

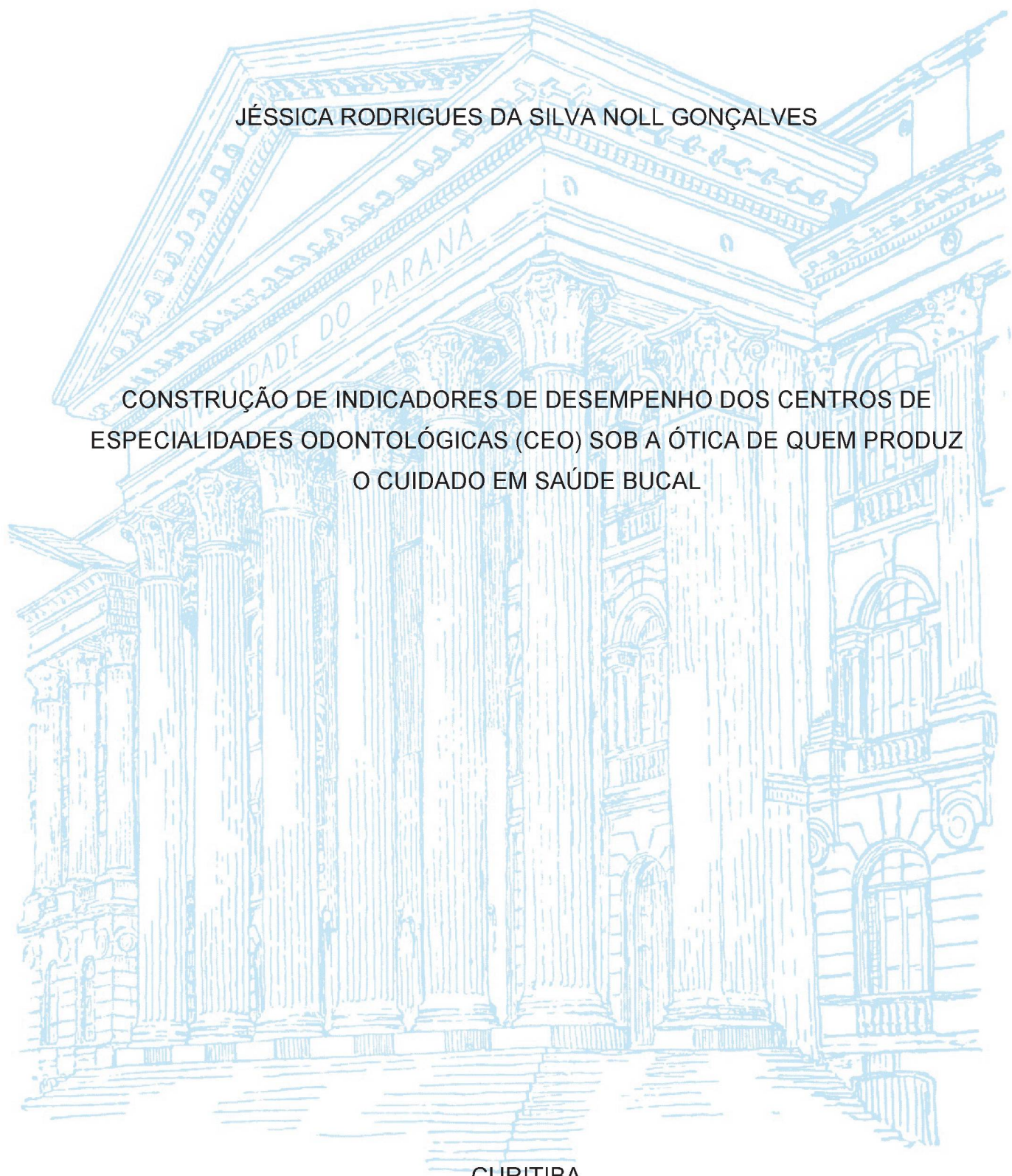
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JÉSSICA RODRIGUES DA SILVA NOLL GONÇALVES

CONSTRUÇÃO DE INDICADORES DE DESEMPENHO DOS CENTROS DE
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) SOB A ÓTICA DE QUEM PRODUZ
O CUIDADO EM SAÚDE BUCAL

CURITIBA

2018



JÉSSICA RODRIGUES DA SILVA NOLL GONÇALVES

CONSTRUÇÃO DE INDICADORES DE DESEMPENHO DOS CENTROS DE
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) SOB A ÓTICA DE QUEM PRODUZ
O CUIDADO EM SAÚDE BUCAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva. Linha de Pesquisa: Políticas e Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich
Coorientadora: Prof.^a Dra. Solena Ziemer Kusma
Fidalski

CURITIBA
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR -
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BIBLIOTECÁRIA: RAQUEL PINHEIRO COSTA
JORDÃO CRB9/991 COM OS DADOS FORNECIDOS PELA AUTORA

G635 Gonçalves, Jéssica Rodrigues da Silva Noll
Construção de indicadores de desempenho dos Centros de
Especialidades Odontológicas (CEO) sob a ótica de quem
produz o cuidado em saúde bucal. – Curitiba, 2018
156f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Solena Ziemer Kusma Fidalski
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde.
Universidade Federal do Paraná.

1. Saúde bucal. 2. Atenção secundária a saúde.
3. Avaliação em saúde. 4. Serviços de saúde bucal.
5. Especialidades odontológicas. I. Ditterich, Rafael Gomes.
II. Fidalski, Solena Ziemer Kusma. III. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde.
Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLMC: WU 113



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **JÉSSICA RODRIGUES DA SILVA NOLL GONÇALVES** intitulada: **Construção de indicadores de desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) sob a ótica de quem produz o cuidado em saúde bucal**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 09 de Agosto de 2018.


RAFAEL GOMES DITTERICH

Presidente da Banca Examinadora (UFPR)


MARCIA HELENA BALDANI PINTO
Avaliador Externo (UEPG)


MARILISA CARNEIRO LEÃO GABARDO
Avaliador Externo (UP)

Dedico esta dissertação a meu esposo Rodrigo, pelo constante apoio e compreensão, nos momentos de realizações e de dificuldade. Aos meus pais, Silvany e Genésio, aos meus irmãos Rafael e Letícia, pelos exemplos de perseverança e apoio durante o tempo em que estive desenvolvendo este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus, que esteve presente em todos os dias da minha vida, me dando forças para nunca desistir.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná, professores e equipe, pelo apoio durante a realização do mestrado.

Aos meus orientadores, Professor Dr. Rafael Gomes Ditterich e Professora Dra. Solena Ziemer Kusma Fidalski, pela dedicação e profundo envolvimento durante a realização do trabalho. Além disso, à especial atenção em suas contribuições intelectuais, na concepção, nas sugestões e nas revisões críticas, fundamentais para a construção deste trabalho.

Aos gestores e cirurgiões-dentistas dos Centros de Especialidades Odontológicas participantes da pesquisa, pelo acolhimento, receptividade e colaboração.

Aos colegas do Mestrado em Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Paraná, pela amizade e incentivo, desde o início da jornada.

Aos meus familiares e amigos, pelo incentivo e apoio durante as atividades.

A todas as pessoas que contribuíram, direta ou indiretamente, para o desenvolvimento do trabalho.

"If I have seen further, it is by standing
on the shoulders of giants".
Issac Newton

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi elaborar uma matriz avaliativa composta por indicadores e parâmetros de avaliação de desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) da 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná, pelo ponto de vista do profissional que produz o cuidado em saúde bucal. Este trabalho foi organizado em cinco artigos, onde o primeiro buscou estabelecer o marco teórico sobre o tema por meio de revisão de literatura, contextualizando como ocorreu a inserção dos CEO no Brasil. O segundo artigo consistiu em um estudo exploratório que objetivou identificar quais indicadores de saúde bucal têm sido utilizados na avaliação de serviços de saúde no Brasil. Os três últimos artigos são produtos descritivo-analíticos gerados a partir de dados primários e secundários. O terceiro artigo avaliou a infraestrutura e o processo de trabalho dos CEO dos municípios estudados. O quarto artigo avaliou o desempenho dos CEO. Por fim, o quinto artigo apresentou os indicadores de desempenho dos CEO participantes gerados a partir do consenso entre cirurgiões-dentistas. Como resultados obtidos, o primeiro artigo apontou que a inclusão da saúde bucal na Equipe de Saúde da Família foi o primeiro passo para efetivar a expansão da atenção à saúde bucal no Brasil, favorecendo posteriormente a implantação dos CEO. O segundo identificou 60 indicadores de saúde bucal que foram classificados de acordo com a dimensão avaliada (usuário, profissional e Sistemas de Saúde). O terceiro artigo obteve uma amostra composta por 54 cirurgiões-dentistas, sendo que 42,6% atuavam na Endodontia; 61,1% relataram que os usuários não são encaminhados com o tratamento básico concluído, e o intervalo de tempo entre o agendamento e a consulta é superior a 180 dias (38,9%). O quarto apontou que apenas o CEO do município de Colombo demonstrou desempenho ruim (nenhuma meta cumprida), divergindo do resultado obtido pelos demais municípios que obtiveram desempenho ótimo. Já o quinto artigo foi composto por uma amostra de 31 cirurgiões-dentistas, onde, na 1ª etapa do Grupo Nominal, foram obtidos 37 indicadores de desempenho, sendo que na 2ª etapa participaram 23 cirurgiões-dentistas, e foram selecionados 30 indicadores, nas diferentes especialidades, sob a lógica dos trabalhadores. Concluiu-se que o processo de avaliação dos CEO, com a participação dos trabalhadores, é um processo fundamental para que, frente às metas propostas e às condições de trabalho, as equipes estabeleçam a realização sistemática de reuniões para avaliar o andamento das ações planejadas, para que possam replanejar estas ações, a fim de consolidar o processo de trabalho nos CEO.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Atenção Secundária à Saúde. Avaliação em Saúde. Serviços de Saúde Bucal. Especialidades Odontológicas.

ABSTRACT

The aim of this study was to elaborate an evaluative matrix composed of indicators and performance evaluation parameters of the Specialized Dental Clinics (CEO) of the 2nd Regional Paraná State Health, from the point of view of the professional who produces oral health care. This work was organized in five articles where the first one sought to establish the theoretical framework on the subject through a literature review, contextualizing how the insertion of the CEO occurred in Brazil. The second article consisted of an exploratory study that aimed to identify which oral health indicators have been used in the evaluation of health services in Brazil. The last three articles are descriptive-analytic products generated from primary and secondary data. The third article evaluated the infrastructure and the work process of the CEO of the municipalities studied. The fourth article evaluated CEO performance. Finally, the fifth article presented the performance indicators of participating CEOs generated from the consensus among dental surgeons. As a result, the first article pointed out that the inclusion of oral health in the Family Health team was the first step in the expansion of oral health care in Brazil, favoring the implantation of the CEO. The second identified 60 oral health indicators that were classified according to the assessed dimension (user, professional and Health Systems). The third article obtained a sample of 54 dental surgeons, 42.6% of whom worked in Endodontics; 61.1% reported that users are not referred with the basic treatment completed, and the time interval between the schedule and the query is greater than 180 days (38.9%). The fourth pointed out that only the CEO of the municipality of Colombo demonstrated poor performance (no goal met), diverging from the result obtained by the other municipalities that obtained optimum performance. The fifth article was composed of a sample of 31 dental surgeons, where, in the first stage of the Nominal Group, 37 performance indicators were obtained. In the second stage, 23 dental surgeons participated and 30 indicators were selected in the different specialties, under the workers' logic. It was concluded that the evaluation process of the CEO, with the participation of the employees, is a fundamental process so that, in the face of proposed goals and working conditions, teams establish systematic meetings to evaluate the progress of planned actions, so they can reschedule these actions in order to consolidate the work process in the CEO.

Keywords: Oral Health. Secondary Care. Health Evaluation. Dental Health Services. Specialties, Dental.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	-	Atenção Primária em Saúde
ANVISA	-	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEO	-	Centro de Especialidades Odontológicas
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CGM	-	Cumprimento Global de Metas
COAP	-	Contrato Organizativo de Ação Pública
DAB	-	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	-	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EAS	-	Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
eSB	-	Equipe de Saúde Bucal
eSF	-	Equipe de Saúde da Família
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	-	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	-	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
PIB	-	Produto Interno Bruto
PMAQ-CEO	-	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas
PNSB	-	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	-	Programa Saúde da Família
RAS	-	Rede de Atenção à Saúde
RDC	-	Resolução da Diretoria Colegiada
SIA/SUS	-	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SB Brasil	-	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
SESP	-	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TGN	-	Técnica de Grupo Nominal
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SESP	-	Serviço Especial de Saúde Pública
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3 ARTIGO 1 - UM OLHAR SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL E O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO BRASIL	18
RESUMO.....	18
ABSTRACT	19
INTRODUÇÃO	19
MATERIAL E MÉTODOS.....	21
PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO)	22
FASE DE ENTRADA NA AGENDA POLÍTICA	26
FASE DE FORMULAÇÃO DA POLÍTICA/TOMADA DE DECISÃO PELO GOVERNO/FASE DE IMPLEMENTAÇÃO	27
FASE DE AVALIAÇÃO DA POLÍTICA	29
CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS.....	32
4 ARTIGO 2 - USO DE INDICADORES DE SAÚDE BUCAL PARA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL	42
RESUMO.....	42
ABSTRACT	43
INTRODUÇÃO	44
MATERIAL E MÉTODOS.....	47
RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
CONCLUSÃO.....	50

REFERÊNCIAS.....	50
5 ARTIGO 3 - PERFIL E PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA	69
RESUMO.....	69
ABSTRACT	70
INTRODUÇÃO	70
MATERIAL E MÉTODOS.....	71
RESULTADOS E DISCUSSÃO	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS.....	80
6 ARTIGO 4 - DESEMPENHO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ	84
RESUMO.....	84
ABSTRACT	85
INTRODUÇÃO	86
MATERIAL E MÉTODOS.....	88
COLETA DE DADOS	89
ANÁLISE DE DADOS	89
RESULTADOS.....	90
DISCUSSÃO	92
CONCLUSÃO.....	95
REFERÊNCIAS.....	96
7 ARTIGO 5 - CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS: CONSTRUÇÃO DE INDICADORES DE DESEMPENHO SOB A ÓTICA DOS TRABALHADORES	108
RESUMO.....	108
ABSTRACT	109

INTRODUÇÃO	109
MÉTODOS	111
RESULTADOS	114
DISCUSSÃO	117
CONCLUSÃO.....	119
REFERÊNCIAS.....	119
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
REFERÊNCIAS.....	124
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	128
APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO	130
APÊNDICE 3 – INDICADORES DE DESEMPENHO SUGERIDOS PELOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DOS CEO APÓS A 1ª ETAPA DA TGN	131
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.....	142
ANEXO 2 – PARECER DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAUCÁRIA/PR.....	148
ANEXO 3 – PARECER DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE COLOMBO/PR.....	149
ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA/PR.....	150
ANEXO 5 – QUALTRICS – PROGRAMA UTILIZADO EM QUESTIONÁRIO ONLINE	156

1 INTRODUÇÃO

Inúmeras condições de saúde bucal são reconhecidas como ‘obstáculos’ da saúde coletiva em função de sua prevalência, gravidade, impacto individual e comunitário e, assim, exigem do Sistema de Saúde o desenvolvimento de métodos efetivos e eficazes de prevenção e tratamento destes agravos e doenças (KASSEBAUM et al., 2015; ANTUNES et al., 2016). No Brasil, a saúde bucal tem sido apontada como um dos três motivos mais relevantes para demanda por cuidados de saúde (ANTUNES et al., 2016). Dessa forma, observa-se que a população permanece continuamente exposta aos fatores de risco e de proteção, que podem incidir de modo desigual sobre os estratos sociais, provocando iniquidades em saúde bucal. Por conseguinte, é necessário avaliar as políticas de saúde não apenas pelo efeito global que exercem sobre a saúde coletiva, mas também pelo resultado de suas intervenções sobre o quadro preexistente de desigualdades em saúde (ANTUNES; NARVAI, 2010).

Com o objetivo de direcionar o modelo de atenção à saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2004, foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – “Brasil Sorridente”, a qual apresenta como principal objetivo, a reorganização da prática, bem como a qualificação das ações e serviços ofertados, por meio de uma série de ações em saúde bucal direcionadas aos cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico aos brasileiros, por meio do SUS (BRASIL, 2004; NARVAI, 2011). Além disso, assegurar a integralidade das ações, atuar com base na vigilância em saúde, planejar ações de acordo com a epidemiologia e informações do território, financiar e definir agenda de pesquisas baseada em evidências. Com base nestes preceitos, a PNSB propõe uma verdadeira transformação na forma de abordagem dos cuidados em saúde, de modo a enfrentar o modelo hegemônico estabelecido ao longo dos anos, para superar os obstáculos na direção do cuidado integral do usuário (BOTAZZO, 2005; PIRES; BOTAZZO, 2015).

Dentre as propostas da PNSB está a reorganização da atenção odontológica por meio da implantação dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (CHAVES et al.,

2010). Estes foram implantados como uma estratégia da PNSB para assegurar a atenção especializada e aumentar a resolubilidade da atenção básica (BRASIL, 2006a; BALBINO, 2011).

Instituídos pelas Portarias nº 599 e nº 600, ambas publicadas pelo Ministério da Saúde em 2006, e atualizadas pela Portaria nº 1341, de 13 de junho de 2012, constituem uma das estratégias da PNSB para melhorar a atenção especializada em saúde bucal no país (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2012; KITAMURA et al., 2016).

A avaliação das políticas e programas inerentes ao setor saúde, com a finalidade de produzir informações úteis e oportunas à gestão, têm sido implementadas pelo Ministério da Saúde (LUCENA et al., 2016). Nesse sentido, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos CEO (PMAQ-CEO) foi instituído para avaliar o desempenho desses estabelecimentos, repassando mais recursos aos serviços que cumprirem os padrões de qualidade pactuados (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

Os CEO, como parte dos Sistemas de Saúde, devem ser avaliados objetivando a melhoria contínua da qualidade dos serviços ofertados (LIMA et al., 2010). No entanto, a avaliação pelo PMAQ-CEO continua pautada na produtividade desses estabelecimentos. Nessa conjuntura, não há no momento, metodologias de avaliação capazes de identificar fragilidades e potencialidades que auxiliem a tomada de decisão pela gestão (MACHADO et al., 2015). Dessa forma, torna-se oportuno que se desenvolvam novas formas de avaliação que permitam identificar suas fragilidades, acertos e potencialidades, e a busca por novas metas e indicadores na organização da atenção especializada em saúde bucal (SILVA et al., 2013; FIGUEIREDO; GOES, 2009; SANTANA et al., 2015; PIRES et al., 2015).

As discussões sobre os modelos de avaliação de desempenho têm predominado na agenda internacional de saúde durante as últimas décadas (REIS et al., 2017). Assim, a avaliação de desempenho dos Sistemas de Saúde é essencial, podendo constituir-se num poderoso instrumento de monitoramento das políticas de reforma (VIACAVA et al., 2004). O estabelecimento de ações permanentes de monitoramento e avaliação dos serviços têm como objetivo qualificar os mesmos e, conseqüentemente, gerar melhoria das condições de saúde bucal da população. Além disso, a avaliação da qualidade de um serviço

de saúde é importante para os processos de gestão, ao englobar processos que refletirão em sua organização e efetivação (SILVA et al., 2016).

As avaliações realizadas sobre a atenção especializada em saúde bucal, particularmente no Brasil, estão em fase incipiente de construção de evidência, principalmente após a implantação dos CEO (GOES et al., 2012). Por conseguinte, é essencial avaliar as informações de acesso e demanda reprimida destes estabelecimentos, bem como o percentual de faltas, abandono de tratamento pelo paciente e resolutividade na especialidade, devido a estes dados refletirem a qualidade da atenção básica na efetivação da integralidade, além do seu papel de coordenação do cuidado e acompanhamento longitudinal através da rede de serviços (BULGARELI et al., 2013; DÖRR et al., 2016).

Em relação ao exposto, é necessário avaliar os programas, a fim de identificar suas fragilidades e potencialidades, assim como a natureza das mudanças ao longo do tempo (MAGALHÃES, 2016). Para tal, é imprescindível repensar o processo de avaliação sob a perspectiva de quem produz o cuidado em saúde bucal, deste modo sob o olhar dos trabalhadores, que vivenciam o serviço todos os dias e possuem maior propriedade para avaliar a atual conjuntura do serviço onde atuam (SOUZA, 2009).

Frente a esta perspectiva, a pesquisa buscou elaborar uma matriz avaliativa composta por indicadores e parâmetros de avaliação de desempenho dos CEO da 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná, pelo ponto de vista do profissional que produz o cuidado em saúde bucal. Espera-se que os resultados obtidos sirvam de subsídio para aprimorar os métodos de avaliação, e dessa forma, qualificar a atenção secundária em saúde bucal.

Na proposta organizativa da dissertação, o primeiro artigo buscou estabelecer o marco teórico sobre o tema por meio de revisão de literatura, contextualizando a inserção dos CEO no Brasil. O segundo artigo teve como objetivo identificar quais indicadores de saúde bucal têm sido utilizados em pesquisas avaliativas e no planejamento em saúde bucal no Brasil. No terceiro artigo, foi realizada uma avaliação quanto à infraestrutura e o processo de trabalho dos CEO dos municípios estudados. No quarto artigo, foi avaliado o desempenho dos CEO da 2ª Regional de Saúde do Paraná. Por fim, o quinto artigo apresentou os indicadores de desempenho dos CEO, elaborados a partir

do consenso entre cirurgiões-dentistas dos estabelecimentos inseridos no estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Elaborar uma matriz avaliativa composta por indicadores e parâmetros de avaliação de desempenho sob a ótica de quem produz o cuidado em saúde bucal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o processo de formulação e implantação da PNSB e dos CEO, por meio da análise do ciclo de políticas públicas;
- Identificar os indicadores de saúde bucal utilizados em pesquisas avaliativas e no planejamento em saúde bucal no Brasil;
- Elucidar o perfil dos cirurgiões-dentistas lotados nos CEO de Araucária, Colombo e Curitiba, Paraná;
- Avaliar o desempenho dos CEO da 2ª Regional de Saúde do Paraná, e refletir sobre sua relação com os indicadores socioeconômicos dos municípios estudados;
- Elaborar uma matriz de indicadores de avaliação dos CEO sob a ótica dos cirurgiões-dentistas lotados nos CEO da 2ª Regional de Saúde do Paraná.

3 ARTIGO 1 - UM OLHAR SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL E O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO BRASIL¹

A LOOK ON NATIONAL ORAL HEALTH POLICY AND THE PROCESS OF IMPLEMENTATION OF THE DENTAL SPECIALTIES CENTERS IN BRAZIL

Resumo

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde que prestam serviços de média complexidade em saúde bucal, instituídos há mais de 10 anos. No entanto, é essencial compreender o processo por trás de sua implantação, assim como os elementos complexos do ciclo da política, que influenciam a decisão, formulação e implementação das políticas públicas. O objetivo do presente estudo foi analisar o processo de formulação e implantação da Política Nacional de Saúde Bucal e dos CEO. Para tal, foi realizada uma revisão de literatura, a partir do acesso às bases de dados SciELO, BVS, Lilacs e PubMed, utilizando as palavras-chave: “Centros de Especialidades Odontológicas”; “CEO”; “Política Nacional de Saúde Bucal”; “Programa Brasil Sorridente”; “Atenção secundária em saúde bucal”, com o intuito de estabelecer o marco teórico sobre o tema. Concluiu-se que, apesar do enorme avanço na oferta de atenção em saúde bucal no Brasil, observa-se ainda a necessidade de ampliar o investimento na implantação e na melhoria dos CEO existentes, de modo a garantir a integralidade do atendimento à população.

Palavras-chave: atenção secundária à saúde; serviços de saúde bucal; políticas públicas de saúde; pesquisa sobre serviços de saúde.

¹ Artigo a ser submetido à Revista Trabalho, Educação e Saúde – ISSN (Online) 1981-7746

Abstract

The Specialized Dental Clinics (CEO) are health centers that provide services of medium complexity in oral health, established more than 10 years ago. However, understanding the process behind your deployment is essential, as well as the complex elements of the policy cycle, which influence the decision, formulation, and implementation of public policies. The aim of this study was to analyze the process of formulating and implementing the National Oral Health Policy and the CEO. For this, a literature review was carried out, based on the access to SciELO, VHL, Lilacs and PubMed databases, using the following keywords: “Centros de Especialidades Odontológicas”; “CEO”; “Política Nacional de Saúde Bucal”; “Programa Brasil Sorridente”; “Atenção secundária em saúde bucal”, in order to establish the theoretical framework on the subject. It was concluded that, despite the enormous advance in the offer of oral health care in Brazil, it is observed also the need to increase investment in the implementation and improvement of existing CEO, in order to guarantee the integral service to the population.

Keywords: secondary care; dental health services; public health policy; health services research.

Introdução

A saúde bucal constitui um aspecto fundamental na condição geral de saúde devido à sua contribuição para a morbidade global, custos associados ao tratamento e potencial para a prevenção eficaz. No entanto, uma parcela significativa da população ainda não possui acesso às ações e serviços odontológicos (Cavalcanti, Gaspar e Goes, 2012). Nessa conjuntura, buscando minimizar as barreiras existentes na saúde bucal, foi implantada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no ano de 2004 (Brasil, 2004a; Brasil, 2016), com a proposta de reorganizar a atenção em saúde bucal em todos os níveis

(Herkratz et al., 2016). O Programa Brasil Sorridente, como a PNSB foi denominada, passou a organizar e estruturar a Atenção Especializada em Saúde Bucal por meio da criação e implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que são estabelecimentos de saúde que prestam serviços odontológicos de média complexidade (em saúde bucal), complementando o trabalho desenvolvido na atenção primária pelas equipes de Saúde Bucal (eSB), responsáveis pelo primeiro atendimento, pela coordenação dos cuidados e acompanhamento dos usuários (Brasil, 2015).

Os CEO constituem um novo modelo de prática em saúde bucal no Brasil, que até então, era eminentemente privado (Figueiredo, Goes e Martelli, 2016a). Segundo Luvison et al. (2016, p.154), “[...] 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 [...]”.

Para Narvai (2017), o Brasil Sorridente foi uma das principais políticas de saúde de abrangência nacional implantadas no país, pois articulou importantes mudanças no modelo de atenção, favorecendo a instituição de propostas vinculadas à Saúde Bucal Coletiva. Os CEO foram uma das principais mudanças do Brasil Sorridente, pois permitiram ampliar o acesso da população às ações de média complexidade, removendo a odontologia pública do Sistema Único de Saúde (SUS) das ações restritas à Atenção Básica.

No entanto, apesar de existirem há mais de 10 anos, a ampliação e qualificação da Atenção Especializada em saúde bucal, articulada com toda a rede de serviços conforme preconizado na PNSB, ainda possui um longo caminho a percorrer, considerando-se os princípios doutrinários do SUS (Herkratz et al., 2016; Thomaz et al., 2016).

Além disso, os agravos à saúde impõem aos serviços adotar uma configuração universal, pautada na equidade e resolubilidade dos problemas (Pinto et al., 2016). Diante

desta problemática, é essencial analisar o cenário de formulação e implantação das políticas relacionadas à saúde bucal, de forma que os serviços de saúde ampliem as ações voltadas às necessidades de saúde da população, considerando as especificidades de cada região.

O objetivo do presente estudo foi analisar o processo de formulação e implantação da PNSB e dos CEO, por meio da análise do ciclo de políticas públicas (Howlett, Ramesh e Perl, 2009), a fim de identificar suas potencialidades e fragilidades, e assim, contribuir com a melhoria contínua dos modelos de atenção.

Material e métodos

O presente artigo trata-se de uma revisão narrativa de literatura, onde foram selecionadas publicações que continham indicadores de saúde bucal, entre os anos de 1997 e 2018, a partir do acesso às bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e National Library of Medicine (PubMed), sendo utilizadas as palavras-chave: “Centros de Especialidades Odontológicas”; “CEO”; “Política Nacional de Saúde Bucal”; “Programa Brasil Sorridente”; “Atenção secundária em saúde bucal”, com o intuito de estabelecer o marco teórico sobre o tema.

A análise do processo de formulação e implantação dos CEO foi realizada por meio do ciclo de análise de políticas. Este ciclo está fundamentado na decomposição do processo de uma política em fases ou estágios, referindo-se ao conjunto das fases como ciclo da política (Contarato, 2011). Segundo Howlett, Ramesh e Perl (2009), este ciclo é dinâmico e constitui-se de cinco fases: (1) a fase de entrada na agenda política, quando os problemas passam a ter atenção dos governantes; (2) a fase de formulação da política, que equivale às propostas para solução dos problemas; (3) a fase de tomada de decisão

pelo governo; (4) a fase de implementação, que consiste em colocar uma solução em prática; e (5) a fase de avaliação da política, que se refere ao monitoramento dos resultados da política tanto pelo governo quanto pela sociedade.

Processo de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)

Para desvelar os processos de formulação e implantação da PNSB como política pública, é necessário compreender como surgiu essa janela de oportunidade para a implantação dos CEO. Para tal, é fundamental a contextualização histórica dos modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil, para identificar em que momento a saúde bucal entrou na agenda como política setorial no setor saúde.

Retrocedendo algumas décadas no século XX, a prática hegemônica no Brasil, denominada ‘Odontologia de Mercado’ por Narvai (2006), abordava uma concepção de prática centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente, e realizada exclusivamente em ambiente clínico-cirúrgico. Privilegiou a esfera privada e o acesso a serviços odontológicos para uma elite econômica que tinha o poder de arcar com os custos envolvidos (Moysés, 2012). Assim, até o período pós Segunda Guerra Mundial, a assistência odontológica no Brasil foi realizada principalmente de forma privada (Reses, 2011).

A partir das décadas de 1950-1960 que a odontologia pública é institucionalizada e conquista seu espaço na estrutura administrativa no Serviço Nacional da Fiscalização da Odontologia, no âmbito do Ministério da Saúde, recém-criado. No Brasil, inicia-se a utilização de um sistema de atenção a escolares de redes públicas, chamado ‘Sistema Incremental’ (Moysés, 2012).

No entanto, o ‘sistema incremental’ implementado pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), priorizava a saúde bucal de crianças em idade escolar (Ferreira, Abreu e Oliveira, 2011; Nickel, Lima e Silva, 2008), excluindo uma grande parcela da população que também necessitava de assistência odontológica. O modelo foi considerado ultrapassado no início da década de 1970 (Dutra et al., 2014).

Em 1978, a assistência odontológica pública era destinada somente aos trabalhadores contribuintes do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), por meio de convênios e credenciamentos do Estado com o setor privado (Nickel, Lima e Silva, 2008). Havia o predomínio de atendimento voltado à demanda espontânea e à prática de aplicação de solução anestésica em vários pacientes, seguida da extração ou restauração dos dentes. Prática rejeitada posteriormente pelos trabalhadores (Narvai e Frazão, 2008).

Para Cordón (1997), o enfoque curativo constitui uma visão estreita da realidade e pouco econômica. Porém, seu inverso amplia o espaço para um cenário social da saúde que não omite outras categorias, mas, sobretudo, assume um trabalho intersetorial visando a qualidade de vida.

Para Roncalli (2006), o surgimento de um modelo de saúde universal e equitativo, pressuposto de uma política de Estado de forte base social, o SUS, proposto na Constituição de 1988, trouxe consigo um significativo desafio aos tradicionais modelos de oferta de serviços odontológicos, baseados nos sistemas escolares e de livre demanda nos serviços de saúde.

Os cuidados em saúde bucal estão inseridos à visão de organismos internacionais da agenda de Saúde para Todos, estabelecida desde 1977 e consagrada em 1978, na Declaração de Cuidados Primários em Saúde de Alma-Ata. Atualizada de forma

sucessiva, culminou nas Metas de Desenvolvimento do Milênio, estabelecidas em 2000 (Moysés, 2012).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, estabeleceu um relatório com uma ideia mais abrangente de saúde, com raízes da Reforma Sanitária Brasileira, que abordou a universalização da saúde, como um de seus princípios, a fim de superar o déficit da oferta de saúde à população (Brasil, 2006a).

A promulgação da Constituição em 1988 representou um marco na gestão de saúde, gerando implicações para a saúde bucal que, entendida como uma dimensão inseparável da saúde, passou também a ser considerada um direito de todos e um dever do Estado (Frazão e Narvai, 2009). A confirmação da unificação dos serviços de saúde com a proposição do SUS, estabeleceu uma nova formulação política e organizacional reordenando os serviços e ações de saúde, instituindo atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, baseada nos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade (Brasil, 2006a).

Segundo Narvai e Frazão (2008), durante o início dos anos 1990, no governo do presidente Fernando Collor de Mello, a Divisão Nacional de Saúde Bucal foi transformada em uma coordenação técnica subordinada à Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. O Plano Quinquenal de Saúde 1990-1995, “A Saúde do Brasil Novo”, foi o documento que definiu a nova política nacional de saúde, em que não constava uma política específica para a área de saúde bucal.

O ano de 1995 foi marcado pela entrada de uma nova gestão na Área Técnica de Saúde Bucal na Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. A nova coordenadora apresentava experiência em serviços assistenciais de saúde bucal numa cidade do interior, provável motivo de indicação para o cargo que se encontrava vago. Dentre as principais ações desenvolvidas por esta coordenação, destaca-se a realização

de um levantamento epidemiológico nas capitais brasileiras para identificar a situação da saúde bucal da população (Garcia, 2013).

Assim, em 1996, foi realizado o segundo levantamento epidemiológico em saúde bucal pela coordenação de saúde bucal do Ministério da Saúde. Tal projeto examinou apenas crianças de 6 a 12 anos de escolas públicas e privadas das capitais brasileiras. A condução desse levantamento sofreu inúmeras críticas, demonstrando a fragilidade da saúde bucal em relação à sua inserção institucional e política durante a maior parte da década de 1990 (Roncalli, 2006; Contarato, 2011).

A implantação do SUS no Brasil, especialmente após o ano de 1990, impôs a busca por novas e mais apropriadas formas de organização da atenção em saúde bucal. As instâncias deliberativas/executivas passaram por um efetivo processo de descentralização e as decisões foram deslocadas para os níveis locais, mais próximas dos usuários e dos serviços de saúde (Ditterich e Moysés, 2012).

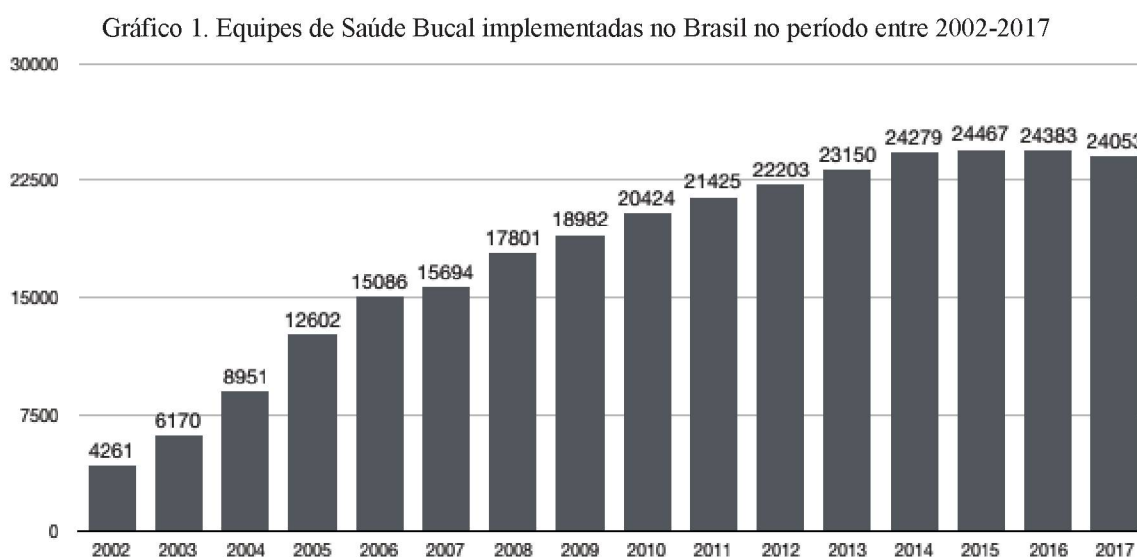
Apesar da saúde bucal fazer parte das discussões durante a implantação do SUS, observa-se ao longo da história, muitos problemas que ocorreram relacionados à saúde pública brasileira, incluindo os serviços de saúde bucal (Spezzia, Carvalheiro e Trindade, 2015).

Conseqüentemente, a saúde bucal no país, até os anos 2000, foi principalmente marcada pela oferta reduzida de ações de baixa complexidade, com caráter predominantemente curativo e mutilador. A assistência era dirigida preferencialmente à faixa etária escolar, ou seja, para crianças de 6 a 12 anos de idade. Aos adultos e idosos, os cuidados de saúde bucal se resumiam frequentemente a serviços de urgência, nos quais a resolução era baseada principalmente em exodontias (Kornis, Maia e Fortuna, 2011).

Fase de entrada na agenda política

Em 2000, o Ministério da Saúde gerou uma nova perspectiva para a PNSB (Contarato, 2011; Brasil, 2001), por meio da incorporação oficial do Cirurgião-Dentista na equipe de Saúde da Família (eSF) dentro de um contexto político, econômico e social favorável. O Ministério da Saúde estabeleceu, por meio da Portaria nº. 1.444, o incentivo financeiro à inclusão das equipes de saúde bucal (eSB) no então Programa Saúde da Família (PSF) (Brasil, 2000), o que resultou em um grande impulso de sua expansão pelo Brasil (Souza e Roncalli, 2007; Casotti et al., 2014; Sanchez et al., 2015).

A inclusão da saúde bucal na eSF foi o primeiro passo para a efetiva expansão da atenção odontológica no país (Gráfico 1). Possibilitou criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde (Contarato, 2011).



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), 2018.

Dessa forma, nota-se que a saúde bucal começou a ter maior relevância e fortalecer-se como política pública, após um longo processo, de muitos atores e movimentos ao longo de anos de luta para inseri-la na agenda governamental (Contarato, 2011).

No ano de 2003, foi finalizada a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil), onde se observou a real situação da saúde bucal da população brasileira. Dentre os resultados encontrados, a ausência de dentes foi um dos aspectos mais preocupantes. Além disso, o levantamento evidenciou, ainda, o grande número de adolescentes (13% dessa população) que nunca havia ido ao dentista e o número de 30 milhões de desdentados existentes no Brasil. Esse levantamento serviu de base para a formulação da PNSB (Brasil, 2004b; Freitas et al., 2016).

As diretrizes da Política tornaram-se públicas em janeiro de 2004, após intenso debate no âmbito do Ministério da Saúde e sociedade, ainda na gestão do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (Manfredini, 2012).

No entanto, segundo Carrer et al. (2018), “a alta complexidade em Odontologia sempre foi um ponto crítico, devido ao fato de outros atores entrarem neste cenário com interesses divergentes da proposta estabelecida pela Política de Saúde Bucal”.

Fase de formulação da política/tomada de decisão pelo governo/fase de implementação

No ano de 2004, foi lançada a PNSB – “Brasil Sorridente” com o objetivo de direcionar o modelo de atenção à saúde bucal no SUS (Brasil, 2004a; Aquilante e Aciole, 2015), e assim, modificar a forma como estavam sendo tratados os problemas de saúde bucal, direcionando as ações para o cuidado integral do usuário (Botazzo, 2005; Pires e Botazzo, 2015).

Segundo Santiago et al. (2016, p.49) “a PNSB procura efetivar a integralidade das ações de cuidado e vigilância nos âmbitos da atenção primária, especializada e de alta complexidade”. Dessa forma, instituiu-se os CEO como uma estratégia da PNSB para assegurar a Atenção Especializada e aumentar a resolubilidade da Atenção Básica em

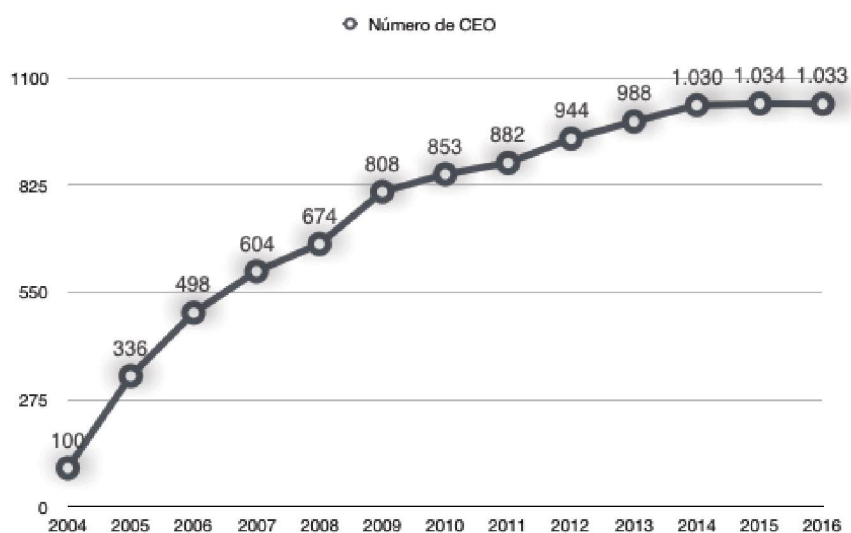
saúde (Balbino, 2011; Brasil, 2006a). Instituídos pelas Portarias nº 599 e nº 600, ambas publicadas pelo Ministério da Saúde em 2006, e atualizadas pela Portaria nº 1341, de 13 de junho de 2012, constituem uma das estratégias da PNSB para melhorar a atenção especializada em saúde bucal no país (Brasil, 2006b; Brasil, 2006c; Brasil, 2012; Kitamura et al., 2016).

A criação dos CEO foi considerada um marco na atenção à saúde bucal no Brasil. Diante do exposto, atualmente, o país possui uma rede de atenção integrada à saúde bucal que responde ao princípio da gestão, onde os recursos mais abundantes e de maior necessidade e demanda por parte da população, ficam mais próximos do usuário e disseminados pelo território (Carrer et al., 2018).

No que concerne à PNSB, os CEO constituem um importante instrumento para a consolidação do princípio da integralidade, já que ampliam o atendimento a um nível secundário, incluindo a população que durante anos se manteve distante do atendimento especializado (Contarato, 2011).

A distribuição dos CEO implantados a partir de 2004 está disposta no Gráfico 2.

Gráfico 2. Quantidade de Centros de Especialidades Odontológicas implantados no Brasil entre 2004 e 2016



Fonte: Sala de apoio à Gestão Estratégica (SAGE), 2018.

A partir de 2004, ano de instituição dos CEO, pode-se verificar que houve um crescimento considerável de estabelecimentos. Porém, a curva que representa a implantação dos CEO manteve-se estável a partir de 2014, evidenciando que ocorreu uma redução no número de credenciamento desses estabelecimentos. Tal fato pode ter ocorrido devido à redução dos repasses na área da saúde bucal.

Fase de avaliação da política

A qualidade e o acesso aos CEO continuam sendo um desafio na elaboração e operacionalização das políticas públicas estabelecidas (Emmi et al., 2016). Por conseguinte, é necessário avaliar continuamente os estabelecimentos, considerando seu papel de coordenação do cuidado e acompanhamento longitudinal por meio da rede de serviços (Bulgareli et al., 2013; Dörr, Grecca e Giordani, 2016), a fim de garantir a integralidade de suas ações aos usuários deste sistema.

A fase de avaliação e monitoramento é uma etapa essencial para a implementação do modelo de atenção. Assim, a avaliação de políticas e programas auxilia no planejamento, redefinição de prioridades e redirecionamento de ações (Freitas et al., 2016). Em 2013, o Brasil Sorridente foi considerado o maior programa de saúde bucal do mundo, com 70,6 milhões de brasileiros beneficiados (Brasil, 2013).

O Ministério da Saúde tem implementado a avaliação de políticas e programas do setor saúde, com o objetivo de produzir informações consistentes à gestão (Lucena et al., 2016). Nessa conjuntura, foi implementado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos CEO (PMAQ-CEO) para avaliar o desempenho dos CEO, repassando mais recursos aos estabelecimentos que cumprirem os padrões de qualidade pactuados durante a adesão do programa (Brasil, 2013; Brasil, 2015).

Contudo, Machado et al. (2015) compreendem que a avaliação pelo PMAQ-CEO ainda continua pautada na produtividade desses estabelecimentos. Dessa forma, não há, no momento, metodologias de avaliação capazes de identificar fragilidades e potencialidades que auxiliem a tomada de decisão pela gestão (Figueiredo et al., 2009; Silva et al., 2013; Santana et al., 2015; Pires et al., 2015).

Como resultado da implantação da PNSB, observa-se um impacto positivo a curto prazo no cuidado à saúde bucal, segundo dados obtidos no Programa Brasil Sorridente em 2010 (SB Brasil 2010), onde as eSB passaram de 4.261 para 20.300 no período de 2002-2010. Porém, embora o acesso a Atenção Básica odontológica tenha melhorado nos últimos anos, de acordo com os dados da PNSB, há ainda uma grande crítica quanto ao acesso a serviços especializados (Saliba et al., 2013). Em 2012, foi verificada a razão de um CEO para 22,5 eSB, número insuficiente diante do número de eSB e do perfil epidemiológico da população (Casotti et al., 2014).

Segundo Carrer et al. (2018), o Brasil possui a maior política pública de saúde bucal do mundo. O Brasil Sorridente permitiu que houvesse a expansão de 450% no provimento de eSB na Estratégia de Saúde da Família. Porém, a cobertura populacional está em torno de 40%, deixando grande parte da população sem acesso aos serviços de saúde bucal.

Nos últimos anos, a PNSB recebeu um aumento exponencial de aplicação de recursos do Ministério da Saúde. Foi investido mais de R\$ 1,2 bilhão entre 2003 e 2006, alcançando mais de R\$ 2,7 bilhões de 2007 a 2010. Como resultado, evidencia-se a melhoria de acesso e redução de indicadores de problemas odontológicos, a ampliação da Atenção Básica a partir da Estratégia Saúde da Família, a viabilização da adição de flúor às estações de tratamento de águas de abastecimento público e o acesso a tratamentos especializados, via CEO (Figueiredo, Goes e Martelli, 2016b).

Porém, em estudo realizado por Casotti et al. (2014), verificou-se que apenas 62,6% das eSB apresentam CEO para referência. No Brasil, o tempo de espera para consultas nestes estabelecimentos, foi menor (até 30 dias) para as especialidades de Radiologia (67,5% dos respondentes), Periodontia (59%) e Cirurgia oral menor (57,7%). Porém, as especialidades de Estomatologia (48,3%), Atendimento a pacientes especiais (34,3%) e Radiologia (27,1%), apresentaram os maiores índices de tempo de espera, de 365 dias ou mais.

Portanto, a partir dos dados apresentados e resultados do SB Brasil 2010, evidencia-se, ainda, a necessidade de ampliação dos níveis de complexidade na assistência odontológica, devido à gravidade e precocidade da perda dentária associada à dificuldade de acesso aos serviços odontológicos (Cortellazzi et al., 2014).

Outro fato importante diz respeito à ampliação dos CEO, que deve ser cuidadosamente planejada, principalmente em cidades com Atenção Básica não estruturada, já que pode levar ao atendimento da livre demanda e de procedimentos básicos nas clínicas de especialidades, invertendo a lógica destes estabelecimentos. Além disso, deve-se repensar os vínculos empregatícios, muitas vezes precários e levando à uma rotatividade dos trabalhadores (Sanchez et al., 2015). Assim, para que ocorra a efetivação de uma política, temos que considerar não apenas os propósitos de seus conteúdos ou a disponibilidade de instrumentos legais que possam assegurá-la. O grau de adesão dos trabalhadores também compreende um dos pontos de partida para efetivar as ações realizadas nos serviços (Oliveira e Morais, 2016).

Conclusão

Apesar do enorme avanço na oferta de atenção especializada em saúde bucal no Brasil, há ainda necessidade de avançar na melhoria contínua destes estabelecimentos, a

fim de garantir a integralidade do atendimento à população. Portanto, a ampliação do investimento na implantação e melhoria dos CEO existentes, é essencial para que se possa oferecer um serviço especializado de qualidade, respeitando a oferta de saúde bucal adequada às necessidades de cada região.

Referências

AQUILANTE, Aline G.; ACIOLE, Geovani G. Construindo um “Brasil Sorridente”? Olhares sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal numa região de saúde do interior paulista. *Cad. Saúde Pública*, vol. 31, n. 1, 2015.

BALBINO, Edna C. *Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas* [dissertação]. Piracicaba, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, 2011.

BOTAZZO, Carlos. Novas abordagens em saúde bucal: a questão da integralidade. In: GARCIA, Danielle V. (Org.). *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade*. ABO-RJ, 93p., 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000*.

Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, dez. 2000.

Seção 1, p. 85. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1721.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 267 de 6 de março de 2001*. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia saúde da família. Brasília, 2001. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1474>.

Acesso em: 06 fev. 2018.

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, 2004a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto SB Brasil 2003 Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais*. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. *Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Série A. Normas e Manuais Técnicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 92 p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 58, p.51-52, 24 mar. 2006b. Seção 1. Disponível em:

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

Acesso em: 16 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasil Sorridente Passo a Passo das Ações do Brasil Sorridente. Brasília – DF, 2013. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_a_passo_ceo.pdf>.

Acesso em 03 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal - Diretrizes da Política

Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004. Disponível em: <
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 600, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 58, p.52, 24 mar. 2006c. Seção 1. Disponível em: <
<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/03/2006&jornal=1&pagina=52&totalArquivos=104>>. Acesso em: 7 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.341/GM, de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, n. 126, 2 jul. 2012, p. 74. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html>. Acesso em: 7 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Brasil. *Brasil Sorridente é o maior programa de saúde bucal do mundo*. Disponível em: <
<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/10/brasil-sorridente-e-o-maior-programa-de-saude-bucal-do-mundo>>. Acesso em: 06 fev. 2018.

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, DF, 2015.

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

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Passo_a_Passo_Saude_Bucal_final.pdf>. Acesso em: 14 out. 2016.

BULGARELI, Jaqueline V. et al. Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. *Rev Odontol UNESP*, vol. 42, n. 4, 2013.

CARRER, Fernanda CA et al. Sistema Único de Saúde. In: *Observatório ibero-americano de políticas públicas em saúde bucal: construindo um bloco por mais saúde bucal* [Coord.] Fernanda Campos de Almeida Carrer e Gilberto Alfredo Pucca Junior: [Org.] Dorival Pedroso da Silva [et al.] – São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2018
118 p.

CASOTTI, Elisete et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde Debate*, v. 38, n. especial, 2014.

CAVALCANTI, Ronald P.; GASPAR, Gabriela S.; GOES, Paulo S.A. Utilização e Acesso aos Serviços de Saúde Bucal do SUS - Uma Comparação entre Populações Rurais e Urbanas. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, vol. 12, n. 1, 2012.

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

CORDÓN, Jorge. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. *Cad. Saúde Públ.*, vol. 13, n. 3, 1997.

CORTELLAZZI, Karine L. et al. Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.*, vol. 17, n. 4, 2014.

- DITTERICH, Rafael G.; MOYSÉS, Samuel J. A gestão da saúde baseada em resultados e processos de contratualização. In: GOES, Paulo S.A. MOYSÉS, Samuel J. (orgs.). *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo, Artes Médicas, 2012. 248p.
- DÖRR, Guilherme D.; GRECCA, Fabiana S.; GIORDANI, Jessye M.A. Avaliação dos atendimentos endodônticos em um Centro de Especialidades Odontológicas em Porto Alegre, RS. *Revista da ABENO*, vol. 16, n. 3, 2016.
- DUTRA, Laio C. et al. Políticas Públicas de Saúde na odontologia: resgate histórico e sua relação com a disfunção temporomandibular. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, Três Corações, v. 12, n. 2, 2014.
- EMMI, Danielle T. et al. Análise da ambiência estrutural dos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. In: FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, Paulo S.A.; MARTELLI, Petrônio, J.L. (orgs.). *Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife, Editora UFPE, 2016.
- FERREIRA, Elza B.; ABREU, Thalita Q.; OLIVEIRA, Ana E.F. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: revisão de literatura. *Rev Pesq Saúde*, vol. 12, n. 3, 2011.
- FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, Paulo S.A.; MARTELLI, Petrônio J.L. *Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife, Editora UFPE, 2016a.
- FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, Paulo S.A.; MARTELLI, Petrônio J.L. In: *Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais [recurso eletrônico]* / organizadores: Nilcema Figueiredo, Paulo Sávio Angeiras de Goes, Petrônio José de Lima Martelli. – Recife: Editora UFPE, 2016b.

- FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, Paulo S.A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(2):259-267, fev, 2009.
- FRAZÃO, Paulo; NARVAI, Paulo C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, 2009.
- FREITAS, Cláudia H.S.M. et al. Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. *Saúde Debate*, v. 40, n. 108, 2016.
- GARCIA, Danielle V. Sobre os bastidores do processo de formulação de políticas públicas: considerações acerca da saúde bucal no Brasil. *R. Pol. Públ.*, v. 17, n. 1, 2013.
- HERKRATZ, Fernando J. et al. *Atenção secundária em saúde bucal no Brasil: distribuição da oferta e sua influência na acessibilidade e equidade*. In: FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, Paulo S.A.; MARTELLI, Petrônio, J L. (orgs.). *Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil*, Recife, Editora UFPE, 2016.
- HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Anthony. *Studying public policy: policy cycles and policy subsystems*. 3rd ed. Canada: Oxford University Press; 2009.
- KITAMURA, Elisa S. et al. Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, vol. 25, n. 1, 2016.
- KORNIS, George E.M.; MAIA, Leila S.; FORTUNA, Renata F.P. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, vol. 21, n. 1, 2011.
- LUCENA, Edson H.G et al. Avaliação externa do PMAQ-CEO: refletindo acerca dos indicadores de Acesso e Qualidade. In: FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, Paulo S.S.;

- MARTELLI, Petrônio J.L. (orgs.) *Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife, Editora UFPE, 2016.
- LUVISON, Idiana R. et al. Interface Atenção Básica e Centros de Especialidades Odontológicas: que pontes existem? In: FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, Paulo S.A.; MARTELLI, Petrônio J.L. (orgs.). *Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife, Editora UFPE, 2016.
- MACHADO, Flávia C.A.; SILVA, Janmille V.; FERREIRA, Maria A.F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(4):1149-1163.
- MANFREDINI, Marco. Programação das ações em saúde bucal. In: *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*/ Organizadores, Paulo Sávio Angeiras de Goes, Samuel Jorge Moysés. São Paulo, Artes Médicas, 2012a. 248p.
- MOYSÉS, Samuel J. Políticas de Atenção à Saúde Bucal: o cenário internacional e o Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (orgs.) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012. 1.100p.
- NARVAI, Paulo C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública*, vol. 40, n. especial, 2006.
- NARVAI, Paulo C.; FRAZÃO, Paulo. *Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008 (Coleção Temas em Saúde).
- NARVAI, Paulo C. As bocas de nossa gente refletem nossas iniquidades. *Revista Radis*, n. 182, nov., 2017. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/182/reportagens/entrevista-paulo-capel-narvai>>. Acesso em: 06 jan. 2018.

- NICKEL, Daniela A.; LIMA, Fábio G.; SILVA, Beatriz B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, vol. 24, n. 2, 2008.
- OLIVEIRA, Raquel S.; MORAIS, Heloisa M.M. Flexibilização dos vínculos de trabalho na atenção secundária: limites da Política Nacional de Saúde Bucal. *Trab. Educ. Saúde*, v. 14, supl. 1, 2016.
- PINTO, Márcia H.B. et al. As Redes de Atenção à Saúde Bucal – O papel do CEO. In: FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, Paulo S.A.; MARTELLI, Petrônio J.L. (orgs.) *Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife, Editora UFPE, 2016.
- PIRES, Fabiana S.; BOTAZZO, Carlos. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. *Saúde soc.*, v. 24, n. 1, 2015.
- PIRES, Ana L.C. et al. Atenção secundária em saúde bucal no RS: análise descritiva da produção especializada em municípios com CEO com base no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. *RFO*, v. 20, n. 3, 2015.
- RESES, Manoela L.N. Avaliação da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas em Santa Catarina. Dissertação (Mestrado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
- RIPSA. *Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em 19, agosto de 2016.
- RONCALLI, Angelo G. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 11, n. 1, 2006.

SAGE. *Sala de Apoio à Gestão Estratégica*. Ministério da Saúde. Brasil-DF. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/>>. Acesso em: 26 jul. 2018.

SALIBA, Nemre A. et al. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. *Rev Odontol UNESP*, vol. 42, n. 5, 2013.

SANCHEZ, Heriberto F. et al. A integralidade no cotidiano da atenção à saúde bucal: revisão de literatura. *Trab. Educ. Saúde*, v. 13 n. 1, 2015.

SANTANA, Dandara A et al. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2015nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201400030122.pdf>> Acesso em: 06 abr. 2017.

SANTIAGO, Bianca M. et al. A Universidade, o CEO e o PMAQ-CEO. In: FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, Paulo S.A.; MARTELLI, Petrônio J.L. (orgs.). *Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife, Editora UFPE, 2016.

SILVA, Fabrício R.; PADILHA, Edna Z.; BALDANI, Márcia H. Serviços odontológicos especializados nas cidades médias não metropolitanas do estado do Paraná, entre 2003 e 2010: estudo exploratório. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 22(4):641-650, out-dez 2013.

SOUZA, Tatyana M.S.; RONCALLI, Angelo G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública*, vol. 23, n. 11, 2007.

SPEZZIA, Sérgio; CARVALHEIRO, Elisângela M.; TRINDADE, Larissa L. Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil. *Rev. Bras. Odontol.*, v. 72, n. 1/2, 2015.

THOMAZ, Erika B.A.F. et al. Práticas de cuidado nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). In: FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, Paulo S.A.; MARTELLI, Petrônio J.L. (orgs.). *Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife, Editora UFPE, 2016.

4 ARTIGO 2 - Uso de indicadores de saúde bucal para avaliação de serviços de saúde no Brasil²

Use of oral health indicators for evaluation of health services in Brazil

Resumo

Introdução: A avaliação de desempenho dos serviços de saúde por meio de indicadores é fundamental para o planejamento e a gestão dos serviços, devido à sua capacidade de quantificar os problemas presentes no acesso e na organização da atenção à saúde para a população. **Objetivos:** Identificar os indicadores existentes no Brasil, utilizados em pesquisas avaliativas e no planejamento em saúde bucal. **Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório, realizado por meio da base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), utilizando como descritores de busca o termo “indicadores de saúde bucal” e “índices de saúde bucal”. **Resultados:** O estudo resultou em 60 indicadores de saúde bucal, que foram classificados posteriormente segundo a dimensão avaliada em: usuário (avaliação da saúde, satisfação, expectativas e percepções, e outros indicadores subjetivos), profissional (desempenho, satisfação, e outros indicadores subjetivos), e Sistemas de Saúde (recursos humanos, recursos materiais, uso do Sistema de Saúde, finanças/custos, e outros indicadores subjetivos). **Conclusão:** Existem vários indicadores utilizados em pesquisas avaliativas e no planejamento em saúde bucal, porém, com uma falta de padronização que designe cada tipo, ou que especifique sua área de uso. Espera-se contribuir para a ampliação do conhecimento relacionado aos

² Artigo a ser submetido à Revista Cadernos Saúde Coletiva – ISSN (Online) 2358-291X

indicadores de saúde bucal existentes no Brasil, de maneira a subsidiar futuras pesquisas, além de auxiliar na avaliação e planejamento dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Indicadores Básicos de Saúde; Odontologia; Saúde Bucal; Políticas Públicas.

Abstract

Introduction: The performance evaluation of health services through indicators is fundamental for the planning and management of services, due to its ability to quantify the problems present in the access and organization of health care for the population. **Objectives:** Identify the indicators in Brazil, used in evaluative research and planning in oral health. **Methods:** This is an exploratory study, using the *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) database, using as search descriptors the term "oral health indicators" and "oral health indexes". **Results:** The study resulted in 60 oral health indicators, which were subsequently classified according to the dimension evaluated in: user (health evaluation, satisfaction, expectations and perceptions, and other subjective indicators), professional (performance, satisfaction, and other subjective indicators), and Health Systems (human resources, material resources, use of the Health System, finances/costs, and other subjective indicators). **Conclusion:** There are several indicators used in evaluative research and oral health planning, however, with a lack of standardization that designates each type or specifies its area of use. It is hoped to contribute to the expansion of knowledge related to oral health indicators in Brazil, in order to support future research, besides assisting in the evaluation and planning of health services.

Key-words: Health Status Indicators; Dentistry; Oral Health; Public Policies.

INTRODUÇÃO

A avaliação é um importante instrumento de gestão em saúde, que possibilita identificar falhas, indicando medidas para correção de rumos e alcance de metas. No Brasil, as atividades avaliativas no âmbito da Atenção Básica em saúde geralmente são pontuais¹, necessitando que trabalhadores e gestores se apropriem dessa atividade como prática integrada dos serviços de saúde.

Os instrumentos de avaliação têm o objetivo de subsidiar a tomada de decisão. Assim, os indicadores de saúde bucal constituem-se meios importantes para o planejamento e gestão dos serviços de saúde, devido à sua capacidade de quantificar os problemas de cunho odontológico presentes na população², sendo conceituados como medidas-síntese que apresentam informações sobre atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho³.

Os resultados obtidos por meio de indicadores também facilitam os processos de avaliação e monitoramento, que constituem etapas imprescindíveis para o desenvolvimento de políticas públicas⁴. Diversos gestores têm enfatizado o papel da avaliação de desempenho nas ações e programas de saúde, a fim de garantir a qualidade da atenção e subsidiar decisões que atendam às necessidades da população⁵⁻⁷.

O Ministério da Saúde propôs a criação de pactos entre a comissão bi e tripartite, visando orientar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de então, estabeleceu-se o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, considerado um instrumento nacional de monitoramento das ações e dos serviços de saúde referentes à Atenção Básica⁸. Posteriormente, foi elaborado o Pacto pela Saúde,

e mais recentemente, o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), apresentados como três grandes direcionadores da pactuação e monitoramento dos indicadores de saúde no Brasil desde 1999^{8,9}.

O Pacto pela Saúde foi estabelecido com a pretensão de alcançar o avanço estratégico de ações e serviços de saúde pública no Brasil, além de desenvolver processos e instrumentos de gestão, buscando prover maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. Dentre suas vertentes, atribui aos gestores de saúde o compromisso de priorizar as ações que apresentem impacto na situação de saúde da população brasileira¹⁰.

Nessa conjuntura, na área da Odontologia, o Pacto pela Saúde define sua relevância no processo de avaliação e monitoramento de programas e serviços da Atenção Básica, devido à inclusão de indicadores de saúde bucal¹¹. Baldani *et al.*¹² ressaltam que, quando na presença de dados confiáveis, os indicadores viabilizam também o desenvolvimento de programas de saúde bucal e planejamento por parte dos gestores.

A implementação de políticas públicas pautadas com o intuito de promover saúde e equidade deve considerar os resultados obtidos por meio de indicadores e condições socioeconômicas^{13,14}. Segundo Silva *et al.*¹⁵, todo sistema de avaliação deve estar fundamentado em um único sistema de informações que registre e consolide dados relativos à vigilância e acompanhamento de serviços. Portanto, as atividades produzidas devem ser cadastradas de forma precisa, para que os dados sejam fidedignos à realidade local^{6,16,17}.

Para que os indicadores possam contribuir para a tomada de decisão, alguns aspectos devem ser considerados. No quesito 'avaliação da qualidade dos serviços', os indicadores devem englobar três categorias¹⁸:

- A estrutura, que avalia os aspectos dos locais onde o serviço é prestado, considerando a conveniência, conforto, silêncio, privacidade, entre outros. Inclui também recursos materiais (instalações, equipamentos e recursos financeiros);
- Os recursos humanos (número e qualificação dos profissionais) e;
- Recursos da estrutura organizacional (profissionais de saúde e métodos de reembolso).

No tocante ao processo que avalia as atividades de cuidados ao usuário, podem ser divididos em¹⁹:

- Cuidado propriamente dito (uso dos conhecimentos científicos e tecnológicos da saúde);
- Relação interpessoal entre o profissional e o usuário, que inclui a busca do cuidado pelo usuário, assim como as atividades do profissional de saúde ao fornecer o diagnóstico e realizar o tratamento;
- Resultado, que busca avaliar os efeitos dos cuidados prestados à saúde do paciente e população atendida, e também, o grau de satisfação do usuário e do prestador.

Apesar da importância dos indicadores de saúde, atualmente conta-se com a falta de estudos que compreendam a totalidade de indicadores relacionados à Odontologia no Brasil. Após o entendimento destes conceitos, objetivou-se identificar os indicadores, utilizados em pesquisas avaliativas e no planejamento em saúde bucal, existentes no Brasil, de modo a facilitar o acesso,

a análise e a interpretação de dados, visando estimular sua inserção e uso, e assim, fortalecer as ações relacionadas à saúde bucal.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão bibliográfica integrativa de artigos nacionais, que englobavam o uso de indicadores de saúde bucal. A consulta procedeu-se por meio da base de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), utilizando-se como descritores de busca os termos: “indicadores de saúde bucal” e “índices de saúde bucal”. Foram excluídos artigos com indicadores de outros países, ou que não estavam inseridos no contexto da saúde bucal (FIGURA 1). Foram selecionadas publicações entre os anos de 1988 e 2018.

Os indicadores de saúde bucal foram identificados e posteriormente classificados de acordo com a dimensão avaliada¹⁹ em:

- **Profissionais:** desempenho, satisfação profissional, e outros indicadores subjetivos;
- **Sistemas de Saúde:** recursos humanos, recursos materiais, uso do Sistema de Saúde, finanças/custos, e outros indicadores subjetivos;
- **Usuários:** avaliação da saúde, satisfação do usuário, expectativas e percepções, e outros indicadores subjetivos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados 60 indicadores de saúde bucal (TABELA 1), separados conforme a dimensão abordada, em “profissionais”, “Sistemas de Saúde” e “usuários”. Dentre os indicadores, 29 (48,33%) foram classificados na

dimensão “profissionais”, 16 (26,67%) relacionados aos “Sistemas de Saúde”, e 15 (25,00%) aos “usuários”, conforme disposto na Tabela 2.

González *et al.*¹⁹, classificaram os grupos de indicadores de desempenho e seu relacionamento com a qualidade do atendimento. Os indicadores de resultados em saúde bucal são utilizados para mensurar as mudanças ocorridas ao longo do tempo na saúde de indivíduos e populações, refletindo o cuidado. A satisfação do usuário, com a aparência e a função, é um indicador que reflete o uso do serviço e o próprio estado clínico do paciente, permitindo uma visualização mais próxima da qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Quanto ao desempenho profissional, os indicadores que avaliam a qualidade do cuidado prestado são intrínsecos ao desempenho técnico (habilidade prática) e ao relacionamento interpessoal (profissional-usuário). Os recursos destinados ao sistema constituem uma ferramenta que disponibiliza informações sobre a cobertura dos serviços de saúde, indicando o grau em que os governos assumem a responsabilidade de alcançar o acesso universal e a equidade. O indicador de utilização dos serviços de saúde facilita o monitoramento dos padrões de uso e acesso aos cuidados de saúde bucal da população.

Além de mensurar a eficiência e a eficácia dos serviços de saúde bucal, Magri *et al.*⁵⁷ enfatizam que os indicadores de saúde bucal são considerados de grande importância para a gestão dos serviços de saúde, pois possibilitam uma visão ampla do que foi produzido pelos serviços. Porém, os indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação das ações e serviços de saúde bucal, no âmbito da Atenção Básica, apresentam inconsistências, que podem estar relacionadas à instabilidade na pactuação⁵⁸.

Devido à existência de diversos indicadores de saúde bucal, deve-se, segundo Colussi e Calvo²⁹, aperfeiçoar os instrumentos e técnicas de avaliação, para efetivar a sua institucionalização e, enfim, estabelecer como ferramenta de planejamento, visando subsidiar as tomadas de decisão, a fim de promover a melhoria dos serviços e, conseqüentemente, da saúde da população.

Apesar da avaliação de programas e políticas estarem presentes na agenda do Ministério da Saúde, pode-se observar que ainda são incipientes as iniciativas de avaliação da gestão da Atenção Básica em saúde bucal¹⁶. França *et al.*⁵⁹, em análise sobre a evolução dos indicadores de saúde bucal estabelecidos nos Pactos Interfederativos do SUS no Brasil, verificaram uma diminuição do número de indicadores pactuados entre o período de 1998 e 2016, com a manutenção de apenas um indicador no ano de 2016. Tal achado ressalta a importância de incentivar a incorporação e a padronização de diferentes indicadores de saúde bucal em pesquisas avaliativas e no planejamento em saúde bucal, que auxiliem no monitoramento e demonstrem a relevância das ações desenvolvidas nos processos de construção de pacto e de acompanhamento de políticas de saúde.

Neste contexto, o uso desses instrumentos é essencial para fortalecer o desenvolvimento de políticas públicas e o planejamento das ações de saúde, facilitando a tomada de decisão por gestores e equipes de saúde. Alguns indicadores se apresentavam de forma repetida, com nomenclaturas diferentes para o mesmo contexto, dificultando a seleção dos mesmos. Porém, os achados deste estudo permitem agrupar os diversos indicadores de saúde bucal existentes no Brasil, visto que, até então, não haviam estudos que os relacionassem.

CONCLUSÃO

Verificou-se a existência de vários indicadores utilizados em pesquisas avaliativas e no planejamento em saúde bucal. No entanto, existe uma falta de padronização que designe cada tipo, ou que especifique sua área de uso. Contudo, espera-se que este estudo possa contribuir para a ampliação do conhecimento relacionado aos indicadores de saúde bucal existentes no Brasil, de maneira a subsidiar futuras pesquisas, bem como auxiliar na avaliação e no planejamento dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. MARTINS, L.G.T.; DE LACERDA, J.T.; NICKEL, D.A.; TRAEBERT, J. Proposta de um modelo de avaliação da atenção pública à saúde bucal da criança. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.32, n.3, 2016.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 116 p.: il.
3. RIPSA. Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il.
4. OLIVEIRA, P.M.C.; MENEZES, L.M.B.; SANTRAIN, M.V.L.; ALMEIDA, P.C.A.; ALMEDA, M.E.L. Indicadores de Saúde Bucal da Atenção Básica no Estado do Ceará: Análise Crítica. Cadernos ESP, vol. 5, n. 1, 2011.

5. SZWARCOWALD, C.L.; MENDONÇA, M.H.M.; ANDRADE, C.L.T. Indicadores de Atenção Básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 11, n. 3, 2006.
6. DITTERICH, R.G.; MOYSÉS, S.T.; MOYSÉS, S.J. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 28, n. 4, 2012.
7. SOLLER, S.A.L.; REGIS FILHO, G.I. Uso de indicadores da qualidade para avaliação de prestadores de serviços públicos de odontologia: um estudo de caso. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v.45, n.3, 2011.
8. GOES, P.S.A.; MOYSÉS, S.J. A utilização da informação para o planejamento e a programação em saúde bucal. In: Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal/ Organizadores, Paulo Sávio Angeiras de Goes, Samuel Jorge Moysés. São Paulo, Artes Médicas, 2012. 248p.
9. LAMY, R.L.R.F. Indicadores de Saúde Bucal no Estado de Minas Gerais, no período de 2005 a 2012: um estudo exploratório. 2014 [dissertação]. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 117f, 2014.
Disponível em: <<http://bvssp.icicit.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3880>>.
Acesso em: 19 ago. 2016.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*. 2006; 22 fev. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em 30 ago. 2016.

11. BORDIN, D.; FADEL, C.B. Pacto pela saúde no Brasil: uma análise descritiva da progressão dos indicadores de saúde bucal. Rev Odontol UNESP, vol. 41, n. 5, 2012.
12. BALDANI, M.H.; NARVAI, P.C.; ANTUNES, J.L.F. Cárie dentária e condições sócio-econômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 3, 2002.
13. FERNANDES, L.S.; PERES, M.A. Associação entre Atenção Básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais Associação entre Atenção Básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. Rev. saúde pública, v.39, n.6, 2005.
14. FISCHER, T.K.; PERES, K.G.; KUPEK, E.; PERES, M.A. Indicadores de Atenção Básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. Rev Bras Epidemiol, vol. 13, n. 1, 2010.
15. SILVA, L.S.; SANTANA, K.R.; PINHEIRO, H.H.C.; NASCIMENTO, L.S. Indicadores de Atenção Básica e especializada em saúde bucal nos municípios do Estado do Pará, Brasil: estudo ecológico, 2001-2010. Epidemiol. Serv. Saúde, vol. 22, n. 2, 2013.
16. LESSA, C.F.M.; VETTORE, M.V. Gestão da Atenção Básica em saúde bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. Saúde Soc., v.19, n.3, 2010.
17. ALVES, C.K.A.; CARVALHO, E.F.; CESSE, E.A.P.; NATAL, S.; BEZERRA, L.C.A.; FELISBERTO, E. Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, vol. 10, n. supl. 1, 2010.

18. DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? *Journal of American Medical Association*, v. 260, n. 12, 1988.
19. GONZÁLEZ, G.Z.; KLAZINGA, N.; ASBROEK, G.; DELNOIJ, D.M. Performance indicators used to assess the quality of primary dental care. *Community dental health*, vol. 23, n. 4, 2006.
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Oral health surveys: basic methods – 5th ed. 1. Oral health surveys. 2. Dental health. 3. Data collection. 4. Oral health surveillance. I. Petersen, Poul Erik. II. Baez, Ramon J. III. World Health Organization. ISBN 978 92 4 154864 9 (NLM classification: WU 30) © World Health Organization 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97035/1/9789241548649_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 04 set. 2016.
21. PIMENTEL, F.C.; ALBUQUERQUE, P.C.; MATELLI, P.J.L.; ACIOLI, R.M.L.; SOUZA, W.V. Análise dos indicadores de saúde bucal do Estado de Pernambuco: desempenho dos municípios segundo porte populacional, população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica e proporção na Estratégia Saúde da Família. *Cad. Saúde Colet*, vol. 22, n. 1, 2014.
22. FERNANDES, J.K.B.; PINHO, J.R.O.; QUEIROZ, R.C.S.; THOMAZ, E.B.A.F. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 32, n. 2, 2016.
23. ROJAS, G.C.S.; VAZQUEZ, F.L.; MENEGHIM, M.C.; PEREIRA, A.C. Influence of scheduling in clinical dental care on indicators of oral health. *RGO, Rev Gaúch Odontol*, vol. 63, n. 3, 2015.

24. MENDES JÚNIOR, F.I.R.; BANDEIRA, M.A.M.; TAJRA, F.S. Percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, vol. 39, n. 104, 2015.
25. SCARPARO, A.; ZERMIANI, T.C.; DITTERICH, R.G.; BALDANI, M.H. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet*, vol. 23, n. 4, 2015.
26. THUROW, L.L.; DE CASTILHOS, E.D.; DA COSTA, J.S.D. Comparação das práticas odontológicas segundo modelos de atendimento: tradicional e da Saúde da Família, Pelotas-RS, 2012-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, vol. 24, n. 3, 2015.
27. GONÇALVES, E.R.; PERES, M.A.; MARCENES, W. Cárie dentária e condições sócio-econômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.18, n. 3, 2002.
28. DE LACERDA, J.T.; DE CASTILHO, E.A.; CALVO, M.C.M.; FREITAS, S.F.T. Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 8, 2008.
29. COLUSSI, C.F.; CALVO, C.M.C. Modelo de avaliação da saúde bucal na Atenção Básica. *Cad. Saúde Pública*, vol. 27, n. 9, 2011.
30. PIVA, F.; MORAES, J.K.; VIEIRA, V.R.; SILVA, A.E.R.; HENDGES, R.M.; SARI, G.T. Avaliação da associação entre os indicadores de saúde bucal, os aspectos socioeconômicos e crianças com sinais clínicos orofaciais indicativos de respiração oral crônica. *Audiol Commun Res*, vol. 19, n. 3, 2014.

31. CASTRO, R.A.L.; PORTELA, M.C.; LEÃO, A.T. Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 10, 2007.
32. FEU, D.; QUINTÃO, C.A.; MIGUEL, J.A.M. Indicadores de qualidade de vida e sua importância na Ortodontia. *Dental Press J Orthod*, vol. 15, n. 6, 2010.
33. SOUZA, C.H.C.; DANTAS-NETA, N.B.; LAURENTINO, J.B.; SANTOS, D.L.N.; PRADO JÚNIOR, R.R.; MENDES, R.F. Fatores de risco relacionados à condição de saúde periodontal em universitários. *Rev Odontol UNESP*, vol. 42, n. 3, 2013.
34. GUSHI, L.L.; RIHS, L.B.; SOARES, M.C.; FORNI, T.I.B.; VIEIRA, V.; WADA, R.S.; DE SOUZA, M.L.R. Cárie dentária e necessidades de tratamento em adolescentes do estado de São Paulo, 1998 e 2002. *Rev. Saúde Pública*, v. 42, n. 3, 2008.
35. AGUIAR, V.R.; CELESTE, R.K. Necessidade e alocação de laboratórios regionais de prótese dentária no Brasil: um estudo exploratório. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 20, n. 10, 2015.
36. RONCALLI, A.G.; CÔRTEZ, M.I.S; PERES, K.G. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. *Cad. Saúde Pública*, v.28, n. supl, 2012.
37. BUENO, R.E.; MOYSÉS, S.T.; BUENO, P.A.R.; MOYSÉS, S.J. Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, vol. 36, n. 1, 2014.
38. ELY, H.C.; ABEGG, C.; DA ROSA, A.R.; PATTUSSI, M.P. Redução da cárie dentária em adolescentes: distribuição temporal e espacial em 36

municípios do Sul do Brasil 2003 e 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, vol. 23, n. 3, 2014.

39. MIOTTO, M.H.M.B.; BARCELLOS, L.A.; VELTEN, D.B. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 17, n. 2, 2012.

40. DA SILVA, D.A.; DE FREITAS, Y.N.L.; DE OLIVEIRA, T.C.; DA SILVA, R.L.; PEGADO, C.P.C.; DE LIMA, K.C. Condições de saúde bucal e atividades da vida diária em uma população de idosos no Brasil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, vol. 19, n. 6, 2016.

41. DA SILVA, J.V.; MACHADO, F.C.A.; FERREIRA, M.A.F. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 20, n. 8, 2015.

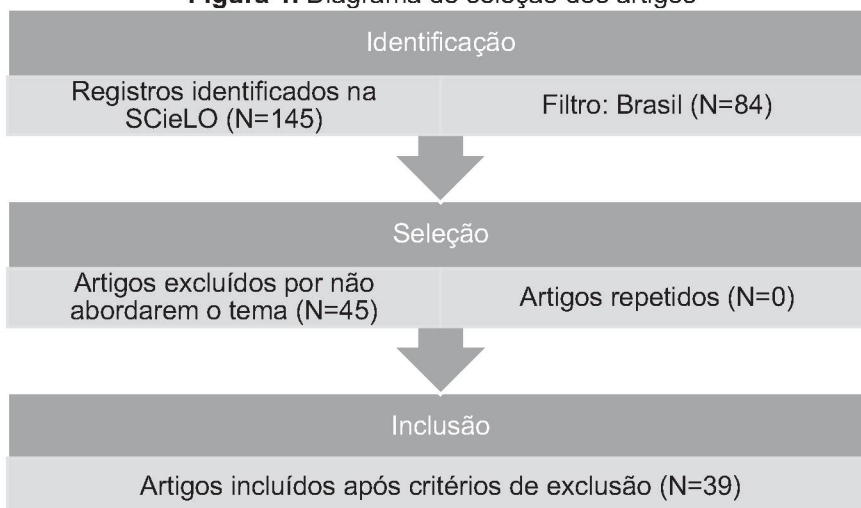
42. LIMA, L.S.; SILVA, K.M.G.; MELLO, M.V.F.M.; SANTOS, M.S.; ARAÚJO, M.S.; CANGUSSU, M.C.T. Condição de urgência odontológica e fatores associados em trabalhadores da construção civil – Bahia, 2008. *Rev Odontol UNESP*, vol. 42, n. 1, 2013.

43. PALMIER, A.C.; ANDRADE, D.A.; CAMPOS, A.C.V.; ABREU, M.H.N.G.; FERREIRA, E.F. Indicadores socioeconômicos e serviços odontológicos em uma região brasileira desfavorecida. *Rev Panam Salud Publica*, vol. 32, n. 1, 2012.

44. ELY, H.C.; ABBEG, C.; CELESTE, R.K.; PATTUSI, M.P. Impacto das equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família na saúde bucal de adolescentes do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 21, n. 5, 2016.

45. NÓBREGA, L.M.; TEMÓTEO, L.M.; DIAS, J.N; LIMA, M.M.S.M.; FONTES, L.B.C.; CAVALCANTI, S.D.L.B. Perception of oral health by patients who use dental clinics. *Rev Odontol UNESP*, vol. 42, n.4, 2013.
46. GONÇALVES, M.M.; LELES, C.R.; FREIRE, M.C.M. Cárie dentária, disponibilidade de açúcar e fatores associados nas capitais brasileiras em 2003: um estudo ecológico. *Rev Odontol UNESP*, vol. 41, n. 6, 2012.
47. MANFREDINI, M.A.; MOYSÉS, S.J.; NORO, L.R.A.; NARVAI, P.C. Assistência Odontológica Pública e Suplementar no Município de São Paulo na Primeira Década do Século XXI. *Saúde Soc*, v.21, n. 2, 2012.
48. DO NASCIMENTO, S.; FRAZÃO, P.; BOUSQUAT, A.; ANTUNES, J.L.F. Condições dentárias entre adultos brasileiros de 1986 a 2010. *Rev Saúde Pública*, vol. 47, n. supl 3, 2013.
49. FISHER, T.K.; PERES, K.G.; KUPEK, E.; PERES, M.A. Indicadores de Atenção Básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. *Rev. bras. epidemiol*, v.13, n.1, 2010.
50. RODRIGUES, M.J.; LUNA, A.C.A.; LEAL, L.C.; LIRA, S.S.; MARQUES, K.M. Prevalência de cárie e fatores associados em crianças hemofílicas. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter*, v.30, n. 2, 2008.
51. GOMES, A.S.; ABEGG, C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do departamento municipal de limpeza urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 7, 2007.
52. MENEGHIM, M.C.; KOZLOWSKI, F.C.; PEREIRA, A.C.; AMBROSANO, G.M.B.; MENEGHIM, Z.M.A.P. Classificação socioeconômica e sua discussão

- em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 12, n. 2, 2007.
53. GUSHI, L.L.; SOARES, M.C.; FORNI, T.I.B.; VIEIRA, V.; WADA, R.S.; SOUSA, M.L.R. Relationship between dental caries and socio-economic factors in adolescents. *J. Appl. Oral Sci*, v.13, n. 3, 2005.
54. LUCAS, S.D.; PORTELA, M.C.; MENDONÇA, L.L. Variações no nível de cárie dentária entre crianças de 5 e 12 anos em Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, 2005.
55. BALDANI, M.H.; VASCONCELOS, A.G.G.; ANTUNES, J.L.F. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2004.
56. FRAZÃO, P.; ANTUNES, J.L.F.; NARVAI, P.C. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade. Estado de São Paulo, Brasil, 1998. *Rev. bras. epidemiol*, v. 6, n. 1, 2003.
57. MAGRI, L.V.; ACIOLE, G.G.; SALOMÃO, F.G.D.; TAGLIAFERRO, E.P.S.; RIBEIRO, L.G. Estudo comparativo de indicadores de saúde bucal em município do estado de São Paulo. *Saúde Debate*, v. 40, n. 108, 2016.
58. CONTARATO, P.C. Política nacional e contexto local: uma análise da implementação da política de saúde bucal no Município de Vitória, do Espírito Santo. 2011 [dissertação]. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 164f., 2011. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/the-6202>>. Acesso em: 19 ago. 2016.
59. FRANÇA, M.A.S.A.; FREIRE, M.C.M.; PEREIRA, E.M.; MARCELO, V.C. Oral health indicators in the Interfederative Pacts of the Unified Health System: development in the 1998-2016 period. *Rev Odontol UNESP*, vol. 47, n. 1, 2018.

Figura 1. Diagrama de seleção dos artigos

FONTE: O autor (2017).

Tabela 1. Percentual de indicadores encontrados conforme a dimensão avaliada.

Dimensão avaliada	Frequência	Percentual	Percentual Acumulado
Profissional	29	48,33%	48,33%
Sistemas de Saúde	16	26,67%	75,00%
Usuário	15	25,00%	100,00%
Total	60	100,00%	100,00%

FONTE: O autor (2017).

Tabela 2. Indicadores de saúde bucal e seus respectivos conceitos, considerando a dimensão avaliada.

Indicador	Conceito	Dimensão avaliada
1. Cobertura de primeira consulta odontológica programática ^{11,14,16,20-26}	Porcentagem de usuários que iniciaram a primeira consulta odontológica.	Profissional
2. Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada ^{11,20,21,23,25}	Percentual de pessoas que participaram da ação coletiva escovação dental supervisionada, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal.	Profissional
3. Média anual de população entre 0 a 14 anos de idade coberta por procedimentos odontológicos coletivos (PCOL) ^{14,27}	Realização de exame clínico epidemiológico anual, educação em saúde, realização de bochechos fluoretados e higiene bucal supervisionada.	Profissional
4. Razão entre o número de exodontias de dentes permanentes e o número de procedimentos odontológicos individuais na atenção básica (EXO) ^{14,20}	Proporção de exodontias na dentição permanente em relação ao total de procedimentos odontológicos individuais, âmbito municipal.	Profissional
5. Média de procedimentos odontológicos básicos individuais ^{16,20,21}	Número de procedimentos odontológicos básicos individuais em determinado local e período dividido pela população total no mesmo local e período.	Profissional
6. Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais ^{16,21}	Proporção de procedimentos especializados em relação às demais ações individuais odontológicas realizadas no âmbito do SUS.	Profissional

7. Indicador de saúde bucal na escola ²⁸	Percentual de escolas públicas com prática de escovação dental após o lanche.	Profissional
8. Controle de cárie ²⁸	Percentual de unidades de saúde com grupo de gestantes ou bebês com profissional de saúde bucal.	Profissional
9. Atividades coletivas em saúde bucal ²⁸	Número de procedimentos coletivos no ano/total população na faixa etária.	Profissional
10. Concentração de procedimentos por 'tratamento concluído' ^{25,28}	Número total de procedimentos individuais na faixa etária/número total de tratamentos concluídos na faixa etária no mês.	Profissional
11. Atuação multiprofissional ²⁸	Percentual de unidades de saúde que encaminham os adolescentes atendidos por outros profissionais para orientação em saúde bucal.	Profissional
12. Educação em saúde bucal ²⁸	Percentual de unidades de saúde com grupos de educação em saúde com atividades em saúde bucal para adolescentes.	Profissional
13. Proporção de urgências ^{23,28}	Número de pacientes atendidos na urgência/pacientes marcados no mês, na faixa etária.	Profissional

14. Atenção em saúde bucal para grupos de idosos ²⁸	Percentual de profissionais da odontologia das unidades de saúde que participam de algum grupo de idosos, seja na própria unidade de saúde ou na comunidade.	Profissional
15. Atenção em saúde bucal para idosos com limitação incapacitante ²⁸	Percentual de unidades de saúde que realizam visita domiciliar com ações de saúde bucal.	Profissional
16. Atendimento preferencial ²⁸	Percentual de unidades de saúde em que os idosos são agendados preferencialmente.	Profissional
17. Indicador relação restauração/extração (IRRE) ²⁹	Mensura a orientação das ações para a reabilitação ou para a mutilação. Valores menores que um indicam uma prática mutiladora.	Profissional
18. Indicador ênfase em prevenção modificado (IEPM) ²⁹	Compara a proporção de procedimentos preventivos x curativos.	Profissional
19. Indicador de rendimento (IR) ²⁹	Expressa a capacidade produtiva da hora do cirurgião-dentista em termos de quantidade de trabalho, considerando-se 160 horas mensais para USF e 240 horas mensais para UBS.	Profissional
20. CHILD-OIDP (índice de impactos odontológicos no desempenho das atividades diárias da criança) ³⁰⁻³²	Avaliação da frequência e da severidade dos impactos que afetam o desempenho diário das crianças.	Profissional

21. Presença de lesões bucais ^{23,33}	Diagnóstico de alteração de tecido mole.	Profissional
22. Necessidade de próteses dentárias ³³⁻³⁵	Identifica a necessidade do uso de próteses dentárias.	Profissional
23. Instalação de próteses dentárias ²³	Proporção de próteses dentárias instaladas.	Profissional
24. Índices de cuidados odontológicos (ICO) ³⁶	Os Índices de Cuidados Odontológicos (ICO), calculados como o quociente entre o total de dentes restaurados e a soma dos componentes cariado, perdido e obturado.	Profissional
25. Índice geriátrico de obtenção de saúde bucal – GOHAI ^{31,37}	Avalia, em populações idosas, problemas bucofuncionais e estima o grau de impacto psicossocial associado às doenças bucais, podendo também ser utilizado para avaliar a efetividade funcional e psicossocial de um tratamento dentário.	Profissional
26. Procedimentos preventivos coletivos ²⁴	Proporção de procedimentos preventivos coletivos realizados no período de um ano.	Profissional
27. Procedimentos cirúrgicos (exodontias) ²⁴	Número de procedimentos cirúrgicos realizados no período de um ano.	Profissional

28. Tratamentos concluídos ²⁵	Número de tratamentos individuais concluídos.	Profissional
29. Índice OH-D ³⁸	Avaliação das condições de saúde dental dada pelo número de dentes presumivelmente funcionais presentes na boca	Profissional
30. Indicador de vigilância do teor de flúor na água de abastecimento ²⁸	Existência de coleta sistemática (mensal).	Sistemas de Saúde
31. Indicador de informação em saúde ²⁸	Percentual de unidades de saúde que hoje possuem material educativo e/ou informativo em saúde bucal.	Sistemas de Saúde
32. Indicador de saúde bucal no controle social ²⁸	Existência de pelo menos uma deliberação referente à saúde bucal na Conferência Municipal de Saúde realizada mais recentemente.	Sistemas de Saúde
33. Saúde bucal no Conselho Municipal ²⁸	Percentual de reuniões do Conselho Municipal em que discutiram algum tema de saúde bucal no período de um ano.	Sistemas de Saúde
34. Participação na Conferência Estadual de Saúde ²⁸	Existência de delegados dentistas na última Conferência Estadual de Saúde financiado pelo município.	Sistemas de Saúde
35. Acesso ao dentista ²⁸	Número de horas: cirurgião-dentista/população.	Sistemas de Saúde
36. Paralisação do serviço de saúde bucal motivado por falta de recursos humanos ²⁸	Percentual de unidades de saúde em que houve interrupção do atendimento por mais de dois dias consecutivos, por falta de profissional do serviço de saúde bucal.	Sistemas de Saúde
37. Trabalho em equipe ²⁸	Percentual de equipes de ESF com saúde bucal.	Sistemas de Saúde

38. Assistência especializada ²⁸	Existência de referência operante para as especialidades em saúde bucal.	Sistemas de Saúde
39. Adequação da capacidade instalada ²⁸	Número de consultórios/total população.	Sistemas de Saúde
40. Alocação de recursos para saúde bucal ²⁸	Percentual de investimento em saúde bucal do total investido na saúde.	Sistemas de Saúde
41. Vínculo profissional/paciente ²⁸	Percentual de unidades de saúde em que o paciente é agendado com o mesmo profissional do início ao fim do tratamento.	Sistemas de Saúde
42. Acesso à informação sobre câncer bucal ²⁸	Percentual de unidades de saúde que hoje possuem material educação e/ou informativo sobre câncer bucal.	Sistemas de Saúde
43. Diagnóstico de lesões de mucosa ^{25,28}	Existência de campo específico na ficha clínica para exame de mucosa, no ano.	Sistemas de Saúde
44. Saúde do trabalhador ²⁸	Percentual de unidades de saúde com serviço de saúde bucal no 3º turno.	Sistemas de Saúde
45. Indicador de atrição (IA) ²⁹	Percentual da proporção da população que teve acesso a tratamento odontológico e efetivamente realizou todo o tratamento. Valores inferiores a 90% indicam dificuldades para atingir a população alvo.	Sistemas de Saúde
46. Índice CPO-D ^{12,33,38-56}	Número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados.	Usuário
47. Prevenção individual ^{24,28}	Número total de procedimentos não invasivos */total de procedimentos na faixa etária.	Usuário
48. Índice de sangramento gengival (ISG) ⁵⁷	Para o exame gengival, a boca é dividida em sextantes, examinados na sequência, os seguintes dentes: 16, 11, 26, 36, 31 e 46. Caso nenhum dos dentes estivesse presente, examinavam-se os correspondentes decíduos,	Usuário

	molares ou pré-molares, no final do sextante, ou, no caso de incisivos, o dente correspondente.	
49. Índice de placa visível (IPV) ⁵⁷	Aferição da condição de higiene bucal apresentada pela criança para fins de comparação da evolução da melhoria da sua performance em controlar a placa.	Usuário
50. Índice ceo-d ^{46,57}	Número de dentes decíduos cariados, perdidos e obturados.	Usuário
51. Índice periodontal comunitário (CPI) ^{33,39}	Verifica a ocorrência de sangramento, cálculo e presença de bolsa periodontal (rasa e profunda), tendo como referência o exame por sextante (grupos de seis dentes entre os 32 da arcada dentária).	Usuário
52. Índice de perda de inserção periodontal (PIP) ³³	Objetiva estimar a destruição da inserção periodontal, e tem como referência a junção amelocementária (JAC), que fica exposta ou visível quando ocorre recessão gengival.	Usuário
53. Perfil de Impacto na Saúde Bucal – OHIP ^{31,51}	Mede o desconforto, a disfunção e o impacto auto percebido das doenças bucais nas atividades diárias de adultos e idosos, complementando os indicadores epidemiológicos tradicionais.	Usuário
54. Impactos Dentais na Vida Diária – DIDL ³¹	Avalia problemas psicossociais com reflexos na qualidade de vida segundo sua condição bucal, utilizando cinco dimensões de qualidade de vida: conforto, aparência, dor, performance, e restrições alimentares.	Usuário
55. Questionário de Qualidade de Vida para pacientes orto-cirúrgicos (OQLQ) ³¹	Possui o objetivo de analisar os impactos e benefícios do tratamento orto-cirúrgico na qualidade de vida dos pacientes.	Usuário
56. Escala de impacto da saúde bucal na primeira infância – ECOHIS ³¹	Possui a intenção de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças com idade pré-escolar.	Usuário

57. Proporção de livres de cárie (5 a 12 anos) ⁴⁸	Percentual de indivíduos com CPO-D/ceo igual a zero.	Usuário
58. Mutilação dentária (15-19, 35-44, e 65-74 anos) ⁴⁸	Proporção do componente perdido por cárie em relação aos cariados, perdidos e obturados.	Usuário
59. Perda do primeiro molar permanente ⁴⁸	Número médio dos elementos 16, 26, 36 e 46 perdidos por cárie.	Usuário
60. Funcionalidade dentária ⁴⁸	Proporção de indivíduos com dentes perdidos =0 aos 18 anos; proporção de indivíduos de 35 a 45 anos e 65 a 74 anos com pelo menos 20 dentes funcionais.	Usuário

FONTE: O autor (2017).

5 ARTIGO 3 - PERFIL E PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA³

Profile and work process of the professionals crowded in the Dental Specialty Centers of Curitiba and Metropolitan Region

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil e o processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas lotados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) dos municípios de Araucária/PR, Colombo/PR e Curitiba/PR. **Métodos:** Tratou-se de um estudo transversal, com abordagem qualiquantitativa, realizado por meio de questionário semiestruturado autoaplicável. A tabulação dos dados e a análise estatística foi realizada por meio do programa Microsoft Excel® e do *software* Epiinfo™ versão 7.2.2.2. **Resultados:** A amostra foi composta por 54 cirurgiões-dentistas, com média de idade de 50,5 anos, sendo 29 (53,7%) do sexo masculino e 25 (46,3%) feminino. Em relação à especialidade com maior número de profissionais, destaca-se a Endodontia, com 23 (42,6%) participantes. Dentre os 54 participantes de pesquisa, 49 (90,7%) possuíam pós-graduação. Em relação ao tempo de atuação no CEO, 32 (59,3%) responderam atuar há mais de 10 anos. Quanto às características do perfil de atendimento, a principal forma de encaminhamento dos usuários para os CEO, citada por 44 (81,5%) profissionais, ocorre por meio de referência das Unidades Básicas de Saúde (UBS). O tratamento básico concluído previamente ao encaminhamento ao CEO foi citado por apenas 18 (33,3%) participantes de pesquisa. **Conclusão:** Apesar do relevante tempo de implantação dos CEO, verifica-se que ainda é necessário desenvolver sistemas que favoreçam o processo de trabalho destes profissionais, a fim de ampliar a qualidade dos serviços ofertados à população.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Bucal; Especialidades Odontológicas; Política de Saúde.

³ Artigo a ser submetido à Revista de APS – ISSN (Online) 1809-8363

ABSTRACT

Objective: To analyze the profile and work process of dental surgeons at the Specialized Dental Clinics (CEO) of the municipalities of Araucária/PR, Colombo/PR, and Curitiba/PR. **Methods:** It was a cross-sectional study, with a qualitative and quantitative approach, performed through a semi-structured self-administered questionnaire. Data tabulation and statistical analysis were performed using the Microsoft Excel® program and Epiinfo™ software version 7.2.2.2. **Results:** The sample consisted of 54 dentists, mean age 50.5 years, 29 (53.7%) men and 25 (46.3%) females. In relation to the specialty with the greatest number of professionals, Endodontics stands out, with 23 (42.6%) participants. Among the 54 research participants, 49 (90.7%) had postgraduate degrees. Regarding the time spent in the CEO, 32 (59.3%) responded to work more than 10 years ago. Regarding the characteristics of the service profile, the main form of referral of the users to the CEO, cited by 44 (81.5%) professionals, occurs through reference to the Basic Health Units (UBS). The basic treatment previously to referral to the CEO was cited by only 18 (33.3%) research participants. **Conclusion:** Despite the relevant implementation time of CEO, it is still necessary to develop systems that favor the work process of these professionals, in order to increase the quality of the services offered to the population.

Keywords: Dental Health Services; Specialties, Dental; Health Policy.

INTRODUÇÃO

A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) na área da Odontologia passou por uma profunda transformação, principalmente após a implantação da equipe de Saúde Bucal (eSB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2000, e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em 2004, fatores que culminaram na ampliação da cobertura de serviços de Atenção Básica e especializada no Brasil¹⁻³.

Os CEO são estabelecimentos de saúde destinados ao atendimento odontológico especializado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e têm como objetivo garantir a referência e a contrarreferência para as eSB da Atenção Básica⁴⁻⁷. Instituídos pelas Portarias nº 599 e nº 600, ambas publicadas pelo Ministério da Saúde em 2006, e atualizadas pela Portaria nº 1341, de 13 de junho de 2012, estes estabelecimentos devem ofertar, no mínimo, as seguintes especialidades: Diagnóstico bucal, com ênfase na

detecção do câncer bucal, Periodontia especializada, Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, Endodontia e Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais⁵. Classificados em Tipo I, quando apresentam 3 cadeiras odontológicas, Tipo II, quando apresentam entre 4 a 6 cadeiras, e Tipo III, acima de 7 cadeiras⁸.

A implantação dos CEO tem finalidade de efetivar a integralidade das ações de saúde bucal. Contudo, devem ser implantados considerando o perfil epidemiológico de cada região/município, a especificidade dos serviços ofertados e o quantitativo da população que irá se beneficiar do atendimento^{4,9,10}.

Devido à importância destes estabelecimentos na continuidade do cuidado, os mesmos devem ser avaliados, em prol da melhoria contínua da qualidade do serviço ofertado⁷. Outrossim, no tocante ao processo de trabalho, é crescente o consenso entre gestores e profissionais de que os processos relacionados aos recursos humanos afetam a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários². Dessa forma, somente com uma avaliação minuciosa dos processos envolvidos na oferta da atenção, poderemos elucidar avanços da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) nos serviços especializados, a fim de reorientar a construção dos mesmos, pela identificação dos problemas que emergem das vivências e da prática⁷. Entretanto, ainda são escassos os estudos relacionados aos aspectos estruturais dos CEO^{4,11,12}.

Nessa conjuntura, considerando a escassez de informações sobre os profissionais que atuam nos CEO, o presente estudo buscou elucidar o perfil dos cirurgiões-dentistas, e o processo de trabalho dos profissionais lotados nos CEO de Curitiba e Região Metropolitana.

MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal, com abordagem qualiquantitativa, realizado por meio de questionário semiestruturado, aplicado aos cirurgiões-dentistas lotados no CEO de Araucária, Colombo e Curitiba, durante os anos de 2016 e 2017. O CEO do município de São José dos Pinhais não foi incluído devido à ausência de autorização no decorrer da pesquisa.

Os CEO do município de Araucária e Colombo são caracterizados como Tipo II, e os CEO do município de Curitiba, Rosário e Prof. Sylvio Gevaerd, são respectivamente do Tipo II e Tipo III. Ambos os municípios fazem parte da 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná.

Como critério de inclusão, participaram somente cirurgiões-dentistas lotados nos CEO dos municípios citados, que atuavam há pelo menos dois anos, por apresentarem maior conhecimento do processo de trabalho. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (ANEXO 1), parecer número 1.878.484, e pela Secretaria e Coordenação de Saúde Bucal dos Municípios que concordaram participar da pesquisa (ANEXOS 2, 3 E 4). A coleta de dados iniciou-se após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1), conforme a Resolução CONEP 466/2012.

O questionário semiestruturado autoaplicável constava de duas partes: a primeira objetivou elucidar o perfil do profissional e a segunda estava relacionada às características do atendimento (APÊNDICE 2). Os dados obtidos a partir das questões fechadas, foram tabulados, utilizando-se o programa Microsoft Excel® e a análise estatística se deu por meio do *software* Epiinfo™ versão 7.2.2.2.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo resultou em 54 cirurgiões-dentistas, sendo sete do município de Araucária, sete do município de Colombo e 40 do município de Curitiba (15 do CEO Rosário e 25 do CEO Prof. Sylvio Gevaerd). O perfil dos profissionais encontra-se disponível na Tabela 1.

TABELA 1. Perfil dos Cirurgiões-Dentistas dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) de Araucária, Colombo e Curitiba, Paraná, 2017

Variáveis	CEO Araucária		CEO Rosário		CEO Prof. Sylvio		CEO Colombo		Geral	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idade										
Mínima	37	-	30	-	35	-	32	-	30	-
Máxima	62	-	61	-	67	-	54	-	67	-
Média	51,28	-	45,8	-	50,56	-	40,28	-	50,5	-
Sexo										
Feminino	1	85,7	10	66,7	10	40	4	57,1	25	46,3
Masculino	6	14,3	5	33,3	15	60	3	42,9	29	53,7
Especialidade que atua no CEO										
Endodontia	3	42,9	6	40	10	40	4	57,1	23	42,6
Periodontia	1	14,3	2	13,3	4	16	1	14,3	8	14,8
Cirurgia oral	1	14,3	2	13,3	3	12	0	0	6	11,1
Prótese total	0	0	2	13,3	3	12	0	0	5	9,3
Diagnóstico bucal	1	14,3	1	6,7	3	12	0	0	5	9,3
Atendimento a PNE	1	14,3	2	13,3	0	0	1	14,3	4	7,4
Diagnóstico bucal e Cirurgia oral	0	0	0	0	0	0	1	14,3	1	1,9
Odontopediatria	0	0	0	0	2	8	0	0	2	3,7
Pós-Graduação*										
Aperfeiçoamento	2	28,6	0	0	1	4	4	57,1	5	9,3
Especialização	5	71,4	11	73,3	19	76	3	42,9	38	70,8
Mestrado	0	0	1	6,7	0	0	1	14,3	2	3,7
Doutorado	0	0	1	6,7	3	12	0	0	4	7,4

Nenhum	0	0	2	13,3	2	8	1	14,3	5	9,3
Tempo de atuação										
Até 5 Anos	1	14,3	8	53,3	4	16	3	42,9	16	29,6
Entre 5 e 10 Anos	0	0	1	6,7	4	16	0	0	5	9,3
Acima de 10 Anos	6	85,7	6	40	16	64	4	57,1	32	59,3
Não respondeu	0	0	0	0	1	4	0	0	1	1,9
Forma de ingresso										
Estatutário	7	100	15	100	24	96	7	100	53	98,1
Celetista	0	0	0	0	1	4	0	0	1	1,9
Carga horária semanal										
20h/Semanais	7	100	15	100	25	100	5	71,4	52	96,3
40h/Semanais	0	0	0	0	0	0	2	28,6	2	3,7

*Nível de maior titulação

Fonte: O autor, 2017.

A média de idade dos participantes foi de 50,5 anos \pm 8,82, havendo um equilíbrio entre o número de profissionais de acordo com o sexo. Contudo, prevaleceu o masculino (53,7%). Em contrapartida, Oliveira et al., (2015)¹³ encontraram uma prevalência de 55,0% dos profissionais do sexo feminino.

Em relação à especialidade exercida no estabelecimento, 23 (42,6%) atuavam na Endodontia, 8 (14,8%) em Periodontia, 6 (11,1%) em Cirurgia oral, 5 (9,3%) em Prótese total, 5 (9,3%) em Diagnóstico bucal, 4 (7,4%) em Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais, 2 (3,7%) em Odontopediatria, e 1 (1,9%) atuando em duas especialidades, Diagnóstico bucal e Cirurgia oral. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Frichembruder et al., (2017)², Medeiros (2007)¹⁴ e Souza (2009)¹⁵, onde a maior representatividade do quadro de profissionais dos CEO pesquisados foi de endodontistas. O tratamento endodôntico é, provavelmente, um dos serviços mais procurados, devido ao fato de a cárie dentária continuar entre os maiores motivos de demanda pelos serviços de saúde, e precursora de lesões em polpa dentária, especialmente quando não tratada. Além disso, o tratamento apresenta alto custo em clínicas particulares e, devido à baixa oferta no serviço público, quando ofertado, resulta em grandes filas de espera^{14,15}.

A qualidade técnica e científica de um serviço pode ser verificada por meio da qualificação profissional¹⁶. Nessa lógica, o número de profissionais com pós-graduação foi de 90,7%, resultado superior ao encontrado no estudo de Medeiros (2007)¹⁴ e de Frichembruder et al., (2017)², onde, respectivamente, 80,7% e 84,9 dos profissionais possuíam pós-graduação. Em relação ao tempo de atuação no CEO, 16 (29,6%) atuavam há menos de 5 anos, 5 (9,3%) atuavam entre 5 e 10 anos, 32 (59,3%) acima de 10 anos e 1 (1,9%) absteve-se da resposta.

A forma de ingresso predominante foi composta por profissionais em regime estatutário (98,15%). Resultado relativamente superior aos encontrados nos CEO do estado do Rio Grande do Sul².

Já em seu estudo, Figueiredo et al. (2016)¹⁶ verificaram que a maioria dos cirurgiões-dentistas dos CEO no Brasil são servidores públicos estatutários, totalizando 5.024 dentistas, com média de 5,4 dentistas por CEO. Em segundo lugar, estão os profissionais com contrato temporário (total de 1.692 dentistas, com média de 1,8 dentistas/CEO). Outro tipo de vínculo é o contrato CLT (total de 1.261 dentistas, com média de 1,3 dentistas/CEO).

Quanto à carga horária, 52 (96,3%) dos participantes de pesquisa atuam 20 horas semanais, sendo que apenas 2 (3,7%) realizam 40 horas semanais.

Os participantes afirmaram que todos ingressaram em concurso público para atuar na Atenção Básica e, posteriormente, por interesse da gestão ou seleção interna, foram remanejados para a Atenção Especializada. Em estudo, Medeiros (2007)¹⁴, verificou que o processo seletivo para compor o quadro de profissionais dos CEO do município de Natal/RN, se deu por meio de análise curricular daqueles que já atuavam na rede. Oliveira e Morais (2016)¹⁷, também constataram que a maioria dos cirurgiões-dentistas foram selecionados apenas pela análise de currículo ou entrevista.

Nessa lógica, pode-se observar que a realocação de cirurgiões-dentistas que atuavam na Atenção Básica para os CEO, ocorreu no Brasil, principalmente, entre os estabelecimentos que tiveram sua habilitação nos primeiros anos da criação do Programa Brasil Sorridente.

Conforme a Tabela 1, dos CEO avaliados, 42,6% dos profissionais atuavam em Endodontia, seguido pela especialidade de Periodontia (14,8%). Segundo Herkratz et al. (2016, p.42)¹⁸,

[...] os Cirurgiões-Dentistas 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 [...].

As características intrínsecas do processo de trabalho em saúde bucal estão disponibilizadas na Tabela 2.

Tabela 2. Características do processo de trabalho em saúde bucal dos CEO da 2ª Regional de Saúde do Paraná, 2017

Variáveis	N	%
Formas de encaminhamento*		
Referência da UBS	44	81,5
Serviços Sociais	2	3,7
Central de Marcação	32	59,3
Demanda Espontânea	3	5,6
Agendamento Telefônico	3	5,6
Outro	1	1,9
Usuários encaminhados com tratamento básico concluído		
Sim	18	33,3
Não	33	61,1
Não informado	3	5,6
Realiza contato com o Cirurgião-Dentista da UBS		
Sim	39	72,2
Não	15	27,8

Realiza a contrarreferência ao concluir o tratamento		
Sim	41	75,9
Não	13	24,1
Há referência interna entre as especialidades do CEO		
Sim	52	96,3
Não	2	3,7
Referência e contrarreferência funciona		
Sim	41	75,9
Não	13	24,1
Intervalo de tempo entre agendamento e consulta		
Até 7 dias	2	3,7
Entre 7 e 15 dias	5	9,3
Entre 15 e 30 dias	9	16,7
Entre 30 e 90 dias	5	9,3
Mais de 180 dias	21	38,9
Desconhece	12	22,2
Fator gerador de demanda acumulada*		
Falta de profissionais nos CEO	23	42,6
Absenteísmo dos usuários	21	38,9
Falta de recursos para atendimento	16	29,6
Encaminhamentos inadequados	29	53,7
Outro	19	35,2
Não informado	1	1,9
O CEO dispõe de recursos (equipamentos, instrumentais e insumos odontológicos)		
Sim	44	81,5
Não	6	11,1
Não informado	4	7,4
Infraestrutura		
Boa	25	46,3
Regular	19	35,2
Ótima	7	13,0
Ruim	3	5,6
Péssima	0	0

*Dados com múltiplas opções.

Fonte: O autor, 2017.

A organização da demanda é uma das principais dificuldades encontradas no cotidiano dos serviços de saúde bucal. O documento que orienta as ações de saúde bucal na ESF demonstra a importância da integração das ações desenvolvidas pela equipe e sugere que trabalhadores e usuários discutam a melhor forma de organizar a porta de entrada¹⁹.

Em relação ao acesso, Figueiredo et al. (2016)¹⁶ observaram que, em todas as regiões brasileiras, para o agendamento na atenção especializada, houve um predomínio

do uso da ficha de encaminhamento/referência entre Unidade Básica de Saúde (UBS) e CEO. No entanto, a marcação por meio da UBS apresentou predomínio na região Sul (50,4%).

A forma de encaminhamento dos usuários para atendimento nos CEO é realizada principalmente por meio da referência das UBS, citada por 44 (81,5%) participantes de pesquisa, seguido da central de marcação, citada por 32 (59,3%) participantes. Entretanto, estudo realizado por Carrer et al. (2016)²⁰ demonstrou resultado inferior aos encontrados no presente estudo, onde 44,6% dos participantes relataram agendamento por meio de referência das UBS e apenas 9,2% pela central de marcação.

Os estudos sobre o uso dos serviços de saúde são fundamentais para que se possa compreender o funcionamento de um sistema de saúde, à medida que a utilização dos serviços se relaciona a fatores como acesso e acessibilidade. Estudar tais características pode auxiliar a entender como se dá a relação do usuário com seu serviço de saúde²⁰.

O tratamento básico concluído dos usuários encaminhados das UBS, previamente ao encaminhamento ao CEO foi citado por apenas 18 (33,3%) participantes de pesquisa, sendo que 33 (61,1%) informaram que o mesmo não ocorre. Resultado semelhante ao encontrado por Souza (2009)¹⁵, em estudo, onde verificou que 64,5% dos profissionais não recebem os usuários com o tratamento básico concluído. Para Silva et al. (2016, p.106)³, “a dificuldade enraizada no cotidiano das práticas profissionais em diferenciar o que de fato constitui procedimentos próprios de Atenção Básica, diferenciando-os das ações próprias dos CEO (mesmo que estabelecidos em protocolos clínicos), distância, involuntariamente, o ordenamento da rede de saúde da sua aplicação prática”.

A educação permanente pode ser considerada uma alternativa para a correção de problemas, porém, tem sido pouco desenvolvida¹⁶. Assim, é necessário desenvolver mecanismos que melhorem esta comunicação entre as RAS, a fim de minimizar os problemas identificados.

O contato com o cirurgião-dentista da UBS foi indicado por 39 entrevistados (72,2%), e 41 (75,9%) informaram realizar a contrarreferência após a conclusão do tratamento. Ainda, 52 (96,3%) relataram haver referência interna entre as especialidades do CEO, e 41 (75,9%) consideram que os procedimentos de referência e contrarreferência funcionam positivamente.

Outro dado a ser analisado diz respeito ao tempo de espera entre a referência e o atendimento. A organização da Atenção Especializada nos CEO e o tempo de espera para

atendimento nas diferentes especialidades costumam apresentar enormes variações intrínsecas a relação de oferta e demanda³.

Em estudo de Figueiredo et al. (2016)¹⁶, o tempo de espera para o início do tratamento na região sul do Brasil é principalmente entre 7 e 30 dias (33,3%), seguido de até 7 dias (28,4), e entre 1 a 3 meses (16,8%). Resultado contrário ao encontrado no presente estudo, em que a maior parte dos profissionais (38,9%) considera que o tempo entre o agendamento e a consulta especializada supera 180 dias, 22,2% desconhecem o tempo de espera e, 16,7% informaram que demora entre 15 e 30 dias.

Segundo Casotti et al. (2014, p. 150)¹⁹, “o longo tempo de espera pode ser justificado pelo aumento da demanda para a especialidade, gerada pela melhoria de acesso aos serviços básicos de saúde bucal ao longo da última década”.

Para 29 (53,7%) profissionais, dentre os possíveis geradores de demanda acumulada, destacam-se os encaminhamentos inadequados e a falta de profissionais, citada por 23 (42,6%) participantes, limitação verificada também em outros estudos^{21,22}. No entanto, 21 (38,9%) dos participantes consideram o absenteísmo dos usuários como fator predisponente de demanda acumulada, visto que pacientes faltosos geralmente retornam para novo agendamento.

Segundo Herkratz et al. (2016, p.48)¹⁸, “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”.

A disponibilidade adequada de insumos em estabelecimentos de saúde é essencial, já que estes possibilitam a ação dos profissionais ao cumprimento de metas de produção ambulatorial propostas pelo serviço⁴. O resultado encontrado demonstra que a maioria dos participantes (81,5%) considera que o CEO onde atua dispõe de recursos satisfatoriamente, tais como equipamentos, instrumentais e insumos odontológicos.

Contudo, Figueiredo et al. (2016)¹⁶, em estudo realizado nos CEO do Brasil, identificaram que 30,4% dos profissionais deixaram de atender por falta de insumos/instrumental, e 38,6%, devido a problemas nos equipamentos. Somente no estado do Paraná, 16,3% deixaram de atender por falta de instrumentais e 22,4% por falta de equipamentos. Fato que deveria ser observado com atenção, pois mesmo frente a estes imprevistos os profissionais devem cumprir as metas de produtividade exigidas nestes estabelecimentos de saúde.

Para 46,3% dos participantes, a infraestrutura dos CEO em que atuam é considerada boa. Entretanto, 35,2% a consideram regular. Resultado semelhante ao encontrado por Frichebruder et al., (2017)², onde verificaram que os elementos estruturais e relacionais no ambiente de trabalho dos CEO foram avaliados pela maioria dos profissionais como bons. Segundo Emmi et al. (2016, p.16)⁴ “estruturas adequadas favorecem a oferta de serviços com qualidade e suas características contribuem para o desenvolvimento dos processos de cuidado, influenciando seus consequentes resultados”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O reconhecimento do perfil e processo de trabalho dos profissionais, assim como, sua experiência apreendida no cotidiano do serviço, pode contribuir na compreensão da dinâmica dos CEO. A inserção destes profissionais na avaliação dos serviços, visando a melhoria nas relações de trabalho, pode refletir na qualidade do atendimento prestado aos usuários destes estabelecimentos.

Outro fator importante insere-se no investimento em educação permanente aos Cirurgiões-Dentistas da Atenção Básica e dos CEO, a fim de estabelecer uma compreensão dos limites entre os procedimentos realizados em cada nível de atenção, evitando eventuais conflitos durante o processo de referência e contrarreferência, atuando para que haja efetiva comunicação entre os serviços.

Observa-se, também, a necessidade de ampliar o número de profissionais, a fim de garantir agilidade nos serviços prestados, buscando diminuir a fila de espera, a fim de fortalecer o processo de trabalho desses profissionais.

A participação dos profissionais no processo de trabalho, ao considerar que fazem parte da organização das ações desenvolvidas, está relacionada ao sentimento de pertencimento. Essa participação é essencial, pois cria um vínculo que estimula e motiva os profissionais para com a qualidade do serviço.

REFERÊNCIAS

1. Brasil sorridente leva tratamento odontológico para 80 milhões de pessoas. Portal do Governo Brasileiro. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2014/06/brasil->

[sorridente-leva-tratamento-odontologico-para-80-milhoes-de-pessoas](#)>. Acesso em: 18 jun. 2018.

2. Frichembruder K, Hugo FN, Hilgert JB. Perfil e percepção de profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas do Rio Grande do Sul. RFO, Passo Fundo, vol. 22, n. 1, 2017.

3. Silva NA, Zina LG, Silva MAM, Werneck MAF, Abreu MHNG, Goes PSA, 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/ Organizadores, Nilcema Figueiredo, Paulo Sávio Angeiras de Goes, Petrônio José de Lima Martelli – Recife: Editora UFPE, 2016.

4. Emmi DT, Meira GF, Rebelo MAB, Martelli PJJ, Barroso RFF. Análise da ambiência estrutural dos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. In: Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil/ Organizadores, Nilcema Figueiredo, Paulo Sávio Angeiras de Goes, Petrônio José de Lima Martelli – Recife: Editora UFPE, 2016.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasil Sorridente Passo a Passo das Ações do Brasil Sorridente. BRASIL, 2013a. Brasília – DF, 2013. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_a_passo_ceo.pdf>.

Acesso em 03 abr. 2016.

6. Lucena EHG, Sobrinho JEL, Werneck MAF, Martelli PJJ, Oliveira TF. Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas no processo de regionalização da assistência à saúde bucal no Brasil. In: Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil/ Organizadores, Nilcema Figueiredo, Paulo Sávio Angeiras de Goes, Petrônio José de Lima Martelli – Recife: Editora UFPE, 2016.

7. Freitas CHSM, Lemos GA, Pessoa TRRF, Araujo MF, Forte FDS. Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. Saúde Debate, vol. 40, n. 108, 2016.

8. Kitamura ES, Bastos RR, Palma PV, Leite ICG. Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013. Epidemiol. Serv. Saúde, vol. 25, n.1, 2016.

9. 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 Para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). BRASIL, 2013b. Brasília, DF, 2013.
10. Fonseca ACF, Lucena EHG, Souza ECF, Figueiredo N, Chaves SCL, Padilha WWN. Perspectivas da avaliação em saúde e o PMAQ/CEO: contribuições para o debate. In: Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil/ Organizadores, Nilcema Figueiredo, Paulo Sávio Angeiras de Goes, Petrônio José de Lima Martelli – Recife: Editora UFPE, 2016.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução - 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. Brasília – DF, fev. 2002. Disponível em:
<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html>.
Acesso em: 07 dez. 2017.
12. Bulgareli JV, Faria ET, Ambrosano GMB, Vazquez FL, Cortelazzi KL, Meneghim MC, Mialhe FL, Pereira AC. Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. Rev. odontol. UNESP, vol.42. n.4, 2013.
13. Oliveira RS, Moraes, HMM, Goes 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. São Paulo, vol. 24, n. 3, 2015.
14. Medeiros E. Os Centros de Especialidades Odontológicas como suporte da Atenção Básica: uma avaliação na perspectiva da integralidade, 2007 [dissertação]. Natal, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007. 173 f.
15. Souza GCA. Centros de Especialidades Odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal, 2009 [dissertação] Natal, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2009. 105f.
16. Figueiredo N, Goes PSA, Martelli PJJ. In: Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais [recurso

- eletrônico] / organizadores: Nilcema Figueiredo, Paulo Sávio Angeiras de Goes, Petrônio José de Lima Martelli. – Recife: Editora UFPE, 2016.
17. Oliveira RS, Morais HMM. Flexibilização dos vínculos de trabalho na atenção secundária: limites da Política Nacional de Saúde Bucal. *Trab. Educ. Saúde*, v. 14, supl. 1, 2016.
18. Herkratz FJ, Vieira JMR, Vettore MV, Rebelo MAB, Figueiredo N, Castro PHDF. 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/ Organizadores, Nilcema Figueiredo, Paulo Sávio Angeiras de Goes, Petrônio José de Lima Martelli – Recife: Editora UFPE, 2016.*
19. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, Borges PKO, Baldani MH. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde Debate*, vol.38, n.spe, 2014.
20. Carrer FCA, Cayetano M, Figueiredo N, Padilha WWN. O avaliador externo e o usuário do CEO: narrativa de experiência durante o ciclo I do PMAQ-CEO. In: *Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil/ Organizadores, Nilcema Figueiredo, Paulo Sávio Angeiras de Goes, Petrônio José de Lima Martelli – Recife: Editora UFPE, 2016.*
21. HEC, Gottens LBD. Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. *Ciên. Saúde Colet*, vol.22, n. 8, 2017.
22. Pereira JS, Machado WCA. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, vol. 26, n. 3, 2016.

6 Artigo 4 - Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná⁴

Performance of Dental Care Specialties Centers of 2nd Health Regional from Paraná

Resumo

Introdução: Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) possuem papel importante na redução das iniquidades de acesso aos serviços odontológicos especializados. Assim, devem ser avaliados em prol da melhoria contínua do seu desempenho. **Objetivo:** Avaliar o cumprimento das metas de desempenho dos CEO da 2ª Regional de Saúde do Paraná. **Métodos:** Procedeu-se a avaliação do desempenho dos CEO, por meio do indicador Cumprimento Global de Metas e indicadores socioeconômicos. Para tal, foram utilizados dados secundários de 2014 do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Resultados:** Em 2014, apenas o CEO do município de Colombo apresentou desempenho ruim (cumprimento de nenhuma meta), estabelecendo divergência ao desempenho ótimo (cumprimento das 3 metas) obtido pelos demais municípios. **Conclusão:** O desempenho dos CEO sofre influência das características contextuais atinentes à região em que estão inseridos. Portanto, observa-se a necessidade de repensar os métodos de avaliação destes

⁴ Artigo Submetido à Revista Cadernos de Saúde Coletiva – ISSN (Online) 2358-291X

estabelecimentos, por meio da construção de instrumentos de avaliação que ponderem a singularidade de cada região.

Palavras-chave: atenção secundária à saúde; serviços de saúde bucal; diretrizes para o planejamento em saúde.

Abstract

Introduction: The Dental Specialist Centers (DSC) possess a paper important role in reducing the inequities of access to specialized dental services. Thus, should be evaluated for the continuous improvement of their performance.

Objective: To evaluate compliance with the performance goals of the DSC of the 2nd Health Regional of Paraná. **Methods:** Assessed the performance of the DSC, by means of the Global Goal Compliance indicator and socioeconomic indicators. For that, secondary data from 2014 of the Outpatient Information System of the Unified Health System (SIA/SUS), the National Register of Health Establishments (CNES) and the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) were used. **Results:** In 2014, only the DSC of the municipality of Colombo presented poor performance (meeting no goal), establishing divergence to the optimal performance (compliance with the 3 goals) obtained by the other municipalities studied. **Conclusion:** The performance of DSC is influenced by the contextual characteristics of the region in which they are inserted. Therefore, it is necessary to rethink the evaluation methods of these establishments, through the construction of evaluation instruments that consider the singularity of each region.

Keywords: secondary care; dental health services; health planning guidelines.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde bucal se encontra entre os três motivos geradores de demanda por cuidados à saúde¹. A importância das doenças bucais e seu impacto na morbidade global e na associação com doenças sistêmicas, custos relacionados ao tratamento e a possibilidade de aplicar medidas eficazes de promoção e prevenção, tem gerado impacto nas políticas públicas²⁻⁴.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, estabeleceu um relatório com uma ideia mais abrangente de saúde, onde foi abordada a universalização da saúde, como forma de superar o déficit da oferta de saúde à população^{5,6}. Entretanto, a assistência à saúde bucal até os anos 2000 foi caracterizada por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativas e mutiladoras com acesso restrito⁷⁻¹⁰.

No ano de 2003, o Ministério da Saúde, visando minimizar os problemas de saúde, lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que apresenta uma série de medidas com o objetivo de garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população^{11,12}.

A PNSB colaborou com a ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal¹³, por meio da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), instituídos pela Portaria nº 600, publicada pelo Ministério da Saúde em 2006, e atualizadas pela Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012^{14,15}.

Os CEO são clínicas especializadas/ambulatórios que ofertam serviços de odontologia gratuitos à população, devendo realizar no mínimo procedimentos de Diagnóstico bucal, com ênfase na detecção do câncer bucal, Periodontia especializada, Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, Endodontia e Atendimento a pacientes com necessidades especiais¹⁶.

De acordo com a estrutura, recurso de custeio e implantação, os CEO são classificados em Tipo I, quando apresentam 3 cadeiras odontológicas, Tipo II, quando apresentam entre 4 e 6 cadeiras, e Tipo III, acima de 7 cadeiras. Independentemente do Tipo, todos os CEO devem ofertar minimamente as cinco especialidades citadas anteriormente e todas as cadeiras devem funcionar por 40 horas semanais^{17,18}.

Dentre os requisitos mínimos para implantação dos CEO, o município deverá possuir uma rede de Atenção Básica organizada, além de manter uma produção mínima mensal exigida na Portaria GM/MS nº 1.464, de 24 de junho de 2011¹⁹, conforme disposto na Tabela 1. No entanto, considerando o papel dos CEO em reduzir as iniquidades de acesso aos serviços odontológicos especializados e, assim, propiciar reduções na morbidade em saúde bucal, esses serviços devem ser avaliados em prol da melhoria contínua do seu desempenho²⁰.

As avaliações dos CEO no Brasil ainda são incipientes, apesar de sua importância como instrumento de gestão e planejamento para os municípios²¹⁻²³. Por conseguinte, torna-se necessário avaliar o desempenho desses estabelecimentos de saúde, considerando os determinantes sociais, e assim, determinar prioridades de atendimento e organização da demanda dos serviços odontológicos²⁴.

Nessa lógica, o presente estudo teve por objetivo avaliar o desempenho dos CEO da 2ª Regional de Saúde do Paraná, e refletir sobre sua relação com os indicadores socioeconômicos dos municípios estudados.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo avaliativo com desenho ecológico, com base em dados secundários registrados no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS)²⁵, disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a partir da série histórica mensal da produção de procedimentos realizados nos CEO da 2ª Regional de Saúde do Paraná em 2014.

A Regional de Saúde do estudo compreende os seguintes municípios: Adrianópolis, Agudos Do Sul, Almirante Tamandaré, Araucária, Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Campina Grande do Sul, Campo do Tenente, Campo Largo, Campo Magro, Cerro Azul, Colombo, Contenda, Curitiba, Doutor Ulysses, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Lapa, Mandirituba, Piên, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras, Quitandinha, Rio Branco Do Sul, Rio Negro, São José dos Pinhais, Tijucas do Sul e Tunas do Paraná²⁶.

Como critérios de inclusão, foram admitidos os municípios que implementaram a atenção especializada em saúde bucal, até o período de 2014. Nessa lógica, foram incluídos os CEO dos municípios de Araucária, Colombo, Curitiba e São José dos Pinhais. As modalidades dos CEO avaliados eram do tipo II, exceto o CEO Sylvio Gevaerd, localizado em Curitiba, que estava enquadrado na modalidade tipo III.

Curitiba, durante o período do estudo apresentava dois CEO, um do tipo II e outro do tipo III. No entanto, por apresentar o mesmo código na base de dados do SIA/SUS, não foi possível a visualização separada das metas de cada estabelecimento, e optou-se por enquadrá-lo como um CEO único, na modalidade tipo III.

Coleta de dados

Os dados referentes à estrutura dos CEO e indicadores socioeconômicos, foram provenientes do banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)²⁷, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁸ e do Departamento de Atenção Básica (DAB)²⁹.

A coleta de informações sobre o desempenho dos CEO no SIA/SUS, durante o ano de 2014, procedeu-se pela utilização dos seguintes filtros de busca: município, ano processamento, quantidade apresentada, período, procedimento, complexidade (média complexidade).

Os procedimentos básicos, comuns às demais especialidades, não foram incluídos na avaliação, pelo fato de serem contabilizados em conjunto com a Atenção Básica, o que poderia interferir na fidedignidade dos resultados obtidos.

Posteriormente à coleta de dados, os resultados obtidos foram separados em subgrupos, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.464/2011¹⁹, que define a produção mínima mensal estabelecidas para cada tipo de CEO, por especialidade (TABELA 1).

Análise de dados

Os dados obtidos foram tabulados por meio do *software* Tabwin, versão 3.0. Posteriormente, exportados para o programa Microsoft Office Excel® 2013, seguida da categorização dos procedimentos, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.464/2011¹⁹.

A avaliação do desempenho foi realizada por intermédio do indicador de Cumprimento Global de Metas (CGM). Segundo Figueiredo e Goes (2009)³⁰, este indicador corresponde ao quociente resultante da média mensal de

procedimentos realizados de cada subgrupo de especialidades odontológicas pelo número de procedimentos correspondente à meta desse subgrupo multiplicado por 100, conforme disposto na Equação 1.

Os parâmetros que determinam o CGM estão dispostos na Tabela 1. Considerou-se a meta atingida quando o cumprimento percentual para cada subgrupo de procedimentos odontológicos foi igual ou superior a 100%. Portanto, o desempenho dos serviços foi classificado em: desempenho ruim (CEO que não atingiram nenhuma meta), desempenho regular (CEO que cumpriram apenas uma meta), desempenho bom (CEO que cumpriram duas metas) e desempenho ótimo (CEO que cumpriram as três metas)^{30,31}.

Os dados foram analisados utilizando o método de análise descritiva da distribuição de frequência relativa e absoluta, contextualizando-se os resultados com as características estruturais e socioeconômicas dos municípios estudados.

RESULTADOS

Tomando como base o ano de 2014, destaca-se que os municípios de Araucária, Curitiba e São José dos Pinhais alcançaram um desempenho ótimo na avaliação realizada. Entretanto, o CEO do município de Colombo não atingiu as metas em nenhuma das especialidades, obtendo um desempenho ruim, de acordo com o indicador de CGM (TABELA 2).

Ainda de acordo com a Tabela 2, o CEO de Araucária apresentou o melhor índice de CGM na especialidade de Periodontia com resultado de 1.223,15%. Seguido por Curitiba, que alcançou um resultado de 1.181,20% nos procedimentos da especialidade. No entanto, em contraste com o valor

encontrado em Araucária e Curitiba, Colombo obteve o pior índice de CGM na especialidade de Periodontia, com resultado de 20,65%.

A especialidade mais executada no município de Colombo foi a Endodontia, aproximando-o da meta do indicador CGM (95,69%). Contudo, o resultado é contraditório ao encontrado em Araucária, Curitiba e São José dos Pinhais, onde a mesma especialidade esteve entre as menos executadas.

Quanto aos dados estruturais dos CEO (TABELA 3), os resultados apontam que Colombo e São José dos Pinhais foram os municípios que apresentavam o menor número de equipes odontológicas (4), quando comparado aos demais municípios.

Em relação aos indicadores socioeconômicos (TABELA 4)^{28,29,32}, Curitiba apresentava a maior taxa populacional, cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, além do menor número de analfabetismo.

Colombo apresentou os piores resultados nos indicadores socioeconômicos, com o maior número de analfabetos (27,74%), resultado contrastante ao encontrado em Curitiba (11,45%). Quanto ao PIB *per capita*, Colombo é novamente o município que obteve o menor valor (759,81), seguido pelo município de Araucária (945,14) e São José dos Pinhais (961,31).

Quanto à Cobertura ESF, Araucária indicou a menor cobertura (58.650). Seguido por São José dos Pinhais (138.000) e Colombo (131.100). Quanto à população, Araucária apresentava o menor número populacional (135.459), e Curitiba o maior número (1.893.997), comparado aos demais municípios.

DISCUSSÃO

A avaliação dos serviços de saúde deve ser um processo contínuo, e assim, necessita constante atualização, a fim de manter sua veracidade. Para Silva et al.³³, a proposta de custeio pela produtividade, subverte a lógica da qualidade e se contrapõe à dinâmica de financiamento adotada pela Atenção Básica.

Uma das limitações para o presente estudo refere-se ao fato de que, no SIA/SUS, não é apresentada a produção do município de Curitiba de forma separada, já que o mesmo apresenta dois CEO, um tipo II e outro tipo III. Este fato pode gerar uma superestimação ou subestimação do real desempenho do CEO Rosário, dificultando o fornecimento de informações essenciais para gestores do município e possíveis comparações com outras regiões.

Outra limitação, compartilhada por outros autores^{21,22,30,31}, foi o uso de fontes secundárias, oriundas dos sistemas de informações do SUS, que pode resultar em estimativas enviesadas, conseqüente de erros de notificação. Porém, essas informações constituem uma importante fonte para o planejamento e tomada de decisão pelos profissionais e gestores.

A avaliação do desempenho dos CEO da 2ª Regional de Saúde do Paraná demonstrou que a maioria dos estabelecimentos conseguiram obter desempenho ótimo. Entretanto, é importante ressaltar que nem todos os municípios atingiram a meta de produtividade proposta pelo Ministério da Saúde, como o caso de Colombo. Essa mesma realidade foi semelhante à de outros achados da literatura, onde foram avaliados os desempenhos dos CEO em outras regiões do Brasil^{21,22,31,34,35}.

Figueiredo et al.³⁶, apontam que estudos têm mostrado avanços, tais como a ampliação da oferta, cobertura e utilização destes serviços, além do alto grau de satisfação dos seus usuários. Entretanto, ainda persiste como desafio o cumprimento de metas de produção, entendido como avaliação de desempenho dos CEO e dos fatores relacionados, enfatizando a necessidade de repensar o processo de avaliação atual, visto que, nem todos os municípios conseguem atingir as metas de produtividade.

Conforme observado em diversos estudos^{10,37,38}, as desigualdades socioeconômicas e geográficas influenciam as condições de saúde bucal. Portanto, tais fatores deveriam ser considerados quando se avalia o desempenho dos serviços de saúde.

Um fator importante e que chamou a atenção, foi que a especialidade de Endodontia esteve entre os procedimentos mais realizados em Colombo. Resultado semelhante ao encontrado por Thomaz et al.²¹, onde apontam que os CEO tipo II realizaram mais procedimentos de endodontia e cirurgia. Todavia, a mesma especialidade encontrou-se entre os procedimentos menos realizados nos municípios de Araucária, Curitiba e São José dos Pinhais. Quanto aos recursos, os municípios de Colombo e São José dos Pinhais possuíam o menor número de equipes odontológicas, quando comparados aos demais municípios. Tal situação pode limitar o número de atendimentos prestados à população, interferindo no desempenho destes municípios, corroborando com os achados de Emmi et al.³⁹, onde a falta de materiais de consumo e equipamentos resultavam em transtorno ao atendimento em alguns CEO avaliados.

Quando comparado o desempenho com a cobertura ESF, Goes et al.²² observaram que municípios com menor cobertura ESF obtiveram melhor

cumprimento de atenção secundária em saúde bucal. Porém, o resultado é contraditório ao encontrado no presente estudo, onde os municípios com maior cobertura ESF obtiveram melhor desempenho.

O IDH é outro fator que pode influenciar o desempenho dos CEO^{30,34,35}. Figueiredo e Goes³⁰, verificaram que a relação do IDH incide de forma proporcional no desempenho desses estabelecimentos. Ou seja, quanto menor o IDH, pior é o resultado alcançado. Este achado corrobora com os achados do presente estudo, onde o município de Colombo foi o que apresentou menor IDH, não atingindo nenhuma das metas.

Curitiba foi a cidade que apresentou os melhores indicadores socioeconômicos, além do maior contingente populacional. Tal fato, pode interferir diretamente no desempenho desses estabelecimentos de saúde²¹.

Comparado aos demais municípios, Colombo foi o que apresentou piores resultados nos indicadores socioeconômicos, registrando o maior número de analfabetos. Para Batistella⁴⁰, o grau de escolaridade é um elemento fundamental a ser considerado, tanto na análise dos determinantes da saúde, como na abordagem da população para o desenvolvimento de práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A baixa escolaridade pode atuar negativamente na formulação de conceitos de autocuidado em saúde⁴⁰. Reflexo observado na média de procedimentos mais realizados em Colombo, dentro das especialidades de Endodontia e Cirurgia oral.

Por conseguinte, é importante investir na avaliação dos serviços de saúde, considerando de forma individualizada a realidade de cada região. Conforme Machado et al.²⁰, as pesquisas podem encontrar fragilidades no

processo de trabalho dos serviços que comprometem seu objetivo. Assim, contribuem para uma atualização de instrumentos avaliativos como o caso do PMAQ-CEO.

Para Goes et al.²², poucos serviços se baseiam em estudos epidemiológicos para sua implantação. Este fator pode determinar que os CEO não atendam a verdadeira necessidade de saúde de determinada população, bem como apontam resultados, onde ocorre maior cumprimento de metas para Atenção Básica, especialmente cirurgia oral menor, em detrimento das demais especialidades. Demonstrando, assim, a necessidade de adequação da oferta de especialidades do CEO, tanto em número quanto em critérios de inclusão.

Os resultados encontrados demonstram a presença de fragilidades no processo de avaliação dos CEO. Dessa forma, a construção de instrumentos de avaliação do desempenho deve ponderar informações sobre as condições sociais e geográficas, assim como o padrão de uso dos serviços de saúde⁴¹, visto que tais variáveis podem interferir de diferentes maneiras sobre o desempenho desses estabelecimentos.

CONCLUSÃO

O desempenho dos CEO pode sofrer influência das características contextuais dos locais onde estão inseridos. Os municípios que apresentaram melhores indicadores socioeconômicos, foram os que obtiveram maior desempenho segundo os índices de CGM. Nesse contexto, observa-se a necessidade de repensar os métodos utilizados para avaliar o desempenho destes estabelecimentos, a fim de superar a lógica da produtividade, e assim, desenvolver outros mecanismos de avaliação que considerem a qualidade do

atendimento oferecido à população e a singularidade das questões intrínsecas a cada região, bem como seus indicadores epidemiológicos e socioeconômicos, visto que os fatores citados anteriormente podem influenciar no desempenho desses estabelecimentos de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Antunes JLF, Toporcov TN, Bastos JL, Frazão P, Narval PC, Peres MA. A saúde bucal na agenda de prioridades em saúde pública. Rev. Saúde Pública 2016;50-57. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050007093.pdf>. Acesso em 09 jun 2018.
2. WHO. World Health Assembly. Oral health: action plan for promotion and integrated disease prevention: report by Secretariat. Geneva: World Health Organization; 2007. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/22448>>. Acesso em: 22 ago. 2017.
3. Camurça VV, Almeida MEL, Alencar CHM, Camurça VV, Ramos Júnior AN. Saúde bucal na agenda da política de DST/AIDS no Brasil, Ceará e Fortaleza. Rev. APS. 2013;16(4):416-428.
4. Cardozo DP, Lesschaab L, Cunha MS, Costa CKF. Perfil da demanda de saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS). Rev. Orbis Latina. 2016;6(2):58-72.
5. Côrtes SMV. O Sistema Único de Saúde no Brasil: uma avaliação. Avaliação de Políticas Públicas. In: CEGOV Capacidade Estatal e Democracia. 2014.:179-194. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/108189/000948597.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 09 jun. 2018.

6. Batistella C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca AF, Corbo AD, organizadores. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz. 2007.:51-86.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. (Série Técnica: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde). Brasil, 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2017
8. Kornis GEM, Maia LS, Fortuna RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. Physis Rev. de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2011;21(1): 197-215.
9. Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008 (Coleção Temas em Saúde).
10. Spezzia S, Carneiro EM, Trindade LL. Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil. Rev. Bras. Odontol. Rio de Janeiro. 2015;72(1/2):109-113.
11. Balbino EC. Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Setor de Saúde, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, 2011.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília - DF 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Passo_a_Passo_Saude_Bucal_final.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2017.

13. Aquilante AG, Aciole GG. Construindo um “Brasil Sorridente”? Olhares sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal numa região de saúde do interior paulista. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2015;31(1):82-96.
14. 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, DF, 2015.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 600, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 58, p.52, 24 mar. 2006d. Seção 1. Disponível em: <
<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/03/2006&jornal=1&pagina=52&totalArquivos=104>>. Acesso em: 7 abr. 2017.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasil Sorridente Passo a Passo das Ações do Brasil Sorridente. Brasília – DF, 2013. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_a_passo_ceo.pdf>. Acesso em 06 abr. 2017.
17. Bulgareli JV, Faria ET, Ambrosano GMB, Vazquez FL, Cortelazzi KL, Meneghim MC, Mialhe FL, Pereira AC. Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. Rev Odontol. UNESP. 2013;42(4): 229-236.

18. 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, DF, 2015.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 121, p.112, 27 jun. 2011. Seção 1. Disponível em: <
<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=27/06/2011&jornal=1&pagina=112&totalArquivos=184>>. Acesso em: 7 abr. 2017.

20. Machado FCA, Silva JV, Ferreira MAF. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. Ciência & Saúde Coletiva. 2015;20(4):1149-1163.

21. Thomaz EBAF, Souza GMC, Queiroz RCS, Coimbra LC. Avaliação do Cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília. 2016;25(4):807-818.

22. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Júnior GA, Rosales MR. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2012;28(Sup):81-89.

23. Neto MTR, Assis LOM. Principais características do sistema de remuneração variável no choque de gestão em Minas Gerais: o acordo de

resultados e o prêmio por produtividade. *Gestão & Regionalidade*.

2010;26(76):75-90.

24. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(2):360-365.

25. SIA/SUS. Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde. Departamento da Atenção Básica. Ministério da Saúde (BR). Brasília; Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>>. Acesso em: 06 de mai. 2017.

26. SESA. Secretaria da Saúde do Estado do Paraná. Governo do Paraná [Internet]. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br>>. Acesso em: 06 de mai. 2017.

27. CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em:<<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 09 jun. 2018.

28. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [Internet]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 06 abr. 2017.

29. DAB. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Disponível em:< <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>. Acesso em: 09 jun. 2018.

30. Figueiredo N, Goes SA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2009;25(2):259-267.

31. Santana DA, Santos LPS, Carvalho FS, Carvalho CAP. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2015nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201400030122.pdf>> Acesso em: 06 abr. 2017.

32. IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Governo do Estado do Paraná [Internet]. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/>>. Acesso em: 06 abr. 2017.
33. Silva NA, Zina LG, Silva MAM, Wernewck MAF, Abreu MHNG, Goes PSA, 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/ Organizadores, Nilcema Figueiredo, Paulo Sávio Angeiras de Goes, Petrônio José de Lima Martelli – Recife: Editora UFPR, 2016.
34. Herkrath FJ, Herkrath APCQ, Costa LNBS, Gonçalves MJF. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. Saúde em Debate. Rio de Janeiro. 2013;37(96):148-158.
35. Cortellazi KL, Balbino EC, Guerra LM, Vazquez FL, Bulgareli JV, Ambrosanol GMB, Pereira AC, Mialhe FL. Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. Rev. Bras Epidemiol. 2014;17(4):978-988.
36. Figueiredo N, Goes PSA, Martelli P. In: Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE PMAQ/CEO): resultados principais [recurso eletrônico] / organizadores: Nilcema Figueiredo, Paulo Sávio Angeiras de Goes, Petrônio José de Lima Martelli. – Recife: Editora UFPE, 2016.
37. Park J-B, Han K, Park Y-G, Ko Y. Association between socioeconomic status and oral health behaviors: The 2008–2010 Korea national health and

nutrition examination survey. *Experimental and Therapeutic Medicine*.

2016;12(4):2657–2664.

38. Newacheck PW, Hung YY, Park MJ, Brindis CD, Irwin Junior CE. Disparities in Adolescent Health and Health Care: Does Socioeconomic Status Matter?

Health Services Research. 2003;38(5):1235-1252.

39. Emmi DT, Meira GF, Rebelo MAB, Martelli PJJ, Barroso RFF. Análise da ambiência estrutural dos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil.

In: *Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil/ Organizadores,*

Nilcema Figueiredo, Paulo Sávio Angeiras de Goes, Petrônio José de Lima Martelli – Recife: Editora UFPR, 2016.

40. Batistella C. Análise da Situação de Saúde: Análise da Situação de Saúde: principais problemas de saúde da população brasileira. Disponível em:<

http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/includes/header_pdf.php?id=507&ext=.pdf&titulo=Cap%EDtulo%204>. Acesso em: 29 mai. 2018.

41. Bulgareli JV, Faria ET, Cortelazzi KL, Guerra LM, Meneghim MC,

Ambrosano GMB, Frias AC, Pereira AC. Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. *Rev Saude Publica*.

2018;52(44):1-9.

TABELA 1

Produção mínima mensal exigida para os diferentes tipos de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)

Procedimentos	Tipo de CEO		
	Tipo I	Tipo II	Tipo III
Periodontia	60	90	150
Endodontia	35	60	95
Cirurgia	80	90	170

FONTE: Adaptado de Portaria GM/MS nº 1.464/2011¹⁹.

EQUAÇÃO 1. Indicador de Cumprimento Global de Metas (CGM)

$$\frac{\text{Quantidade de procedimentos realizados durante } n \text{ meses referente a cada subgrupo de especialidades odontológicas}}{\text{Número de procedimentos correspondente à meta deste subgrupo por } n \text{ meses}} \times 100 \quad (1)$$

FONTE: Adaptado de Santana et al. 2015³¹.

TABELA 2

Média de procedimentos mensais e desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) analisado por meio do indicador de Cumprimento Global de Metas (CGM), da 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2014

CEO	Procedimentos ¹	Média mensal de procedimentos ²	Cumprimento Global de Metas ³	Meta atingida	Classificação
Araucária	Periodontia	1100,83	1223,15%	Sim	Ótimo
	Endodontia	163,58	272,64%	Sim	Ótimo
	Cirurgia oral	168,92	187,69%	Sim	Ótimo
Colombo	Periodontia	18,58	20,65%	Não	Ruim
	Endodontia	57,42	95,69%	Não	Ruim
	Cirurgia oral	42,5	47,22%	Não	Ruim
Curitiba	Periodontia	1063,08	1181,20%	Sim	Ótimo
	Endodontia	787,75	829,21%	Sim	Ótimo
	Cirurgia oral	919,92	541,13%	Sim	Ótimo
São José dos Pinhais	Periodontia	150,42	167,13%	Sim	Ótimo
	Endodontia	86,33	143,89%	Sim	Ótimo
	Cirurgia oral	219,67	244,07%	Sim	Ótimo

¹ Procedimentos – fonte: Portaria GM/MS nº 1.464/2011¹⁹.

² Média mensal de procedimentos – fonte: Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), 2014²⁵.

³ Indicador de Cumprimento Global de Metas (anual) – fonte: Goes et al. (2012)²².

TABELA 3

Distribuição dos profissionais dos CEO da 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná, 2014

CEO	Equipo odontológico (N)	Cirurgiões-Dentistas (N)	CD/Equipo (%)
Araucária	5	11	2,2
Colombo	4	16	4
Curitiba*	21	50	2,3
São José dos Pinhais	4	12	3

FONTE: Cadastro Nacional de Estabelecimentos, 2018²⁷.

* CEO Sylvio Gevaerd e Rosário.

TABELA 4

Variáveis socioeconômicas e cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família na 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2014

Município	População	Cobertura ESF	IDH	PIB per capita	Analfabetismo
Araucária	135.459	58.650	0,74	945,14	21,18%
Colombo	234.941	131.100	0,733	759,81	27,74%
Curitiba	1.893.997	814.200	0,823	1.802,45	11,45%
São José dos Pinhais	302.759	138.000	0,758	961,31	20,35%

FONTE: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico Social – IPARDES³², Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁸ e Departamento de Atenção Básica (DAB)²⁹.

7 Artigo 5 - Centros de Especialidades Odontológicas: construção de indicadores de desempenho sob a ótica dos trabalhadores⁵

Centers of Dental Specialties: construction of performance indicators under the optics of workers

Resumo

A busca pela maior efetividade no desempenho dos Sistemas e Serviços de Saúde vem modificando os processos avaliativos e, em particular, as avaliações de desempenho. Nessa conjuntura, é necessário repensar o processo de avaliação dos serviços de Atenção Especializada sob a perspectiva dos trabalhadores, cirurgiões-dentistas, que atuam nestes estabelecimentos, almejando consolidar a atenção em saúde bucal. O objetivo do presente estudo foi elaborar uma matriz de indicadores de avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) sob a ótica dos cirurgiões-dentistas lotados nos CEO da 2ª Regional de Saúde do Paraná, que atuavam nas especialidades de Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, Periodontia especializada, Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, Endodontia e Atendimento a portadores de necessidades especiais. Para tal, foi utilizada a Técnica de Grupo Nominal (TGN) como estratégia para construção de consenso a respeito de quais seriam os indicadores mais adequados para avaliá-los. A 1ª etapa do Grupo Nominal contou com a participação de 31 cirurgiões-dentistas, onde foram criados 37 indicadores de desempenho. Já na 2ª etapa, realizada por meio do programa *Qualtrics Research Suite*, participaram 23 cirurgiões-dentistas, resultando na seleção de 30 indicadores de saúde bucal. Concluiu-se que a inclusão dos trabalhadores no processo de formulação de seus próprios indicadores de desempenho fortalece o vínculo com o serviço, devido ao empoderamento proporcionado por essa construção conjunta.

Palavras-chave: pesquisa sobre serviços de saúde; atenção secundária à saúde; serviços de saúde bucal; diretrizes para o planejamento em saúde.

⁵ Artigo a ser submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública – ISSN (Online) 1678-4464

Abstract

The search for greater effectiveness in the performance of the Health Systems and Service has been modifying the evaluation processes and, in particular, the performance evaluations. At this juncture, it is necessary to rethink the process of evaluation of Specialized Care services from the perspective of the workers, Dental Surgeons, who work in these establishments, aiming to consolidate the attention in oral health. The objective of the present study was to elaborate a matrix of indicators of evaluation of the Specialized Dental Clinics (CEO) from the point of view of the Dental Surgeons filled in the CEO of the 2nd Health Regional of Paraná, who worked in the specialties of Oral Diagnosis, with emphasis on diagnosis and detection of oral cancer, Specialized periodontics, Minor oral surgery of soft and hard tissues, Endodontics and Attention to people with special needs. For this purpose, the Nominal Group Technique (TGN) was used as a strategy to build consensus on which indicators are the most adequate to evaluate them. The first stage of the Nominal Group was attended by 31 Dental Surgeons, where 37 performance indicators were created. In the second stage, conducted through the Qualtrics *Research Suite* program, 23 Dental Surgeons participated, resulting in the selection of 30 indicators of oral health. It was concluded that the inclusion of workers in the process of formulating their own performance indicators strengthens the link with the service due to the empowerment provided by this joint construction.

Keywords: health services research; secondary care; dental health services; health planning guidelines.

Introdução

Após a publicação do relatório intitulado *The World health report 2000: health systems: improving performance*, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano 2000¹, a avaliação de desempenho de Sistemas de Saúde ganhou destaque nos debates². Contudo, a mensuração de desempenho de objetos complexos, exige uma visualização mais ampla do problema, pois este não recai apenas na dimensão paradigmática-conceitual. A compreensão de “Sistema de Saúde” deve considerar a compatibilidade dos indicadores dentro de seu contexto³.

Devido à intensa ênfase nos resultados obtidos, o paradigma gerencialista recomenda atenção ao planejamento e à gestão estratégica. Nessa conjuntura, o processo de “gestão por resultados” de forma mercantilizada, deposita nas metas a redução da

administração, sendo estas representantes de todo o processo, intrínsecas aos processos organizacionais, como a qualidade³.

No Brasil, em âmbito acadêmico, chegou-se a um consenso quanto à importância da avaliação do desempenho, que resultou na elaboração de um quadro teórico-conceitual, proposto pelo Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (PROADESS), iniciado em 2001. O objetivo era compreender quais e como se inter-relacionam os fatores que influenciam a eficiência, a efetividade e a equidade no desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) com a finalidade de subsidiar a formulação de políticas e monitorar as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços recebidos².

Por conseguinte, para contribuir para a análise e monitoramento do desempenho, indicadores têm sido empregados devido à capacidade de prover informações essenciais ao fortalecimento da capacidade analítica das equipes³, além de contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas pautadas na implantação de programas de saúde direcionados à população-alvo. Como exemplo, temos a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), onde os resultados visam subsidiar o planejamento de programas de saúde⁴.

Manter o foco apenas em resultados finais não garante informações substantivas para gestores e demais agentes decisórios sobre alternativas e inflexões necessárias para a condução do programa. Dessa forma, para avançar em modelos explicativos e práticas efetivas, é importante analisar profundamente o desenho lógico dos programas, os obstáculos, as resistências e também as oportunidades de cada contexto, assim como a natureza das mudanças ao longo do tempo⁵.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), instituídos pelas Portarias nº 599 e nº 600, ambas publicadas pelo Ministério da Saúde em 2006, e atualizadas pela Portaria nº 1341, de 13 de junho de 2012, constituem a estratégia da PNSB que tem como objetivo garantir a atenção pública em saúde bucal no país⁶. Estes estabelecimentos de saúde prestam serviços de média complexidade em saúde bucal com o objetivo de garantir a referência e a contrarreferência para as equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. Entre os requisitos mínimos para implantação dos CEO, destaca-se que o município deve possuir uma rede de Atenção Primária à Saúde organizada e manter a produção mínima mensal exigida na Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011⁷.

Os CEO devem ofertar no mínimo os procedimentos de Diagnóstico bucal, com ênfase na detecção do câncer bucal, Periodontia especializada, Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, Endodontia e Atendimento a pacientes com necessidades

especiais⁸. Entretanto, outros procedimentos também podem ser disponibilizados na Atenção Especializada, tais como reabilitação protética, tratamento ortodôntico e implantes dentários, de acordo com as demandas assistenciais da população⁹.

Apesar do papel social dos CEO em reduzir as iniquidades de acesso aos serviços odontológicos especializados e, assim, reduzir a morbidade relacionada à saúde bucal, esses serviços devem ser avaliados em prol da melhoria contínua do seu desempenho. No entanto, não existia, até então, no Brasil, uma política de avaliação desses estabelecimentos. Recentemente, em fevereiro de 2013, o Governo Federal expandiu o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) aos CEO (PMAQ-CEO) como estratégia de qualificar os serviços especializados em saúde bucal. Porém, em sua primeira fase, a avaliação continuou pautada na produtividade desses estabelecimentos^{9,10}.

Segundo Silva et al. (2016)¹¹, a meta de produtividade estabelecida pelo Ministério da Saúde para as diferentes especialidades dos CEO, como proposta de custeio das ações pelo componente da produtividade, subverte a lógica da qualidade, contrapondo-se com a dinâmica de financiamento adotada na atenção primária, capaz de incentivar o cuidado longitudinal sem se preocupar com a produção.

Assim, torna-se oportuno o desenvolvimento de novas metodologias de avaliação que permitam identificar suas fragilidades, acertos e potencialidades, possibilitando a correção de possíveis falhas e a busca por novas metas e indicadores na organização da atenção secundária à saúde bucal, haja vista que várias pesquisas no campo da avaliação dos CEO revelaram baixo desempenho no cumprimento das metas de produção propostas pelo Ministério da Saúde^{12,13,14,15}.

Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi elaborar uma matriz de indicadores de avaliação dos CEO sob a ótica dos Cirurgiões-Dentistas lotados nos CEO da 2ª Regional de Saúde do Paraná.

Métodos

Tratou-se de um estudo avaliativo, de caráter qualitativo, onde a construção dos indicadores de desempenho foi desenvolvida após o consenso entre Cirurgiões-Dentistas lotados nos CEO da 2ª Regional de Saúde do Paraná, nos municípios de Araucária, Colombo e Curitiba, por meio da Técnica de Grupo Nominal (TGN).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (ANEXO 1), parecer número 1.878.484, e pela Secretaria e Coordenação de Saúde Bucal dos Municípios que concordaram participar da pesquisa (ANEXOS 2, 3 E 4). A coleta de dados iniciou-se após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1), conforme a Resolução CONEP 466/2012.

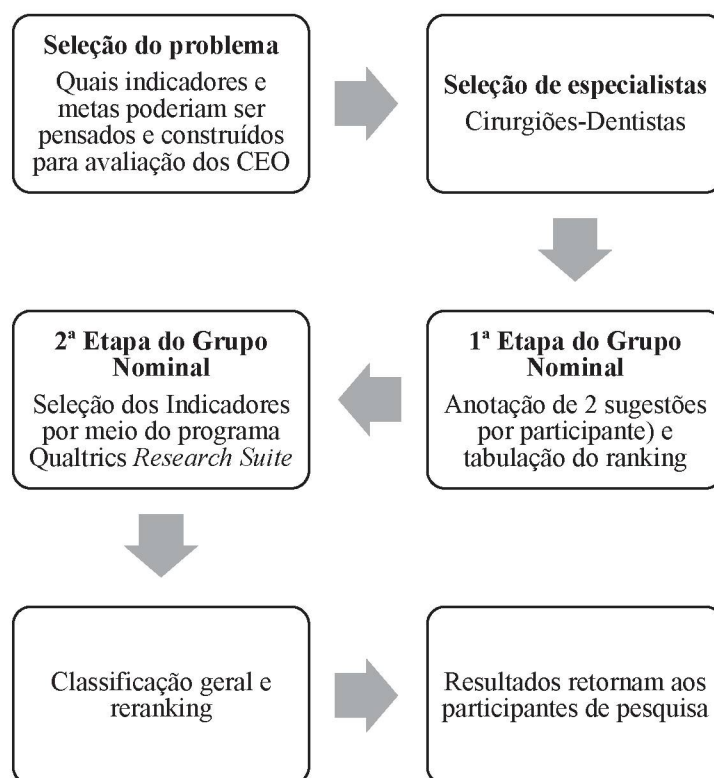
Os critérios de inclusão foram os municípios que implementaram a Atenção Especializada até o período de 2015, incluindo apenas os Cirurgiões-Dentistas que realizavam as especialidades de Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, Periodontia especializada, Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, Endodontia e Atendimento a portadores de necessidades especiais. Assim, foram incluídos os CEO dos municípios de Araucária, Colombo e Curitiba. As modalidades dos CEO avaliados foram do Tipo II, exceto Curitiba, que possuía um CEO enquadrado na modalidade Tipo III.

Após a aplicação dos critérios, cinco cirurgiões-dentistas foram excluídos por exercerem especialidades diferentes das especialidades mínimas exigidas nos CEO, resultando em 31 participantes de pesquisa. A coleta de dados primários foi realizada por meio da TGN, que consistiu na sugestão individual por escrito de indicadores e metas, e aplicação de questionário online por meio do programa Qualtrics *Research Suite*, como estratégia para construção conjunta a respeito de quais os indicadores mais adequados para avaliar os CEO.

A TGN, também conhecida como ‘painel de especialistas’, foi desenvolvida nos Estados Unidos na década de 1960, e vem sendo utilizada na área da saúde, no sentido de geração de consenso para a tomada de decisões¹⁶. A técnica consiste de uma reunião estruturada para coleta de informações relevantes sobre uma questão específica¹⁷.

Nesse sentido, o Grupo Nominal foi delineado em cada CEO participante e estruturado conforme demonstrado na Figura 1:

FIGURA 1. REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA TÉCNICA DE GRUPO NOMINAL (TGN)



FONTE: Adaptado de JONES; HUNTER, 1995¹⁶.

A segunda parte da TGN foi realizada por meio do programa *Qualtrics Research Suite* (ANEXO 5), ferramenta de criação e gestão de questionários online. Segundo Machado (2011)¹⁸, “o Qualtrics é uma ferramenta online que possibilita criar, distribuir, controlar as respostas recebidas e tratar os dados”.

Na 2ª etapa do Grupo Nominal, os participantes de pesquisa responderam o questionário online, que apresentava os indicadores criados na 1ª etapa do Grupo Nominal. Para tal, foram disponibilizados os *links* de acesso, por especialidade, assim como a descrição, método de cálculo e fonte de cada indicador (APÊNDICE 3). Dessa forma, cada participante era direcionado apenas ao questionário de sua área de atuação no CEO. Para a seleção dos indicadores, o participante poderia escolher entre as opções “concordo com o indicador” ou “não concordo com o indicador”. Caso não concordasse, o mesmo deveria informar no campo disponibilizado, o motivo pelo qual não concordava. Nessa conjuntura, os indicadores selecionados foram aqueles que obtiveram 70% ou mais de aprovação.

Resultados

A Primeira etapa do Grupo Nominal contou com a participação de 31 cirurgiões-dentistas dos CEO da 2ª Regional de Saúde do Paraná. Dentre os cirurgiões-dentistas, seis eram do município de Araucária; 21 do município de Curitiba, sendo nove do CEO Rosário e 12 do CEO Sylvio Gevaerd; e quatro do município de Colombo.

A Tabela 1 apresenta o número de profissionais que participaram da TGN dos CEO da 2ª Regional de Saúde do Paraná.

Tabela 1 – Profissionais lotados nos CEO da 2ª Regional de Saúde do Paraná, participantes de pesquisa, 2017

ESPECIALIDADE	CIRURGIÕES-DENTISTAS (N)			
	CEO Araucária	CEO Curitiba (Rosário)	CEO Curitiba (Sylvio Gevaerd)	CEO Colombo
Cirurgia oral menor	1	-	2	1
Atendimento a portadores de necessidades especiais	1	2	-	1
Diagnóstico bucal	1	1	3	1
Endodontia	3	6	5	1
Periodontia especializada	-	-	2	-
Total	6	9	12	4

FONTE: O autor, 2017.

Cada cirurgião-dentista contribuiu com duas sugestões de indicadores, que em sua opinião, deveriam ser incluídos, em sua especialidade de atuação, para avaliar o desempenho no CEO. Posteriormente, os indicadores foram tabulados de acordo com as especialidades dos participantes de pesquisa, sendo que as sugestões semelhantes foram agrupadas (QUADRO 1).

Quadro 1 - Indicadores de desempenho sugeridos pelos Cirurgiões-Dentistas dos CEO após a 1ª etapa da TGN, 2017

Especialidade	Indicadores
Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros	N. de consultas de avaliação para atendimento na Cirurgia oral
	Razão de n. de consultas de avaliação para atendimento na Cirurgia oral e n. de procedimentos de Cirurgia oral
	N. de encaminhamentos de casos complexos de Cirurgia oral para outros serviços (faculdades e universidades)
	Absenteísmo após a consulta inicial em Cirurgia oral
	Grau de complexidade do procedimento cirúrgico de dente retido
	Fácil: Posição vertical (Pell & Gregory, 1933)
	Médio: Posição mesioangular (Winter, 1926) / Posição distoangular (Winter, 1926)
Difícil: Posição transalveolar (Winter, 1926) / Posição invertida (Winter, 1926)	

Atendimento a portadores de necessidades especiais	Proporção de PNE acompanhados no CEO com 4 consultas odontológicas Primeira consulta programática ao PNE no CEO N. de PNE atendidos que necessitaram contenção física total (braços, tronco e pernas) N. de PNE atendidos que necessitaram contenção física parcial (pernas e tronco) N. de PNE que necessitaram de sedação com óxido nitroso N. de atendimento hospitalar sob anestesia geral em PNE Orientação de Higiene Bucal Supervisionada do PNE direcionada aos pais e/ou responsáveis N. de atendimentos de emergência/urgência odontológica em PNE N. de consultas de condicionamento/adaptação do PNE
Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca	Média de tempo de espera do resultado da biópsia de lesões bucais N. de resultados da biópsia com prazo menor ou igual a 30 dias Relação entre a estimativa de incidência de câncer de boca e o diagnóstico durante o ano N. de encaminhamentos para atenção oncológica hospitalar de pacientes com confirmação de câncer de boca Razão entre n. de pacientes atendidos na atenção oncológica hospitalar e o n. de pacientes com diagnóstico confirmado de câncer de boca N. de encaminhamento de pacientes com diagnóstico de lesão maligna ou diagnóstico de lesões com necessidade de atenção cirúrgica/ambulatorial complexa na região de cabeça e pescoço N. de casos de diagnóstico de doenças de manejo não-cirúrgico N. de retorno semestral dos pacientes não resolutivos de lesões precursoras de câncer de boca
Endodontia	N. de tratamentos endodônticos em sessão única N. de condutos radiculares obturados (e não por dente) Absenteísmo na consulta endodôntica inicial Absenteísmo durante o tratamento endodôntico N. de pacientes com retratamento endodôntico no mesmo dente N. de encaminhamento para tratamento de perfurações radiculares N. de consultas de proervação e acompanhamento após o tratamento endodôntico (até 30 dias) N. de exodontias em dentes que realizam anteriormente tratamento endodôntico N. de encaminhamentos que necessitam de aumento de coroa clínica previamente ao tratamento endodôntico N. de acessos radiculares em dentes com indicação de Endodontia que deveriam ter sido realizados na UBS N. de acidentes com sistema rotatório N. de tratamentos endodônticos de acordo com a faixa etária
Periodontia especializada	N. de pacientes comprometidos sistemicamente que realizam tratamento periodontal N. de consultas de retorno para acompanhamento do tratamento periodontal N. pacientes atendidos pela periodontia que foram posteriormente atendidos e acompanhados na Atenção Básica

FONTE: O autor (2017).

As sugestões dos participantes de pesquisa durante a 1ª etapa do Grupo Nominal resultaram em 37 indicadores, sendo cinco de Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, nove de Atendimento a portadores de necessidades especiais, oito de Diagnóstico

bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, 12 de Endodontia e três de Periodontia especializada.

A 2ª etapa do Grupo Nominal contou com a participação de 23 Cirurgiões-Dentistas, dos quatro CEO, distribuídos nas seguintes especialidades: cinco de Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, quatro de Atendimento a portadores de necessidades especiais, cinco de Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, seis de Endodontia e três de Periodontia especializada.

Os indicadores selecionados na 2ª etapa do Grupo Nominal encontram-se disponibilizados na Tabela 2.

Tabela 2 - Matriz de indicadores de desempenho construída pelos Cirurgiões-Dentistas dos CEO após a 2ª etapa da TGN, 2018

Especialidade	Indicadores	Aprovação N (%)
Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros	Razão de n. de consultas de avaliação para atendimento na Cirurgia oral e n. de procedimentos de Cirurgia oral	80
	N. de encaminhamentos de casos complexos de Cirurgia oral para outros serviços (faculdades e universidades)	80
	Absenteísmo após a consulta inicial em Cirurgia oral	80
Atendimento a portadores de necessidades especiais	Proporção de PNE acompanhados no CEO com 4 consultas odontológicas	100
	Primeira consulta programática ao PNE no CEO	100
	N. de PNE que necessitaram de sedação com óxido nitroso	75
	N. de atendimento hospitalar sob anestesia geral em PNE	100
	Orientação de Higiene Bucal Supervisionada do PNE direcionada aos pais e/ou responsáveis	75
	N. de atendimentos de emergência/urgência odontológica em PNE	75
Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca	N. de consultas de condicionamento/adaptação do PNE	100
	Média de tempo de espera do resultado da biópsia de lesões bucais	100
	N. de resultados da biópsia com prazo menor ou igual a 30 dias	100
	Relação entre a estimativa de incidência de câncer de boca e o diagnóstico durante o ano	100
	N. de encaminhamentos para atenção oncológica hospitalar de pacientes com confirmação de câncer de boca	100
	Razão entre n. de pacientes atendidos na atenção oncológica hospitalar e o n. de pacientes com diagnóstico confirmado de câncer de boca	100
	N. de encaminhamento de pacientes com diagnóstico de lesão maligna ou diagnóstico de lesões com necessidade de atenção cirúrgica/ambulatorial complexa na região de cabeça e pescoço	100
	N. de casos de diagnóstico de doenças de manejo não-cirúrgico	80
N. de retorno semestral dos pacientes não resolutivos de lesões precursoras de câncer de boca	80	

Endodontia	N. de condutos radiculares obturados (e não por dente)	100
	Absenteísmo na consulta endodôntica inicial	100
	Absenteísmo durante o tratamento endodôntico	100
	N. de pacientes com retratamento endodôntico no mesmo dente	100
	N. de encaminhamento para tratamento de perfurações radiculares	100
	N. de exodontias em dentes que realizam anteriormente tratamento endodôntico	83,33
	N. de encaminhamentos que necessitam de aumento de coroa clínica previamente ao tratamento endodôntico	100
	N. de acessos radiculares em dentes com indicação de Endodontia que deveriam ter sido realizados na UBS	100
	N. de tratamentos endodônticos de acordo com a faixa etária	100
Periodontia especializada	N. de pacientes comprometidos sistemicamente que realizam tratamento periodontal	100
	N. de consultas de retorno para acompanhamento do tratamento periodontal	100
	N. pacientes atendidos pela periodontia que foram posteriormente atendidos e acompanhados na Atenção Básica	100

FONTE: O autor, 2018.

A 2ª etapa do Grupo Nominal resultou na seleção de 30 indicadores de saúde bucal, sendo três de Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, sete de Atendimento a portadores de necessidades especiais, oito de Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, nove de Endodontia e três de Periodontia especializada.

Discussão

A construção de indicadores envolvendo os trabalhadores subverte a abordagem *top-down*, ou seja, onde as metas são desenvolvidas por pessoas que estão fora da realidade dos serviços. Para Silva et al. (2016)¹¹, a inclusão dos trabalhadores no processo de formulação de indicadores, fortalece o vínculo com o estabelecimento, devido ao fato de participar de algo que ele próprio ajudou a construir.

No presente estudo, foi possível criar 30 indicadores de desempenho nas diferentes especialidades, sob a lógica dos trabalhadores. No entanto, observa-se que o número de indicadores sugeridos foi superior na especialidade de Endodontia, provavelmente devido à maior procura dos usuários e número de profissionais envolvidos.

Para Alves et al. (2017)¹⁹, a construção de indicadores quantitativos se caracteriza como proveniente da lógica quantitativa, principalmente por meio de escalas. Entretanto,

essa forma de construção de indicadores, em geral, reduz a questão da singularidade e da individualidade às proposições estabelecidas na perspectiva do pesquisador, resultando em indicadores que permanecem externos aos sujeitos investigados.

Por outro lado, a construção de indicadores qualitativos, por meio de estratégias qualitativas possui a capacidade de expressão da voz, sentimentos, pensamentos e práticas desenvolvidas pelos atores que estão envolvidos no processo avaliativo²⁰.

Ao trabalhar desta forma, por meio da TGN, promove-se a geração de ideias coletivas por meio do incentivo à participação, permitindo a interação dos diversos saberes envolvidos no assunto, visa a geração de consensos, possibilitando assim criar compromisso com o material produzido coletivamente, principalmente quando o objetivo é identificar e propor estratégias de ação^{16,17}.

Inicialmente, uma das limitações encontradas para avaliação das metas de produtividade estabelecidas para cada tipo de CEO, por especialidade, conforme a Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24 de junho de 2011, foi em relação à especialidade de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, pois esta é a única especialidade que não possui uma lista de procedimentos a serem realizados. Dessa forma, a produção realizada pelos profissionais desta área acaba sendo contabilizada à outras especialidades, que possuem o registro do procedimento incluso na lista da Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24 de junho de 2011.

Outra limitação encontrada por Silva et al. (2016)¹¹, e que de certa forma acabou influenciando na construção dos indicadores, em relação às ações e serviços desenvolvidos nos CEO, diz respeito à dificuldade dos profissionais em diferenciar o que de fato constitui procedimentos da Atenção Básica em saúde bucal, dos serviços ofertados pelos CEO (mesmo com a existência de protocolos clínicos), o que acaba distanciando o ordenamento da rede de saúde bucal da aplicabilidade prática.

Outro fato importante em relação às metas de desempenho construídas pelos cirurgiões-dentistas foi a dificuldade de romper a visão pautada na produtividade em detrimento da qualidade. Tal fato pode ser explicado pelo tempo de serviço que o cirurgião-dentista trabalha no processo de cobrança por metas, que pode acabar limitando a visão de outras formas de avaliação.

Ainda, segundo Silva et al. (2016)¹¹, é fundamental que, frente às metas propostas e às condições de trabalho, as equipes de saúde bucal dos CEO estabeleçam a realização sistemática de reuniões para avaliar o andamento das ações planejadas, a existência de

eventuais problemas e resultados alcançados, e se for preciso, possam replanejar estas ações, a fim de consolidar o processo de trabalho nos CEO.

Conclusão

A inclusão dos trabalhadores no processo de formulação de seus próprios indicadores fortalece o vínculo com o serviço, devido ao empoderamento proporcionado por essa construção conjunta. Contudo, ainda persiste o desafio de romper a visão produtivista em detrimento da qualidade da atenção à saúde bucal, já que os profissionais, na sua maioria, indicaram indicadores de produção.

Referências

1. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health systems: improving performance. Geneva: WHO, 2000.
2. Albuquerque C, Martins M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. *Saúde debate*, 41 (spe), 2017.
3. Carnut L, Narvai PC. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. *Saúde Soc.*, v.25, n.2, p.290-305, 2016.
2. Reis AC, Santos EM, Arruda MR, Oliveira PTR. Estudo exploratório dos modelos de avaliação de desempenho em saúde: uma apreciação da capacidade avaliativa. *Saúde Debate*, v. 41, n. especial, 2017.
3. RIPSA. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em 19, agosto de 2016.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 116 p.: il.
5. Magalhães R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 21, n. 6, 2016.

6. Kitamura ES, Bastos RR, Palma PV, Leite ICG. Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, vol. 25, n. 1, 2016.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília - DF 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Passo_a_Passo_Saude_Bucal_final.pdf>. Acesso em: 14 out. 2016.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasil Sorridente Passo a Passo das Ações do Brasil Sorridente. Brasília – DF, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passos_a_passo_ceo.pdf>. Acesso em 03 abr. 2016.
9. Machado FCA, Silva JV, Ferreira MAF. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 20, n. 4, 2015.
10. Lima ACS, Cabral ED, Vasconcelos MMVB. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, vol. 26, n. 5, 2010.
11. Silva NA, Zina LG, Silva MAM, Werneck MAF, Abreu MHNG, Goes PSA, 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/ Organizadores, Nilcema Figueiredo, Paulo Sávio Angeiras de Goes, Petrônio José de Lima Martelli – Recife: Editora UFPE, 2016.*
12. Silva FR, Padilha EZ, Baldani MH. Serviços odontológicos especializados nas cidades médias não metropolitanas do estado do Paraná, entre 2003 e 2010: estudo exploratório. *Epidemiol. Serv. Saúde*, vol. 22, n. 4, 2013.
13. Figueiredo N, Goes SA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, vol. 25, n. 2, 2009.
14. Santana DA, Santos LPS, Carvalho FS, Carvalho CAP. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia. *Cad. Saúde Colet.*, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2015nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201400030122.pdf>> Acesso em: 17 out. 2016.

15. Pires ALC, Gruendemann JLAL, Figueiredo GS, Conde MCM, Corrêa MB, Chisini LA. Atenção secundária em saúde bucal no RS: análise descritiva da produção especializada em municípios com CEO com base no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. RFO, v. 20, n. 3, 2015.
16. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. BMJ, vol. 311, 1995.
17. Campos RTO, Miranda L, Gama CAP, Ferrer AL, Diaz AR, Gonçalves L, Trapé TL. Oficinas de construção de indicadores e dispositivos de avaliação: uma nova técnica de consenso. Estudo e Pesquisas em Psicologia, nº1, 2010. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/html/v10n1a15.html#mailfim>. Acesso em: 29 abr. 2016.
18. Machado C. E-questionários: utilizando o Qualtrics Research Suite no contexto acadêmico. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/309284402_E-questionarios_utilizando_o_Qualtrics_Research_Suite_no_contexto_academico. Acesso em: 20 jul. 2018.
19. Alves PF, Kantorski LP, Coimbra VCC, Oliveira MM, Silveira KL. Indicadores qualitativos de satisfação em saúde mental. Saúde Debate, vol. 41, n. especial, 2017.
20. Minayo MCS. A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de Saúde, São Paulo. In: ONOCKO-CAMPOS, R. et al. (Org.). Pesquisa avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec, 2008, p. 15-19.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos que executam serviços de média complexidade em saúde bucal. Atualmente, a avaliação destes estabelecimentos continua pautada na produtividade. Assim, o objetivo do presente estudo foi elaborar uma matriz, pelo ponto de vista do profissional que produz o cuidado em saúde bucal. Para atingir tal objetivo o primeiro artigo analisou o processo de formulação e implantação da PNSB e dos CEO, por meio da análise do ciclo de políticas públicas. Verificou-se que, apesar do avanço na oferta de atenção em saúde bucal no Brasil, ainda persiste a necessidade de ampliar o investimento na implantação e na melhoria dos CEO existentes, de modo a garantir a integralidade do atendimento à população. O artigo 2 identificou os indicadores, utilizados em pesquisas avaliativas e no planejamento em saúde bucal, existentes no Brasil. Tal estudo resultou em 60 indicadores de saúde bucal, classificados de acordo com a dimensão avaliada em: usuário (avaliação da saúde, satisfação, expectativas e percepções, e outros indicadores subjetivos), profissional (desempenho, satisfação, e outros indicadores subjetivos), e Sistemas de Saúde. O terceiro artigo buscou elucidar o perfil dos cirurgiões-dentistas, e o processo de trabalho dos profissionais lotados nos CEO de Curitiba e Região Metropolitana. Tal estudo resultou em uma amostra de 54 cirurgiões-dentistas, onde verificou-se que ainda é necessário desenvolver sistemas que favoreçam o processo de trabalho destes profissionais, a fim de ampliar a qualidade dos serviços ofertados à população. O quarto artigo objetivou avaliar o desempenho dos CEO da 2ª Regional de Saúde do Paraná, e refletir sobre sua relação com os indicadores socioeconômicos dos municípios estudados. Em tal estudo, verificamos que no ano de 2014, apenas o CEO do município de Colombo apresentou desempenho ruim (cumprimento de nenhuma meta), estabelecendo divergência ao desempenho ótimo (cumprimento das 3 metas) obtido pelos demais municípios. No entanto, é importante ressaltar que o desempenho dos CEO sofre influência das características contextuais atinentes à região em que estão inseridos. Assim, é necessário repensar os métodos de avaliação destes estabelecimentos, por meio da construção de instrumentos de avaliação que ponderem a singularidade de cada região. O quinto artigo objetivou elaborar uma matriz de indicadores de

avaliação dos CEO sob a ótica dos cirurgiões-dentistas lotados nos CEO da 2ª Regional de Saúde do Paraná. A 1ª etapa do Grupo Nominal contou com a participação de 31 cirurgiões-dentistas, onde foram criados 37 indicadores de desempenho. Já na 2ª etapa, realizada por meio do programa *Qualtrics Research Suite*, participaram 23 cirurgiões-dentistas, resultando na seleção de 30 indicadores de saúde bucal. Tais indicadores, construídos pelos participantes, representam uma iniciativa que buscou superar a lógica atual da produtividade em prol da qualidade. Tal iniciativa pode reduzir os tratamentos ‘enviesados’, ao considerar que os CEO não são estabelecimentos de Pronto Atendimento.

Neste contexto, a avaliação em saúde deve ser um processo contínuo, que deve ser frequentemente reavaliada a fim de manter a veracidade. No entanto, a inclusão dos trabalhadores na construção do seu próprio processo avaliativo fortalece o vínculo com o serviço, além de incentivá-lo a executar o que foi elaborado por ele próprio.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. Rev Saúde Pública. 2010; 44: 360-5.

ANTUNES, J.L.F.; TOPORCOV, T.N.; BASTOS, J.L.; FRAZÃO, P.; NARVAI, P.C.; PERES, M.A. A saúde bucal na agenda de prioridades em saúde pública. Rev Saúde Pública 2016; 50:57.

BALBINO, E.C. Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Setor de Saúde, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, 2011.

BOTAZZO, C. Novas abordagens em saúde bucal: a questão da integralidade. In: GARCIA, D. V. (Org.). Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: ABO-RJ, 2005. p. 43-47.

BULGARELI, J.V.; FARIA, E.T., AMBROSANO, G.M.B.; VAZQUEZ, F.L.; CORTELAZZI, K.L.; MENEGHIM, M.C.; MIALHE, F.L.; PEREIRA, A.C. Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. Rev Odontol UNESP. 2013 July-Aug; 42(4): 229-236.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal - Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 58, p.51-52, 24 mar. Brasil, 2006a. Seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html>. Acesso em: 16 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 600, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 58, p.52, 24 mar. 2006b. Seção 1. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/03/2006&jornal=1&pagina=52&totalArquivos=104>>. Acesso em: 7 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.341/GM, de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. Diário Oficial da União,

Brasília, DF, Seção 1, n. 126, 2 jul. 2012, p. 74. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html
>. Acesso em: 7 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasil Sorridente Passo a Passo das Ações do Brasil Sorridente. Brasília – DF, 2013. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_a_passo_ceo.pdf
>. Acesso em 03 abr. 2016.

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, DF, 2015.

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 Pública. 2010; 44(6): 1005-1013.

DÖRR, G.D.; GRECCA, F.S.; GIORDANI, J.M.A. Avaliação dos atendimentos endodônticos em um Centro de Especialidades Odontológicas em Porto Alegre, RS. Revista da ABENO, 16(3):85-95, 2016.

FIGUEIREDO, N.; GOES, S.A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(2):259-267, fev, 2009.

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, Rio de Janeiro, 28 Sup: S81-S89, 2012.

KASSEBAUM, N.J.; BERNABÉ, E.; DAHIYA, M.; BHANDARI, B.; MURRAY, C.J.; MARCENES, W. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. J Dent Res. 2015;94(5):650-8.

KITAMURA, E.S.; BASTOS, R.R.; PALMA, P.V.; LEITE, I.C.G. Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 25(1):137-148, jan-mar 2016.

LIMA, A.C.S.; CABRAL, E.D.; VASCONCELOS, M.M.V.B. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública, vol. 26, n. 5, 2010.

LUCENA, E.H.G.; NUNES, M.F.; QUEIROZ, M.G.; WERNECK, M.A.F.; FRANÇA, M.A.S.A.; GOES, P.S.A. Avaliação externa do PMAQ-CEO:

refletindo acerca dos indicadores de Acesso e Qualidade. In: Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil/ Organizadores, Nilcema Figueiredo, Paulo Sávio Angeiras de Goes, Petrônio José de Lima Martelli – Recife: Editora UFPE, 2016.

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

MAGALHÃES, R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6):1767-1775, 2016.

NARVAI, PC. Avanços e Desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Tempus*. 2011; 5(3): 21-34.

PIRES, A.L.C.; GRUENDEMANN, J.L.A.L.; FIGUEIREDO, G.S.; CONDE, M.C.M.; CORRÊA, M.B.; CHISINI, L.A. Atenção secundária em saúde bucal no RS: análise descritiva da produção especializada em municípios com CEO com base no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. *RFO, Passo Fundo*, v. 20, n. 3, p. 325-333, set./dez. 2015.

PIRES, F.S.; BOTAZZO, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. *Saúde soc. vol.24 no.1 São Paulo Jan./Mar.* 2015.

REIS, A.C.; SANTOS, E.M.; ARRUDA, M.R.; OLIVEIRA, P.T.R. Estudo exploratório dos modelos de avaliação de desempenho em saúde: uma apreciação da capacidade avaliativa. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 330-344, mar 2017.

SANTANA, D.A.; SANTOS, L.P.S.; CARVALHO, F.S.; CARVALHO, C.A.P. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2015nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201400030122.pdf>> Acesso em: 17 out. 2016.

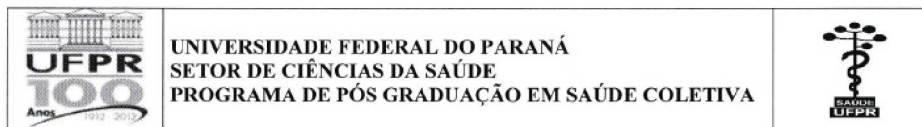
SILVA, F.R.; PADILHA, E.Z.; BALDANI, M.H. Serviços odontológicos especializados nas cidades médias não metropolitanas do estado do Paraná, entre 2003 e 2010: estudo exploratório. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 22(4):641-650, out-dez 2013.

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/ Organizadores, Nilcema Figueiredo, Paulo Sávio Angeiras de Goes, Petrônio José de Lima Martelli – Recife: Editora UFPE, 2016.

SOUZA, G. C. A. Centro de Especialidades Odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal. 2009. 94 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009. Disponível em: <<http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/17054/1/GeorgiaCAS.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2015.

VIACAVA, F.; ALMEIDA, C.; CAETANO, R.; FAUSTO, M.; MACINKO, J.; MARTINS, M.; NORONHA, J.C.; NOVAES, H.M.D.; OLIVEIRA, E.S.; PORTO, S.M.; SILVA, L.M.V.; SZWARCOWALD, C.L. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):711-724, 2004.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, **Rafael Gomes Ditterich, Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves, Hevelyn Xavier Luciano, Lara Cristal Baldan, Solena Ziemer Kusma e Marilene da Cruz Magalhães Buffon**, estamos convidando você, cirurgião(ã)-dentista e/ou gestor que atuam nos CEOs dos municípios de Colombo-PR, Araucária-PR e Curitiba-PR a participar de um estudo intitulado **"Construção de indicadores de desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) sob a ótica de quem produz o cuidado em saúde bucal"**. Esta pesquisa pretende elucidar a opinião dos cirurgiões-dentistas e gestores, profissionais atuantes no CEO, visando o planejamento de ações em saúde dentro da realidade atual, para futuramente obter mudanças que melhorem a situação de trabalho de toda a equipe de saúde bucal e consequentemente garantir da continuidade do cuidado em saúde bucal.

a) O objetivo desta pesquisa é reorientar critérios e normas estabelecidos para avaliação e monitoramento do cumprimento de metas referentes ao processo de avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) pelo Ministério da Saúde, já estabelecidos pelo Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos CEOs (PMAQ-CEO).

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a um questionário e participar do grupo da técnica de grupo nominal, no qual os participantes contribuirão para formulação de uma nova matriz avaliativa. Os pesquisadores utilizarão um quadro esquemático, sigiloso e os dados obtidos serão utilizados especificamente para os propósitos dessa pesquisa. Nesta fase as oficinas poderão também ser gravadas, sendo sempre mantido o anonimato e o sigilo das informações coletadas, as quais serão utilizadas especificamente para os propósitos dessa pesquisa.

c) Para tanto você receberá o pesquisador em seu local de trabalho para o preenchimento do questionário e participação na técnica de grupo nominal, que contará com quatro oficinas, com duração de aproximadamente uma hora.

d) Esta pesquisa poderá acarretar a você, participante, algum desconforto ou constrangimento no momento de responder as perguntas. Você poderá, a qualquer momento se recusar a responder às perguntas, e até mesmo solicitar que suas respostas não sejam utilizadas na pesquisa.

e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: realizar planejamento de ações em saúde, visando obter melhoras na situação de trabalho dos profissionais e toda a equipe de saúde bucal dos Centros de Especialidades referidos anteriormente. Nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

[Rubrica do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]
[Rubrica do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]
[Rubrica do Orientador]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD
Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR |
CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB nº 209/288
na data de 31/05/2017 gbf

f) Os pesquisadores **Rafael Gomes Ditterich, Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves, Hevelyn Xavier Luciano, Lara Cristal Baldan, Solena Ziemer Kusma e Marilene da Cruz Magalhães Buffon**, responsáveis por este estudo poderão ser localizados na Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rua Padre Camargo, nº 280, 5º Andar – Alto da Glória, telefone (41) 3360-7241 / 9719-9755 / 9842-8752 / 9936-9466 / 9673-8168, de segunda à sexta-feira, das 08 às 17 horas, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas como, por exemplo, o orientador da pesquisa. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que **a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade**.

i) O material obtido – questionários, vídeos ou gravação de áudio – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado ao término do estudo, dentro de 36 meses.

j) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa são de responsabilidade dos pesquisadores, e não dos participantes voluntários, você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____/____/____

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do Setor de Ciências da
Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB.nº 209.2353
na data de 31/05/2017. 247

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD
Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR |
CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

QUESTIONÁRIO AO CIRURGIÃO-DENTISTA DO CEO

1. PERFIL DO PROFISSIONAL

1.1 Idade _____

1.2 Sexo _____

1.3 Especialidade(s) que atua no CEO? _____

1.4 Tem pós-graduação na área que atua no CEO? () Sim () Não

1.5 Se sim, qual (is)?

a) Aperfeiçoamento em _____

b) Especialização em _____

c) Mestrado em _____

d) Doutorado em _____

1.6 Há quanto tempo atua no CEO (em anos)? _____

1.7 Como ocorreu sua contratação para egresso no CEO?

() Temporário por prestação de serviços () Estatutário () Celetista

() Outro _____

1.8 Qual sua carga horária semanal de trabalho no CEO? _____

2. CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

2.1 Como ocorre(m) o(s) encaminhamento(s) dos usuários na sua especialidade no CEO?

() Referência da UBS ou USF () Usuários procuram atendimento direto

() Por meio de outros serviços sociais () Agendamento telefônico

() Central de marcação () Outro _____

2.2 Os usuários encaminhados, na maioria das vezes, vêm com tratamento odontológico básico realizado? () Sim () Não

2.3 Você mantém contato ou recebe informações do cirurgião-dentista da UBS/USF?

() Sim, como?

() Não, por quê?

2.4 Você realiza a contrarreferência ao concluir o tratamento? () Sim () Não

2.5 Se sim, como?

2.6 Existe referência entre as diferentes especialidades no seu CEO?

() Sim () Não

2.7 Você acha que o sistema de referência e contrarreferência entre atenção básica e o CEO funciona? () Sim () Não

Por quê?

2.8 Em média, qual o intervalo de tempo entre o agendamento da consulta e o primeiro atendimento na sua especialidade?

() Até 7 dias () Entre 7 e 15 dias () Entre 15 e 30 dias

() Entre 30 e 90 dias () Mais de 180 dias () Desconheço.

2.9 No Município o que poderia estar gerando a grande demanda?

() Falta de profissionais nos CEOs () Falta de recursos para atendimento

() Absenteísmo(falta) dos usuários () Encaminhamentos inadequados

() Outro _____

2.10 O CEO dispõe de recursos (equipamentos, instrumentais e insumos odontológicos) para que os procedimentos especializados na sua área sejam realizados? () Sim () Não

2.11 De modo geral, a infraestrutura do CEO, pode ser classificada como:

() Boa () Regular () Ótima () Ruim () Péssima

**APÊNDICE 3 – INDICADORES DE DESEMPENHO SUGERIDOS PELOS
CIRURGIÕES-DENTISTAS DOS CEO APÓS A 1ª ETAPA DA TGN**

CIRURGIA ORAL

N. de consultas de avaliação para atendimento na Cirurgia oral	
DESCRIÇÃO	Expressa a proporção de consultas de avaliação clínica para atendimento na Cirurgia Oral, visando a elaboração de um plano de tratamento. Reflete, em percentual, a proporção de usuários que receberam a consulta de avaliação para realização do procedimento de Cirurgia oral no âmbito do CEO.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de consultas de avaliação inicial/mês}}{\text{N. total de consultas na especialidade/mês}} \times 100$
FONTES	Boletim de Produção Ambulatorial e Prontuário do CEO

Razão de n. de consultas de avaliação para atendimento na Cirurgia oral e n. de procedimentos de Cirurgia oral	
DESCRIÇÃO	Estima a proporção de pessoas que tiveram consultas de avaliação em Cirurgia oral em relação aos demais procedimentos. Quanto maior o indicador, maior o número de usuários que tiveram acesso às consultas de avaliação.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de consultas de avaliação/mês}}{\text{N. de procedimentos de Cirurgia oral/mês}} \times 100$
FONTES	Boletim de Produção Ambulatorial e Prontuário do CEO

N. de encaminhamentos de casos complexos de Cirurgia oral para outros serviços (faculdades e universidades)	
DESCRIÇÃO	Expressa em número a proporção de encaminhamentos de casos complexos de Cirurgia oral para outros serviços. Reflete, em percentual, a proporção de usuários que receberam a consulta em Cirurgia oral, porém, devido a complexidade do tratamento tiveram que ser encaminhados para outros serviços (faculdades e universidades).
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de encaminhamentos de casos complexos de cirurgia oral para outros serviços/mês}}{\text{N. total de consultas na especialidade/mês}} \times 100$
FONTES	

	Fichas de contrarreferência e Prontuário do CEO
--	-------------------------------------------------

Absenteísmo após a consulta inicial em Cirurgia oral	
DESCRIÇÃO	Reflete, em forma percentual, a proporção de absenteísmo em Cirurgia oral. Quanto maior o percentual, maior será a ociosidade da especialidade.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de faltas após a consulta inicial/mês}}{\text{N. total de consultas na especialidade/mês}} \times 100$
FONTES	Prontuário do CEO

Grau de complexidade do procedimento cirúrgico de dente retido	
DESCRIÇÃO	Reflete, em forma percentual, a proporção de procedimentos cirúrgicos de acordo com o grau de dificuldade. Quanto maior o grau de complexidade, maior será a destinação de tempo clínico para a realização do procedimento.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{Exodontias com grau de dificuldade fácil}}{\text{N. total de procedimentos de exodontias}} \times 100$ $\frac{\text{Exodontias com grau de dificuldade médio}}{\text{N. total de procedimentos de exodontias}} \times 100$ $\frac{\text{Exodontias com grau de dificuldade difícil}}{\text{N. total de procedimentos de exodontias}} \times 100$
FONTES	Prontuário do CEO

PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS (PNE)

Proporção de PNE acompanhados no CEO com 4 consultas odontológicas	
DESCRIÇÃO	Mede a tendência de cobertura de PNE acompanhados com 4 consultas odontológicas. Reflete, em percentual, a proporção de PNE que recebeu acompanhamento no quadrimestre. Quanto maior o percentual, maior será a cobertura de PNE acompanhados longitudinalmente, demonstrando atenção continuada no cuidado em saúde bucal.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de PNE acompanhados com 4 consultas odontológicas}}{\text{N. total de PNE atendidos quadrimestralmente}} \times 100$

FONTES	Boletim de Produção Ambulatorial e Prontuário do CEO
--------	------------------------------------------------------

Primeira consulta programática ao PNE no CEO	
DESCRIÇÃO	Mede a tendência de cobertura de tratamentos odontológicos de PNE, a partir da realização da primeira consulta com exame clínico visando a elaboração de um plano de tratamento. Reflete, em percentual, a proporção de PNE que recebeu a primeira consulta odontológica para realização do tratamento odontológico restaurador no âmbito do CEO.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de primeiras consultas odontológicas programáticas ao PNE}}{\text{N. total de PNE atendidos/mês}} \times 100$
FONTES	Boletim de Produção Ambulatorial e Prontuário do CEO

N. de PNE atendidos que necessitaram contenção física total (braços, tronco e pernas)	
DESCRIÇÃO	Reflete, em forma percentual, a proporção de PNE que necessitaram de contenção física total (braços, tronco e pernas).
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de PNE atendidos que necessitaram contenção física total (braços, tronco e pernas)}}{\text{N. total de PNE atendidos/mês}} \times 100$
FONTES	Prontuário do CEO

N. de PNE atendidos que necessitaram contenção física parcial (pernas e tronco)	
DESCRIÇÃO	Reflete, em forma percentual, a proporção de PNE que necessitaram de contenção física parcial (pernas e tronco).
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de PNE atendidos que necessitaram contenção física parcial (pernas e tronco)}}{\text{N. total de PNE atendidos/mês}} \times 100$
FONTES	Prontuário do CEO

N. de PNE que necessitaram de sedação com óxido nitroso	
DESCRIÇÃO	Reflete, em forma percentual, a proporção de PNE que necessitaram de sedação com óxido nitroso.

MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de PNE atendidos que necessitaram de sedação com óxido nitroso}}{\text{N. total de PNE atendidos/mês}} \times 100$
FONTES	Boletim de Produção Ambulatorial e Prontuário do CEO

N. de atendimento hospitalar sob anestesia geral em PNE	
DESCRIÇÃO	Reflete, em forma percentual, a proporção de PNE que necessitou de atendimento hospitalar sob anestesia geral no mês.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de atendimento hospitalar sob anestesia geral em PNE}}{\text{N. total de PNE atendidos/mês}} \times 100$
FONTES	Autorização de Internamento Hospitalar, Sistema de Informação Hospitalar e Prontuário do CEO

Orientação de Higiene Bucal Supervisionada do PNE direcionada aos pais e/ou responsáveis	
DESCRIÇÃO	Estima a proporção de pais e/ou responsáveis que tiveram acesso à Orientação de Higiene Bucal Supervisionada ao PNE. Quanto maior o indicador, maior o acesso à orientação para prevenção de doenças bucais (cárie dentária e doença periodontal).
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de Orientação de Higiene Bucal Supervisionada do PNE direcionada aos responsáveis/mês}}{\text{N. total de PNE atendidos/mês}} \times 100$
FONTES	Boletim de Produção Ambulatorial e Prontuário do CEO

N. de atendimentos de emergência/urgência odontológica em PNE	
DESCRIÇÃO	Reflete, em forma percentual, a proporção de PNE que necessitou de atendimentos de emergência/urgência.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de atendimentos de emergência/urgência odontológica em PNE}}{\text{N. total de PNE atendido/mês}} \times 100$
FONTES	Boletim de Produção Ambulatorial e Prontuário do CEO

N. de consultas de condicionamento/adaptação do PNE	
DESCRIÇÃO	Expressa a proporção de PNE que necessitaram de consultas de condicionamento/adaptação no mês.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de consultas de condicionamento/adaptação do PNE/mês}}{\text{N. total de PNE atendidos/mês}} \times 100$
FONTES	Prontuário do CEO

DIAGNÓSTICO BUCAL

Média de tempo de espera do resultado da biópsia de lesões bucais	
DESCRIÇÃO	Razão entre os dias transcorridos entre a realização dos eventos (consulta odontológica na atenção básica, no serviço especializado, consulta especializada e biópsia, e entre a data da biópsia e a consulta de confirmação do diagnóstico) para todos os pacientes e número de pacientes com biópsia realizada no período. Quanto menor o indicador, maior a efetividade dos serviços envolvidos.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{Soma dos dias transcorridos entre a realização dos eventos para todos os pacientes}}{\text{N. de pacientes com resultado de biópsia}} \times 100$
FONTES	Fichas de referência e contrarreferência e Prontuário do CEO

N. de resultados da biópsia com prazo menor ou igual a 30 dias	
DESCRIÇÃO	Reflete, em forma percentual, a proporção de resultados da biópsia com prazo menor ou igual a 30 dias. Quanto maior o percentual, maior a efetividade dos serviços envolvidos.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de resultados da biópsia com prazo menor ou igual a 30 dias}}{\text{N. total de biópsias enviadas para análise no mês}} \times 100$
FONTES	Solicitação de Exames Complementares, Laudos e Prontuário do CEO

Relação entre a estimativa de incidência de câncer de boca e o diagnóstico durante o ano	
DESCRIÇÃO	

	Expressa a estimativa de incidência de câncer de boca e o diagnóstico durante o ano. Reflete, em percentual, a proporção de usuários que recebeu o diagnóstico de câncer de boca durante período específico.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{Relação entre a estimativa de incidência de câncer de boca e o diagnóstico/ano}}{\text{N. total de consultas da especialidade no CEO/ano}} \times 100$
FONTES	Prontuário do CEO

N. de encaminhamentos para atenção oncológica hospitalar de pacientes com confirmação de câncer de boca	
DESCRIÇÃO	Expressa, em forma percentual, a proporção de encaminhamentos para atenção oncológica hospitalar de pacientes com confirmação de câncer de boca durante o ano.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de encaminhamentos para atenção oncológica hospitalar de pacientes com confirmação de câncer de boca/ano}}{\text{N. total de consultas da especialidade no CEO/ano}} \times 100$
FONTES	Ficha de referência e Prontuário do CEO

Razão entre n. de pacientes atendidos na atenção oncológica hospitalar e o n. de pacientes com diagnóstico confirmado de câncer de boca	
DESCRIÇÃO	Estima a proporção de usuários com diagnóstico confirmado de câncer de boca que realizaram atendimento na atenção oncológica hospitalar.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de pacientes atendidos na atenção oncológica hospitalar}}{\text{N. de pacientes com diagnóstico confirmado de câncer de boca no CEO}} \times 100$
FONTES	Sistema de Informação Hospitalar e Prontuário do CEO

N. de encaminhamento de pacientes com diagnóstico de lesão maligna ou diagnóstico de lesões com necessidade de atenção cirúrgica/ambulatorial complexa na região de cabeça e pescoço	
DESCRIÇÃO	Expressa a proporção de pacientes com diagnóstico de lesão maligna ou diagnóstico de lesões com necessidade de atenção cirúrgica/ambulatorial complexa na região de cabeça e pescoço em relação ao número total de consultas realizadas na especialidade de Diagnóstico Bucal.

MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de encaminhamento de pacientes com diagnóstico de lesão maligna ou diagnóstico de lesões com necessidade de atenção cirúrgica/ambulatorial complexa na região de cabeça e pescoço}}{\text{N. total de consultas realizadas na especialidade}} \times 100$
FONTES	Fichas de referência e contrarreferência e Prontuário do CEO

N. de casos de diagnóstico de doenças de manejo não-cirúrgico

DESCRIÇÃO	Reflete, em forma percentual, a proporção de diagnóstico doenças de manejo não-cirúrgico em relação ao número total de consultas na especialidade de Diagnóstico Bucal.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de casos de diagnóstico de doenças de manejo não-cirúrgico}}{\text{N. total de consultas realizadas na especialidade}} \times 100$
FONTES	Boletim de Produção Ambulatorial e Prontuário do CEO

N. de retorno semestral dos pacientes não resolutivos de lesões precursoras de câncer de boca

DESCRIÇÃO	Reflete, em forma percentual, a proporção de retorno semestral dos pacientes não resolutivos de lesões precursoras de câncer de boca.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de retorno semestral dos pacientes não resolutivos de lesões precursoras de câncer de boca}}{\text{N. total de consultas realizadas na especialidade/semestre}} \times 100$
FONTES	Boletim de Produção Ambulatorial e Prontuário do CEO

ENDODONTIA

N. de tratamentos endodônticos em sessão única

DESCRIÇÃO	Expressa a proporção de tratamentos endodônticos realizados em sessão única.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de tratamentos endodônticos em sessão única/mês}}{\text{N. total de tratamentos finalizados/mês}} \times 100$
FONTES	Boletim de Produção Ambulatorial e Prontuário do CEO

N. de condutos radiculares obturados (e não por dente)	
DESCRIÇÃO	Expressa a proporção de condutos radiculares obturados.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de condutos radiculares obturados}}{\text{N. total de dentes com tratamento endodôntico}} \times 100$
FONTES	Boletim de Produção Ambulatorial e Prontuário do CEO

Absenteísmo na consulta endodôntica inicial	
DESCRIÇÃO	Expressa a proporção de absenteísmo na consulta endodôntica inicial.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{Faltas na consulta endodôntica inicial/mês}}{\text{N. total de consultas realizadas/mês}} \times 100$
FONTES	Prontuário do CEO

Absenteísmo durante o tratamento endodôntico	
DESCRIÇÃO	Expressa a proporção de absenteísmo durante as consultas do tratamento endodôntico.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{Faltas durante as consultas do tratamento endodôntico/mês}}{\text{N. total de consultas realizadas/mês}} \times 100$
FONTES	Prontuário do CEO

N. de pacientes com retratamento endodôntico no mesmo dente	
DESCRIÇÃO	Expressa a proporção de pacientes com que procuram o serviço para o retratamento endodôntico de um mesmo elemento tratado anteriormente.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de pacientes com retratamento endodôntico no mesmo dente/ano}}{\text{N. total de tratamentos endodônticos finalizados/ano}} \times 100$
FONTES	Boletim de Produção Ambulatorial e Prontuário do CEO

N. de encaminhamento para tratamento de perfurações radiculares	
DESCRIÇÃO	Expressa a proporção de encaminhamentos para tratamento de perfurações radiculares.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de encaminhamento para tratamento de perfurações radiculares/ano}}{\text{N. total de tratamentos endodônticos finalizados/ano}} \times 100$
FONTES	Boletim de Produção Ambulatorial e Prontuário do CEO

N. de consultas de preservação e acompanhamento após o tratamento endodôntico (até 30 dias)	
DESCRIÇÃO	Expressa a proporção de consultas de preservação e acompanhamento após o tratamento endodôntico (até 30 dias) realizadas no CEO.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de consultas de preservação e acompanhamento após o tratamento endodôntico (até 30 dias)}}{\text{N. total de tratamentos endodônticos finalizados /mês}} \times 100$
FONTES	Boletim de Produção Ambulatorial e Prontuário do CEO

N. de exodontias em dentes que realizam anteriormente tratamento endodôntico	
DESCRIÇÃO	Expressa a proporção de dentes com tratamento endodôntico encaminhados para realização de exodontias.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de exodontias em dentes que realizam anteriormente tratamento endodôntico/ano}}{\text{N. total de tratamento endodôntico/ano}} \times 100$
FONTES	Boletim de Produção Ambulatorial e Prontuário do CEO

N. de encaminhamentos que necessitam de aumento de coroa clínica previamente ao tratamento endodôntico	
DESCRIÇÃO	Expressa a proporção de encaminhamentos da Atenção Básica que necessitam de aumento de coroa clínica previamente ao tratamento endodôntico.

MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de encaminhamentos que necessitam de aumento de coroa clínica previamente ao tratamento endodôntico}}{\text{N. total de encaminhamentos para tratamento endodôntico}} \times 100$
FONTES	Boletim de Produção Ambulatorial e Prontuário do CEO

N. de acessos radiculares em dentes com indicação de endodontia que deveriam ter sido realizados na UBS	
DESCRIÇÃO	Expressa a proporção de dentes com indicação de endodontia que deveriam ter o acesso radicular realizado na Atenção Básica.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de acessos radiculares em dentes com indicação de endodontia que deveriam ter sido realizados na UBS}}{\text{N. total de encaminhamentos realizados pelas UBS}} \times 100$
FONTES	Prontuário do CEO

N. de acidentes com sistema rotatório	
DESCRIÇÃO	Expressa a proporção de número de acidentes com sistema rotatório durante o tratamento endodôntico.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de acidentes com sistema rotatório}}{\text{N. total de tratamentos endodônticos realizados com sistema rotatório}} \times 100$
FONTES	Prontuário do CEO

N. de tratamentos endodônticos de acordo com a faixa etária	
DESCRIÇÃO	Expressa a proporção de tratamentos endodônticos realizados de acordo com a faixa etária.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de tratamentos endodônticos de acordo com faixas etárias a serem estabelecidas}}{\text{N. total de tratamentos endodônticos}} \times 100$
FONTES	Boletim de Produção Ambulatorial e Prontuário do CEO

PERIODONTIA

N. de pacientes comprometidos sistemicamente que realizam tratamento periodontal	
DESCRIÇÃO	Expressa a proporção de pacientes com comprometimento sistêmico que realizam tratamento periodontia no CEO.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de pacientes com comprometimento sistêmico que realizaram tratamento periodontal}}{\text{N. total de pacientes que realizaram tratamento periodontal}} \times 100$
FONTES	Boletim de Produção Ambulatorial e Prontuário do CEO

N. de consultas de retorno para acompanhamento do tratamento periodontal	
DESCRIÇÃO	Expressa a proporção de consultas de retorno para acompanhamento do tratamento periodontal no CEO.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. de consultas de retorno para acompanhamento do tratamento periodontal}}{\text{N. total de consultas em periodontia}} \times 100$
FONTES	Boletim de Produção Ambulatorial e Prontuário do CEO

N. pacientes atendidos pela periodontia que foram posteriormente atendidos e acompanhados na Atenção Básica	
DESCRIÇÃO	Expressa a proporção de usuários atendidos pela periodontia que foram posteriormente atendidos e acompanhados na Atenção Básica.
MÉTODO DE CÁLCULO	$\frac{\text{N. pacientes atendidos pela periodontia que foram posteriormente atendidos e acompanhados na Atenção Básica}}{\text{N. total de pacientes atendidos na especialidade}} \times 100$
FONTES	Fichas de contrarreferência e Prontuário do CEO

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Construção de indicadores de desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) sob a ótica de quem produz o cuidado em saúde bucal

Pesquisador: Rafael Gomes Ditterich

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 61030316.0.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.092.858

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa proveniente do Departamento de Saúde Comunitária, sob a responsabilidade do prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich. São colaboradores Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves, Hevelyn Xavier Luciano, Lara Cristal Baldan, Profa. Dra. Marilene da Cruz Magalhães Buffon e Profa. Dra. Solena Ziemer Kusma. De acordo com o pesquisador principal, "a pesquisa é quali-quantitativa para a qual estão previstas duas fases: uma de caráter exploratório e outra de caráter analítico. São participantes da pesquisa cirurgiões-dentistas lotados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) dos municípios participantes que atuem há pelo menos 2 anos no serviço ou que estejam atuando na gerência da atenção secundária à saúde bucal.

A pesquisa será realizada em 4 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) sob gerência municipal pertencentes à 2ª regional de saúde do estado do Paraná: 1 do município de Araucária, 2 do município de Curitiba-PR e 1 do município de Colombo-PR."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Subsidiar a reorientação dos critérios e normas estabelecidos para avaliação e monitoramento do

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo	CEP: 80.060-240
Bairro: Alto da Glória	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259	E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.092.858

cumprimento de metas referentes ao processo de avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) adotados pelo Ministério da Saúde, estabelecidos pelo Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos CEO (PMAQ-CEO)."

"1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os profissionais e CEO avaliados.
- Analisar os indicadores de saúde bucal da Atenção Secundária;
- Identificar fluxo de referência e contrarreferência da Atenção Primária para a Atenção Secundária;
- Avaliar a percepção de gestores e cirurgiões-dentistas dos CEO em relação aos critérios de avaliação estabelecidos;
- Elaborar uma matriz avaliativa composta por indicadores e parâmetros de avaliação de desempenho sob a ótica de quem produz o cuidado em saúde bucal."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o pesquisador principal, a pesquisa "não trará nenhum risco direto aos participantes, pois os dados coletados serão de natureza qualiquantitativa e obtidos mediante um processo de amplo esclarecimento dos objetivos da pesquisa e voluntária participação, sendo mantidos em sigilo e assegurada a confidencialidade de todo o processo. Há um risco remoto de que alguma questão cause constrangimento ao participante voluntário, sendo tão risco remediado com a possibilidade de que o respondente não se pronuncie sobre o que for perguntado."

Como benefício, é mencionado que "as informações servirão de base para fomentar a discussão se os processos tendo influência em melhores indicadores de saúde e no processo de trabalho nos CEO envolvidos."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

"A abordagem a ser empregada nesta pesquisa será de natureza qualiquantitativa, que compreenderá duas fases: uma de caráter exploratório e outra de caráter analítico." "Para atingir os objetivos propostos a pesquisa se desenvolverá em 3 fases:

1º) Caracterizar a infraestrutura, fluxos e o perfil dos cirurgiões-dentistas dos Centro de Especialidades Odontológicas por meio de questionário semiestruturado autoaplicável, posteriormente à assinatura do TCLE pelo participante da pesquisa.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo	CEP: 80.060-240
Bairro: Alto da Glória	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259	E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.092.858

2º) Identificação, coleta e processamento de dados relativos a indicadores de saúde e metas pactuadas/alcançadas, que se encontram disponíveis nos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde, por meio da Home Page do DATASUS, que reúne em único banco de dados, informações de diferentes sistemas. Para isso não será utilizado os dados do sistema e-saúde.

3º) Construção de matriz de indicadores e metas sob a ótica de quem produz o cuidado em saúde bucal."

"Primeiramente será realizada a entrega e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicitando a garantia do sigilo, confidencialidade e integridade dos participantes por parte dos pesquisadores, além de uma reunião preparatória em cada serviço envolvido para esclarecimento da pesquisa, no qual será aproveitado uma reunião da equipe para destacar a relevância da pesquisa. Em outro momento, será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aos participantes que concordarem em participar da pesquisa. O método utilizado para contemplar a 3ª. fase será o da Técnica do Grupo Nominal (TGN). A reunião do grupo nominal será agendada com a equipe em horário em que não atrapalhe o fluxo de atendimento, bem como em local reservado no próprio serviço de saúde que possibilite a interação e proposição dos participantes. A oficina será realizada por um facilitador, que poderão ser qualquer um dos pesquisadores envolvidos, no qual inicialmente aos trabalhos que serão realizados na oficina do dia será brevemente contextualiza a Política Nacional de Saúde Bucal e trabalhado os conceitos de indicadores e metas (fase da teorização). O Grupo Nominal então será formado em cada serviço de saúde sendo estruturado da seguinte forma:

- Os participantes passam 15 a 20 minutos anotando seus pontos de vista sobre o tema em questão;
- Cada participante, por sua vez, contribui com duas ideias ao facilitador, que registra em local visível.
- As sugestões semelhantes serão agrupadas. Há uma discussão em grupo para esclarecer e avaliar cada ideia;
- Cada participante explica individualmente cada ideia proposta (1ª rodada);
- O ranking da 1ª. rodada é tabulado e apresentado;
- A classificação geral é discutida e é realizado novo ranking (2ª rodada);
- As classificações finais são tabuladas e os resultados retornam aos participantes."

"A matriz de indicadores de avaliação será desenvolvida e construída utilizando-se a técnica de grupo nominal (TGN), no qual os participantes, gestores e cirurgiões-dentistas (de 9 a12)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.092.858

escreverão em papel sua contribuição sobre o tema em questão; cada participante, portanto, fornece duas ideias ao facilitador de indicadores e metas que serão registrados em um local visível (por meio de projetor multimídia, lousa ou flipchart), e as opiniões semelhantes serão agrupadas (1ª. Rodada); em seguida as sugestões serão tabuladas e apresentadas em forma de ranking; haverá uma discussão sobre a classificação geral (2ª. Rodada); ao final serão realizadas as tabulações do resultado final e devolução dos resultados aos participantes."

"Ao final dos 4 CEO avaliados nos municípios de Araucária-PR, Colombo-PR e Curitiba-PR será construída uma matriz única com as contribuições de todos os participantes envolvidos. Será então realizada uma oficina de encerramento na Universidade Federal do Paraná para apresentação e devolutiva aos serviços de saúde.

Em respeito à resolução 466/12 do CNS (CONEP), todos os procedimentos ligados a etapas do projeto, que impliquem em proteção dos sujeitos envolvidos, serão submetidos a Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná e da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Não haverá a necessidade de cruzamento de dados, devido as variáveis provenientes da técnica de grupo nominal serem qualitativas."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram todos apresentados

Recomendações:

Adequar o TCLE incluindo o município de Ararucária pois foram citados apenas Curitiba e Colombo

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda está adequada e bem definida.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.092.858

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_885111E1.pdf	13/05/2017 09:46:41		Aceito
Outros	Emendaparte3_3.pdf	13/05/2017 09:31:30	Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves	Aceito
Outros	Emendaparte2_3.pdf	13/05/2017 09:30:13	Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves	Aceito
Outros	Emendaparte1_3.pdf	13/05/2017 09:29:13	Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEO_2017.doc	13/05/2017 09:24:06	Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves	Aceito
Outros	CoparticipanteAraucaria.pdf	13/05/2017 09:15:48	Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves	Aceito
Outros	Pendencias_corrigidas.docx	24/11/2016 08:13:17	Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_final.doc	24/11/2016 08:08:26	Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves	Aceito
Outros	coparticipanteColombo.pdf	17/10/2016 01:49:23	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Outros	Checklist.pdf	17/10/2016 01:48:49	Rafael Gomes Ditterich	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.092.858

Outros	aprovacaoDSC.pdf	17/10/2016 01:44:02	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	11/10/2016 14:29:58	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Outros	oficiopesquisador.pdf	11/10/2016 07:14:30	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Outros	AnalisedeMeritoJuliana.pdf	11/10/2016 07:01:15	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Outros	tornarpublicos.pdf	10/10/2016 21:22:15	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Outros	termodeconfidencialidade.pdf	10/10/2016 21:20:28	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Outros	declaracaodadoscoletados.pdf	10/10/2016 21:19:23	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoSMSColombo.pdf	10/10/2016 21:17:54	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Outros	responsabilidadesnoprojeto.pdf	10/10/2016 21:16:11	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termocompromissoinicio.pdf	10/10/2016 21:14:54	Rafael Gomes Ditterich	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 31 de Maio de 2017

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 – PARECER DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAUCÁRIA/PR



Curitiba, 20 de março de 2017.

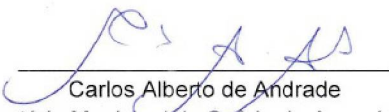
Senhor Coordenador,

Declaramos que nós da Secretaria Municipal de Saúde de Araucária-PR, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa "Construção de indicadores de desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) sob a ótica de quem produz o cuidado em saúde bucal" sob a responsabilidade de Rafael Gomes Ditterich, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final em outubro de 2018.

Estamos cientes que os participantes da pesquisa serão os profissionais de saúde de nível superior que atua no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Araucária-PR, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012(CNS) e complementares.

Sendo o que nos apresenta para o momento, enviamos nossas cordiais saudações.

Atenciosamente.


Carlos Alberto de Andrade
Secretário Municipal de Saúde de Araucária-PR

ANEXO 3 – PARECER DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE COLOMBO/PR



Senhor(a) Coordenador(a),

Declaramos que nós da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Colombo-PR, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa **“Construção de indicadores de desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) sob a ótica de quem produz o cuidado em saúde bucal”** sob a responsabilidade de **Rafael Gomes Ditterich**, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final em outubro de 2018.

Estamos cientes que os participantes da pesquisa serão os profissionais de saúde de nível superior que atuam no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no município de Colombo-PR, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012(CNS) e complementares.

Sendo o que se nos apresenta para o momento, enviamos nossas cordiais saudações.

Atenciosamente,

Darci Martins Braga
**Secretário Municipal de Saúde de
Colombo-PR**

ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA/PR

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção de indicadores de desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) sob a ótica de quem produz o cuidado em saúde bucal

Pesquisador: Rafael Gomes Ditterich

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61030316.0.3001.0101

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.143.980

Apresentação do Projeto:

O projeto é apresentado pelo Programa de Pós-Graduação em saúde Coletiva do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Trata-se de uma pesquisa qualiquantitativa, em que os pesquisadores relatam que será realizada em duas fases: uma de caráter exploratório e outra de caráter analítica; sendo desenvolvida em 3 etapas: 1ª) caracterizar a infraestrutura, fluxos e o perfil dos cirurgiões-dentistas dos ceos; 2ª) identificação, coleta e processamento de dados relativos a indicadores de saúde e metas pactuadas/alcançadas; 3ª) construção de matriz de indicadores e metas utilizando-se da Técnica do Grupo Nominal (TGN). Para a coleta de informações na 1ª etapa, os pesquisadores propõem a coleta de dados primários por meio da aplicação do ANEXO A - QUESTIONÁRIO AO CIRURGIÃO-DENTISTA DO CEO; mas não descrevem os procedimentos éticos obrigatórios prévios, com vistas a garantia de sigilo, confidencialidade e integridade dos participantes da pesquisa. Para a coleta de informações na 2ª etapa, os pesquisadores não descrevem os procedimentos que serão utilizados para acesso aos dados secundários propostos. Para a coleta de informações na 3ª etapa, os pesquisadores descrevem os procedimentos que serão utilizados para acesso aos dados primários propostos, detalhando o passo a passo da Técnica do Grupo Nominal (TGN) que será utilizada. Porém, no campo FONTES DE MATERIAL DA PESQUISA, os pesquisadores retomam alguns aspectos relativos ao Método

Endereço: Rua Atílio Bório, 680		CEP: 80.050-250
Bairro: Cristo Rei		
UF: PR	Município: CURITIBA	
Telefone: (41)3360-4961	Fax: (41)3360-4965	E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.143.960

utilizado para a pesquisa, dizendo que "as oficinas poderão também ser gravadas, sendo sempre mantido o anonimato e o sigilo das informações coletadas...", mas não apontam o destino final destas gravações. No Método apresentado, não estão descritos os procedimentos que serão utilizados para o cruzamento e análise dos dados, tampouco referidos os testes estatísticos previstos para análise quantitativa da pesquisa. Serão participantes da pesquisa cirurgiões-dentistas lotados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que atuem há pelo menos 2 anos no serviço ou que estejam na gerência da atenção secundária à saúde bucal. A pesquisa será realizada em 3 CEOs municipais da 2ª Regional de Saúde do Paraná: dois em Curitiba-PR e um em Colombo-PR.

Objetivo da Pesquisa:

Como objetivo principal, os pesquisadores propõem "Reorientar critérios e normas estabelecidos para avaliação e monitoramento do cumprimento de metas referentes ao processo de avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) pelo Ministério da Saúde, já estabelecidos pelo Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos CEOs (PMAQ-CEO)". Como objetivos específicos, propõem: "1) caracterizar os profissionais e CEOs; 2) analisar os indicadores de saúde bucal da Atenção Secundária; 3) identificar fluxo de referência e contrarreferência da APS para a Atenção Secundária; 4) avaliar a percepção de gestores e cirurgiões-dentistas dos CEOs em relação aos critérios de avaliação estabelecidos; 5) elaborar uma matriz avaliativa composta por indicadores e parâmetros de avaliação de desempenho sob a ótica de quem produz o cuidado em saúde bucal."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A relevância da pesquisa é descrita. Os pesquisadores partem de hipóteses negativas em relação à organização e os fluxos estabelecidos na Rede de Atenção em Saúde Bucal, a saber: "rede de serviços de saúde bucal deficiente, demanda exacerbada, falta de oferta de vagas, absenteísmo (falta às consultas agendadas) dos usuários, escassez de recursos humanos, longos períodos de agendamento, contrarreferências que não ocorrem, referências inadequadas, falta de comunicação entre os serviços e falta de qualificação dos profissionais da Atenção Secundária". Já apontando, no projeto de pesquisa, possíveis encaminhamentos de solução aos problemas aventados como hipóteses.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os pesquisadores apontam os possíveis riscos inerentes à pesquisa; apresentam o cronograma; referem aspectos de custeio garantidos pela UFPR, porém, referem que "alguns materiais poderão

Endereço: Rua Atílio Bório, 680
Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-4961 Fax: (41)3360-4965 E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.143.980

ser custeados, pela Fundação Araucária, caso aprovado pela agência de fomento". Não apresentando as planilhas de custos apresentadas à agência de fomento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE e e outros documentos foram devidamente apresentados.

Recomendações:

Diante do exposto, sugere-se que:1º) Sejam revistos os procedimentos para a coleta de dados primários prevista na 1ª etapa do projeto, visando a garantia de sigilo, confidencialidade e integridade dos participantes da pesquisa, sendo obrigatória, previamente à coleta proposta, a aplicação do TCLE;2º) Sejam claramente descritos os procedimentos para a coleta de dados secundários prevista na 2ª etapa do projeto. Os pesquisadores devem ter claro que a SMS é responsável pelo sigilo nos atendimentos e registros em prontuário, portanto é vedado o acesso de pesquisadores aos Prontuários de Atendimento e que a SMS Curitiba não se compromete a produzir relatórios específicos à critério dos pesquisadores. Propõe-se que os pesquisadores descrevam os Relatórios que desejam acessar os dados secundários, em cada uma das bases de dados pontadas;3º) Solicita-se a descrição dos procedimentos que serão utilizados para o cruzamento e análise dos dados, incluindo os possíveis testes estatísticos que serão utilizados para análise quantitativa dos dados coletados;4º) Também solicita-se a descrição dos procedimentos de guarda e destino final das gravações realizadas no uso da Técnica do Grupo Nominal (TGN);

5º) O objetivo principal deverá ser readequado, pois se trata de um Projeto de Pesquisa, certamente os pesquisadores não dispõem das atribuições necessárias para "reorientar critérios e normas...", uma função que é específica das Gestões Municipais afetas à pesquisa. Por outro lado, certamente, a pesquisa trará subsídios e elementos para contribuir com formulação de uma proposta da revisão de tais critérios de avaliação, a ser validada pelas Gestões Municipais afetas à pesquisa. Como alternativa à redação, propõe-se que o objetivo principal seja "Subsidiar à reorientação dos critérios e normas de avaliação e monitoramento do cumprimento de metas, referentes ao processo de avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) pelo Ministério da Saúde, estabelecidos pelo Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos CEOs (PMAQ-CEO).";6º) Propõe-se que sejam excluídos do campo "HIPÓTESES A SEREM TESTADAS", quaisquer referências que possam de antemão prever ou induzir os encaminhamentos necessários para solucionar os problemas que serão analisados pela pesquisa. A forma como o referido campo está redigido, induz o leitor do Projeto de Pesquisa a acreditar que os pesquisadores já conhecem os problemas e já tem as soluções para estes problemas, desta forma, desqualificando a

Endereço: Rua Atílio Bório, 680
Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-4961 Fax: (41)3360-4965 E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS

Continuação do Parecer: 2.143.980

necessidade da realização da presente pesquisa e instigando o leitor a reconhecer que há vieses de neutralidade na pesquisa apresentada;7º) Inclusão das planilhas de custos diretos e indiretos, especialmente àquelas apresentadas à agência de fomento citada no projeto.

Face ao exposto, que a realização da pesquisa permanece em Análise por este CEP, até que as recomendações sejam avaliadas pelos pesquisadores. Sugestões e esclarecimentos foram devidamente adequados pelos pesquisadores, considera-se viável a realização da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto é apresentado pelo Programa de Pós-Graduação em saúde Coletiva do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, em que os pesquisadores relatam que será realizada em duas fases: uma de caráter exploratório e outra de caráter analítica; sendo desenvolvida em 3 etapas: 1º) caracterizar a infraestrutura, fluxos e o perfil dos cirurgiões-dentistas dos CEOS; 2º) identificação, coleta e processamento de dados relativos a indicadores de saúde e metas pactuadas/alcançadas; 3º) construção de matriz de indicadores e metas utilizando-se da Técnica do Grupo Nominal (TGN). Em um primeiro parecer deste Comitê de Ética foram sugeridas modificações no Projeto de Pesquisa, assim como esclarecimentos sobre alguns procedimentos propostos. Todas as sugestões e esclarecimentos foram devidamente realizadas pelos autores, apresentados na EMENDA, que apresentaram o Projeto de Pesquisa com uma nova redação. Face ao exposto, considera-se VIÁVEL a realização da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba ratifica o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_885111 E1.pdf	13/05/2017 09:46:41		Aceito
Outros	Emendaparte3_3.pdf	13/05/2017 09:31:30	Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves	Aceito
Outros	Emendaparte2_3.pdf	13/05/2017 09:30:13	Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves	Aceito
Outros	Emendaparte1_3.pdf	13/05/2017 09:29:13	Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves	Aceito

Endereço: Rua Atílio Bório, 680
 Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-4961 Fax: (41)3360-4965 E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS

Continuação do Parecer: 2.143.980

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEO_2017.doc	13/05/2017 09:24:06	Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves	Aceito
Outros	CoparticipanteAraucaria.pdf	13/05/2017 09:15:48	Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves	Aceito
Outros	Pendencias_corrigidas.docx	24/11/2016 08:13:17	Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_final.doc	24/11/2016 08:08:26	Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves	Aceito
Outros	coparticipanteColombo.pdf	17/10/2016 01:49:23	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Outros	Checklist.pdf	17/10/2016 01:48:49	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Outros	aprovacaoDSC.pdf	17/10/2016 01:44:02	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	11/10/2016 14:29:58	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Outros	oficiopesquisador.pdf	11/10/2016 07:14:30	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Outros	AnalisedeMeritoJuliana.pdf	11/10/2016 07:01:15	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Outros	tornarpublicos.pdf	10/10/2016 21:22:15	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Outros	termodeconfidencialidade.pdf	10/10/2016 21:20:28	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Outros	declaracaodadoscoletados.pdf	10/10/2016 21:19:23	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoSMSColombo.pdf	10/10/2016 21:17:54	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Outros	responsabilidadesnoprojeto.pdf	10/10/2016 21:16:11	Rafael Gomes Ditterich	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termocompromissoinicio.pdf	10/10/2016 21:14:54	Rafael Gomes Ditterich	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Atilio Bório, 680
 Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-4961 Fax: (41)3360-4965 E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.143.980

CURITIBA, 28 de Junho de 2017

Assinado por:
SAMUEL JORGE MOYSÉS
(Coordenador)

Endereço: Rua Atílio Bório, 680
Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-4961 Fax: (41)3360-4965 E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

ANEXO 5 – QUALTRICS – PROGRAMA UTILIZADO EM QUESTIONÁRIO ONLINE

The image shows a screenshot of the Qualtrics website homepage. At the top, there is a navigation bar with the Qualtrics logo on the left and links for LANGUAGE, SUPPORT, LOGIN, and a FREE ACCOUNT button on the right. Below the navigation bar is a large banner with a blue and white network graphic background. The banner features the text "qualtrics + FedRAMP" and "The world's easiest-to-use XM platform, now ready for the world's toughest security requirements". A "Learn More" button is positioned below the text. On the left side of the banner, there is a vertical "FEEDBACK" button. Below the banner is the Qualtrics logo (four colored dots) and the text "WELCOME TO THE EXPERIENCE MANAGEMENT PLATFORM™". At the bottom of the page, the text "Four core experiences of business." is displayed, followed by a chat icon on the right.