2004.** Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570\\_29\\_07\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570_29_07_2004.html)>. Acesso em: 26 jan. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 36 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).
- 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, 2012. 62 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades odontológicas (PMAQ-CEO). Manual Instrutivo.**

Brasília, DF, 2013. Disponível em:

<[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_PMAQ\\_CEO.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf)>. Acesso em: 26 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades odontológicas (PMAQ-CEO). Manual Instrutivo 2º Ciclo (2015 – 2016)**, Brasília:

MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

<[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/acoes\\_politica\\_saude\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/acoes_politica_saude_bucal.pdf)>. Acesso em: 26 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico].

Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 350 p.: il. Disponível em:

<[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/saude\\_bucal\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf)>. Acesso em: 16 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasil Sorridente. **Centro de Especialidades Odontológicas.** Disponível em:

<[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_brasil\\_sorridente.php?conteudo=ceo](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=ceo)>.

Acesso em: 10 jan. 2019.

CAMPO LARGO. Câmara Municipal de Campo Largo. **História de Campo Largo.** Campo Largo, 2017a. Disponível em:

<<http://www.campolargo.pr.leg.br/institucional/historia/historia-de-campo-largo>>.

Acesso em: 11 jan. 2019.

CAMPO LARGO. **Lei nº 2.872, de 31 de maio de 2017.** Campo Largo, 2017b.

Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a1/pr/c/campo-largo/lei-ordinaria/2017/288/2872/lei-ordinaria-n-2872-2017-implanta-a-reestruturacao-administrativa-do-poder-executivo-municipal-de-campo-largo-e-da-outras-providencias?q=Reforma+Administrativa>>. Acesso em: 11 jan. 2019.

CAMPO LARGO. Prefeitura de Campo Largo. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto para implantação do COAPES.** Campo Largo, 2017c. Disponível em:

<<http://www.campolargo.pr.gov.br/uploads/PROJETO%20COAPES%20final.pdf>>.

Acesso em: 11 jan. 2019.

CAMPO LARGO. Portal da Prefeitura de Campo Largo. **Institucional.** Campo Largo,

2018a. Disponível em: <<http://www.campolargo.pr.gov.br/site/secretarias>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

CAMPO LARGO. **Lei nº 2.993, de 14 de dezembro de 2018**. Estima a Receita e Fixa a Despesa do Município de Campo Largo para o Exercício Financeiro de 2019. Campo Largo, 2018b. Disponível em:

<<https://campolargo.atende.net/atende.php?rot=1&aca=571&ajax=t&processo=viewFile&ajaxPrevent=1547424015514&file=BF14A40E50883B4E94462442AF741B4947C41864&sistema=WTR&classe=UploadMidia>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

CAMPO LARGO. Prefeitura Municipal de Campo Largo. Portal da Transparência. Pessoal. **Relação de Funcionários**. Campo Largo, 2019a. Disponível em:

<<https://campolargo.atende.net/?pg=transparencia#!/grupo/4/item/26/tipo/1>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

CAMPO LARGO. Prefeitura Municipal de Campo Largo. Portal da Transparência. Relatórios Legais. **Plano Plurianual – PPA**. Campo Largo, 2019b. Disponível em:

<<https://campolargo.atende.net/?pg=transparencia#!/grupo/5/item/6/tipo/1>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

CANGUSSU, M.C.; PASSOS-SOARES, J.; CABRAL, M.B. Necessidades e problemas de saúde bucal no Brasil e tendências para as políticas de saúde. In: CHAVES, S.C.L. (Org.). **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: EDUFBA, 2016. 377 p.

CORRÊA, I.M. Planejamento estratégico e gestão pública por resultados no processo de reforma administrativa do estado de Minas Gerais. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v.41, n.3, p.487-504, mai./jun. 2007.

CORTELLAZZI, K.L.; BALBINOL, E.C.; GUERRA, L.M.; VAZQUEZ, F.L.; BULGARELI, J.V.; AMBROSANO, G.M.B.; PEREIRA, A.C.; MIALHE, F.L. Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 17, n. 4, p. 978-988, 2014.

COSTA, J.F.R.; CHAGAS, L.D.; SILVESTRE, R.M. **A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 67 p.: il. color. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 11).

CURITIBA. **Atenção Primária**. Disponível em:

<<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/atencao-basica/atecao-primaria.html>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

DAGNINO, R.P. **Planejamento Estratégico Governamental**. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014. 162 p.: il.

DITTERICH, R.G.; MOYSÉS, S.J. A gestão da saúde baseada em resultados e processos de contratualização. In: GOES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. (Orgs). **Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde Bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012. p. 113-24.

G1. Campinas e Região. **Inovação no atendimento odontológico disponibiliza pronto-socorro no Campo Grande**. 10 out. 2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/especial-publicitario/prefeitura-de-campinas/campinas-agora/noticia/inovacao-no-atendimento-odontologico-disponibiliza-pronto-socorro-no-campo-grande.ghtml>>. Acesso em: 14 jan. 2019.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L.V.C.; Noronha, J.C.; Carvalho, A.I. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2012. p.493-545.

GOES, S. A.; FIGUEIREDO, N.; NEVES, J. C.; SILVEIRA, F. M. M.; COSTA, J. F. R.; PUCCA JÚNIOR, G. A.; ROSALES, M. R. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, sup 1, S81-S89, 2012.

GONÇALVES, M.A. **Organização e funcionamento do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2014. 132p.

GONÇALVES, J.R.S.N.; DITTERICH, R.G.; GONÇALVES, R.N.; GAVINA, V.P.; SILVA, R.O.C.; GRAZIANI, G.F.; KUSMA, S.Z. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná. **Cad Saúde Coletiva**, 26(4): 432-438, 2018.

HERKRATZ, F.J.; VIEIRA, J.M.R.; VETTORE, M.V.; REBELO, M.A.B.; FIGUEIREDO, N.; CASTRO, P.H.D.F. Atenção secundária em saúde bucal no Brasil: distribuição da oferta e sua influência na acessibilidade e equidade. In: **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 José de Lima Martelli (Orgs.). Recife: Editora UFPE, 2016.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico. Município de Campo Largo**. Janeiro, 2019. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=83600&btOk=ok>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

KUSCHNIR, R.C.; CHORNY, A.H.; LIMA E LIRA, A.M. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2014. 176p.

MACHADO, F.C.A.; SILVA, J.V.; FERREIRA, M.A.F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(4):1149-1163, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 4, n. 4, p. 449-459, 2004.

OLIVEIRA, E.T.; LIMA JÚNIOR, J.F.; SOARES, F.N.C.S.; MAIA, E.R. A odontologia social no contexto da promoção da saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**. 2008; 21(1):75-79.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia rede de saúde bucal**. Curitiba: SESA, 2016. 92 p.

PINTO, M.H.B.; ARAÚJO, M.E.; FUJIMAKI, M.; DITTERICH, R.G.; TERADA, R.S.S.; MARTELLI, P.J.L. As Redes de Atenção à Saúde Bucal – O Papel do CEO. In: **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 José de Lima Martelli (Orgs.). Recife: Editora UFPE, 2016.

SILVA, A.N.; ZINA, L.G.; SILVA, M.A.M.; WERNECK, M.A.F.; ABREU, M.H.N.G.; GOES, P.S.A.; MARTELLI, P. A Importância das Ações de Gestão na Organização do Trabalho nos CEO. In: **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 José de Lima Martelli (Orgs.). Recife: Editora UFPE, 2016.