



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

EDSON HILAN GOMES DE LUCENA

Centros de Especialidades Odontológicas (CEO): Análise a partir dos relatos de planejamento e resultados dos indicadores no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO)

Tese apresentada como requisito para a obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde, Área de Concentração: Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Fátima de Sousa.

BRASÍLIA-DF

2016

EDSON HILAN GOMES DE LUCENA

Centros de Especialidades Odontológicas (CEO): Análise a partir dos relatos de planejamento e resultados dos indicadores no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO)

Tese apresentada como requisito para a obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde, Área de Concentração: Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Fátima de Sousa.

Aprovado em de de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Fátima de Sousa
Universidade de Brasília (Presidente)

Prof^a. Dr^a. Lilian Marly de Paula
Universidade de Brasília (Titular-Membro Interno)

Prof^a. Dr^a. Ana Valéria Machado Mendonça
Universidade de Brasília (Titular-Membro Externo)

Prof. Dr. Gilberto Alfredo Pucca Júnior
Universidade de Brasília (Titular-Membro Externo)

Prof. Dr. João Carlos Caetano
Universidade Federal de Santa Catarina (Titular-Membro Externo)

Prof^a. Dr^a. Maria da Glória Lima
Universidade de Brasília (Suplente)

Ao meu pai, Edson, exemplo de honestidade, sinceridade, dignidade e coragem. Através do Sr. aprendi que estudar faz parte da evolução do ser humano e é libertador! Estudar nunca é de mais e aprender sempre.

A minha mãe, Hateilma, alicerce da família. Exemplo de bondade, caridade e amor ao próximo. Mulher de garra, simplicidade e que vive a vida irradiando alegria e amor. Espelho-me muito na Sra. para fazer o bem ao próximo. Através da Sra. aprendi o que é benevolência e amor.

Aos meus irmãos, Élcio e Tatiane, eternos e verdadeiros amigos enviados por Deus. Com vocês aprendi a conviver com as diferenças e a amar as pessoas como elas são. Estaremos sempre ao lado um do outro.

A minha esposa, Carolina, exemplo de mãe, pelo amor, pela dedicação a nossa família, pelo companheirismo, pela cumplicidade, pela força no dia a dia, pela felicidade e orgulho que sinto de estar ao lado de uma Mulher determinada. Obrigado por me dar o melhor presente da vida Laís! Tenho certeza que estamos unidos pelos laços da alma.

A minha amada filha, Laís, a quem dedico todo o meu esforço diário de estudar, trabalhar, ser marido e ser Pai.

*Obrigado Deus por essas pessoas fazerem parte
de minha vida!
Amo todos vocês!*

AGRADECIMENTOS

Ao meu Pai, minha Mãe, meu Irmão e minha Irmã, pelo infindável apoio na minha caminhada profissional, mesmo á distância sempre se fizeram presentes na minha vida. Obrigado por acreditarem em mim e por ter investido em minha formação.

A minha Esposa pela enorme paciência, pela compreensão nos momentos de ausência no estudo da Tese, pela cumplicidade, pelo companheirismo nas horas difíceis, por acreditar em mim e por nunca me deixar desanimar e desistir de buscar os meus objetivos. Obrigado pela família que estamos construindo regada de muito amor.

A minha Filha por todos os momentos que passamos juntos e por dar sentido as nossas (Minha e de Carol) vidas. O seu sorriso e carinho me dar força para superar os obstáculos. Obrigado por me ensinar o que é um amor verdadeiro.

Aos amigos, Moacir e Renato, companheiros de trabalho e de luta por uma saúde bucal digna para população.

A Bianca Simas Machado Stracquadanio por me auxiliar na elaboração dos artigos na versão de língua Inglesa. Obrigado por sua colaboração e dedicação.

Aos colegas das Disciplinas de Saúde Bucal Coletiva, do Departamento de Odontologia da UnB, pelos ensinamentos e por compartilhar comigo uma importante experiência acadêmica.

Ao Prof. Dr. Wilton Padilha e a Prof^a. Dr^a Ana Maria Gondim, ambos da UFPB, por terem me dado oportunidade de participar dos projetos de pesquisa de iniciação científica na “SEDE”. Tenho certeza que isso foi o pilar para as minhas conquistas profissionais.

Ao meu amigo e co-orientador, Prof. Dr. Paulo Goes, pelo incansável empenho dedicado à elaboração desta Tese. Mesmo com todas suas ocupações e responsabilidades, teve paciência na construção do estudo, na análise dos dados e na finalização dos mesmos. Conheço poucas pessoas que têm o dom de ensinar como você. Obrigado por me receber na UFPE e na sua casa para fazermos as análises do estudo. Obrigado por todos os aprendizados que me proporcionaste, Grande Mestre!

À orientadora, Prof^a. Dr^a. Maria Fátima de Sousa, por confiar e apostar em mim. Obrigado por ter aberto as portas da UnB me aceitando no Programa de Pós-Graduação e por me acompanhar nessa trajetória desde o Mestrado. Sua capacidade de gestão, habilidade política, sabedoria e humildade foram importantes para o meu aprendizado acadêmico e para evolução pessoal. Serei eternamente grato a essa incrível Mulher Paraibana!

Aos professores que gentilmente aceitaram participar da banca examinadora: Prof^a. Dr^a. Lilian Marly de Paula, Prof. Dr. Gilberto A. Pucca Júnior, Prof^a. Dr^a. Ana Valéria M. Mendonça, Prof. Dr. João Carlos Caetano e a Prof^a. Dr^a. Maria da Glória Lima.

Meu muito Obrigado!

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou sua construção. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender.”

(Paulo Freire)

RESUMO

O planejamento nos serviços de saúde visa especificamente melhorar o estado de saúde de uma determinada população, garantindo o acesso com equidade e justiça, bem como agilizar a resposta do sistema de saúde às necessidades percebidas pela comunidade. Nesse sentido, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) constituem na principal estratégia Brasil Sorridente para garantir da população a atenção odontológica especializada no sistema público brasileiro. O objetivo desta tese é analisar os CEO segundo os relatos de planejamento e o resultado dos indicadores no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO). O desenho metodológico do trabalho é de natureza quantitativa, descritiva e analítica, onde foram analisados os dados secundários do banco da Avaliação Externa do PMAQ-CEO, relativo ao Módulo II, e a produção informada no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) de procedimentos odontológicos especializados realizados em 930 CEO. A análise dos dados ocorreu em duas etapas: uma descritiva e outra analítica. Utilizou-se o programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS). Na fase descritiva, foram feitas as distribuições de frequência das variáveis quantitativas. Na fase analítica, primeiro, foram testadas as associações, utilizando-se o qui-quadrado de Pearson. Em seguida, diante da necessidade de se obter uma análise multivariada que permitisse o ajuste para o efeito de confundimento, as variáveis que foram estatisticamente significantes na etapa anterior foram levadas para uma análise de regressão logística. Para todas as análises, foi considerado como significativo o nível de 5%. A investigação evidenciou que a maioria dos CEO que relataram ter realizado alguma atividade de planejamento, nos últimos 12 meses, está na Região Centro-Oeste (88,7%) e Sul (82,1%), em municípios com menor cobertura de saúde bucal da estratégia Saúde da Família e com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM). Assim como, os serviços que possuem gerente, com um tempo de atuação no serviço maior do que 2 anos e que tenha uma formação complementar na área de gestão pública ou de saúde coletiva tendem a realizar atividades de planejamento. Quanto ao desempenho para um maior alcance das metas dos CEO foi associado à existência de um gerente no serviço, especialmente quando atua exclusivamente na gestão, que realiza planejamento, autoavaliação, monitoramento e análises das metas. Dessa forma, conclui-se que o planejamento deve ser entendido como uma

importante ferramenta de gestão para o enfrentamento de problemas, para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e melhorar a qualidade dos serviços ofertados.

Palavras-Chave: Planejamento em Saúde, Atenção Secundária à Saúde, Saúde Bucal.

ABSTRACT

Planning in health services specifically aims to improve the health status of a given population, ensuring access with fairness and justice, as well as streamlining the response of the health system to the needs perceived by the community. In this sense, the Specialized Dental Clinics (SDC) constitute the main strategy Brazil Smiling to guarantee the population specialized dentistry care in the Brazilian public system. The objective of this thesis is to analyze the SDC according to the reports of planning and result indicators of National Program for Access and Quality Improvement of SDC (NPAQI-SDC). The Methodology used was of a quantitative nature, descriptive and analytical. The data analyzed was secondary data from the Bank of External Evaluation of NPIAQ-SDC, in relation to the Module II and the production informed on Outpatient Information System of the Unified Health System (OIS/UHS) of Dental Procedures Specialized performed in 930 SDC. Data analysis occurred in two stages: a descriptive and other analytical. We used the Statistical Package for Social Sciences (SPSS). In the descriptive phase, frequency distributions of quantitative variables were made. In the analytical phase, first, the associations were tested using the chi-square test. Then, on the need to obtain a multivariate analysis that would allow adjustment for the effect of confounding, variables that were statistically significant in the previous step were taken to a logistic regression analysis. For all the analyzes, it was considered significant a level of 5%. The investigation showed that the majority of the SDC who have reported any planning activity in the last 12 months, are located in the Central West Region (88.7%) and South (82.1%) , in municipalities with less oral health coverage of the Family Health strategy and with a high Municipal Human Development Index (MHDI). Accordingly, the services that have managers with length of work experience greater than two years and who has additional training in public management area or public health tend to perform planning activities. For a better performance for the achievement of the goals of the SDC, it has been associated the existence of a manager in the service, especially when it operates exclusively in the administration, which carries out planning, self-assessment, monitoring and target analysis. Thus, it is concluded that the planning should be understood as an important management tool for confronting problems, to increase the population's access to health services and to improve the quality of services offered.

Keywords: health planning, Secondary Care, Oral Health

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. TEORIA MACROORGANIZATIVA DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL.	29
FIGURA 2. TRIÂNGULO DO GOVERNO.....	33
FIGURA 3. NÚMERO DE CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) HABILITADOS, BRASIL, JAN/2004 A OUT/2016* .	37

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS PESOS PARA A CERTIFICAÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) NO PMAQ-CEO.....	41
TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) ADERIDOS AO PMAQ-CEO, POR UNIDADE FEDERATIVA (UF), JUN/2013.....	42
TABELA 3 – VALORES DO INCENTIVO FINANCEIRO DO PMAQ-CEO, POR TIPO DE CEO.	43
TABELA 4 – ESTRUTURA DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO.	44
TABELA 5 – ESTRUTURA DO INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO PARA MELHORIA DO ACESSO	47

ARTIGO 1 (Versão em Língua Portuguesa)

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS AVALIADOS NO PMAQ-CEO, SEGUNDO AS CARACTERÍSTICAS AVALIATIVAS. BRASIL.....	64
TABELA 2 – REALIZAÇÃO DE ALGUMA ATIVIDADE DE PLANEJAMENTO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS AVALIATIVAS DO MUNICÍPIO. BRASIL.....	66
TABELA 3 – REALIZAÇÃO DE ALGUMA ATIVIDADE DE PLANEJAMENTO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES SEGUNDO CARACTERÍSTICAS AVALIATIVAS DO SERVIÇO. BRASIL.....	67
TABELA 4 – REALIZAÇÃO DE ALGUMA ATIVIDADE DE PLANEJAMENTO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES SEGUNDO CARACTERÍSTICAS AVALIATIVAS DO GESTOR DO SERVIÇO. BRASIL.....	68

ARTIGO 1 (Versão em Língua Inglesa)

TABLE 1 – DISTRIBUTION OF SPECIALIZED DENTAL CLINICS EVALUATED IN NPAQI–SDC, ACCORDING TO THE EVALUATIVE CHARACTERISTICS. BRAZIL.....	82
TABLE 2 – IMPLEMENTATION OF ANY PLANNING ACTIVITY IN THE LAST 12 MONTHS, ACCORDING TO EVALUATIVE CHARACTERISTICS OF THE MUNICIPALITY. BRAZIL.....	84
TABLE 3 – CONDUCTING ANY PLANNING ACTIVITY IN THE LAST 12 MONTHS ACCORDING EVALUATIVE FEATURES OF THE SERVICE. BRAZIL.....	85
TABLE 4 – PERFORMANCE OF ANY PLANNING ACTIVITY IN THE LAST 12 MONTHS ACCORDING EVALUATIVE FEATURES OF THE SERVICE MANAGER. BRAZIL.....	86

ARTIGO 2

TABELA 1 – QUANTIDADE DE METAS ALCANÇADAS, NO PERÍODO DE JULHO A SETEMBRO DE 2013, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS AVALIATIVAS DO MUNICÍPIO. BRASIL.....	102
--	-----

TABELA 2 – QUANTIDADE DE METAS ALCANÇADAS, NO PERÍODO DE JULHO A SETEMBRO DE 2013, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS AVALIATIVAS DO SERVIÇO. BRASIL.....103

TABELA 3 – QUANTIDADE DE METAS ALCANÇADAS, NO PERÍODO DE JULHO A SETEMBRO DE 2013, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS AVALIATIVAS DO GESTOR DO SERVIÇO. BRASIL.....104

ARTIGO 3

TABELA 1 – FREQUÊNCIA, PERCENTUAL E VALOR DE P DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES (CONTEXTUAL, DO SERVIÇO E ALCANCE DE METAS) EM RELAÇÃO A REALIZAÇÃO DE PLANEJAMENTO NO SERVIÇO. BRASIL.....121

TABELA 2 – RESULTADO DA REGRESSÃO LOGÍSTICA MÚLTIPLA DA REALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS. BRASIL.....123

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AC – Acre

AE – Atenção Especializada

AL – Alagoas

AM – Amazonas

AMAQ-AB – Instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da
Qualidade da Atenção Básica

AMAQ-CEO – Instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da
Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas

AP – Amapá

BA – Bahia

BIGS – Brazilian Institute of Geography and Statistics

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CE – Ceará

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal

CPPS – Centro Panamericano de Planificación de la Salud

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DF – Distrito Federal

ES – Espírito Santo

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

FS – Faculdade da Saúde

GM – Gabinete do Ministro

GO – Goiás

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IEP – Instituição de Ensino e/ou Pesquisa

LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária

MA – Maranhão
M&A – Monitoramento e Avaliação
MG – Minas Gerais
MHDI – Municipal Human Development Index
MS (UF) – Mato Grosso do Sul
MS – Ministério da Saúde
MT – Mato Grosso
NPAQI–SDC – National Program for Access and Quality Improvement of Specialized
Dental Centers
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde
OR – Odds Ratio
PA – Pará
PB – Paraíba
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PE – Pernambuco
PES – Planejamento Estratégico Situacional
PI – PIAUÍ
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMAQ-CEO – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos
Centros de Especialidades Odontológicas
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PR – Paraná
RJ – Rio de Janeiro
RN – Rio Grande do Norte
RO – Rondônia
RR – Roraima
RS – Rio Grande do Sul
SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SC – Santa Catarina
SDC – Specialized Dental Centers
SE – Sergipe
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SP – São Paulo

SPSS – Statistic Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TI – Tecnologia de Informação

TO – Tocantins

UF – Unidade Federativa

UHS – Unified Health System

UNB – Universidade de Brasília

UNDP – United Nations Development Programme

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	MARCO TEÓRICO.....	23
2.1	PLANEJAMENTO EM SAÚDE.....	23
2.1.1	Os Caminhos da Construção de Teorias do Planejamento em Saúde	23
2.2	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO).....	35
2.3	PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (PMAQ-CEO).....	38
2.3.1	Incentivo Financeiro do PMAQ-CEO	43
2.3.2	O Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-CEO	44
2.3.3	AMAQ-CEO – Como Instrumento de Planejamento	45
3	OBJETIVO GERAL.....	50
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	50
4	METODOLOGIA.....	51
4.1	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	54
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	55
5.1	ARTIGO 1 – CONDIÇÕES ASSOCIADAS AOS RELATOS DE PLANEJAMENTO NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) (Versão em Língua Portuguesa).....	56
5.1	ARTIGO 1 – CONDITIONS ATTACHED TO PLANNING REPORTED IN SPECIALIZED DENTAL CENTERS (SDC) (Versão em Língua Inglesa).....	76
5.2	ARTIGO 2 – ANÁLISE DO DESEMPENHO DAS METAS DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO).....	94
5.3	ARTIGO 3 – FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DE PLANEJAMENTO EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA DE SAÚDE BUCAL	113
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133
	ANEXO.....	138

ANEXO A – TERMO DE APROVAÇÃO DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ- CEO PELO CEP-CCS/UFPE	138
ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO	142

1 INTRODUÇÃO

O planejamento é uma ferramenta de trabalho utilizada para tomar decisões e organizar as ações de forma lógica e racional, de modo a garantir os melhores resultados e a realização dos objetivos de uma sociedade, com os menores custos e no menor prazo possível (1). Conforme Carlos Matus, planejamento é “o cálculo que precede e preside a ação”, em um processo permanente de reflexão e análise para escolha de alternativas que permitam alcançar determinados resultados desejados no futuro (2).

Segundo Giovanella (3), uma ação planejada é uma ação não improvisada e, nesse sentido, fazer planos é coisa conhecida do homem desde que ele se descobriu com capacidade de pensar antes de agir, estando relacionado a todo processo de trabalho, e conseqüentemente, a toda vida humana, pois o trabalho é condição inerente à vida humana.

O interesse pelo planejamento das ações de saúde surgiu como decorrência da complexificação crescente do processo de trabalho nesta área, em virtude da necessidade de se enfrentar as mudanças que foram ocorrendo nas condições de vida e saúde da população em diversos países. Nessa perspectiva, a realização de campanhas sanitárias e posteriormente a elaboração de programas de controle de doenças podem ser consideradas atividades que já incluíam a prática do planejamento (4).

De acordo com Chorny, Kuschnir e Taveira (5), podem ser colocadas três premissas para o planejamento: “o objetivo principal do planejamento em saúde é a saúde – contribuir para a melhoria do nível de saúde da população tanto quanto seja possível, dado o conhecimento e recursos disponíveis”; “planejar não é fazer o plano – o plano é apenas um instrumento, um meio, contendo orientações que visam a concretizar as mudanças desejadas”; e “o planejamento não deve ser apenas a expressão dos desejos de quem planeja – os objetivos e estratégias expressos no plano devem ser factíveis, do ponto de vista técnico, e viáveis, do ponto de vista político, guardando, portanto, relação com a realidade”.

Dos anos 60 até o início da década de 90, surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento em saúde pautou sua atuação por um excesso de decisões centralizadas, que geraram planos normativos, verticalizados e nem

sempre adequados às realidades locais (6). Com a implantação do SUS, o processo de descentralização propiciou o fornecimento crescente de tecnologias e recursos capazes de dotar os sistemas locais de maior capacidade de gestão. Neste sentido o planejamento aparece como um instrumento importante, conferindo mais poder e responsabilidade aos municípios, e esse resgate de poder para o gestor municipal propicia uma nova relação entre as três esferas de governo (7).

Todavia, na maioria dos casos, observa-se a predominância de ações de saúde oriundas de um processo de planejamento que desconhece a realidade local em um cenário em que os recursos técnicos existentes (conhecimentos, tecnologias e pessoas preparadas) são insuficientes para o diagnóstico e para a elaboração dos planos de ações. Outro problema é o fato de a gestão se fazer, frequentemente, com base no imprevisto, o que denota uma preocupante ausência de planos e sem contar com a participação de todos os atores sociais envolvidos (6).

A superação dessas situações está de alguma forma relacionada à capacidade do nível local de se articular como equipe e, próxima à população, assumir a responsabilidade pela gestão do plano e conquistar autonomia para definir e direcionar o sistema de saúde de maneira coerente com os problemas e as demandas locais. Sendo assim, é necessário desmistificar o planejamento e seus instrumentos como algo inacessível ao gestor local e fazer com que suas técnicas se coloquem ao alcance dos que não se consideram “planejadores”, mas que devem ser considerados entre os que de fato planejam e fazem as coisas acontecer no dia a dia do município e da base do sistema de saúde (6).

Para o enfrentamento desse modo de fazer gestão e de construir um novo processo de planejamento, dois autores foram/são extremamente importantes, Mario Testa e Carlos Matus, os quais são responsáveis pela construção e consolidação da corrente teórica: o planejamento estratégico em substituição e superação ao planejamento normativo (7).

Segundo Testa (8), ao criticar o pensamento normativo, considera o setor saúde inseparável da totalidade social, enfatiza a importância de se analisar as relações de poder no contexto das práticas de saúde. Já Matus (9), agrega ao pensamento estratégico a abordagem situacional e afirma “a planificação supõe cálculo situacional complexo, cálculo este afetado por múltiplos recursos – organizativos, financeiros, políticos – que cruzam muitas dimensões da realidade”.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) considera que o ator que planeja faz parte da realidade planejada, e sobre uma mesma situação há várias explicações, dependendo dos interesses de quem explica, portanto, é preciso conhecer a explicação do outro. A capacidade de ação varia de ator para ator que planeja, ou seja, o sucesso de um plano vai depender dos recursos políticos, administrativos e financeiros de quem planeja, e a viabilidade do plano está na dependência da capacidade de todos os atores envolvidos na situação (10).

No exercício do PES, de acordo com Matus (11): “cada âmbito problemático necessita de um desenho particular de planificação situacional, o que requer desenhar o próprio método dentro do método geral estabelecido para que o plano seja operativo”. A construção de um plano operativo visa ter como produto a explicitação das ações, responsabilidades e compromissos, de modo a resultar em um instrumento orientador da gestão e do processo de trabalho.

Considerar o planejamento como um dispositivo, o qual segundo Campos (12) é definido como aquilo que propicia, faz advir, é nada mais que assumir o fato de ser “ele” o elemento disparador de uma série de acontecimentos que culminam por confluir com os objetivos ou finalidades, o processo esperado da transformação ou manutenção da ordem estabelecida. É sob a égide da concepção de dispositivo que o planejamento no campo da Saúde Coletiva se institui com vistas a garantir o acesso dos brasileiros aos serviços de saúde (13).

Em 2013, o Ministério da Saúde editou e publicou o Instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AMAQ-CEO) no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Este Instrumento de autoavaliação deve ser entendido como dispositivo do planejamento visando a reorganização do serviço e da gestão. É um momento em que os sujeitos e grupos implicados avançam na autoanálise, na autogestão, na identificação dos problemas, bem como na formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho. Portanto não basta identificá-los, mas também planejar e realizar a intervenções no sentido de superá-los (14).

Dessa forma, integra-se aos processos autoavaliativos o desenvolvimento de propostas de intervenção/planos de ação, ou seja, a pactuação de ações para a superação dos desafios elencados. Neste sentido, o planejamento favorece o

monitoramento e a avaliação das ações implementadas, subsidiando a tomada de decisão para o reordenamento ou manutenção das ações (14).

Assim esta pesquisa tomou como objetivo geral analisar os CEO a partir dos relatos de atividade de planejamento e o desempenho dos indicadores no PMAQ-CEO.

Nesse sentido, buscar-se-á contextualizar a construção de teorias do planejamento em saúde, a importância e a efetividade do planejamento para as ações de saúde, a importância dos CEO e o PMAQ-CEO, como forma de auxiliar a compreensão dos objetivos geral e específicos traçados no estudo.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 PLANEJAMENTO EM SAÚDE

2.1.1 Os Caminhos da Construção de Teorias do Planejamento em Saúde

Na maioria das vezes, o planejamento ocorre de forma intuitiva ou pouco sistematizada, dificultando a socialização ou a institucionalização dos projetos elaborados. Quando se pretende alcançar objetivos complexos e ainda fazê-lo coletivamente, torna-se ainda mais evidente o quanto planejar é importante. E, se há pretensão de planejar, é imprescindível contar com um método de planejamento (15).

Para Hellriegel (16), o planejamento é definido como um processo formal de escolha de visão de uma organização, a missão e os objetivos gerais; elaboração de metas operacionais e escolher estratégias e táticas para alcançar estes; e alocação de recursos para alcançar as metas.

Segundo Mintzberg (17), organizar a atividade humana, exige duas questões fundamentais as quais muitas vezes são contraditórias: divisão do trabalho em tarefas e coordenação das tarefas. Nesse sentido, esse autor classifica as estruturas organizacionais, da seguinte forma: Organização empreendedora que atua como uma organização de estrutura simples, com poucos gerentes de cúpula sendo um deles o líder. Os demais são operadores do trabalho básico. Há pouca formalização e uso mínimo de planejamento e ou treinamento; Organização mecânica a qual tem suas raízes na revolução industrial, havendo muita especialização do trabalho, e alta padronização. Caracteriza-se por realizar uma produção em massa; Organização profissional onde prioriza a padronização das habilidades das pessoas e não a de processos. Por esse motivo se faz necessário profissionais qualificados, especializados e com implacável gerência sobre seu trabalho; Organização diversificada que opta pela divisão, especialmente por suas linhas de produtos serem diversificadas. Geralmente a matriz detém algum mecanismo de controle capaz de garantir uma padronização mínima nas suas atividades; Organização

inovadora procura frequentemente a inovação buscando peritos especializados e treinados quando se quer desenvolver um grande projeto; e Organização missionária a qual foca em uma ideologia e por esse motivo opta por um modelo de gestão capaz de coordenar atividades de pessoas, na sua maioria, voluntárias.

Para o setor público, o planejamento é considerado um processo de raciocínio sobre como uma organização vai chegar aonde ela quer ir (18). Esta posição mantém que o planejamento molda todo o campo da administração pública, determinando os limites de responsabilidade do governo, a alocação de recursos, distribuição de custos, divisão do trabalho e da extensão dos controles públicos (19).

O planejamento é um instrumento de grande utilidade para a organização da ação dos atores e agentes, que orienta as iniciativas e gera convergência e articulação das diversas formas de intervenção na realidade. Dessa maneira, o planejamento contribui para a mobilização das energias sociais e constitui uma referência para a implementação das ações que podem desatar o processo de transformação na direção e com os objetivos definidos pela sociedade. Ou seja, o planejamento representa uma maneira de pensar o futuro e de fundamentar as escolhas e prioridades (1).

O ato de planejar, segundo Teixeira (4), consiste em desenhar, executar e acompanhar ações para intervenção sobre determinada realidade. Para Mintzberg (20), consiste em formalização de procedimento para a obtenção de resultado articulado, de forma que as decisões possam estar integradas umas às outras. Já Vilasbôas (21), reforça a ideia de ações com vistas à intervenção realizadas por atores sociais, na perspectiva de mudança, mas também com a possibilidade de manutenção de determinada situação.

Ator social pode ser entendido como uma pessoa, uma organização ou agrupamento humano que, de forma fixa ou provisória, tem a competência de aglomerar força, desenvolver interesses e necessidades e atuar produzindo fatos na situação (2).

Sob a visão de que “negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceita-lo seja ele qual for” (10), o planejamento assume o papel vital no direcionamento das ações a fim de que se atinja ou alcance o resultado previamente escolhido. Daí a percepção de que não se resume a um conjunto de intenções ou à tomada de decisão em si (22).

Na saúde, a apropriação de um modelo de planejamento surgiu de demanda pelos sistemas de saúde, ocasionada pela transformação nas condições de vida e saúde da população, e o reconhecimento da prática de planejamento em saúde por organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), coincide com o desenvolvimento científico e tecnológico ocorrido na segunda metade do século XX, o qual foi acompanhado pela organização de redes e sistemas de saúde (4).

A institucionalização de um método de planejamento em saúde, na região das Américas, foi inicialmente proposta pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), identificado como método Cendes-Opas (23). Esse método surgiu como resposta às demandas apresentadas na Reunião de Punta Del Este, em 1961, relativas à formulação de planos integrados de desenvolvimento econômico e social como condição para a realização de investimentos externos, que, a partir de um referencial desenvolvimentista, permitiam os países subdesenvolvidos percorrerem as diversas etapas supostamente já percorridas pelos países que alcançaram sua maturidade econômica e social (24). Este método adotou o planejamento normativo, o que significou a transposição do planejamento econômico normativo que vigorava na América Latina desde 1940 para o campo social e, especificamente, para a saúde (12). Apresentava uma acentuada racionalidade técnica e uma centralidade em estudos de custos, que caracterizaram como tecnocrático e economicista. Por seus preceitos, constituiu um método de planejamento de saúde no qual a realidade deveria ser concebida como a norma. O objetivo “era otimizar os ganhos econômicos obtidos com saúde e/ou diminuir os custos da atenção, sendo a escolha de prioridade feita a partir da relação custo/benefício” (3).

Apesar das limitações apontadas, que caracterizam o método Cendes-Opas como a expressão do enfoque normativo na área de saúde, alguns dos seus pressupostos e métodos continuam válidos até hoje, ainda mais quando se trata de desenvolver um processo de programação das ações e serviços que tenha como objetivo central a racionalização de recursos escassos. Nesse sentido, podemos identificar a influência deste método em propostas metodológicas de programação utilizadas no âmbito do SUS, particularmente no que tange à programação da oferta de serviços realizada a partir da negociação, atualmente “pactuação” entre prestadores públicos e privados que atuam em um determinado território, municipal ou regional (25).

A baixa capacidade de interferência do Estado e a forte influência de interesses privados sobre o setor contribuíram para que o método Cendes-Opas não alcançasse êxito. Bem como o caráter normativo do método, associado à ausência da abordagem dos aspectos políticos que permeiam a realidade diante da situação precária de gestão em que estavam as instituições de vários países, passou a exigir outro enfoque para o planejamento em saúde (24).

Surge então um movimento, que busca unir o planejamento em saúde com a gestão desse setor enquanto elemento auxiliar das políticas, como fenômeno político, através da parceria de alguns organismos internacionais de ensino e pesquisa. Em 1975, o Centro Panamericano de Planificación de la Salud (CPPS) produz o documento, intitulado por “Formulación de Políticas de la Salud”, o qual apresenta a ideia de que a formulação de políticas pode ser entendida como um “processo mediante o qual a autoridade política estabelece os objetivos gerais que se pretende alcançar, os meios através dos quais se deverá atuar para alcançá-los e a enunciação de ambos em termos claros e precisos” (26).

Rivera (27) aponta duas grandes limitações na proposta metodológica do CPPS, uma no que diz respeito ao tratamento estanque concedido às diferentes etapas ou formas de análise, quando, em verdade, o processo político é interativo, com várias fases acontecendo repetidas e simultaneamente e se imbricando mutuamente; e a segunda, no fato desta proposta assumir que o único ator facultado a elaborar uma imagem objetivo é a autoridade política, quando, no entanto, todos os atores políticos e sociais têm essa capacidade.

Apesar das limitações do modelo proposto pelo CPPS, principalmente no que diz respeito as dificuldades operacionais e de escolha dos indicadores para medir condições de vida, este representou um avanço em relação ao Cendes-Opas e serviu como matriz para o planejamento estratégico (24).

Em função dos estudos de Mario Testa e Carlos Matus, o planejamento normativo começou a ser substituído pelo planejamento estratégico, e são esses autores os responsáveis pela construção e consolidação dessa nova corrente teórica, conhecida como: planejamento estratégico (7).

Mario Testa que atuou no projeto inicial do método Cendes-Opas, deslocou seus interesses e sua atuação para os movimentos populares que ocorriam na Argentina com o movimento peronista. Durante o exílio, reformulou algumas posições e, em seus estudos, passou a abordar os problemas de saúde como

problemas sociais. Para Testa, a intencionalidade do “processo de planejamento em saúde é de mudança social”, em uma clara intenção de pensar em uma nova sociedade. Sendo assim sua proposta tinha como objetivo mudar a história ao intervir sobre a realidade, daí sua concepção de planejamento como uma prática histórica. Tem clareza sobre a influência do poder na sociedade e no setor saúde e, em sua proposta, planejar em saúde deve-se estar atento às disputas e aos jogos de poder, tornando-se uma prática construída (historicamente) por meio de estratégias de ocupação de espaços de enfrentamentos (28).

Ao enfatizar a importância da determinação social dos problemas de saúde, Testa privilegia os valores, hábitos e comportamentos dos atores sociais, e faz análise das relações de poder existentes na organização das práticas de saúde, compreendendo-as como práticas ideológicas, representativas de quem as faz (28, 29).

Um ponto central da teoria proposta por Testa é a discussão do poder e da ideologia como categorias fundamentais à compreensão da dinâmica organizacional das instituições. Para além da proposta de planejamento estratégico, avançou ao propor que se pensasse a ação em saúde como uma ação política que, em última análise, expressava o pensamento e as disputas estabelecidas entre os sujeitos dessa ação (29).

Para Testa, o poder constitui uma categoria explicativa da realidade, e o objetivo de seu pensamento estratégico é interferir nas relações de poder, uma vez que o percebe como uma “capacidade” que alguém ou algum grupo possui. Ele afirma que o poder “é a capacidade de uma classe social realizar seus objetivos históricos” (30), mas também o aceita como “relação que constrói a sociedade e é indissoluvelmente ligado ao Estado” (31).

Para Giovanella (28), a compreensão da tipificação de poderes de Testa “tem um valor analítico ao ajudar a identificar a disponibilidade de certos recursos de exercício de poder por parte de cada um dos atores sociais em disputa no debate sobre saúde e ao identificar cenários/espacos onde se exerce o poder”.

Testa propõe uma ação democrática em um processo de planejamento que adota uma prática dialógica, com a busca de consensos e acordos a partir de compromissos firmados entre os atores, fazendo com que o planejamento perca a imagem de uma metodologia muito estruturada (29). Sendo assim, acredita que formas democráticas e participativas podem ser compreendidas como “práticas que

afetam a concepção de mundo de seus sujeitos e podem contribuir para a transformação dessas concepções de mundo, além de impulsionar novas práticas pela elaboração crítica dos conteúdos das práticas realizadas que possibilitam” (32).

De acordo com Giovanella (28), a proposta de Testa apresenta um conteúdo transformador para o planejamento em saúde quando busca compreender “os conteúdos de poder nas ações em saúde, não escamoteando as bases reais da dominação, e por ser transparente nos deslocamentos de poder que objetiva”.

Já, Carlos Matus propõe que o desenvolvimento seja direcionado pela mudança das estruturas das instituições, dos serviços e da gestão, e sugere que a abordagem dos grandes problemas enfrentados no processo de planejamento se faça pela formulação de estratégias “de desenvolvimento que apresentem a coerência necessária entre a eficácia econômica e eficácia política” (28), além de propor uma reforma vertical da administração com a introdução de uma série interligada de subsistemas da gestão (7).

Com base nas teorias da situação, da produção social e da ação interativa, Matus elabora um método de processamento de problemas estruturado em quatro momentos: Explicativo – visa a explicar a realidade, isto é, os problemas, suas causas e consequências, as oportunidades e as ameaças existentes no contexto a ser trabalhado, sendo assim, corresponde ao diagnóstico em que são selecionados problemas e discutidas suas causas ao nível dos fenômenos e das estruturas sociais básicas; Normativo – corresponde ao desenho do “deve ser”. É quando se define o conteúdo propositivo do plano, é iniciado após a identificação, seleção e priorização de problemas, e o consequente desenho da árvore explicativa de suas causas. Construída a árvore e selecionados os nós críticos são definidas as operações e ações necessárias para combater as causas fundamentais dos problemas abordados; Estratégico – corresponde a análise e construção da viabilidade política, portanto onde se discute o poder. Neste momento a intenção é analisar criteriosamente os cenários e os atores sociais existentes, identificando interesses e motivações de cada ator e as pressões que podem ser exercidas com relação às ações planejadas capazes de influenciar positiva ou negativamente na execução destas; e Tático-Operacional – onde são tomadas as decisões e a realização da ação concreta sobre a realidade. Nesse momento, as ações são executadas, monitoradas e avaliadas, e não só andamento destas, mas também a evolução dos problemas originais. “Com elementos de cálculo de cenários e um sofisticado

instrumental de análise estratégica, o autor propõe um modelo de planejamento criativo, flexível e interativo” (10, 28, 29, 33).

Com o objetivo de auxiliar na elaboração de um sistema de direção estratégica, Matus (2) dedica-se a analisar a capacidade de gestão. Para isso utiliza a imagem do triângulo de ferro como uma metáfora do funcionamento ideal de um sistema de gestão racional (Figura 1).

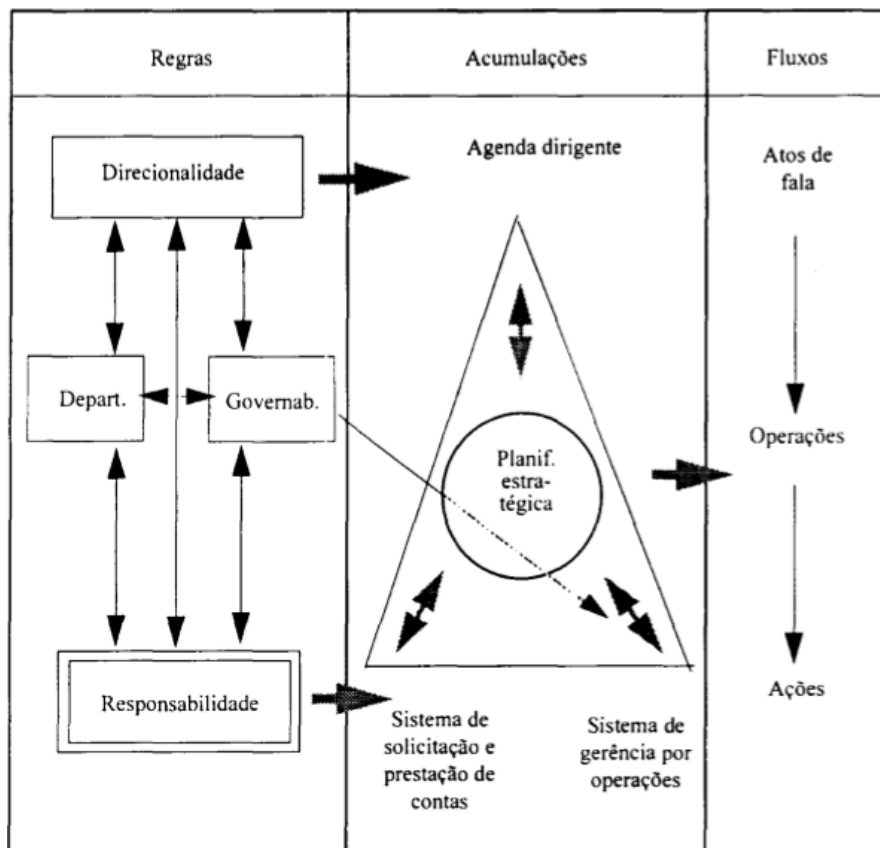


Figura 1. Teoria macroorganizativa do Planejamento Estratégico Situacional.

Fonte: Riveira (34).

As extremidades deste triângulo refletem o sistema de solicitação e de prestação de contas, a agenda do dirigente e o sistema de gerência descentralizada por operações. Ao meio corresponde ao sistema de planejamento estratégico, apoiando e se apoiando nas três pontas (34).

A correlação entre regras e acumulações ocorre da seguinte forma: as regras de direcionalidade se expressam através da agenda do dirigente; as de

governabilidade se traduzem no sistema de gerência; e as regras de responsabilidade se manifestam no sistema de prestação de contas (34).

Para que o triângulo de ferro tenha um desempenho ideal necessita-se de uma prestação de contas ou uma cobrança de resultados o que obriga o dirigente a planejar sua atuação e a organizar ou adequar sua agenda, resultando na definição de prioridades ou de compromissos estratégicos (operações) a serem continuamente acompanhados; assim, a agenda do dirigente passa a ser racional, pois evidencia problemas e maneiras de atuação importantes ou de alto valor. O contrário trata-se da improvisação e a ocupação do tempo com rotinas e emergências (34).

A busca por planejamento e racionalização da agenda do dirigente gera oportunidade da gerência descentralizar as operações, na medida em que os problemas de menor valor relativo ao nível da alta liderança, assim como os passíveis de normatização, seriam descentralizados progressivamente e a implementação de operações implicaria um sistema de desagregação recursiva das mesmas, em ações e subações, e um sistema correlato de definição de responsabilidades, que envolveria até os níveis mais operacionais de uma organização (34).

Essa gerência descentralizada exige um planejamento estratégico descentralizada pressupondo a prestação de contas e assim por diante. Apresentando-se de caráter criativa, com uma boa parcela de autonomia e direcionada a resultados (34).

Outra importante contribuição de Carlos Matus foi o estabelecimento das diferenças entre norma e estratégia, e entre procedimentos normativos e procedimentos estratégicos. Segundo o mesmo, a norma é o alicerce do procedimento normativo e corresponde ao necessário, enquanto que a estratégia diz respeito ao possível diante do necessário. A estratégia é uma avaliação e uma vontade para o que se quer alcançar composto pelo aspecto econômico e o político social. Já no necessário considera-se o conflito, a contradição, as oposições e os acordos diferenciando entre o procedimento estratégico e o normativo (11).

O procedimento normativo, segundo Matus, significa “um conjunto de ações necessárias para cumprir um objetivo fixado a priori, impondo sobre a realidade uma norma de conduta coerentes com os objetivos. Nesse procedimento, a trajetória

entre a situação inicial e o objetivo é uma trajetória eficaz que deve substituir o comportamento real” (9, 28).

Enquanto que o procedimento estratégico “pressupõe respostas do sistema às ações para sua alteração, e a norma é o ponto para o qual se quer encaminhar o funcionamento do sistema. A trajetória é flexível, sujeita a revisão de acordo com as circunstâncias, e a busca da modificação do sistema baseia-se no conhecimento da realidade, e não em uma imposição sobre a realidade” (28).

Matus propõe o emprego de um modelo de planejamento que tenha a realidade como referência e que funcione como ela: certa e incerta, previsível e imprevisível, em atos relacionais com consensos e dissensos, agindo e reagindo na busca de “respostas a simulações/ensaios de fatos e perturbações. Isto é, um modelo que possa permitir a dedução de uma política viável, capaz de aproximar-se dos objetivos perseguidos” (9, 28).

No método de planejamento normativo, “o planejador é um sujeito separado da realidade, colocando-se fora dela e pretendendo controlá-la como se fosse o seu objeto” (28). Dessa forma, Matus (35) defende a ideia de que o planejador deve ser alguém que vive a realidade da situação em que trabalha e que as pessoas com quem compartilha o trabalho e o problema também sejam sujeitos no ato de planejar (7).

O método de planejamento situacional, proposto por Matus, apresenta a “situação” como o lugar em que estão os atores e suas ações (28, 31). Compreende situação como a expressão da realidade em determinado local, em um dado momento histórico em que diferentes pessoas se relacionam com identidades e conflitos na presença de jogos de poder, tendo de se posicionar diante dos problemas ali existentes. Como a situação é dinâmica, o plano, enquanto um cálculo, não deve ser nem unicamente técnico, nem apenas político, e muito menos único. Esse plano, que muda com as alterações da realidade em cada lugar (em um mesmo lugar, cada momento deve ser compreendido como uma nova situação), deve levar em conta as propostas de todos os diferentes atores sociais envolvidos no processo de planejamento instituído (11).

Considerando que no conceito de situação, com vários atores em ação, contradições e conflitos estão sempre presentes, são assumidos e necessitam ser enfrentados pelo processo de planejamento situacional. Nesse caso, a ação de planejamento é necessariamente política e guarda em si uma disputa de poder,

pois, de acordo com Matus, um dos recursos escassos que dificultam o desenvolvimento de ações transformadoras são os recursos de poder (28, 35).

Na teoria de planejamento, o conceito de estratégia está relacionado com a capacidade de aglutinar pessoas, ideias e recursos ao seu projeto, no intuito de viabilizar o plano e alcançar o objetivo. Refere-se à existência de diferentes compreensões, vontades e posições das pessoas com relação a um problema que as afeta no interior de uma instituição ou, por exemplo, diante de alguma demanda de usuários de serviços de saúde e diz respeito ao necessário enfrentamento ao poder instituído e ao poder oculto nas posições ocupadas por gestores e outros atores sociais presentes. Refere-se, também, aos distintos saberes e projetos que coexistem em disputa e conflito ou, ainda a necessidade de se pensar recursos necessários a uma ação em face da existência parcial, da inexistência ou da falta de domínio sobre a decisão de disponibilidade desses recursos. Nesses casos, a estratégia é a arte de convencimento das pessoas com as quais se precisam trabalhar ou das pessoas que detêm o domínio para a liberação, ou não, dos recursos necessários a uma ação. Em suma, é o movimento que visa conferir viabilidade a um projeto (9, 28, 29, 36).

Segundo Toni (33), o Planejamento Estratégico Situacional (PES) “diz respeito à gestão de governo, à arte de governar. É a ciência e a arte de construir maior governabilidade aos nossos destinos enquanto pessoas, organizações ou países, e diz respeito a um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo que podem ser aplicados a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo, que persegue uma mudança situacional futura”.

No que diz respeito aos fundamentos teóricos do PES, Matus chama atenção para três aspectos fundamentais, complementares e que são interdependentes, os quais foram denominados “Triângulo de Governo” (Figura 2): Projeto de Governo – refere-se ao plano que uma equipe se propõe a realizar para alcançar seus objetivos; Governabilidade – diz respeito às variáveis ou recursos que a equipe controla ou não, e que são necessários para implementar seu plano; e Capacidade de governo – refere-se à experiência e à acumulação de conhecimentos que uma equipe domina e que são necessários para a implementação do seu plano (12).



Figura 2. Triângulo do Governo.

Fonte: Campos, Faria e Santos (12).

Realizar uma análise desses três aspectos é fundamental e possibilita compreender a relação entre os recursos da gestão e a implantação de ações necessárias, previstas no processo de planejamento (7).

Para Vilasbôas e Paim (37), as práticas de planejamento seriam um dos componentes da capacidade de governo e, desse modo, condicionariam e seriam condicionadas pelo projeto de governo e pela governabilidade do sistema.

Segundo Campos, Faria e Santos (12), o Triângulo de Governo busca representar de forma dinâmica e interdependente a relação entre cada extremidade. Para ilustrar essa conexão, podem acontecer situações em que uma equipe tem baixa governabilidade para realizar seu projeto, porém conta com uma alta capacidade de governo, o que lhe pode permitir acumular recursos que aumentam sua governabilidade em níveis suficientes para que seu projeto se realize; ou, uma equipe, apesar de possuir uma alta governabilidade, pode ficar isolada e impotente para realizar o seu projeto, por contar com pouca ou quase nenhuma capacidade de governo ou não possuir um projeto adequado aos problemas que deve ser enfrentados, ou ambos.

Para propor uma nova abordagem para intervenção na prática de saúde Campos (38) adota a concepção Paideia. Elabora e propõe o método de Roda ou Paideia, cujo objetivo é a inclusão do sujeito no trabalho em saúde e preconiza fazer a saúde coletiva com as pessoas, e não sobre elas.

Através deste Método busca-se um efeito "Paideia" que diz respeito ao trabalho realizado para ampliar a capacidade das pessoas para lidar com informações, interpretá-las, compreender a si mesmas, aos outros e ao contexto. Colaborando assim para o aperfeiçoamento da capacidade de tomar decisões, de lidar com conflitos, estabelecer compromissos e contratos. Em suma, expandindo as possibilidades de ação das pessoas envolvidas sobre todas essas relações (39).

A concepção teórica e metodológica Paideia busca compreender e interferir nas dimensões do poder, do conhecimento e do afeto. Quando aplicada na política e na gestão tratam de modos para operar com o poder. Preocupa-se com a construção de novos padrões de relação entre as pessoas. Além de alterar o ambiente, visa também alterar as relações sociais de poder envolvidas e apresenta a racionalidade do planejamento estratégico e seu princípio da participação, tendo como meta a cogestão, pelas pessoas, do seu modo de levar a vida e das diversas ações no processo de cuidado. Dessa forma visa constituir sujeitos reflexivos, “que teriam o papel prático específico de apoiar as pessoas com quem convivem para que consigam a ampliação da capacidade de análise de si mesmo e do mundo” (38, 40).

Campos et al. (39) descrevem a cogestão como o exercício compartilhado do governo de um programa, serviço, sistema ou política. O que implica na coparticipação de sujeitos com distintos interesses e diferentes inserções sociais em todo processo de gestão: definição de objetivos e de diretrizes, diagnóstico, interpretação de informações, tomada de decisão e avaliação de resultados.

A coprodução de sujeitos e coletivos com capacidade de análise e intervenção na realidade apresenta-se como uma das formas possíveis para a superação dos entraves à mudança nas instituições de saúde. Mudança esta que somente pode ser processada simultaneamente à constituição de novos processos de subjetivação, que se inscrevam numa lógica de coletividade, de alteridade, afirmando o outro como sujeito (39).

As contribuições de Mario Testa, Carlos Matus e Gastão Wagner Campos não são apenas subsídios fundamentais ao processo de planejamento em saúde. Mais que isso, significam uma proposta e um compromisso com a vida das pessoas, uma vez que buscam conferir um novo sentido ao processo de planejamento em saúde. Procuram compreender a saúde e a doença como fenômeno socialmente determinados, em sociedade em que o poder e a ideologia são categorias decisivas à estruturação dessas sociedades, à organização dos serviços de saúde e à construção/consolidação dos valores das pessoas, nem sempre resultando em uma qualidade nova para a vida e as relações sociais (7).

2.2 CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO)

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), intitulada por Brasil Sorridente, lançada em 2004, passou a organizar e estruturar no Sistema Único de Saúde a Rede de Atenção Secundária em Saúde Bucal do Brasil através da criação e implantação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que são estabelecimentos de saúde que prestam serviços de média complexidade em saúde bucal com o objetivo de garantir a referência e contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. Dessa forma os tratamentos oferecidos nos CEO são uma continuidade do cuidado prestado pela Atenção Básica (AB) a qual é responsável pelo primeiro atendimento e ordenadora da Rede (41).

De acordo com Jesus e Assis (13), a organização de uma rede hierarquizada de serviços é um dos dispositivos do planejamento para viabilizar o acesso da população aos serviços de saúde.

O processo de regionalização e hierarquização do SUS estabelece relações que definem o nível de complexidade das unidades prestadoras dos serviços de saúde. Nesse aspecto, a questão do planejamento é de extrema importância a fim de assegurar o atendimento adequado para o usuário referenciado (42).

Para um adequado funcionamento de um sistema de saúde é necessária a oferta de serviço em todos os níveis, sendo a AB a principal porta de entrada no sistema. No Brasil, a prestação de serviços de saúde bucal apresentou importante expansão dos níveis da atenção básica e secundário, com ênfase para o primeiro (43). Em um sistema de saúde é necessário que haja uma eficiente interface entre atendimento odontológico da atenção básica e secundário (43, 44), ou seja, não basta apenas a existência dos níveis de atenção, mas também interlocução entre esses níveis (45).

A interface ideal entre os serviços de atenção básica e secundária deve levar em consideração algumas características: equidade – onde todos os casos, diagnosticados apropriadamente, devem ser referenciados a um nível de maior complexidade sem barreiras para este referenciamento; integralidade – todo tratamento requerido deve estar disponível e acessível, seja no nível básico ou secundário, onde o fluxo entre os níveis é facilmente conseguido; e, finalmente, esta

interface deve ser eficiente e eficaz – garantindo-se que as referências sejam apropriadas e devidamente oportunas e com mecanismos de triagem adequados, a contrarreferência também é assegurada após o tratamento completado, ou até mesmo, ao longo do mesmo (46).

O aumento do acesso é considerado a principal solução para a melhoria da interface entre a atenção básica e secundária (44). É nessa direção que a atual política de saúde bucal do Brasil intensifica suas ações, com amplo investimento no aumento da oferta de serviços odontológicos, principalmente na AB, por meio da Estratégia Saúde da Família, e, particularmente no âmbito da atenção secundária, por meio da implantação dos CEO (47).

Os CEO são estabelecimentos públicos de saúde, classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade, que devem ofertar minimamente as seguintes áreas clínicas: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a pacientes com necessidades especiais. Outros procedimentos podem ser disponibilizados nesses Centros tais como reabilitação protética, tratamento ortodôntico e implantes dentários em conformidade com as demandas assistenciais da população (48). Podem ser classificados como Tipo I, quando apresentam 3 cadeiras odontológicas, Tipo II, quando apresentam entre 4 a 6 cadeiras, e Tipo III, acima de 7 cadeiras. Independente do Tipo, todos os CEO devem ofertar minimamente as cinco especialidades citadas anteriormente (49).

A implantação desses serviços iniciou-se em 2004, e até outubro de 2016 já são 1.069 CEO habilitados pelo Ministério da Saúde (Figura 3).

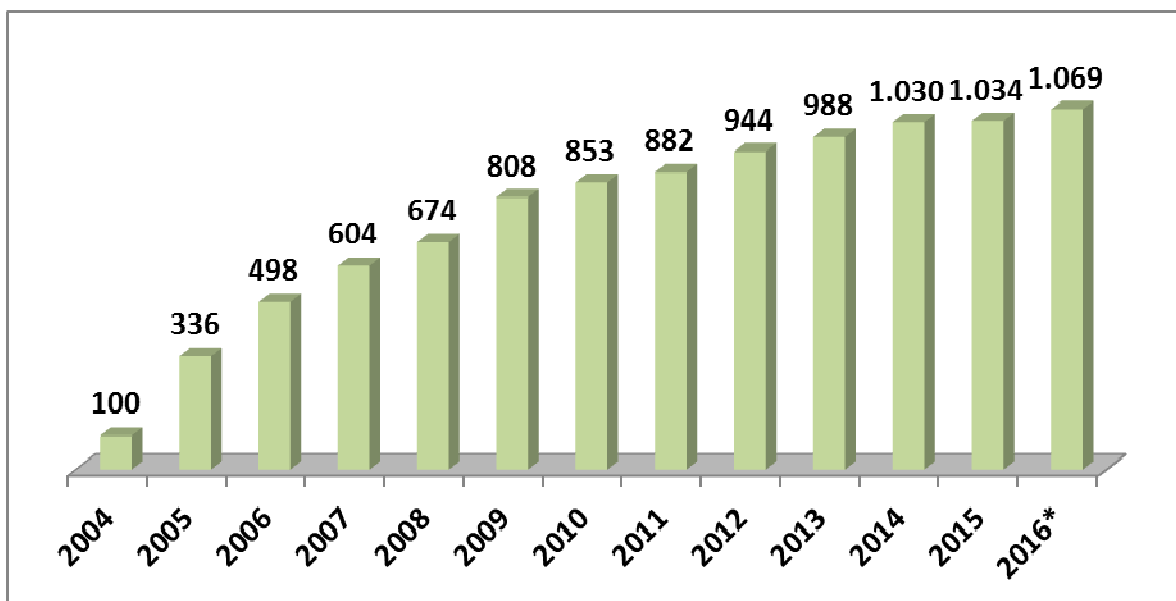


Figura 3. Número de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) habilitados, Brasil, Jan/2004 a Out/2016*

Fonte: Ministério da Saúde – Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) (50).

Os tratamentos especializados ofertados nos CEO são, de maneira geral, no âmbito privado, inacessíveis para a maior parte dos brasileiros. Por essa razão, a conquista do acesso de tais serviços para a população brasileira é de extrema significância, pois possibilita a continuidade dos tratamentos odontológicos de recuperação e manutenção da saúde bucal, e evita aqueles que durante anos foram exclusivamente mutiladores (51).

A deficiência de acesso advém de uma política pré-SUS excludente, quando as ações assistenciais eram voltadas essencialmente à criança, ficando a população adulta e idosa restrita aos serviços de urgência. Assim, prevalecia um modelo assistencial mutilador e de baixa resolutividade (52).

Tal qual o Brasil Sorridente, os CEO representam uma conquista social do direito universal à saúde. Direito este advindo de reivindicações provenientes do movimento da Reforma Sanitária Brasileira nos anos 70, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, das Conferências Nacionais de Saúde Bucal (CNSB), iniciadas em 1986 (52), e de eventos mais recentes em nossa história. Tais eventos são a divulgação do documento “Fome Zero e Boca Cheia de Dentes” e a conclusão dos levantamentos epidemiológicos SB Brasil 2003 e 2010 (53).

Em essência, o “Fome Zero e Boca Cheia de Dentes” buscou vincular a necessidade de uma adequada condição de saúde bucal à questão prioritária na agenda política do governo vigente, o combate à fome. Assim, a ideia de que era preciso possuir dentes para mastigar e reduzir a fome no Brasil ganha força política (54). Por sua vez, o SB Brasil 2003 ressalta a morbidade advinda do precário acesso de parcela significativa de brasileiros à assistência odontológica como a perda dentária precoce (55).

Em vista do papel social dos CEO em reduzir as iniquidades de acesso aos serviços odontológicos da média complexidade e, assim, propiciar reduções na morbidade relacionada à saúde bucal, esses serviços devem ser avaliados em prol da melhoria contínua do seu desempenho (53). Entretanto, não havia, até então no Brasil, uma política nacional de avaliação de CEO. Em fevereiro de 2013, o Governo Federal expandiu o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) aos CEO como estratégia de qualificação dos serviços especializados em saúde bucal (56).

Segundo Machado, Silva e Ferreira (53), uma alternativa para buscar soluções para superação as barreiras de acesso aos serviços de saúde bucal é a realização de avaliações para subsidiar o planejamento e a tomada de decisão. Neste sentido, iniciativas como o PMAQ-CEO e estudos de avaliação de CEO devem ser destacadas, uma vez que o objeto dos serviços de saúde, a vida e o processo saúde-doença são bastante dinâmicos. Assim, é preciso revigorar processos avaliativos continuamente.

2.3 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (PMAQ-CEO)

Este Programa teve como referencial teórico e prático o estudo realizado por Goes et al. (57) o qual avaliou a atenção secundária em saúde bucal dos CEO, constituindo-se na primeira fase da Pesquisa de Linha de Base para Avaliação e Monitoramento: Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil. Estudo resultante do Projeto de Cooperação Internacional entre Brasil e Cuba, financiado pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

A iniciativa de avaliar um programa ou serviço de saúde, como os CEO, passa pela necessidade de analisá-lo e julgá-lo com a finalidade de conhecer e modificar a situação mediante a tomada de novas decisões (47).

Nesse sentido, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) foi instituído no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente com os seguintes objetivos: I – Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); II – Construir parâmetros de qualidade dos CEO que sejam passíveis de comparação nacional, regional e local, considerando as diferentes realidades de saúde; III – Fortalecer o processo de referência e contrarreferência de saúde bucal; IV – Estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelos CEO; V – Transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade, através do portal do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde; VI – Envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes dos CEO e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção especializada em saúde bucal; VII – Desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados; VIII – Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção em saúde bucal, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e IX – Caráter voluntário para a adesão tanto pelos profissionais do CEO quanto pelos gestores estaduais, do Distrito Federal e municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos (58).

No primeiro ciclo (2013/2014) o Programa estava organizado em quatro fases que se complementam, formando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade: Adesão/Contratualização; Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização (56).

A primeira fase do PMAQ-CEO consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre a Equipe do CEO com os gestores municipais, estaduais ou Distrito

Federal, e desses com o Ministério da Saúde num processo que envolve pactuação local, regional e estadual, e a participação do controle social. É uma fase voluntária, onde todos os CEO, independente do Tipo I, II ou III, podem aderir (58).

A segunda fase consiste no desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pela equipe do CEO, pelas gestões Estaduais, Municipais, do Distrito Federal e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão e do serviço especializado de saúde bucal que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade no CEO. Essa fase está organizada em quatro dimensões: autoavaliação; monitoramento; educação permanente; e apoio institucional, que devem ser estruturadas de forma contínua e sistemática (58).

A Avaliação Externa consiste na terceira fase do PMAQ-CEO que é realizada pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal/Departamento de Atenção Básica em parceria com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP). Nessa etapa, um grupo de avaliadores da qualidade, todos cirurgiões-dentistas, selecionados e capacitados pelas IEP, aplicam *in loco* o Instrumento de Avaliação Externa para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelos profissionais e pela gestão. Durante esta avaliação são realizadas observações de infraestrutura do CEO, entrevista com o Gerente do CEO, com um cirurgião-dentista do CEO, com usuários e verificação de documentos (58).

A quarta e última fase, ocorre após a certificação dos serviços, e é constituída por um processo de repactuação da equipe do CEO e dos gestores Estaduais, Municipais e do Distrito Federal com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ-CEO (58).

Os CEO, participantes do Programa, são certificados, conforme o seu desempenho, considerando três dimensões: I – Implementação de processos autoavaliativos, onde 10% da nota final da certificação de cada serviço é vinculada à realização da autoavaliação, independentemente dos resultados alcançados; II – Verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados, onde 30% da nota final da certificação corresponde aos resultados alcançados para o conjunto de indicadores contratualizados na adesão ao Programa; e III – Verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade, os quais são verificados no local de atuação durante a avaliação externa, eles correspondem até 60% da nota final (Tabela 1) (58).

Tabela 1 – Distribuição dos pesos para a certificação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no PMAQ-CEO

Dimensão	Percentual da Nota Final da Certificação
I – Implementação de processos autoavaliativos	10%
II – Verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados	30%
III – Verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade	60%

Fonte: Manual Instrutivo do PMAQ-CEO (58).

Embora 859 (87,3%) CEO tenham aderido ao PMAQ-CEO, o número total de serviços que receberam a visita do avaliador externo do Programa foi de 984, correspondendo a 100% dos serviços habilitados pelo Ministério da Saúde no momento da adesão ao Programa (55, 56) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) aderidos ao PMAQ-CEO, por Unidade Federativa (UF), Jun/2013

UF	CEO Habilitados	CEO Aderidos	
		PMAQ-CEO	
		Nº	%
AC	3	2	67%
AL	22	16	73%
AM	11	11	100%
AP	3	1	33%
BA	78	70	90%
CE	88	76	86%
DF	11	10	91%
ES	10	9	90%
GO	32	32	100%
MA	28	20	71%
MG	86	77	90%
MS	16	16	100%
MT	10	9	90%
PA	32	27	84%
PB	54	51	94%
PE	48	46	96%
PI	28	26	93%
PR	50	42	84%
RJ	68	57	84%
RN	24	19	79%
RO	9	8	89%
RR	1	1	100%
RS	25	23	92%
SC	43	42	98%
SE	10	10	100%
SP	187	151	81%
TO	7	7	100%
Total	984	859	87,3%

Fonte: Ministério da Saúde (50, 59).

2.3.1 Incentivo Financeiro do PMAQ-CEO

Os Estados, Municípios e o Distrito Federal recebem inicialmente, no momento da adesão ao Programa, 20% (vinte por cento) do valor integral do incentivo financeiro do PMAQ-CEO, por CEO contratualizados, de acordo com cada Tipo (58).

A partir da classificação alcançada no processo de certificação, novos percentuais são repassados conforme o desempenho alcançado, por cada serviço contratualizado, conforme as seguintes regras (Tabela 3) (58):

I - DESEMPENHO INSATISFATÓRIO: suspensão do repasse dos 20% (vinte por cento) do incentivo PMAQ-CEO;

II - DESEMPENHO MEDIANO OU ABAIXO DA MÉDIA: manutenção dos 20% (vinte por cento) do incentivo PMAQ-CEO;

III - DESEMPENHO ACIMA DA MÉDIA: ampliação de 20% (vinte por cento) para 60% (sessenta por cento) do incentivo PMAQ-CEO; e

IV - DESEMPENHO MUITO ACIMA DA MÉDIA: ampliação de 20% (vinte por cento) para 100% (cem por cento) do incentivo PMAQ-CEO.

Tabela 3 – Valores do incentivo financeiro do PMAQ-CEO, por Tipo de CEO

Tipo de CEO	Adesão ao Programa	Desempenho mediano ou abaixo da média	Desempenho acima da média	Desempenho muito acima da média
	20%	20%	60%	100%
CEO I	R\$ 1.650,00	R\$ 1.650,00	R\$ 4.950,00	R\$ 8.250,00
CEO II	R\$ 2.200,00	R\$ 2.200,00	R\$ 6.600,00	R\$ 11.000,00
CEO III	R\$ 3.850,00	R\$ 3.850,00	R\$ 11.550,00	R\$ 19.250,00

Fonte: Manual Instrutivo do PMAQ-CEO (58).

2.3.2 O Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-CEO

Está organizado em três módulos, conforme o método de coleta das informações (60):

✓Módulo I – Observação no CEO: objetiva avaliar as condições de estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos do estabelecimento.

✓Módulo II – Entrevista com o Gerente do CEO e um Cirurgião Dentista, de qualquer especialidade: objetiva obter informações sobre processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado para os usuários.

✓Módulo III – Entrevista com usuários no CEO: visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços especializados de saúde bucal no que se refere ao seu acesso e utilização.

O Instrumento de Coleta da Avaliação Externa do PMAQ-CEO está estruturado em Subdimensões conforme a seguir (Tabela 4):

Tabela 4 – Estrutura do instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-CEO

Módulo	Subdimensão	Número de Padrões
Módulo I	I.1 – Identificação geral	-
	I.2 – Identificação do CEO	-
	I.3 – Identificação do tipo e profissionais do CEO	8
	I.4 – Adequação visual do CEO	6
	I.5 – Acessibilidade no estabelecimento de saúde	1
	I.6 – Sinalização das ações e identificação dos profissionais	2
	I.7 – Horário de funcionamento do CEO	4
	I.8 – Características do CEO	3
	I.9 – Infraestrutura do CEO	18
	I.10 – Reforma, ampliação e reparos do CEO	7
	I.11 – Equipamentos de tecnologia da informação no CEO	9
	I.12 – Equipamentos e periféricos	31
	I.13 – Insumos Odontológicos	60
	I.14 – Instrumentais Odontológicos	61
	I.15 – Material impresso para atenção à saúde bucal	10
Módulo II	II.1 – Informações sobre o entrevistado (Gerente do CEO)	10
	II.2 – Imunização dos profissionais do CEO	1
	II.3 – Formação e qualificação dos profissionais do CEO	2

	II.4 – Vínculo dos profissionais do CEO	3
	II.5 – Plano de carreira e Prêmio financeiro por desempenho	6
	II.6 – Planejamento e ações da gestão para organização do processo de trabalho do CEO	12
	II.7 – Apoio matricial	6
	II.8 – Organização dos prontuários	6
	II.9 – Caracterização da demanda e Organização da agenda	7
	II.10 – O CEO na Rede de Atenção à Saúde	17
	II.11 – Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento no CEO	10
	II.12 – Biópsia e encaminhamento para análise anátomohistopatológica	5
	II.13 – Atenção ao câncer de boca	3
	II.14 – Mínimas Especialidades Odontológicas do CEO: Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral Menor e Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais	14
	II.15 – Prótese dentária	10
	II.16 – Participação, controle social, satisfação e canal de comunicação com o usuário	5
	II.17 – Informações sobre o entrevistado (Cirurgião Dentista)	4
	II.18 – Educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas	4
	II.19 – Planejamento e Reunião da Equipe do CEO	9
	II.20 – Insumos, instrumentais e equipamentos	2
Módulo III	III.1 – Identificação do usuário	13
	III.2 – Acesso aos serviços do CEO	5
	III.3 – Marcação de consultas neste CEO	5
	III.4 – Acolhimento	2
	III.5 – Atendimento	6
	III.6 – Vínculo e responsabilização	6
	III.7 – Prótese dentária	6
	III.8 – Insumos, equipamentos e ambiência	9
	III.9 – Mecanismos de participação e interação dos usuários	3

Fonte: Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-CEO (60).

2.3.3 AMAQ-CEO – Como Instrumento de Planejamento

O processo de planejamento inicia-se pela identificação de problemas – atuais e futuros, e os fatores que contribuem para a situação observada – e, a partir dessa identificação, definem-se estratégias de intervenção para alcançar as mudanças consideradas necessárias (5).

Dessa forma a autoavaliação é entendida como ponto de partida da Fase de Desenvolvimento do Programa, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e dos profissionais dos serviços de saúde. Nesse momento, devem ser produzidos sentidos e significados com potencial de facilitar a mobilização de iniciativas para mudança e aprimoramento dos serviços. Ressalta-se que a autoavaliação deve ser realizada entre pares, coletivamente, considerando todos os atores envolvidos em seus diferentes âmbitos (58).

Neste contexto, a Coordenação-Geral de Saúde Bucal, do Ministério da Saúde, elaborou em parceria com diversas Instituições de Ensino e Pesquisa um instrumento autoavaliativo intitulado por AMAQ-CEO (Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas). Este material foi construído a partir da revisão e adaptação do instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB) e da Pesquisa de Linha de Base para Avaliação e Monitoramento dos CEO realizada pelo Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal (47). A elaboração do instrumento foi norteadada pelos princípios e diretrizes da PNSB, partindo do pressuposto de que todos os gestores municipais/estaduais e profissionais dos CEO possam utilizá-lo (14).

Este instrumento está organizado com base em 2 (duas) Unidades de Análise de avaliação, Gestão e Equipe, que agrupam 4 (quatro) Dimensões que se desdobram em 13 (treze) Subdimensões, e estas, em padrões que abrangem o que é esperado em termos de qualidade para o CEO (Tabela 5). Os padrões estão de acordo com a competência da gestão e equipe, pois foram definidos pela relação direta com as práticas e competências dos atores envolvidos – representantes da gestão, coordenação política de saúde bucal e equipe profissional do CEO. Já qualidade foi definida/estabelecida perante as normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores (14).

Tabela 5 – Estrutura do instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AMAQ-CEO)

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão	Gestão Municipal/Estadual	A – Implantação e Implementação da Atenção Secundária à Saúde Bucal no Município ou Estado
		B – Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal
	Gerência do CEO	C – Gestão do Trabalho D – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário E – Apoio Institucional F – Educação Permanente G – Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A
Equipe	Estrutura do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	H – Infraestrutura e Equipamentos I – Insumos e Instrumentais
	Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal	J – Perfil da Equipe K – Organização do Processo de Trabalho L – Atenção Integral à Saúde Bucal M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário

Fonte: AMAQ-CEO (14).

Dessa forma o AMAQ-CEO é uma ferramenta pra auxiliar os profissionais na realização da autoavaliação e para colocarem seu processo de trabalho em análise pensando modos de mudá-lo no sentido de superar problemas e alcançar objetivos pactuados pelo grupo. Este instrumento tem um potencial pedagógico com caráter reflexivo e problematizador que contempla os diferentes pontos de vista dos atores envolvidos no fazer em saúde – usuários, profissionais e gestores –, entendendo que todos são corresponsáveis pela qualificação do Sistema Único de Saúde (14).

Trata-se de um processo que pretende orientar permanentemente a tomada de decisões. Não sendo possível intervir em tudo aquilo que se julga necessário durante a autoavaliação – a considerar tempo, recursos, questões políticas, etc. – é fundamental que sejam estabelecidas prioridades de investimento, para, a partir do reconhecimento das prioridades, construir estratégias de ação com iniciativas concretas para a superação dos problemas identificados (58).

Os processos autoavaliativos devem ser contínuos e permanentes, constituindo-se como uma cultura internalizada de monitoramento e avaliação pela gestão, coordenação e equipes/profissionais. Seu intuito é verificar a realidade local, identificando as fragilidades e as potencialidades, conduzindo a planejamentos de intervenção para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços (14).

Integra-se aos processos autoavaliativos o desenvolvimento de propostas de intervenção/planos de ação, ou seja, a pactuação de ações para a superação dos desafios elencados. O planejamento favorece o monitoramento e a avaliação das ações implementadas, subsidiando a tomada de decisão para o reordenamento ou manutenção das ações (14).

Objetivando contribuir com o processo de sistematização da autoavaliação, o AMAQ-CEO disponibiliza para os profissionais uma Matriz de Intervenção através da qual a equipe do CEO registra o seu plano de ação para o enfrentamento das fragilidades/problemas identificados. O objetivo dessa estratégia é possibilitar que os profissionais monitorem a execução do plano de intervenção, bem como a análise evolutiva dos resultados autoavaliativos (14).

Nesse sentido, o AMAQ-CEO apresenta alguns passos para o planejamento das intervenções (14):

- Elencar os principais problemas identificados pelos atores na autoavaliação;
- Escolher os problemas prioritários a serem enfrentados;
- Refletir sobre as causas dos problemas escolhidos e selecionar os nós críticos;
- Buscar estratégias de intervenção para superação dos problemas prioritários;
- Traçar o plano de ação com uso de uma matriz de intervenção identificando responsáveis e prazos de execução;
- Avaliar a viabilidade do plano considerando atores envolvidos e suas competências, habilidades, vontades, entre outros;
- Pactuar com os sujeitos as ações a serem implementadas; e
- Definir as estratégias de monitoramento e avaliação das ações a serem implantadas.

O ato de planejar e a dinâmica da sua condução não se cristalizam em um plano. Os atores envolvidos nesse processo devem estar permanentemente atentos às transformações que ocorrem no contexto em que se dão os esforços de mudança (sujeitos envolvidos, relações de poder, situações de saúde, entre outros), pois muitas vezes isso implica em novas prioridades e negociações (14).

3 OBJETIVO GERAL

Analisar os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) segundo os relatos de planejamento e o resultado dos indicadores no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO).

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a distribuição dos relatos de atividades de planejamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em função das características do município, do serviço e do gestor do serviço;
- Analisar a associação entre o relato de atividades do planejamento e as características do município, do serviço e do gestor do serviço;
- Verificar o cumprimento das metas dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) segundo dispositivos do PMAQ-CEO.
- Avaliar a relação entre o cumprimento das metas dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e características do município, do serviço e do gestor do serviço; e
- Identificar os fatores associados à realização do planejamento nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

4 METODOLOGIA

O desenho metodológico da tese pauta-se em uma abordagem de natureza quantitativa, descritiva e analítica. Para tanto, se optou por uma amostra não probabilística, onde foram analisados os dados de 930 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) coletados *in loco* durante a etapa de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Foram excluídos da amostra do Programa 54 (5%) CEO que estavam fechados, em reforma, que foram desabilitados pelo Ministério da Saúde ou que recusaram a participar da etapa de Avaliação Externa.

O estudo apresenta como componente de análise os dados secundários pertencentes ao banco da Avaliação Externa do PMAQ-CEO, relativo ao Módulo II – Entrevista com Gerente do CEO, com Cirurgião-Dentista do CEO e Verificação de Documentos, cuja coleta foi realizada no primeiro semestre de 2014, e os da produção informada no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) de procedimentos odontológicos especializados realizados nos CEO.

O Programa entrevistou dois profissionais por serviço, sendo um o Gerente do CEO ou o profissional que agregava o maior conhecimento sobre o processo de trabalho do serviço, e o outro um cirurgião-dentista, de qualquer especialidade, que estivesse presente no momento da avaliação. O mesmo profissional não poderia responder o Módulo II completo.

Para compreender o planejamento realizado pelos gerentes e profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), às características do serviço e do gestor do serviço foram selecionadas as seguintes questões do Módulo II, respectivamente: se foi realizado, nos últimos 12 meses, alguma atividade de planejamento das ações do CEO; se é realizado o monitoramento e análises das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO; se foi realizado algum processo de autoavaliação pela Equipe do CEO nos últimos seis meses; se há gerente no serviço; o tempo de atuação do gerente no CEO; e se o mesmo tem ou está em formação complementar. Todas estas questões são específicas das subdimensões: 'Informações sobre o entrevistado (Gerente do CEO)', 'Formação e qualificação dos profissionais do CEO' e 'Planejamento e ações da gestão para organização do processo de trabalho do CEO'.

Estas foram associadas às variáveis contextuais do município representadas pelos indicadores socioeconômicos e de cobertura, a saber: Região do País; Porte Populacional, referente a 2013, obtido do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Estimativa de cobertura populacional de Equipe de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família (ESF), referente a 2013, disponível no Histórico de Cobertura da Saúde da Família publicado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde; e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), Censo Demográfico de 2010, divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

Quanto à avaliação, de caráter normativo, da produção verificou-se a média de procedimentos odontológicos em função das metas de desempenho estabelecidas para cada especialidade de acordo com o tipo de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), segundo Portaria nº. 1.464/GM/MS (61), de 2011, referente ao período de julho, agosto e setembro de 2013, período este considerado pelo 1º ciclo do PMAQ-CEO para avaliação do desempenho dos indicadores. Dessa foram avaliadas 4 metas referentes as especialidades de Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral. Não foram avaliadas as metas da especialidade de Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais devido a problemas no registro dos procedimentos, em Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), por parte dos CEO no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

É importante ressaltar as limitações inerentes às pesquisas que utilizam dados secundários de produção, tais como impossibilidade de controlar e/ou garantir a qualidade dos dados. Mesmo assim, vale salientar a importância da disponibilidade pública destes dados e sua utilização por pesquisadores, profissionais da saúde e gestores, a fim de ajudar no processo de planejamento e programação das ações e serviços de saúde.

A meta mensal por especialidade para cada Tipo de Centro de Especialidades Odontológicas, a saber: CEO Tipo I, 60 procedimentos de periodontia; 35 procedimentos de endodontia, sendo 7 referente a obturação e/ou retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes, e 80 procedimentos de cirurgia oral menor; CEO Tipo II, 90 procedimentos de periodontia; 60 procedimentos de endodontia, sendo 12 referente a obturação e/ou retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes, e 90 procedimentos de cirurgia oral menor;

e, CEO Tipo III, 150 procedimentos de periodontia; 95 procedimentos de endodontia, sendo 19 referente a obturação e/ou retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes, e 170 procedimentos de cirurgia oral menor (61).

Para a tabulação dos dados da produção utilizou-se o programa TabWin do DATASUS, em seguida exportados para o programa Excel, versão 2000 (Microsoft Corp.), no qual foram consolidados e agrupados nas especialidades de Endodontia, Periodontia e Cirurgia Oral, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.464/2011.

Realizou-se uma análise da produção média, dos três meses avaliados, por grupo de procedimentos odontológicos em função das metas de desempenho estabelecidas para cada especialidade e por Tipo de serviço. Considerando meta atingida aqueles especialidades que alcançaram, no período analisado, a quantidade normatizada para cada grupo de procedimentos odontológicos especializados.

As variáveis do estudo foram agrupadas em três componentes de análises, da seguinte forma:

- Características Avaliativas do Município: Região, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) (dicotomizado entre: $>0,7$ = “alto e muito alto” e $\leq 0,7$ = “médio, baixo e muito baixo”), Porte Populacional e Proporção de cobertura populacional estimada de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (dicotomizada pela mediana: 63);

- Características Avaliativas do Serviço: Tipo do CEO, Realização de alguma atividade de planejamento, nos últimos 12 meses, Realização do monitoramento e análises das metas das especialidades, Realização de algum processo de autoavaliação, nos últimos 6 meses, e Alcance das Metas de Produção da Atenção Secundária; e

- Características Avaliativas do Gestor do Serviço: Existência de gerente no CEO, Tempo de atuação do Gerente no CEO e Formação complementar do Gerente do CEO.

A análise dos dados ocorreu em duas etapas: uma descritiva e outra analítica. Para tanto utilizou-se o programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 13.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Na fase descritiva, foram feitas as distribuições de frequência das variáveis quantitativas. Na fase analítica, primeiro, foram testadas as associações, utilizando-se o qui-quadrado de Pearson.

Em seguida, diante da necessidade de se obter uma análise multivariada que permitisse o ajuste para o efeito de confundimento, as variáveis que foram estatisticamente significantes na etapa anterior foram levadas para uma análise de regressão logística. Levando-se em conta que as medidas de OR produzidas por essa técnica podem superestimar as associações. Para todas as análises, foi considerado como significativo o nível de 5%.

4.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo, em nenhuma de suas etapas, ofereceu risco aos sujeitos participantes, sendo considerado benefício da pesquisa, a partir dos resultados que foram gerados, ressaltar a importância da realização do planejamento nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e contribuir para a institucionalização e qualificação deste processo objetivando o aumento e a melhoria do acesso aos serviços ofertados nestes estabelecimentos.

A avaliação externa do PMAQ-CEO foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o registro nº 740.974 e CAAE 23458213.0.0000.5208.

De acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, relativa a pesquisa em seres humanos, se torna necessária a aprovação do protocolo de pesquisa por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP). Sendo que, por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos de forma indireta, utilizando apenas base de dados secundários, tal procedimento não pressupõe a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ressalta-se que os dados obtidos foram arquivados pelo pesquisador com a garantia do sigilo das informações que possam identificar os serviços.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo são apresentados a seguir em formato de três artigos originais de acordo com os padrões exigidos pelas revistas em que forem submetidos. Sendo o primeiro exibido em duas versões: Língua Portuguesa e Inglesa. Esta última versão (em Inglês) foi submetida a Revista Ciência & Saúde Coletiva. Os demais artigos são apresentados apenas na Língua Portuguesa.

5.1 ARTIGO 1 – CONDIÇÕES ASSOCIADAS AOS RELATOS DE PLANEJAMENTO NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) (Versão em Língua Portuguesa).

Condições associadas aos relatos de planejamento nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)

Resumo

Objetivou-se analisar a associação entre o relato da prática do planejamento nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) com as características do município, do serviço e do gestor do serviço. É um estudo de natureza quantitativa, onde se utilizou o banco de dados da Avaliação Externa do primeiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos CEO (PMAQ-CEO), relativos ao módulo de entrevista com o Gerente e um Cirurgião-Dentista do CEO, além de verificação de documentos. A análise ocorreu do ponto de vista descritiva e analítica para a qual aplicou-se o teste qui-quadrado de Pearson, considerando o nível de significância de 5%. Os resultados apontaram que a maioria dos CEO que relataram ter realizado alguma atividade de planejamento, nos últimos 12 meses, está na Região Centro-Oeste (88,7%) e Sul (82,1%), em municípios com menor cobertura de saúde bucal da estratégia Saúde da Família e com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM). Porém não houve correlação com o porte populacional dos municípios. Os CEO que possuem gerente, com um tempo de atuação no serviço maior do que 2 anos e que tenha uma formação complementar na área de gestão pública ou de saúde coletiva tendem a realizar atividades de planejamento.

Palavras-Chave: Planejamento em Saúde, Atenção Secundária à Saúde, Saúde Bucal.

Abstract

The goal is to analyze the association between the practice of planning inside the Specialized Dental Centers (SDC) and the city, the service and the service manager characteristics. It is a quantitative study, in which was used database of the first cycle of the External Evaluation of the National Program for Access and Quality Improvement of SDC (NPAQI-SDC) as well as a documental verification. The analysis was both descriptive and analytical to which was applied Pearson's chi-square test, considering 5% the level of significance. The results showed that most of the SDC that reports to have done some planning activity in the past 12 months, are in the Midwest (88.7%) and South areas (82.1%), in municipalities with lower oral health coverage of the Family Health Strategy and with a high Municipal Human Development Index (MHDI). Although there was no correlation with the population size of the municipalities, the SDC whose manager, had at least two years of education in public management area or public health tend to perform planning activities.

Keywords: Health Planning, Secondary Care, Oral Health.

INTRODUÇÃO

Para Noronha, Lima e Machado ¹, o planejamento está entre as quatro grandes macrofunções da gestão. A preocupação com a discussão do planejamento e iniciativas de institucionalizá-lo como componente imprescindível da gestão sempre esteve presente, desde a concepção do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, existem particularidades que se colocam de forma emergente, mesmo com os avanços, e que constituem desafios para a efetivação do planejamento em saúde, enquanto instrumento da gestão no SUS².

O planejamento pode ser entendido como “...onde se que ir, como chegar lá e a programação...”³. É uma ferramenta de trabalho da gestão utilizada para tomar decisões, direcionar a prestação de serviços de saúde e organizar as ações de forma lógica e racional, de modo a garantir os melhores resultados e a realização dos objetivos de uma sociedade, com os menores custos e no menor prazo possível^{4,5}. Portanto, compreende a definição de objetivos futuros e as respectivas linhas de ação para atingi-los⁶. Conforme Matus ⁷, planejamento é “o cálculo que precede e preside a ação”, em um processo permanente de reflexão e análise para escolha de alternativas que permitam alcançar determinados resultados desejados no futuro. Um dos pontos fortes do planejamento está em sua aplicação como um agente de mudança⁸. Portanto o denominador comum das diversas abordagens para definir “planejamento” é a sua “preocupação com a tomada de decisões relativas ao futuro”⁹.

O planejamento nos serviços de saúde visa especificamente melhorar o estado de saúde de uma determinada população, garantindo o acesso com equidade e justiça, bem como agilizar a resposta do sistema de saúde às necessidades percebidas pela comunidade. O alcance deste objetivo se dará através da prestação de serviços de saúde eficientes e eficazes, tendo em conta os recursos disponíveis e os meios e métodos de cuidados de saúde disponíveis¹⁰.

A prestação de serviços de saúde ocorre em um ambiente cada vez mais dinâmico que sofre influências por meio da expectativa da comunidade, das prioridades do governo e os avanços tecnológicos³. Nesse contexto o planejamento deve ser um ‘instrumento vivo’ que realmente acompanhe o dia a dia da produção de saúde, a fim de que as exigências impostas pela sociedade contemporânea, identificadas comumente como “incêndios”, não se sobreponham às ações e aos compromissos assumidos coletivamente¹¹.

Ao considerar o planejamento como um dispositivo é concordar que este é um elemento disparador de uma série de acontecimentos/eventos que findam por convergir nos objetivos esperados, sejam eles uma transformação ou manutenção da ordem. É com este respaldo que o planejamento se estabelece, no campo da Saúde Coletiva, na perspectiva de assegurar o acesso dos cidadãos e oferecer serviços de alta qualidade a comunidade^{12.13}.

Segundo Vieira ², a ausência do planejamento, faz com que as atividades sejam executadas por inércia. Os serviços de saúde funcionam de forma desarticulada, sendo apenas orientados pela noção de qual seja seu papel e esta noção é produzida de acordo com a visão de mundo de cada gestor e colaborador ou de seu entendimento sobre as diretrizes estabelecidas pela política setorial do Estado. Conseqüentemente subjetiva-se, fragmenta-se e desordena-se o funcionamento do sistema de saúde na medida de tantas quantas visões e, conseqüentemente, modos de operação existam. Uma vez que a ausência de um entendimento objetivo e comum de onde se pretende chegar, cada profissional conduzirá e realizará suas atividades a sua maneira. Com tantos caminhos em diversos sentidos, os avanços de uns se neutralizam pelos retrocessos de outros. Sendo assim não haverá ganho de qualidade e certamente os recursos serão empregados de forma menos eficiente.

Com objetivo de induzir os gestores e os profissionais dos CEO a ampliar o acesso e a melhorar a qualidade dos serviços especializados de saúde bucal oferecidos aos cidadãos do território, o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Para isso, propões um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho dos CEO¹⁴. Segundo Pisco¹⁵, a finalidade de políticas de avaliação e de melhoria de qualidade não pode ser apenas para demonstrar os problemas, nem propor soluções para os problemas detectados, mas produzir mudanças apropriadas que conduzam à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O objetivo não é outro senão a identificação, a avaliação e a correção de situações potencialmente melhoráveis.

Os CEO são estabelecimentos públicos de saúde, classificados como Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade habilitados pelo Ministério da Saúde. Devem ofertar à população serviços de diagnóstico bucal, com ênfase em detectar câncer de boca, serviços de periodontia especializada, de cirurgia oral menor dos

tecidos moles e duros e nos de endodontia e atendimento a pacientes com necessidades especiais¹⁶. Os tratamentos oferecidos nos CEO são uma continuidade do cuidado prestado pela atenção básica a qual é responsável pelo primeiro atendimento e ordenadora da Rede. É importante destacar que a organização de uma rede hierarquizada de serviços é um dos recursos do planejamento para propiciar o acesso da população aos serviços de saúde com universalidade, equidade e integralidade¹⁷.

A escolha desse eixo de investigação se justifica pela compreensão de que o planejamento é uma ferramenta estratégica de gestão para melhoria da qualidade da atenção à saúde e por sua contribuição ao subsídio da reflexão da organização de processos de trabalho complexos^{18.19}. Nesse contexto, o presente estudo objetivou analisar a associação entre o relato da prática do planejamento, nos últimos 12 meses, nos Centros de Especialidades Odontológicas com as características do município, do serviço e do gestor do serviço.

METODOLOGIA

O presente estudo é de natureza quantitativa, descritiva e analítica, o qual utilizou o banco de dados do primeiro ciclo do PMAQ-CEO, referente ao Módulo II – Entrevista com Gerente do CEO, com Cirurgião-Dentista do CEO e Verificação de Documentos, cuja coleta foi realizada no primeiro semestre de 2014.

Foram analisados os dados de todos os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) coletados in loco durante a etapa de Avaliação Externa do Programa. Foram excluídos da amostra do Programa 54 (5%) CEO que estavam fechados, em reforma, que foram desabilitados pelo Ministério da Saúde ou que se recusaram a participar da avaliação, totalizando 930 serviços.

Para compreender o planejamento realizado pelos gerentes e profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), as características do serviço e do gestor do serviço foram selecionadas as seguintes questões, respectivamente: se foi realizado, nos últimos 12 meses, alguma atividade de planejamento das ações do CEO; se é realizado o monitoramento e análises das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO; se foi realizado algum processo de autoavaliação pela Equipe do CEO nos últimos seis meses; se há gerente no serviço; o tempo de atuação do gerente no CEO; e se o mesmo tem ou está em formação complementar. Todas estas questões são específicas das subdimensões:

'Informações sobre o entrevistado (Gerente do CEO)', 'Formação e qualificação dos profissionais do CEO' e 'Planejamento e ações da gestão para organização do processo de trabalho do CEO'.

Estas foram associadas às variáveis contextuais do município representadas pelos indicadores socioeconômicos e de cobertura, a saber: Região do País; Porte Populacional, referente a 2013, obtido do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Estimativa de cobertura populacional de Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, referente a 2013, disponível no Histórico de Cobertura da Saúde da Família publicado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde; e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), Censo Demográfico de 2010, divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

As variáveis foram agrupadas em três componentes de análises, da forma a seguir, e testadas a associação com a variável de realização de alguma atividade de planejamento, nos últimos 12 meses.

- Características Avaliativas do Município: Região, Porte Populacional, Proporção de cobertura populacional estimada de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (dicotomizada pela mediana: 63) e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) (dicotomizado entre: $>0,7$ = "alto e muito alto" e $\leq 0,7$ = "médio, baixo e muito baixo");
- Características Avaliativas do Serviço: Tipo do CEO, Realização de algum processo de autoavaliação, nos últimos 6 meses, Realização do monitoramento e análises das metas das especialidades; e
- Características Avaliativas do Gestor do Serviço: Existência de gerente no CEO, Tempo de atuação do Gerente no CEO e Formação complementar do Gerente do CEO.

Dessa forma, no que se diz respeito às variáveis analisadas no estudo, tivemos como variável dependente a realização de alguma atividade de planejamento, nos últimos 12 meses. E como variáveis independentes aquelas relacionadas às características dos municípios, dos serviços e dos gestores dos serviços.

A associação entre as variáveis foi verificada com teste qui-quadrado de Pearson, considerando o nível de significância estatística de 5%. Todos os testes

estatísticos foram realizados através do software Statistic Package for the Social Sciences – SPSS versão 13.0 (SPSS Inc., Estados Unidos).

A avaliação externa do PMAQ-CEO foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o registro nº 740.974 e CAAE 23458213.0.0000.5208.

RESULTADOS

No total, 930 CEO concluíram a etapa da Avaliação Externa do primeiro ciclo do PMAQ-CEO. Os quais estão distribuídos na Tabela 1 segundo as características avaliativas do Município, do Serviço e do Gestor do Serviço.

A maior concentração dos CEO foi na Região Nordeste (38,2%), seguida das Regiões Sudeste (36,2%), Sul (12,6%), Centro-Oeste (6,7%) e Norte (6,3%). Quanto ao porte populacional, 39,4% localizam-se em municípios com mais de 100 mil habitantes. A maior parte dos CEO (59,2%) encontram-se em municípios que apresentam uma proporção de cobertura populacional estimada de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família menor do que 63%. E quando consideramos o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), 59,5% dos serviços especializados em saúde bucal (CEO) estão em municípios com alto/muito alto IDHM (Tabela 1).

Considerando a classificação dos CEO, 50,6% foram habilitados pelo Ministério da Saúde como tipo II, isto é, devem dispor em sua estrutura física de 4 a 6 cadeiras odontológicas, com uma oferta de carga horária clínica total de 160 a 360 horas/semanais. No que diz respeito a realização, nos últimos 12 meses, de alguma atividade de planejamento, 77,7% dos entrevistados declaram durante a entrevista da avaliação externa que realizaram. E quanto ao monitoramento e análise das metas de produção estabelecidas pelo Ministério da Saúde, por meio de portaria, para cada especialidade, apenas 14,6% afirmaram que não realizam (Tabela 1).

Somente 12,3% dos serviços não apresentam gerente. Sendo que dos 816 CEO que informam ter este profissional, em 57% o mesmo atua exclusivamente na função gerente e não divide sua carga horária com atividades/atendimentos clínicos disponibilizando assim um maior tempo para atuar em fatores determinantes para atingir os objetivos organizacionais, mediante planejamento, coordenação, direção e controle. Considerando o tempo de atuação do gerente no CEO, 60,7% atuam a menos de 2 anos no cargo, isto reflete o alto índice de rotatividade dos profissionais

de saúde nos serviços públicos. Quanto a formação complementar desses profissionais, um pouco mais de um terço (33,3%) tem formação em gestão pública (14,7%) ou em saúde coletiva (18,6%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas avaliados no PMAQ-CEO, segundo as características avaliativas. Brasil

Características Avaliativas	n	%
<u>Municípios</u>		
Região		
Norte	59	6,3
Centro-Oeste	62	6,7
Sul	117	12,6
Sudeste	337	36,2
Nordeste	355	38,2
Porte Populacional		
0-30.000	233	25,1
30.001-50.000	160	17,2
50.001-100.000	171	18,4
>100.000	366	39,4
Proporção de cobertura populacional estimada de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família		
< 63%	551	59,2
> 63%	379	40,8
Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDHM)		
<= 0,7	377	40,5
> 0,7	553	59,5
<u>Serviços</u>		
Tipo do CEO		
1	349	37,5
2	470	50,6
3	111	11,8
Realização de alguma atividade de planejamento, nos últimos 12 meses		
Não	207	22,3
Sim	723	77,7
Realização do monitoramento e análises das metas das especialidades		
Não	136	14,6
Sim	794	85,4
<u>Gestor do Serviço</u>		
CEO com Gerente		
Não há Gerente	114	12,3
Sim, profissional acumula a atividade clínica e de Gerente do CEO	351	37,7

do CEO	Sim, profissional que atua exclusivamente como Gerente	465	50,0
	Tempo de atuação do Gerente no CEO		
	Menos de um ano	249	26,8
	1 a 2 anos	315	33,9
	3 a 4 anos	87	9,4
	5 a 9 anos	111	11,9
	10 anos ou mais	8	0,9
	Não sabe/Não se aplica	160	17,2
	Formação complementar do Gerente do CEO		
	Não	215	23,1
	Sim, em gestão pública	137	14,7
	Sim, em saúde coletiva	173	18,6
	Sim, outros	291	31,3
	Não se aplica	114	12,3

Fonte: Banco de dados do primeiro ciclo PMAQ-CEO, 2014.

Características avaliativas dos municípios

Existiram diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$) entre os resultados quando compararam as características dos municípios, exceto porte populacional ($p = 0,410$), com o relato da realização de alguma atividade de planejamento, nos últimos 12 meses. Os CEO do Centro-Oeste (88,7%) foram os que apresentaram um maior percentual de realização do planejamento. Por outro lado, embora no Nordeste esteja o maior número de CEO (355) este apresenta o segundo mais baixo percentual (73,2%) de serviços que realizaram alguma atividade de planejamento. Ademais aqueles CEO que relataram a realização do planejamento estão em municípios com cobertura populacional estimada de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família menor que 63% e com Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDHM) maior do que 0,7 quando comparados aos que não estão (Tabela 2).

Tabela 2 – Realização de alguma atividade de planejamento, nos últimos 12 meses, segundo características avaliativas do município. Brasil

Características Avaliativas do Município	Realização de alguma atividade de planejamento				Total		Valor de p
	Não		Sim		N.	%	
	N.	%	N.	%	N.	%	
Região							0,005*
Centro-Oeste	7	11,3	55	88,7	62	100,0	
Nordeste	95	26,8	260	73,2	355	100,0	
Norte	19	32,2	40	67,8	59	100,0	
Sudeste	65	19,3	272	80,7	337	100,0	
Sul	21	17,9	96	82,1	117	100,0	
Total	207	22,3	723	77,7	930	100,0	
Porte Populacional							0,410*
0-30.000	60	25,8	173	74,2	233	100,0	
30.001-50.000	37	23,1	123	76,9	160	100,0	
50.001-100.000	37	21,6	134	78,4	171	100,0	
>100.000	73	19,9	293	80,1	366	100,0	
Total	207	22,3	723	77,7	930	100,0	
Proporção de Cobertura Populacional Estimada ESB/ESF							0,037*
<63%	111	20,1	440	79,9	551	59,2	
>63%	96	25,3	283	74,7	379	40,8	
Total	207	22,3	723	77,7	930	100,0	
Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDHM)							0,032**
≤ 0,7	96	25,5	281	74,5	377	100,0	
> 0,7	111	20,1	442	79,9	553	100,0	
Total	207	22,3	723	77,7	930	100,0	

Fonte: Banco de dados do primeiro ciclo PMAQ-CEO, 2014.

*Teste do qui-quadrado de Pearson

**Teste exato de Fisher

Características avaliativas dos serviços

Estatisticamente houve diferenças significantes ($p < 0,05$) entre as características dos serviços e o relato da realização de alguma atividade de planejamento, nos últimos 12 meses, exceto por Tipo de CEO ($p = 0,133$). Os serviços que relataram a realização de atividades de autoavaliação (87,6%) bem como o monitoramento e análises das metas de cada especialidade (83,9%) tenderam também a executar o planejamento (Tabela 3).

Tabela 3 – Realização de alguma atividade de planejamento, nos últimos 12 meses segundo características avaliativas do serviço. Brasil

Características Avaliativas do Serviço	Realização de alguma atividade de planejamento				Total		Valor de p
	Não		Sim		N.	%	
	N.	%	N.	%			
Tipo do CEO							0,133*
1	90	25,8	259	74,2	349	100,0	
2	95	20,2	375	79,8	470	100,0	
3	22	19,8	89	80,2	111	100,0	
Total	207	22,3	723	77,7	930	100,0	
Realização de autoavaliação							0,000**
Não	123	49,2	127	50,8	250	100,0	
Sim	84	12,4	596	87,6	680	100,0	
Total	207	22,3	723	77,7	930	100,0	
Monitoramento e análise das metas							0,000*
Não	79	58,1	57	41,9	136	100,0	
Sim	128	16,1	666	83,9	794	100,0	
Total	207	22,3	723	77,7	930	100,0	

Fonte: Banco de dados do primeiro ciclo PMAQ-CEO, 2014.

*Teste do qui-quadrado de Pearson

**Teste exato de Fisher

Características avaliativas dos gestores dos serviços

Quanto a análise estatística entre as características dos gestores dos serviços e o relato da realização alguma atividade de planejamento, nos últimos 12 meses, verificou-se diferença significativa ($p < 0,05$). A existência de um profissional que atua exclusivamente como gerente do CEO teve associação com a realização do planejamento no serviço quando comparado aos que não tem gerente ou que o mesmo acumula função clínica e de gestão. O tempo de atuação como gerente no CEO e a sua formação complementar na área de gestão pública (83,9%) ou em saúde coletiva (83,8%) também tiveram associação positiva com a realização de alguma atividade de planejamento. Sendo que, os que atuam menos de um ano com o gerente são os que realizam menos atividade de planejamento (73,1%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Realização de alguma atividade de planejamento, nos últimos 12 meses segundo características avaliativas do gestor do serviço. Brasil

Características Avaliativas do Gestor do Serviço	Realização de alguma atividade de planejamento				Total		Valor de p
	Não		Sim		N.	%	
	N.	%	N.	%			
Existência de gerente no CEO							0,000*
Não há gerente	42	36,8	72	63,2	114	100,0	
Sim, profissional acumula a atividade clínica e de gerente do CEO	74	21,1	277	78,9	351	100,0	
Sim, profissional que atua exclusivamente como gerente do CEO	91	19,6	374	80,4	465	100,0	
Total	207	22,3	723	77,7	930	100,0	
Tempo de atuação no CEO							0,000*
Não sabe/Não se aplica	55	34,4	105	65,6	160	100,0	
Menos de um ano	67	26,9	182	73,1	249	100,0	
1 a 2 anos	56	17,8	259	82,2	315	100,0	
3 a 4 anos	7	8,0	80	92,0	87	100,0	
5 a 9 anos	21	18,9	90	81,1	111	100,0	
10 anos ou mais	1	12,5	7	87,5	8	100,0	
Total	207	22,3	723	77,7	930	100,0	
Formação complementar							0,000*
Não se aplica	42	36,8	72	63,2	114	100,0	
Não	58	27,0	157	73,0	215	100,0	
Sim, em gestão pública	22	16,1	115	83,9	137	100,0	
Sim, em saúde coletiva	28	16,2	145	83,8	173	100,0	
Sim, outros	57	19,6	234	80,4	291	100,0	
Total	207	22,3	723	77,7	930	100,0	

Fonte: Banco de dados do primeiro ciclo PMAQ-CEO, 2014.

*Teste do qui-quadrado de Pearson

DISCUSSÃO

A distribuição dos CEO por Região, tendo quase 75% dos serviços localizados nas Regiões Nordeste (355) e Sudeste (337), acompanha a disposição da densidade demográfica no Brasil, uma vez que a soma de habitantes de ambas corresponde a 69,9% da população brasileira.

Quanto ao arranjo por porte populacional, 39,4% dos CEO estão localizados em municípios com mais de 100 mil habitantes. Embora municípios deste porte correspondam a 5% dos municípios no Brasil, neles residem 55% da população

brasileira. Expondo assim a necessidade de ampliação da oferta de serviços especializados em saúde bucal em municípios de grande porte.

No entanto, apenas a implantação desses serviços não é o suficiente para garantir o acesso ao cuidado especializado. Há necessidade, por exemplo, de organizar uma rede hierarquizada tendo isto como instrumento de planejamento para viabilizar o acesso da população aos serviços de saúde¹².

A inserção da saúde bucal na estratégia Saúde da Família visa superar a prática assistencial, executada por um sujeito individual no limitado espaço clínico-cirúrgico, voltada exclusivamente ao cidadão doente. Procura também trabalhar para a reorganização do acesso às ações de saúde, buscando a atenção integral em saúde bucal aos indivíduos e às famílias. A implementação dos CEO pode constituir estratégia relevante com vista à integralidade da atenção no âmbito odontológico²⁰. Nesse sentido, o acesso e a utilização dos serviços odontológicos especializados reportam ao entendimento de parte do processo de geração da integralidade como eixo norteador dos sistemas de serviços de saúde, tendo em vista que ofertam tratamentos complementares aos cuidados prestados pela atenção básica²¹.

Pesquisas que analisaram a Política Nacional de Saúde Bucal têm revelado que a integralidade, enquanto articulação entre as ações de promoção, prevenção e tratamento, além da interface entre níveis de atenção, é maior quando há maior cobertura adequada das equipes de saúde bucal na atenção básica²⁰. Porém, a ausência da realização de planejamento nos CEO, como foi possível constatar neste estudo, na maior parte dos municípios que apresentaram as maiores coberturas de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, pode interferir diretamente de forma negativa na articulação da rede de saúde bucal e conseqüentemente impedindo um cuidado integral dos usuários.

Em estudo realizado por Silva et al.¹¹, verificou-se que, embora os gestores compreendam a importância do planejamento enquanto ação prioritária para organizar os serviços, há impedimentos para a realização dessa prática em virtude de alguns eventos denominados por 'incêndios', os quais demandam respostas ágeis, voltadas para a assistência, de forma que as práticas muitas vezes são encaminhadas pelos gestores sem uma reflexão sobre as mesmas.

A realização de avaliações para subsidiar o planejamento e a tomada de decisão é uma alternativa para buscar soluções que visem superar as barreiras de acesso aos serviços de saúde bucal¹⁷.

O processo de planejamento deve-se iniciar com a identificação de problemas, isto é, pela realização de uma autoavaliação, e a partir desse diagnóstico, definem-se estratégias de intervenção para alcançar as mudanças consideradas necessárias²².

A autoavaliação é entendida como ponto de partida da fase de desenvolvimento do PMAQ-CEO, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde²³.

Dos CEO que informaram a não realização da atividade de autoavaliação (250), 50,8% relatam terem realizado alguma atividade de planejamento, nos últimos 12 meses. O que demonstra uma grande fragilidade desse processo uma vez que esse reconhecimento tem como propósito verificar a realidade local, identificando as fragilidades e as potencialidades, conduzindo a planejamentos de intervenção para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços²³, ou seja, se planejamos de forma intuitiva, sem uma autocrítica, ou pouco sistematizada, dificulta a socialização ou a institucionalização dos projetos elaborados e conseqüentemente a alcance das transformações necessárias²⁴. Estas considerações ganham eco na afirmação de Bodstein²⁵ que destaca a importância do desenvolvimento de uma cultura organizacional no SUS que tenha a avaliação como atividade intrínseca e inseparável do planejamento e da gestão.

A eficácia das organizações de saúde também vai depender das relações que estabelecem pessoas, tecnologia, recursos e administração, para realizar a tarefa organizacional de prestação de serviços de saúde. Contudo, entre esses fatores, a administração tem um papel determinante, uma vez que ela realiza o trabalho de combinar pessoas, tecnologia e recursos para atingir os objetivos organizacionais, mediante planejamento, coordenação, direção e controle. Essa tarefa de administrar, também identificada como gerenciar, é que possibilitará a organização de saúde, mudar os níveis de atenção, a qualidade de seus serviços²⁶.

As organizações de saúde necessitam de gerentes que tenham competência para enfrentar os desafios gerados pela complexidade do setor Saúde e as exigências por qualidade nos serviços prestados à população. Para desempenhar esta função é necessário conhecer o planejamento, as estratégias para intervenção, a programação; entender sobre as formas de contrato, sobre gestão dos processos

de trabalho e do conhecimento, entender a organização da rede de saúde, além das questões relacionadas à infraestrutura predial das unidades de saúde e sua manutenção²⁴.

Na realidade brasileira, principalmente em organizações públicas de saúde, os desafios para uma melhor formação de gerentes são enormes, assemelhando-se aos desafios da própria consolidação do SUS e da estratégia de expansão das Unidades Primárias de Saúde²⁴.

O planejamento é um instrumento de gestão, no entanto a consolidação da cultura do seu uso nos serviços de saúde, apesar dos avanços atingidos ainda assim é um grande desafio no SUS²⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados descrevem e analisam aspectos dos municípios, dos serviços e dos gerentes dos serviços em relação ao planejamento das ações nos CEO relatados durante a Avaliação Externa. Entretanto, a leitura das informações precisa considerar, nesse caso, tanto o limite explicativo dos dados exclusivamente quantitativos, quanto a natureza da coleta que tem desdobramentos políticos e financeiros para a gestão municipal/estadual nos resultados da Avaliação Externa.

Os resultados desta pesquisa demonstraram uma diversidade e uma incompletude na implantação de ferramentas de planejamento pelos CEO do Brasil.

Para a maioria das associações analisadas houve diferença significativa estatisticamente. No que diz respeito às características municipais, os resultados apontaram que os CEO que mais relataram a realização de alguma atividade de planejamento estão em sua maioria na Região Centro-Oeste e Sul, em municípios com menor cobertura de saúde bucal da estratégia Saúde da Família e com alto Índice de Desenvolvimento Humano. Entretanto não há correlação com o porte populacional dos municípios, uma vez que o percentual dos que realizam são muito próximos entre as faixas definidas.

Quanto às características dos serviços, os resultados sinalizam que quem realiza autoavaliação e o monitoramento e análise das metas também tende a realizar atividade de planejamento. No entanto, um alto percentual realiza planejamento sem realizar autoavaliação, isto é, não faz autoanálise e identificação de problemas previamente, resultando em uma ação centralizada, fragmentada,

pouco reflexiva e distante da realidade e necessidade da população. Dessa forma, é importante que os gestores e os profissionais de saúde entendam a indispensabilidade de utilizar ferramentas de autoavaliação para analisar o desempenho de suas atividades cotidianas e assim colocar seu processo de trabalho em análise, isto posto pensar modos de mudá-lo para superar problemas e alcançar objetivos pactuados no coletivo.

Os resultados da associação do planejamento com as características dos gestores dos serviços apontam que a existência de gerente no CEO, com um tempo de atuação no serviço maior do que 2 anos e que tenha uma formação complementar na área de gestão pública ou de saúde coletiva tende a realizar mais atividades de planejamento.

Considerando o planejamento como importante ferramenta para o enfrentamento de problemas, para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e melhorar a qualidade dos serviços ofertados, é importante que os CEO tenham gerentes, de preferência com atuação exclusiva na gestão, e que haja investimentos que visem a qualificação da formação destes profissionais. No entanto, o planejamento e autoavaliação não podem ser tratados como ferramentas meramente burocráticas e sem sentido, que não envolvam gestores e profissionais diretamente relacionados com o serviço e cuidado prestado.

Ademais, faz-se necessário que novos estudos acerca do planejamento sejam realizados, tendo em vista sua relevância, no intuito de aprofundar o tema, e, sobretudo para investigar a qualidade desta ação realizada pelos serviços.

REFERÊNCIAS

1. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 306 p.
2. Vieira FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2009;14(Supl. 1):1565-1577.
3. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. The health planner's toolkit. Ontario: Ministry of Health; 2006. 38 p.
4. Buarque SC. Metodologia de planejamento do desenvolvimento local e municipal sustentável. Brasília: INCRA; 1999. 97 p.
5. Lawrence D. Strategic approaches to planning health services. In: Pencheon D, Guest C, Melzer D, Muir Gray J (Eds), Oxford handbook of public health practice. Oxford University Press, Oxford. 2006.
6. Rand Europe. Framework for assessing, improving and enhancing health service planning. Santa Monica: RAND Corporation; 2010. 70 p.
7. Matus C. Política planejamento & governo. Brasília: IPEA; 1993.
8. Queensland Health. Guide to health service planning (version 3) Brisbane: Queensland Government; 2015.
9. Green, A. An introduction to health planning for developing health systems. Oxford University Press, Oxford. 2007.
10. World Health Organization Regional Office for Africa. Planning and implementation of district health services. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2004.

11. Silva BFS, Wandekoken KD, Dalbello-Araujo M, Benito GAV. A importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES). *Saúde Debate*. 2015;39(104):183-196.
12. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciê. saúde coletiva*. 2010;15(1):161-170.
13. Queensland Health. Department of Health integrated planning framework. Brisbane: Queensland Government; 2013.
14. Brasil. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Manual Instrutivo: Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. [acesso 23 junho. 2016]. Brasília; 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf>.
15. Pisco LA. Avaliação como instrumento de mudança. *Ciê. saúde coletiva*. 2006;11(3):566-568.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Portaria GM n.º 599/2006. Brasília 2006; 51p.
17. Machado FCA, Silva JV, Ferreira MAF. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015;20(4):1149-1163.
18. Kawata LS et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. *Texto & Contexto Enferm*. 2009;18(2):313-320.
19. Sarti TD et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad. saúde pública*. 2012;28(3):537-548.
20. Chaves SCL et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev. saúde pública*. 2010;44(6):1005-1013.

21. Chaves SCL et al. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(11): 3115-3124.
22. Chorny AH, Kuschnir R, Taveira M. Planejamento e programação em saúde. [acesso 10 ago. 2016]. Rio de Janeiro; 2008. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_12465.pdf>.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas: AMAQ-CEO. [acesso 23 jun. 2016]. Brasília; 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/AMAQ_CEO.pdf>.
24. Franco CA, Santos SA, Salgado MF. In: Pessoa LR, Santos EHA, Torres KRBO, organizadores. Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde. Rio de Janeiro: Ensp; 2011.
25. Bodstein R. Atenção Básica na agenda da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2002;7(3):401-412.
26. Junqueira LAP. Gerência dos serviços de saúde. *Cad. saúde pública*. 1990; 6(3):247-259.
27. Brasil. Ministério da Saúde, Organização Pan- Americana da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília; 2009. 318 p.

5.1 ARTIGO 1 – CONDITIONS ATTACHED TO PLANNING REPORTED IN
SPECIALIZED DENTAL CENTERS (SDC) (Versão em Língua Inglesa).

Conditions attached to planning reported in Specialized Dental Centers (SDC)

Abstract

The goal is to analyze the association between the practice of planning inside the Specialized Dental Centers (SDC) and the city, the service and the service manager characteristics. It is a quantitative study, in which was used database of the first cycle of the External Evaluation of the National Program for Access and Quality Improvement of SDC (NPAQI–SDC) as well as a documental verification. The analysis was both descriptive and analytical to which was applied Pearson's chi-square test, considering 5% the level of significance. The results showed that most of the SDC that reports to have done some planning activity in the past 12 months, are in the Midwest (88.7%) and South areas (82.1%), in municipalities with lower oral health coverage of the Family Health Strategy and with a high Municipal Human Development Index (MHDI). Although there was no correlation with the population size of the municipalities, the SDC whose manager, had at least two years of education in public management area or public health tend to perform planning activities.

Descriptors: Health Planning, Secondary Health Care, Oral Health.

INTRODUCTION

For Noronha, Lima and Machado¹, planning is among the four major macrofunctions of management. The concern with the discussion about planning and the initiatives to institutionalize it as an essential component of management was present since from the beginning of the Unified Health System (UHS). However, there are particularities that pose as challenges for the effectiveness of health planning as a management tool in the UHS².

Planning can be understood as "... where do you want to go, how to get there and the programming ..." ³. It is a management tool used to make decisions, to help to direct the health service, to organize actions in a logical and rational way, in order to ensure the best results and to achieve the society goals, with lower costs and as soon as possible^{4,5}. Therefore, it embraces the definition of future goals and the lines of action to achieve them⁶. As Matus⁷, planning is "the calculation that precedes and presides over the action" in an ongoing process of reflection and analysis for choosing alternatives to achieve certain results in the future. One of the strengths of planning is in its application as a change agent⁸. So the common denominator of different approaches to define "planning" is the "concern over the decision-making process relative to the future"⁹.

The planning in health services aims specifically on improving the health status of a population, ensuring access with both equity and justice, and give a faster health response to the needs perceived by the community. The scope of this goal will be through the provision of efficient and effective health services, taking into account available resources, the means and health care methods available¹⁰.

The offer of health services occurs in an increasingly dynamic environment that is influenced by community aspirations, government priorities and technological advances³. In this context the planning should be like a 'living device' that actually follow the daily health production, so that the requirements imposed by modern society commonly identified as "fire", do not overlap the actions and commitments collectively¹¹.

When one considers planning as a device it agrees that this is a trigger element of a series of events that converge into expected goals, either as a device of transformation or for the maintenance of order. It is with this kind of support that planning is established in the field of public health, as a way to ensure the access by citizens and offer high quality services to the community^{12,13}.

According to Vieira², the absence of planning, works in a way that activities are performed by inertia. The health services operate in a disjointed manner, guided only by the notion of what their role is and this notion is produced according to the vision of world of every manager and employee or his understanding of the guidelines established by sectoral policy of the state, consequently generating a health system both fragmented and clutter as it try to reflect different views and, consequently, different operating modes. In the absence of an objective and unique understanding to be reached, each professional conducts and carries out its activities in a personal way. With so many different paths, when one advances can be neutralized by the backsliding of others. So there will be no earnings in quality and the resources will surely be used less efficiently.

In order to induce SDC managers and professionals to expand access and improve the quality of specialized oral health services offered to the citizens, the Ministry of Health established the National Program for Access and Quality Improvement of SDC (NPAQI-SDC). It was proposed then a set of qualification, monitoring and evaluation strategies of the work of the SDC¹⁴. According to Pisco¹⁵, the purpose of policy evaluation and quality improvement cannot be solemnly to demonstrate the problems, propose solutions, but also to produce appropriate changes that lead to improvement of the quality of the care provided. The aim is none other than the identification, evaluation and correction of the potentially upgradable situations.

SDC are public health establishments classified as Specialized Clinic/Specialty Clinic authorized by the Ministry of Health. It must offer oral diagnostic services, with an emphasis on detecting oral cancer, specialized periodontics services, minor oral surgery of both soft and hard tissue, endodontics and care for patients with special needs¹⁶. The treatments offered in a SDC is a continuity of the care provided by primary health care which is responsible for the first service and the ordainment of the health care network. It is important to point out that the organization of a hierarchical network services is one of the planning resources to facilitate people's access to health services with universality, equity and comprehensiveness¹⁷.

The research is justified by the understanding that planning is a strategic management tool to improve the quality of health care and its contribution as a subsidy to organize complex working processes^{18,19}. In this context, the present

study aimed to analyze the association between the specialized dental clinics that reported practice with planning, in the last 12 months, with the city's the service and the service manager characteristics.

METHODOLOGY

This study is of a quantitative, descriptive and analytical nature, and used the database from the first NPAQI-SDC cycle, related to Module II - Interview with SDC Manager, with SDC dentist and also documental verification, which was collected in the first half of 2014.

The data from all of the Specialized Dental Clinics (SDC) was collected in loco during the External part of the Evaluation Program. Samples from the program 54 (5%) were excluded SDC that were closed for refurbishment, that have been disabled by the Ministry of Health or who refused to participate in the Evaluating program, total of 930 services were evaluated.

In order to understand the planning out by managers and professionals from the SDC, the characteristics of the service itself and of the service manager, we have selected the following issues respectively: if it was carried out in the last 12 months, any planning activity actions in the SDC; if it is carried out monitoring and analysis of the targets set for each specialty offered in the SDC; if it was carried out any process of self-evaluation by the SDC team in the last six months; if there is a manager in the service; how long the person works as a manager in the SDC; and whether it has or is in postgrad education. All these questions are specific to the sub - dimensions, 'Information about the interviewed (SDC Manager)', 'Training and qualification of the SDC Professional' and 'Planning and management actions for organization of the SDC working process'.

These were all associated with the city's contextual variables represented by socioeconomic indicators and coverage, namely: which region of the country it is located; population size, referring to 2013, obtained from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (BIGS); estimated population coverage of Oral Health Team Family Health Strategy, referring to 2013, available in the Family Health Coverage History published by the Department of Primary Care of the Ministry of Health; and the Municipal Human Development Index (MHDI), from Census 2010, released by the United Nations Development Programme (UNDP).

The variables were grouped into three components analysis, in the following way, and associated with the variable existence of any planning activity in the last 12 months.

- Evaluative features from the City: region, size of the population, ratio of the oral health in the Family Health Strategy estimated population coverage (dichotomized to the median: 63) and the Municipal Human Development Index (MHDI) (dichotomized between: ≥ 0.7 "high and very high" and <0.7 = "medium, low and very low");

- Evaluative features of the service: SDC type, if there is the realization of some process of self-assessment, in the last 6 months, the realization of monitoring and analysis of the goals of the specialties; and

- Evaluative features of the Service Manager: If there is a SDC Manager, for how long it is a SDC Manager, and if the SDC Manager has any additional training.

Thus, as regards the variables analyzed by the paper, our dependent variable was if they were conducting any planning activity in the last 12 months. As independent variables were listed those related to the characteristics of municipalities, service and service managers.

The association between variables was assessed with chi-square test of Pearson, considering the level of significance of 5%. All statistical tests were performed using the d Statistic Package for Social Sciences software – SPSS version 13.0 (SPSS Inc., U.S).

The external evaluation of NPAQI–SDC was conducted within the standards required by the Declaration of Helsinki and approved by the Ethics in Research of the Health Sciences Center of the Federal University of Pernambuco under the registration number 740974 and CAAE 23458213.0.0000.5208.

RESULTS

In total of 930 SDC have concluded the first cycle of NPAQI – SDC external evaluation and they are distributed in Table 1 according to the evaluative features of the municipality, the Service and the Service Manager.

The highest concentration of the SDC was in the Northeast region (38.2%), followed by the Southeast (36.2%), South (12.6%), Central West (6.7%) and North (6.3%). As for population size, 39.4% of the SDC are located in cities with more than 100,000 inhabitants. Most of the SDC (59.2%) are in municipalities with an estimated population coverage of oral health in health strategy Family ratio smaller than 63%. And when we consider the Municipal Human Development Index (MHDI), 59.5% of specialized services in oral health (SDC) are in municipalities with high/very high MHDI (Table 1).

Considering the classification of SDC, 50.6% were enabled by the Ministry of Health as a type II, meaning that they should have 4 to 6 dental chairs in its physical structure, offering a total of 160 to 360 hours / week clinical hours' supply. Regarding the achievement, in the last 12 months, of activity planning in some source, 77.7% of the respondents answered positively during of the interviews. And as for the monitoring and analysis of the production targets set by the Ministry of Health, through ordinance, for each specialty, only 14.6% said they do not do it (Table 1).

Only 12.3% of services have no manager. Since the 87.7% who report having this professional, only 50% operates exclusively in the as a manager and do not share their time between their activities and providing clinical care, thereby having more time available to act on decisive matters in order to achieve the organizational goals, through planning, coordination, direction and control. When considering how long the manager works at the SDC, 60.7% work less than 2 years in office, this reflects the high turnover rate of health professionals in public services. As far as the postgrad education and training of these professionals, a little more than a third (33.3%) has a background in public administration (14.7%) or public health (18.6%) (Table 1).

Table 1 – Distribution of specialized dental clinics evaluated in NPAQI–SDC, according to the evaluative characteristics. Brazil

Evaluative features	n	%
<u>Counties</u>		
Region		
North	59	6.3
Midwest	62	6.7
South	117	12.6
Southeast	337	36.2
Northeast	355	38.2

Population size		
0-30000	233	25.1
30001-50000	160	17.2
50001-100000	171	18.4
> 100,000	366	39.4
Estimated population coverage ratio of oral health in the Family Health Strategy		
<63%	551	59.2
> 63%	379	40.8
Municipal Human Development Index (MHDI)		
<0.7	377	40.5
> 0.7	553	59.5
<u>Services</u>		
SDC type		
1	349	37.5
2	470	50.6
3	111	11.8
Performance of any planning activity in the last 12 months		
No	207	22.3
Yes	723	77.7
Realization of monitoring and analysis of the goals of the specialties		
No	136	14.6
Yes	794	85.4
<u>Manager Service</u>		
SDC with Manager		
No Manager	114	12.3
Yes, professional accumulates clinical activity and SDC	351	37.7
Yes, professional works exclusively as SDC Manager	465	50.0
How long the manager works at the SDC		
Less than a year	249	26.8
1 to 2 years	315	33.9
3 to 4 years	87	9.4
5 to 9 years	111	11.9
10 years or more	8	0.9
Do not know / Not applicable	160	17.2
Additional training of the SDC Manager		
No	215	23.1
Yes, in public administration	137	14.7
Yes, in public health	173	18.6
Yes, other	291	31.3
Not applicable	114	12.3

Source: Database of the first NPAQI–SDC cycle, 2014.

Evaluative characteristics of the municipalities

We found statistically significant differences ($p < 0.05$) between the results when comparing the characteristics of municipalities, except for the population size ($p = 0.410$), with the account of the performance of any planning activity in the last 12 months. The SDC of the Midwest (88.7%) were those with a higher percentage of planning. Northeast, on the other hand, is the largest number of SDC (355) but it has the second lowest percentage (73.2%) of services performed any planning activity. Those SDC who reported the completion of the planning are in municipalities with population coverage estimated oral health in the Health Strategy smaller family 63% and Municipal Human Development Index (MHDI) greater than 0.7 when compared to those who are not (Table 2).

Table 2 – Implementation of any planning activity in the last 12 months, according to evaluative characteristics of the municipality. Brazil

Evaluative features of the Municipality	Conducting some planning activity				Total		P value
	No		Yes		N.	%	
	N.	%	N.	%	N.	%	
Region							0,005 *
Midwest	7	11.3	55	88.7	62	100.0	
Northeast	95	26.8	260	73.2	355	100.0	
North	19	32.2	40	67.8	59	100.0	
Southeast	65	19.3	272	80.7	337	100.0	
South	21	17.9	96	82.1	117	100.0	
Total	207	22.3	723	77.7	930	100.0	
Population size							0.410 *
0-30000	60	25.8	173	74.2	233	100.0	
30001-50000	37	23.1	123	76.9	160	100.0	
50001-100000	37	21.6	134	78.4	171	100.0	
> 100,000	73	19.9	293	80.1	366	100.0	
Total	207	22.3	723	77.7	930	100.0	
Population Coverage Ratio Estimated Oral Health / Family Health Strategy							0.037 *
<63%	111	20.1	440	79.9	551	59.2	
> 63%	96	25.3	283	74.7	379	40.8	
Total	207	22.3	723	77.7	930	100.0	
Municipal Human Development Index (MHDI)							0.032 **
<0.7	96	25.5	281	74.5	377	100.0	
> 0.7	111	20.1	442	79.9	553	100.0	
Total	207	22.3	723	77.7	930	100.0	

Source: Database of the first NPAQI–SDC cycle, 2014.

* Pearson's chi-square test

** Fisher's exact test

Evaluative characteristics of services

Statistically there were significant differences ($p < 0.05$) between the characteristics of services and reporting the performance of any planning activity in the last 12 months, except by SDC type ($p = 0.133$). Services that reported executing any planning also tends to perform self-assessment activity (87.6%) as well as monitoring and analysis of the goals of each specialty (83.9%) (Table 3).

Table 3 – Conducting any planning activity in the last 12 months according evaluative features of the service. Brazil

Evaluative Service Features	Conducting some planning activity				Total		P value
	No		Yes		N.	%	
	N.	%	N.	%	N.	%	
Type SDC							0.133 *
1	90	25.8	259	74.2	349	100.0	
2	95	20.2	375	79.8	470	100.0	
3	22	19.8	89	80.2	111	100.0	
Total	207	22.3	723	77.7	930	100.0	
Conducting self-assessment							0.000 **
No	123	49.2	127	50.8	250	100.0	
Yes	84	12.4	596	87.6	680	100.0	
Total	207	22.3	723	77.7	930	100.0	
Monitoring and analysis of goals							0,000 *
No	79	58.1	57	41.9	136	100.0	
Yes	128	16.1	666	83.9	794	100.0	
Total	207	22.3	723	77.7	930	100.0	

Source: Database of the first NPAQI–SDC cycle, 2014.

* Pearson's chi-square test

** Fisher's exact test

Evaluative features of the service managers

In the statistical analysis of the characteristics of the service managers and the record of accomplishment any planning activity in the last 12 months, we found a significant difference ($p < 0.05$). The existence of a professional who acts exclusively as a SDC manager has a direct impact on the completion of the

planning service when compared to those who do not have a manager or has one that accumulates both clinical and management activities. The time of working as a manager in the SDC and their additional training in public management area (83.9%) or public health (83.8%) also had a positive association with the realization of any planning activity. Therefore those who work less than a year with the manager are those who perform less planning activity (73.1%) (Table 4).

Table 4 – Performance of any planning activity in the last 12 months according evaluative features of the service manager. Brazil

Evaluative features of the Service Manager	Conducting some planning activity				Total		P value
	No		Yes		N.	%	
	N.	%	N.	%			
Manager of existence in SDC							0,000 *
No manager	42	36.8	72	63.2	114	100.0	
Yes, professional accumulates clinical activity and SDC manager	74	21.1	277	78.9	351	100.0	
Yes, professional Current exclusively as SDC manager	91	19.6	374	80.4	465	100.0	
Total	207	22.3	723	77.7	930	100.0	
Operating time in SDC							0,000 *
Do not know / Not applicable	55	34.4	105	65.6	160	100.0	
Less than a year	67	26.9	182	73.1	249	100.0	
1 to 2 years	56	17.8	259	82.2	315	100.0	
3 to 4 years	7	8.0	80	92.0	87	100.0	
5 to 9 years	21	18.9	90	81.1	111	100.0	
10 years or more	1	12.5	7	87.5	8	100.0	
Total	207	22.3	723	77.7	930	100.0	
Additional Training							0,000 *
Not applicable	42	36.8	72	63.2	114	100.0	
No	58	27.0	157	73.0	215	100.0	
Yes, in public administration	22	16.1	115	83.9	137	100.0	
Yes, in public health	28	16.2	145	83.8	173	100.0	
Yes, other	57	19.6	234	80.4	291	100.0	
Total	207	22.3	723	77.7	930	100.0	

Source: Database of the first NPAQI–SDC cycle, 2014.

* Pearson's chi-square test

DISCUSSION

The distribution of the SDC by Region, with nearly 75% of services located in the Northeast (355) and Southeast regions (337), follows the population

density layout in Brazil, since the sum of the inhabitants of both regions corresponds to 69.9% of the population.

As for the arrangement by population size, 39.4% of the SDC are located in cities with over 100,000 inhabitants. Although municipalities of this size corresponds to 5% of the municipalities in Brazil, 55% of the population resides on them. Thus exposing the need to expand the provision of specialized services in oral health in large cities.

However, only the implementation of these services is not enough to guarantee the access to specialized care. There is the need to organize an hierarchical network having planning as a tool to facilitate people's access to health services¹².

The insertion of oral health in the Family Health strategy aims to overcome the dentistry practice, performed by an individual in the limited clinical-surgical space dedicated exclusively to the patient. It also tries to work with the reorganization of the access to health actions, seeking comprehensive dental care to individuals and families. The implementation of the SDC may be a relevant strategy for comprehensive care in the dental context²⁰. In this matter, access and use of specialized dental services report to the understanding of the unity process as a guideline for health services, in a way that offers complementary treatments in primary care²¹.

Research that analyzed the National Oral Health Policy have pointed out that the decisions based on promotion, prevention and treatment, besides the interaction between attention levels are greater when there is an adequate coverage of primary health dentistry teams²⁰. However, the absence of conducting planning the SDC, as can be seen in this study, in most of the municipalities with the highest oral health coverage in the Family Health Strategy, can interfere negatively in the articulation of oral health network and consequently on preventing integral care the patients.

In a study by Silva et al.¹¹, although managers understand the importance of planning and sees it as a priority action to organize the services, there are impediments to the realization of this practice because of some emergencies called as "fire" by the managers, which requires quick responses, mostly on the assistance level, so that the practices are often sent by managers without a proper reflection. The conducting assessments to support planning and decision-making is

an alternative to seeking solutions aimed at overcoming the barriers of access to oral health services¹⁷.

The planning process should start, by identifying the problems, by performing a self-assessment and, from that diagnosis, it is defined a number of intervention strategies to achieve the changes considered necessary²².

Self-evaluation is known as the starting point of the development phase from NPAQI–SDC, since the processes designed to improve quality begins in the identification and recognition of the both problematic and positive dimensions of management and health care teams²³.

From the SDC who reported not performing self-assessment activity (250), 50.8% reported having done any planning activity in the last 12 months. That demonstrates the fragility of this process since this reckoning aims to evaluate the local reality, identifying weaknesses and potential, in order to intervening to improve access and quality of the public services²³, if we plan intuitively, without a self-criticism, or little systemized actions, it diminished the chances of socialization or institutionalization of elaborate designs necessary to reach the transformations needed²⁴.

These considerations were echoed in Bodstein²⁵ statement which highlights the importance of developing an organizational thinking at UHS that has assessment as an intrinsic activity and inseparable from the planning and the managing.

The effectiveness of health organizations will also depend on their relationships among people, technology, resources and management to achieve the organizational tasks of providing health services. Nevertheless, management has a key role, since it performs the job of combining people, technology and resources to achieve organizational goals through planning, coordination, direction and control. Managing also identified how to manage, will enable the healthcare organization to chance its levels of care and the quality of its services²⁶.

Health organizations needs managers who are competent enough to face the challenges imposed by the complexity of the health sector and the demands for quality in the services provided to the population. For this role one needs to know planning, strategies for intervention, programming; understand about the different forms of contract, managing the working processes and knowledge, understand the organization of the health network, in addition to issues related to building infrastructure of health facilities and their maintenance²⁴.

In Brazil, especially in public health organizations, the challenges for better training of managers are huge, resembling the challenges of the UHS consolidation itself and the expansion strategy of primary health care facilities²⁴.

Planning is a management tool, but its use being adopted as a culture in health care, despite the progress achieved, is still a major challenge in the UHS²⁷.

CONCLUSIONS

The results presented describes and analyzes different aspects of municipalities, SDC managers and service itself, and the habit of planning the actions at a SDC during the external evaluation process done by the Ministry of Health. However, while reading the information one needs to consider in such a case, both the explanatory limits of the quantitative data, as the financial and political consequences on the external evaluation results for the city / state management.

Our results demonstrated a diversity and incompleteness in the planning tool implementation at the SDC of Brazil.

For most of the analyzed associations there was no significant difference, statistically. In regard to municipal characteristics, the results showed that the SDC reports that had conducted some planning activity are mostly from the Midwest and South, in municipalities with lower oral health coverage of the Family Health Strategy and with a higher Human Development Index. However, there is no correlation with the population size of the municipalities, since the percentage of those who perform are very close between the ranges defined in the research.

Regarding the characteristics of the services, the results indicate that the ones making planning activity also carries out self-assessment and the monitoring and analysis of goals. However, a high percentage performs planning without performing self-assessment, i.e. does not do the self-analysis and identification of problems in advance, resulting in a centralized action, fragmented, little reflective and far removed from reality and needs of the population. Thus, it is important that managers and health professionals to understand that it is indispensable using self-assessment tools to analyze the daily performances of its activities and work process analysis, in order to think ways to change it, to overcome problems and achieve goals agreed in the community.

The results from the planning associated with the results of the characteristics of the service managers, point out that the existence of a manager in the SDC, with more than two years in the than two years working and it has additional training in public management area or public health tends to make more planning activities.

Considering the planning as an important tool for confronting problems, to increase the population's access to health services and even better quality of services offered, it is important that the SDC have managers, preferably with unique performance management, and that there investments aimed at qualifying the training of these professionals. However planning and self-assessment cannot be treated as merely bureaucratic and pointless tools, which do not involve managers and professionals directly related to the service and care provided.

Moreover, it is necessary that some new studies about planning are carried out, in a perspective if its relevance, in order to examine the subject, and especially to investigate the quality of this actions carried out by the services.

REFERENCES

1. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 306 p.
2. Vieira FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2009;14(Supl. 1):1565-1577.
3. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. The health planner's toolkit. Ontario: Ministry of Health; 2006. 38 p.
4. Buarque SC. Metodologia de planejamento do desenvolvimento local e municipal sustentável. Brasília: INCRA; 1999. 97 p.
5. Lawrence D. Strategic approaches to planning health services. In: Pencheon D, Guest C, Melzer D, Muir Gray J (Eds), Oxford handbook of public health practice. Oxford University Press, Oxford. 2006.
6. Rand Europe. Framework for assessing, improving and enhancing health service planning. Santa Monica: RAND Corporation; 2010. 70 p.
7. Matus C. Política planejamento & governo. Brasília: IPEA; 1993.
8. Queensland Health. Guide to health service planning (version 3) Brisbane: Queensland Government; 2015.
9. Green, A. An introduction to health planning for developing health systems. Oxford University Press, Oxford. 2007.
10. World Health Organization Regional Office for Africa. Planning and implementation of district health services. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2004.

11. Silva BFS, Wandekoken KD, Dalbello-Araujo M, Benito GAV. A importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES). *Saúde Debate*. 2015;39(104):183-196.
12. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciê. saúde coletiva*. 2010;15(1):161-170.
13. Queensland Health. Department of Health integrated planning framework. Brisbane: Queensland Government; 2013.
14. Brasil. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Manual Instrutivo: Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. [acesso 23 junho. 2016]. Brasília; 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf>.
15. Pisco LA. Avaliação como instrumento de mudança. *Ciê. saúde coletiva*. 2006;11(3):566-568.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Portaria GM n.º 599/2006. Brasília 2006; 51p.
17. Machado FCA, Silva JV, Ferreira MAF. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015;20(4):1149-1163.
18. Kawata LS et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. *Texto & Contexto Enferm*. 2009;18(2):313-320.
19. Sarti TD et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad. saúde pública*. 2012;28(3):537-548.
20. Chaves SCL et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev. saúde pública*. 2010;44(6):1005-1013.

21. Chaves SCL et al. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. Ciênc. saúde coletiva. 2012;17(11): 3115-3124.

22. Chorny AH, Kuschnir R, Taveira M. Planejamento e programação em saúde. [acesso 10 ago. 2016]. Rio de Janeiro; 2008. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_12465.pdf>.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas: AMAQ-CEO. [acesso 23 jun. 2016]. Brasília; 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/AMAQ_CEO.pdf>.

24. Franco CA, Santos SA, Salgado MF. In: Pessoa LR, Santos EHA, Torres KRBO, organizadores. Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde. Rio de Janeiro: Ensp; 2011.

25. Bodstein R. Atenção Básica na agenda da saúde. Ciên. saúde coletiva. 2002;7(3):401-412.

26. Junqueira LAP. Gerência dos serviços de saúde. Cad. saúde pública. 1990; 6(3):247-259.

27. Brasil. Ministério da Saúde, Organização Pan- Americana da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília; 2009. 318 p.

5.2 ARTIGO 2 – ANÁLISE DO DESEMPENHO DAS METAS DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO).

Análise do cumprimento das metas nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Resumo

Este estudo, de natureza quantitativa, trata-se de uma análise da associação entre o cumprimento das metas nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e características do município, do serviço e do gestor do serviço. Foram utilizados dados secundários, com base na produção informada no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), de procedimentos odontológicos especializados realizados nos CEO e no banco de dados da Avaliação Externa do primeiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos CEO (PMAQ-CEO), relativos ao módulo de entrevista com o Gerente e um Cirurgião-Dentista do CEO. Realizou-se uma análise descritiva e analítica aplicando o teste qui-quadrado de Pearson, considerando o nível de significância de 5%. Os resultados indicam que a maioria dos CEO que alcançaram o maior número de metas, no período analisado, está na Região Sul (38,5%), em municípios de grande porte populacional (>100 mil habitantes) (33,9%), com menor cobertura de saúde bucal da estratégia Saúde da Família (31%) e com alto Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) (32,7%). Os CEO que possuem gerente, especialmente os que atuam exclusivamente na gestão, que realizam planejamento, autoavaliação, monitoram e analisam as metas, tendem a apresentar os melhores desempenhos no que diz respeito ao alcance das metas. Portanto o desempenho dos CEO sofre influência de fatores contextuais do município, do serviço e do gestor do serviço.

Palavras-Chave: Atenção Secundária à Saúde, Saúde Bucal, Especialidades Odontológicas.

Abstract

This study, quantitative nature, it's an analysis of the association between the performance goals of Specialized Dental Clinics (SDC) and municipal characteristics, health services and their manager. Secondary data were used, based on the production informed Outpatient Information System of the Unified National Health System (OIS/NHS), specialized dental procedures performed in the SDC and the external evaluation database of the first National Program for Access and Quality Improvement of SDC (NPAQI–SDC) for the interview module with the Manager and a dentist of SDC. We conducted a descriptive and analytical analysis using the chi-square test of Pearson, considering the level of significance of 5%. The results indicate that most SDC who reached the highest number of goals in the period analyzed, is in the South (38.5%) in the municipalities of large population size (> 100,000 inhabitants) (33.9%), with lower oral health coverage of the Family health strategy (31%) and high Municipal Human Development Index (MHDI) (32.7%). The SDC who own manager, especially those working exclusively in the administration, performing planning, self-assessment, monitor and analyze the goals tend to have the best performance with regard to achievement of goals. Therefore the performance of the SDC is influenced by contextual factors of the municipality, the service and the service manager.

Keywords: Secondary Care, Oral Health, Specialties Dental.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançada no ano de 2004, denominada Brasil Sorridente, permitiu novas perspectivas para a população no que se refere à atenção odontológica no Brasil, ao propor reorganizar o modelo de atenção em saúde bucal e ampliar o acesso às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado e atenção integral aos indivíduos e às famílias (PUCCA JÚNIOR et al., 2009; CONTARATO, 2011).

Uma importante estratégia do Brasil Sorridente para organizar e estruturar a Rede de Atenção Secundária em Saúde Bucal no Brasil se deu através da criação e implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que são estabelecimentos de saúde que prestam serviços de média complexidade em saúde bucal minimamente nas áreas clínicas de endodontia, periodontia, diagnóstico bucal, cirurgias e atendimento a pacientes com necessidades especiais (LUCENA; PUCCA JÚNIOR; SOUSA, 2011). Devem alcançar metas mensais estabelecidas pelo Ministério da Saúde em número de procedimentos por especialidades acima citadas, de acordo com o Tipo do serviço (I, II ou III), para que seja mantido seu incentivo financeiro federal de custeio (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

Os CEO podem ser classificados em função dos seus recursos físico-estruturais: Tipo I (três cadeiras odontológicas); Tipo II (quatro a seis cadeiras odontológicas); e, Tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas). Independente do Tipo deve funcionar 40 horas semanais, sendo o número de profissionais cirurgiões-dentistas e auxiliares variável em função do porte do serviço (BRASIL, 2006).

Colocados como dispositivos centrais do Brasil Sorridente, por meio dos CEO busca-se assegurar a continuação do atendimento, através da referência e contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, que representa um aspecto crítico para a integralidade (CONTARATO, 2011).

Segundo estudos epidemiológicos a morbidade advinda do precário acesso de grande parte dos brasileiros à assistência odontológica acarreta a perda dentária precoce (BRASIL, 2003). Os referidos dados reforçam a importância dos CEO como importante componente da Política Nacional de Saúde Bucal. No entanto, sabe-se que a utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura os cuidados, das características do serviço de saúde e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde, especialmente nos serviços especializados (MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2001; MORRIS; BURKE, 2001).

Em vista do papel social dos CEO em reduzir as iniquidades de acesso aos serviços odontológicos especializados e, assim, propiciar reduções na morbidade relacionada à saúde bucal, esses serviços devem ser avaliados em prol da melhoria contínua do seu desempenho. Entretanto, não havia, até então uma política nacional de avaliação de CEO (MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015). Visando superar essa lacuna, em 2013, o Ministério da Saúde incluiu os CEO no Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ-CEO) como estratégia de qualificação dos serviços especializados em saúde bucal (BRASIL, 2013).

Este Programa baseou-se em um estudo realizado por Goes et al. (2012) o qual constituiu-se na primeira fase da Pesquisa de Linha de Base para Avaliação e Monitoramento: Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil. Resultante de um Projeto de Cooperação Internacional entre Brasil e Cuba.

O PMAQ-CEO tem o objetivo de induzir os gestores e os profissionais dos serviços a ampliar o acesso e a melhorar a qualidade dos serviços especializados de saúde bucal oferecidos aos cidadãos dos territórios. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho dos CEO (BRASIL, 2013). O intuito de políticas de avaliação e de melhoria de qualidade não pode ser apenas para demonstrar os problemas, nem propor soluções para os problemas detectados, mas produzir mudanças que acarretem à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, portanto a finalidade é a identificação, a avaliação e a correção de situações potencialmente melhoráveis (PISCO, 2006).

Assim como proposto por Chaves et al. (2011), neste estudo entende-se produtividade dos CEO como sinônimo de utilização dos mesmos. Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar a associação entre o cumprimento das metas nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e características do município, do serviço e do gestor do serviço.

METODOLOGIA

O presente estudo é de natureza quantitativa, descritiva e analítica, o qual utilizou dados secundários, da produção informada no SIA/SUS, no período de julho a setembro de 2013, de procedimentos odontológicos especializados realizados nos CEO e o banco de dados do primeiro ciclo do PMAQ-CEO, referente ao Módulo II – Entrevista com Gerente do CEO, com Cirurgião-Dentista do CEO e Verificação de Documentos, cuja coleta foi realizada no primeiro semestre de 2014.

A coleta da produção foi realizada diretamente do banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), informações do SIA/SUS, segundo o número do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) dos CEO habilitados e participantes do Programa.

Para a tabulação dos dados da produção utilizou-se o programa TabWin do DATASUS, em seguida exportados para o programa Excel, versão 2000 (Microsoft Corp.), no qual foram consolidados e agrupados nas especialidades de Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral e Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.464/2011.

Foi realizada uma análise da produção média, dos três meses avaliados, por grupo de procedimentos odontológicos em função das metas estabelecidas para cada especialidade e por Tipo de serviço. Consideraram-se meta atingida aquelas especialidades que alcançaram, no período analisado, a quantidade normatizada para cada grupo de procedimentos odontológicos especializados.

As metas mensais estabelecidas para cada especialidade e Tipo de CEO, a saber: CEO Tipo I, 80 procedimentos básicos (exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais); 60 procedimentos do de periodontia; 35 procedimentos de endodontia e 80 procedimentos de cirurgia oral menor; CEO Tipo II, 110 procedimentos básicos (exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais); 90 procedimentos de periodontia; 60 procedimentos de endodontia e 90 procedimentos de cirurgia oral menor; e, CEO tipo III, 190 procedimentos básicos (exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais); 150 procedimentos de periodontia; 95 procedimentos de endodontia e 170 procedimentos de cirurgia oral menor (BRASIL, 2011).

Para análise das variáveis independentes foram considerados os dados de todos os Centros de Especialidades Odontológicas coletados *in loco* durante a etapa de Avaliação Externa do Programa. Foram excluídos da amostra do Programa 54 CEO (5%) que estavam fechados, em reforma, que foram desabilitados pelo Ministério da Saúde ou que se recusaram a participar da avaliação, totalizando 930 serviços.

Para compreender as características do serviço e do gestor do serviço foram selecionadas as seguintes questões, respectivamente: se foi realizado, nos últimos 12 meses, alguma atividade de planejamento das ações do CEO; se é realizado o monitoramento e análises das metas estabelecidas para cada especialidade

ofertada no CEO; se foi realizado algum processo de autoavaliação pela Equipe do CEO nos últimos seis meses; se há gerente no serviço; o tempo de atuação do gerente no CEO; e se o mesmo tem ou está em formação complementar. Todas estas questões são específicas das subdimensões: 'Informações sobre o entrevistado (Gerente do CEO)', 'Formação e qualificação dos profissionais do CEO' e 'Planejamento e ações da gestão para organização do processo de trabalho do CEO'.

As informações referentes ao tipo de CEO foram coletadas da base DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – Habilitações.

As variáveis contextuais do município representadas pelos indicadores socioeconômicos e de cobertura, a saber: Região do País; Porte Populacional, referente a 2013, obtido do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Estimativa de cobertura populacional de Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, referente a 2013, disponível no Histórico de Cobertura da Saúde da Família publicado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde; e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), Censo Demográfico de 2010, divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

As variáveis foram agrupadas em três componentes de análises, da forma a seguir, e testadas a associação com a variável de alcance das metas.

- Características Avaliativas do Município: Região, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) (dicotomizado entre: $>0,7$ = “alto e muito alto” e $\leq 0,7$ = “médio, baixo e muito baixo”), Porte Populacional e Proporção de cobertura populacional estimada de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (dicotomizada pela mediana: 63);

- Características Avaliativas do Serviço: Tipo do CEO, Realização de planejamento, nos últimos 12 meses, Realização do monitoramento e análises das metas das especialidades, Realização de algum processo de autoavaliação, nos últimos 6 meses; e

- Características Avaliativas do Gestor do Serviço: Existência de gerente no CEO, Tempo de atuação do Gerente no CEO e Formação complementar do Gerente do CEO.

Dessa forma, no que se diz respeito às variáveis analisadas no estudo, tivemos como variável dependente a quantidade de metas alcançadas, de zero a quatro, isto é, nenhuma até todas as quatro especialidades. E como variáveis independentes aquelas relacionadas às características dos municípios, dos serviços e dos gestores dos serviços.

A associação entre as variáveis foi verificada com teste qui-quadrado de Pearson, considerando o nível de significância estatística de 5%. Todos os testes estatísticos foram realizados através do software Statistic Package for the Social Sciences – SPSS versão 13.0 (SPSS Inc., Estados Unidos).

A avaliação externa do PMAQ-CEO foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o registro nº 740.974 e CAAE 23458213.0.0000.5208.

RESULTADOS

Houve diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$) entre todas as características avaliativas dos municípios e a quantidade de metas alcançadas nos CEO. Os serviços que alcançaram o maior número de metas estão na Região Sul (38,5%) e Centro-Oeste (33,9%), no mínimo três das quatro propostas pelo Ministério da Saúde. Por outro lado, o Nordeste apresenta o maior número de CEO (355) implantados e o maior percentual de serviços que não atingiram nenhuma meta de produção. Além disto, os CEO que alcançaram o maior número de metas estão em municípios com alto Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), de grande porte populacional e com cobertura populacional estimada de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família menor que 63% (Tabela 1).

Tabela 1 – Quantidade de metas alcançadas, no período de julho a setembro de 2013, segundo características avaliativas do município. Brasil

Características Avaliativas do Município	Quantidade de Metas Alcançadas										Total		Valor de p	
	0		1		2		3		4		N.	%		
Região														0,000*
Centro-Oeste	12	19,4	10	16,1	19	30,6	10	16,1	11	17,7	62	100,0		
Nordeste	142	40,0	96	27,0	57	16,1	41	11,5	19	5,4	355	100,0		
Norte	20	33,9	10	16,9	11	18,6	9	15,3	9	15,3	59	100,0		
Sudeste	70	20,8	87	25,8	76	22,6	59	17,5	45	13,4	337	100,0		
Sul	27	23,1	22	18,8	23	19,7	24	20,5	21	17,9	117	100,0		
Total	271	29,1	225	24,2	186	20,0	143	15,4	105	11,3	930	100,0		
IDHM														0,000*
<= 0,7	163	43,2	92	24,1	56	14,9	45	11,9	22	5,8	377	100,0		
> 0,7	108	19,5	134	24,2	130	23,5	98	17,7	83	15,0	553	100,0		
Total	271	29,1	225	24,2	186	20,0	143	15,4	105	11,3	930	100,0		
Porte Populacional														0,000*
0-30.000	93	39,9	55	23,6	40	17,2	36	15,5	9	3,9	233	100,0		
30.001-50.000	53	33,1	38	23,8	27	16,9	20	12,5	22	13,8	160	100,0		
50.001-100.000	49	28,7	50	29,2	35	20,5	22	12,9	15	8,8	171	100,0		
>100.000	76	20,8	82	22,4	84	23,0	65	17,8	59	16,1	366	100,0		
Total	271	29,1	225	24,2	186	20,0	143	15,4	105	11,3	930	100,0		
Proporção de Cobertura Populacional Estimada ESB/ESF														0,000*
<63%	133	24,1	130	23,6	117	21,2	95	17,2	76	13,8	551	100,0		
>63%	138	36,4	95	25,1	69	18,2	48	12,7	29	7,7	379	100,0		
Total	271	29,1	225	24,2	186	20,0	143	15,4	105	11,3	930	100,0		

Fonte: Banco de dados do primeiro ciclo PMAQ-CEO, 2014.

*Teste do qui-quadrado de Pearson

No que diz respeito a análise das características dos serviços, estatisticamente houve diferenças significantes ($p < 0,05$) entre todas elas e a quantidade de metas alcançadas. Os CEO que relataram a realização do planejamento tenderam a alcançar mais metas de produção (30,4%), considerando no mínimo três das quatro metas. Em contrapartida, 48,5% dos serviços que não realizaram monitoramento e análises das mesmas, assim como, 39,6% dos que não realizaram autoavaliação, ficaram com produção abaixo da meta em todas as especialidades analisadas (Tabela 2).

Tabela 2 – Quantidade de metas alcançadas, no período de julho a setembro de 2013, segundo características avaliativas do serviço. Brasil

Características Avaliativas do Serviço	Quantidade de Metas Alcançadas										Total		Valor de p
	0		1		2		3		4		N.	%	
Tipo do CEO													0,022*
1	124	35,5	67	19,2	71	20,3	54	15,5	33	9,5	349	100,0	
2	122	26,0	131	27,9	90	19,1	68	14,5	59	12,6	470	100,0	
3	25	22,5	27	24,3	25	22,5	21	18,9	13	11,7	111	100,0	
Total	271	29,1	225	24,2	186	20,0	143	15,4	105	11,3	930	100,0	
Realização de planejamento													0,000*
Não	75	36,2	60	29,0	44	21,3	13	6,3	15	7,2	207	100,0	
Sim	196	27,1	165	22,8	142	19,6	130	18,0	90	12,4	723	100,0	
Total	271	29,1	225	24,2	186	20,0	143	15,4	105	11,3	930	100,0	
Monitoramento e análise das metas													0,000*
Não	66	48,5	28	20,6	21	15,4	11	8,1	10	7,4	136	100,0	
Sim	205	25,8	197	24,8	165	20,8	132	16,6	95	12,0	794	100,0	
Total	271	29,1	225	24,2	186	20,0	143	15,4	105	11,3	930	100,0	
Realização de autoavaliação													0,001*
Não	99	39,6	58	23,2	41	16,4	29	11,6	23	9,2	250	100,0	
Sim	172	25,3	167	24,6	145	21,3	114	16,8	82	12,1	680	100,0	
Total	271	29,1	225	24,2	186	20,0	143	15,4	105	11,3	930	100,0	

Fonte: Banco de dados do primeiro ciclo PMAQ-CEO, 2014.

*Teste do qui-quadrado de Pearson

Quanto à análise estatística entre as características dos gestores dos serviços e o alcance das metas, verificou-se diferença significativa ($p < 0,05$) apenas com a variável da existência do gerente no serviço. Quando este profissional atua exclusivamente na função de gerente do serviço, os CEO tendem a atingir maior número de metas quando comparado aos que não tem gerente ou quando o mesmo acumula função clínica e de gestão. Nos CEO onde o profissional compartilha atividade de gestão e a clínica, mais de um terço (35,3%) não conseguem atingir qualquer meta do serviço (Tabela 3).

Tabela 3 – Quantidade de metas alcançadas, no período de julho a setembro de 2013, segundo características avaliativas do gestor do serviço. Brasil

Características Avaliativas do Gestor do Serviço	Quantidade de Metas Alcançadas										Total		Valor de p
	0		1		2		3		4		N.	%	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%			
Existência do Gerente													0,008*
Não há gerente	33	28,9	28	24,6	30	26,3	16	14,0	7	6,1	114	100,0	
Sim, profissional acumula a atividade clínica e de gerente do CEO	124	35,3	80	22,8	67	19,1	49	14,0	31	8,8	351	100,0	
Sim, profissional que atua exclusivamente como gerente do CEO	114	24,5	117	25,2	89	19,1	78	16,8	67	14,4	465	100,0	
Total	271	29,1	225	24,2	186	20,0	143	15,4	105	11,3	930	100,0	
Tempo de atuação no CEO													0,277*
Não sabe/Não se aplica	51	31,9	40	25,0	36	22,5	20	12,5	13	8,1	160	100,0	
Menos de um ano	80	32,1	63	25,3	48	19,3	33	13,3	25	10,0	249	100,0	
1 a 2 anos	94	29,8	78	24,8	62	19,7	52	16,5	29	9,2	315	100,0	
3 a 4 anos	18	20,7	18	20,7	17	19,5	16	18,4	18	20,7	87	100,0	
5 a 9 anos	26	23,4	24	21,6	22	19,8	21	18,9	18	16,2	111	100,0	
10 anos ou mais	2	25,0	2	25,0	1	12,5	1	12,5	2	25,0	8	100,0	
Total	271	29,1	225	24,2	186	20,0	143	15,4	105	11,3	930	100,0	
Formação complementar													0,259*
Não se aplica	33	29,0	28	24,6	30	26,3	16	14,0	7	6,1	114	100,0	
Não	69	32,1	52	24,2	42	19,5	30	14,0	22	10,2	215	100,0	
Sim, em gestão pública	36	26,3	30	21,9	24	17,5	30	21,9	17	12,4	137	100,0	
Sim, em saúde coletiva	41	23,7	44	25,4	31	17,9	29	16,8	28	16,2	173	100,0	
Sim, outros	92	31,6	71	24,4	59	20,3	38	13,1	31	10,6	291	100,0	
Total	271	29,1	225	24,2	186	20,0	143	15,4	105	11,3	930	100,0	

Fonte: Banco de dados do primeiro ciclo PMAQ-CEO, 2014.

*Teste do qui-quadrado de Pearson

DISCUSSÃO

Conforme Cortellazzi et al. (2014), é evidente a contribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas para a saúde bucal da população, tendo em vista a integralidade. Entretanto, o processo de trabalho destes serviços necessita estruturar-se visando a ampliação do acesso e atuar de forma integral, particularmente, com a efetivação do sistema de referência e contrarreferência com os demais pontos da rede, em destaque com a Atenção Básica.

Dados da Pesquisa Nacional em Saúde Bucal (SB Brasil 2010) indicam a necessidade de organização dos níveis de complexidade na assistência odontológica, uma vez que demonstraram a relação entre a gravidade e a

precocidade da perda dentária com a desigualdade no acesso aos serviços odontológicos.

Para Goes et al. (2012), a existência de serviços e a garantia de acesso da população a eles podem determinar algum impacto na saúde da população. Esta afirmativa não deve ser considerada apenas para a saúde geral, pois também exerce influência na saúde bucal.

Ao analisar os fatores relevantes para a integralidade na assistência à saúde bucal nos CEO, Chaves et al., (2010), apontam que os melhores resultados se encontram onde a Estratégia de Saúde da Família é a forma de organização do sistema de saúde municipal, com ênfase em uma rede de serviços estruturada e articulada, capaz de operacionalizar a referência e contrarreferência de usuários.

No entanto os resultados do presente estudo revelaram que os CEO em municípios com cobertura populacional estimada de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) menor que 63%, alcançaram o maior número de metas, estando de acordo com os resultados obtidos por Cortellazzi et al. (2014), em que os municípios com maiores coberturas apresentaram maior prevalência de CEO com desempenho ruins/regulares. Estudos realizados por Figueiredo e Goes (2009) e Goes et al. (2012), também obtiveram resultados semelhantes onde os municípios com cobertura populacional pela ESF superior a 50% (condição prevalente dos municípios de médio e grande porte) obtiveram os piores desempenhos dos CEO. Assim como o estudo de Herkrath et al. (2013) também verificou que os CEO localizados em municípios do Estado do Amazonas com maiores coberturas de ESF/ESB apresentaram os piores desempenhos. Demonstrando assim que não basta ter uma boa cobertura na atenção básica, se faz necessário, uma adequada interconexão entre os serviços dos diversos pontos de atenção para que se tenha um bom funcionamento dos mesmos.

As dificuldades de acesso aos serviços da atenção básica e a baixa resolutividade das equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família podem atuar como barreiras para o alcance das metas no CEO uma vez que interferem na articulação entre os pontos de atenção à saúde e criam obstáculos para o acesso aos níveis de maior complexidade (GUISILINI et al., 2015).

Segundo Chaves et al. (2016), o não cumprimento, pelos Cirurgiões Dentista, da carga horária nos serviços públicos odontológicos reduz substancialmente a possibilidade de produção e utilização pelos usuários, consistindo assim na principal

barreira organizacional, o que, portanto, interfere diretamente no alcance das metas do serviço.

As regiões Norte (33,9%) e Nordeste (40,0%) apresentaram os maiores percentuais de serviços que não atingiram nenhuma meta, mesmo o Nordeste apresentando o maior número de CEO habilitados. Segundo Machado et al. (2015), pode-se inferir que o princípio da equidade norteou a disseminação dos CEO no Brasil, pois o Nordeste concentra grandes deficiências na saúde bucal e indicadores sociais desfavoráveis. Porém, não é possível atribuir o mesmo princípio ao Norte, pois esta Região apresenta um déficit na quantidade de serviços públicos odontológicos especializados. Todavia, outros fatores foram importantes para essa maior concentração na Região Nordeste como, por exemplo, o seu pioneirismo na implantação de políticas públicas de saúde no Brasil, que serviram de alicerce para o desenvolvimento da PNSB (SALIBA et. al., 2010).

Passos et al. (2014), ressaltam que na maioria das Regiões, há necessidade de aprimoramento dos mecanismos de gestão da Atenção Especializada (AE), quais sejam: regulação do acesso, monitoramento das atividades, definição de critérios de encaminhamento, pactuação de protocolos, microrregulação, ampliação na utilização de ferramentas de TI e qualificação do transporte sanitário. Tais situações foram identificadas no respectivo estudo para serviços de especialidades médicas, entretanto podem ser aplicadas para os serviços especializados de forma geral, incluindo os odontológicos.

Quanto aos resultados relacionados ao porte populacional dos municípios, aqueles menores de 30 mil habitantes apresentaram os piores resultados onde 39.9% não produziram o mínimo estabelecido para cada especialidade. O que em parte pode ser explicado através dos resultados de Fortuna (2011) os quais revelaram que poucos Estados previram o planejamento da oferta de CEO nos seus Planos Diretores de Regionalização (PDR), ou em outro instrumento da gestão regionalizada, identificando os fluxos de referência. Portanto, o grande número de habilitação de CEO em municípios de pequeno porte pode indicar uma fragilidade no planejamento da oferta de CEO.

Estudos destacam a importância da discussão do porte demográfico tendo em vista que o efetivo funcionamento dos CEO está relacionado com uma adequada interface entre Atenção Básica e CEO. Desse modo municípios de pequeno porte dependem da pactuação com outros municípios para garantir a formação da Rede

de Atenção em Saúde Bucal e um apropriado fluxo de referência e contrarreferência (MACHADO et al., 2015). A falta do planejamento regional para os municípios de pequeno porte pode comprometer gravemente o princípio de economia de escala, a viabilidade operacional e financeira dos CEO interferindo assim na produtividade do serviço e no alcance das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde em número de procedimentos (FORTUNA, 2011).

Já os CEO localizados em municípios de grande porte populacional (>100.000 habitantes) alcançaram o maior número de metas, estando de acordo com os resultados apresentados por Figueiredo e Goes (2009). Para Fortuna (2011), tal situação está, possivelmente, relacionado ao fato de que esses CEO tenham sido planejados e pactuados como locais de referência, estando voltados para demandas amplas reduzindo assim as dificuldades no cumprimento de metas. Acrescenta-se ainda a estes argumentos o fato de que municípios desse porte populacional aliado ao alto IDHM têm melhor provisão de serviços (FISCHER et al., 2010), supõe ainda que apresentam maior capacidade financeira o que viabiliza o funcionamento dos serviços tanto do ponto vista de fixação e qualificação profissional quanto da oferta e aquisição de equipamentos e insumos.

O que nos faz sugerir que o gestor Federal tenha um incentivo baseado em critérios de equidade, para que os municípios possam manter e qualificar a oferta dos serviços odontológicos especializados. Nesse sentido, vale destacar a importância do co-financiamento dos gestores estaduais específicos para a saúde bucal na perspectiva de auxiliar os municípios na manutenção dos serviços odontológicos.

O alcance do maior número de metas, no mínimo três das quatro previstas, também esteve associado a gestão e as suas ações, entre elas a presença do profissional atuando exclusivamente na função de gerente do CEO (31,2%), a realização do planejamento (30,4%), a realização do monitoramento e análise das metas (28,6%) e da autoavaliação (28,9%). Todas estas foram estatisticamente significantes para o bom desempenho no alcance das metas. O que pode ser explicado por alguns estudos que indicam que o desempenho do CEO é influenciado por formas de organização e gerenciamento dos processos de trabalho (MACHADO et al., 2010). Para Chaves et al. (2010), a baixa taxa de utilização dos CEO está relacionada, entre outros fatores, à carência de um sistema de gestão com a definição clara de metas de oferta de procedimentos por especialidade. Espera-se

que o gerente desenvolva ações de planejamento a partir de autoavaliação do serviço e monitoramento e análise das metas do serviço.

A realização de avaliações para subsidiar o planejamento e a tomada de decisão é uma alternativa para buscar soluções que visem superar as barreiras de acesso aos serviços de saúde bucal (MACHADO, SILVA, FERREIRA; 2015). A ausência da realização de planejamento nos CEO pode interferir diretamente de forma negativa na articulação da rede de saúde bucal e conseqüentemente impedindo um cuidado integral dos usuários.

A análise dos registros de procedimentos do SIA/SUS pode ser considerada um fator limitante no estudo do desempenho dos CEO, visto que os dados estudados são apenas de número de tratamentos concluídos, não permitindo um detalhamento dos perfis dos usuários, de morbidade, de tratamentos iniciados versus tratamentos concluídos e outros (CORTELLAZZI et al., 2014). O que, entretanto, não inviabiliza ou diminui a importância desses tipos de estudos. Vale ressaltar a relevância da disponibilidade pública destes dados e sua utilização por pesquisadores e gestores, a fim de ajudar no processo de qualificação das ações e serviços de saúde.

Segundo Passos et al. (2014), o grande desafio, diante do cenário de fragmentação e baixa efetividade do cuidado, é garantir o acesso ao cuidado integral e resolutivo na Atenção Especializada, de forma articulada aos serviços da Atenção Básica, a qual também necessita ser ampliada de forma a tornar-se mais resolutiva.

Segundo Lino et al. (2014), a partir da análise dos CEO de Minas Gerais, concluiu que os estabelecimentos CEO são mais eficientes do que os não CEO, considerando-se a média de procedimentos realizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisa o cumprimento das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para cada tipo de CEO a partir da associação com aspectos relacionados às características dos municípios, dos serviços e gestores dos serviços. Houve diferença significativa estatisticamente para a maioria das associações analisadas. Portanto o alcance das metas dos CEO sofre influência de fatores contextuais do município, do serviço e do gestor do serviço.

Os resultados da pesquisa apontam que o alcance das metas de produção está associado a aspectos dos municípios, apresentando os melhores resultados os

CEO implantados em municípios com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) e de grande porte populacional. Entretanto, municípios com menor cobertura de saúde bucal na estratégia saúde da família, cumpriram o maior número de metas, o que nos sinaliza que não basta implantar serviços, mais do que isso, se faz necessário uma adequada articulação entre a atenção básica e CEO.

Nesse sentido, o estudo demonstra que a cobertura populacional da ESF não deve ser um limitador para a implantação dos CEO. Contudo deve-se ter cautela na implantação de CEO em municípios com baixa cobertura de atenção básica, pois corre o risco destes serviços atender livre demanda e ofertar em grande parte procedimentos básicos, o que leva a descaracterização do serviço e uma sobreposição de ações prejudicando diretamente o princípio da integralidade.

Evidenciou-se a necessidade do co-financiamento, específico para a saúde bucal, dos governos estaduais e da readequação na forma de financiamento federal dos CEO para que sejam incluídos critérios de equidade com o objetivo de auxiliar os municípios de determinadas Regiões, de pequeno porte populacional e de baixo IDHM na manutenção dos serviços. Bem como, a revisão do marco legal que estabelece as metas dos CEO, no sentido de regionalizá-las uma vez que a ocorrência e distribuição das doenças bucais são verificadas de forma diferente em cada região do Brasil.

Nessa perspectiva, seria importante existir uma flexibilização nas especialidades a serem ofertadas nos CEO onde os gestores pudessem escolhê-las de acordo com o perfil epidemiológico da população do seu município.

Da mesma maneira, salienta-se a necessidade da Política Nacional de Saúde Bucal incentivar que os gestores da saúde (municipal ou estadual) incluam o gerente no CEO, de preferencia atuando exclusivamente na gestão do serviço, e que tenha competência para desenvolver ações de planejamento, subsidiado por meio de uma autoavaliação do serviço realizando o monitoramento e análise das metas estabelecidas para cada Tipo de CEO.

Por fim, ressalta-se a importância da análise da produtividade dos Centros de Especialidades Odontológicas visando o alcance das metas para que haja um maior acesso ao serviço. Entretanto, se torna necessário novos estudos que avaliem a qualidade dos serviços prestados para que não se limite a avaliações quantitativas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais.** Brasília: MS; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.464, de 24 de junho de 2011.** Altera o Anexo da Portaria n. 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, 27 jun. 2011. Seção 1, n. 121, p. 112-113.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 600 de 2006.** Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-600.htm>. (Acessado em 15 de agosto 2016).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. **Portaria GM n.º 599/2006.** Brasília, 2006; 51p.

BRASIL. **Portaria nº 261, de 21 de fevereiro de 2013.** Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal. Diário Oficial da União 2013; 22 fev.

CHAVES, S.C.L. et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Rev. saúde pública.** 2010;44(6):1005-1013.

CHAVES, S.; ROSSI, T.A.; FREIRE, A.M. Implementação de serviços públicos odontológicos especializados no Brasil. In: Chaves SCL, organizadora. **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática.** Salvador: EDUFBA; 2016.

CONTARATO, P.C. **Política nacional e contexto local: uma análise da implementação da política de saúde bucal no Município de Vitória, do Espírito Santo** [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011.

CORTELLAZZI, K.L. et al. Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** 2014;17(4):978-988.

FIGUEIREDO, N., GOES, P.S.A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad Saude Publica.** 2009; 25(2):259-267.

FISCHER, T.K. et al. 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.** 2010; 13(1):126-138.

FORTUNA, R.F.P. **A média complexidade no quadro da Política Nacional de Saúde Bucal: uma abordagem do seu processo de desenvolvimento em uma perspectiva regional** [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.

GOES, P.S.A et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad Saude Publica** 2012; 28(Supl.):S81-S89.

GUISILINI et al. Organização da atenção em serviços de saúde. **Gestão pública em saúde: fundamentos e práticas.** Águas de São Pedro: Livronovo; 2015.

HERKRATH, F.J. et al. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. **Saúde Debate** 2013; 37(96):148-158.

JUNIOR, G.A.P. et al. Oral Health Policies in Brazil. **Braz oral res.** 2009; 23:9-16.

LINO, P.A. et al. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2014; 19(9):3879-3888.

LUCENA, E.H.G.; PUCCA JÚNIOR, G.A., SOUSA, M.F. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. 2011; 5(3):53-63.

MACHADO, F.C.A.; SILVA, J.V.; FERREIRA, M.A.F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2015, vol.20, n.4 [cited 2016-10-01], pp.1149-1163. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401149&lng=en&nrm=iso>.

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J.U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:819-32.

MORRIS, A.J.; BURKE, F.J.T. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? **Br Dent J**. 2001; 191:666-70.

PASSOS, J. E. F.; ROCHA, L. M.; VASCONCELOS, L. L. C. **Estratégia de cuidado na Atenção Especializada Ambulatorial: qualificação e ampliação do acesso**. *Divulgação em saúde para debate*. 2014; 51:121-128.

PISCO, L.A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciênc. saúde coletiva**. 2006; 11(3):566-568.

SALIBA, N.A.; MOIMAZ, S.A.S.; FADEL, C.B; BINO, L.S. Saúde Bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional. **Rev Odontol Bras Central**. 2010; 18(48):62-66.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; CHAVES, S.C.; ESPERIDIÃO, M.A; LOPES-MARTINHO, R.M. Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a programme. **J Epidemiol Community Health**. 2010; 64:1100-5.

5.3 ARTIGO 3 – FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DE PLANEJAMENTO EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA DE SAÚDE BUCAL.

Fatores associados à realização de planejamento em serviços de atenção secundária de saúde bucal.

Resumo

Esta pesquisa tem o objetivo de identificar os fatores associados à realização do planejamento nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Foram utilizados dados secundários, com base no banco de dados da Avaliação Externa do primeiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos CEO (PMAQ-CEO) e na produção informada no SIA/SUS, de procedimentos odontológicos especializados realizados nos CEO. Constituiu-se em um estudo de natureza quantitativa analítica. No qual aplicado os testes estatísticos qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$) e regressão logística multivariada. Os resultados indicaram que a realização do planejamento nos CEO foi associada a uma menor cobertura de saúde bucal na estratégia saúde da família no município (OR = 1,4; IC95%: 1,0-1,9; $p = 0,049$), a formação complementar do gerente ($p=0,038$), a prática da autoavaliação (OR = 8,2; IC95%: 5,8-11,6; $p = 0,000$) e com alto cumprimento de metas de produção do serviço (OR = 1,9; IC95%: 1,2-3,2; $p = 0,011$). Foi evidenciado que o processo de trabalho do CEO, em especial o da gestão do serviço, é um importante nó crítico para o adequado funcionamento do mesmo.

Palavras-Chave: Saúde Bucal, Atenção Secundária à Saúde, Planejamento em Saúde.

Abstract

This research aims to identify the factors associated in planning the Specialized Dental Clinics (SDC). Secondary data were used, based on the external evaluation of the database of the first National Program for Access and Quality Improvement of SDC (NPAQI–SDC) and production informed Outpatient Information System of the Unified Health System (OIS/UHS), specialized dental procedures performed in SDC. It consisted in a study of analytical quantitative. In which applied the chi-square statistical tests of Pearson ($p < 0.05$) and multivariate logistic regression. The results indicated that the realization of planning the SDC was associated with a lower oral health coverage in the family health strategy in the municipality (OR = 1.4; 95% CI: 1.0-1.9, $p = 0.049$), the additional training manager ($p = 0.038$), the practice of self-assessment (OR = 8.2; 95% CI: 5.8-11.6; $p = 0.000$) and high compliance of service production targets (OR = 1.9; 95% CI: 1.2-3.2; $p = 0.011$). It was shown that the SDC of the working process, especially the service management is an important critical node for proper functioning.

Keywords: Oral Health, Secondary Care, Health Planning.

INTRODUÇÃO

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), como política do Estado brasileiro para a saúde, observaram-se importantes avanços relacionados às políticas de descentralização e de democratização para a garantia do direito aos serviços de saúde. Dentre estes, destaco o Brasil Sorridente, lançada em 2004, essa Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) propõe reorganizar o modelo de atenção em saúde bucal e ampliar o acesso às ações e serviços de saúde bucal através dos diferentes níveis de atenção, trazendo novas expectativas para o cuidado em saúde bucal no Brasil (JUNIOR; COSTA; CHAGAS, 2009).

Dentre os eixos estruturantes da Política Nacional de Saúde Bucal está a Ampliação e Qualificação da Atenção Especializada através da criação e implantação de serviços de média complexidade em saúde bucal, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) (MOYSÉS; GOES, 2012).

A partir de 2004, os serviços públicos de referência para atenção especializada são os CEO. Constituem na principal estratégia de atenção odontológica especializada no sistema público brasileiro, e possibilitou aumento da oferta de especialidades que evitam a perda dental, como a endodontia e a periodontia (CHAVES; ROSSI; FREIRE, 2016).

Por meio dos estudos epidemiológicos observou-se que a morbidade resultante do baixo acesso à assistência odontológica acarreta a perda dentária precoce em grande parte dos brasileiros. Evidenciando assim a importância dos CEO como importante componente da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2003; BRASIL, 2010).

Entender o cenário epidemiológico da saúde bucal da população brasileira é requisito fundamental para a compreensão das necessidades de saúde bucal enquanto problema social e não apenas da classe/categoria odontológica. Sendo assim, a existência da oferta e disponibilidade dos serviços odontológicos não significa necessariamente na redução das necessidades e iniquidades de saúde bucal da população. Esse entendimento é necessário para o planejamento das estratégias de gestão de serviços de saúde de forma mais equitativa (CHAVES; ROSSI; FREIRE, 2016).

O processo de descentralização propiciada com o SUS possibilitou o fornecimento crescente de tecnologias e recursos capazes de dotar os sistemas

locais de maior capacidade de gestão, o que vem possibilitando o alcance de diagnósticos mais precisos e a organização dos serviços cada vez mais adequada às necessidades da população. Nesse sentido, o planejamento aparece como um instrumento importante, conferindo mais poder e responsabilidade aos gestores (WERNECK, 2012).

O planejamento é uma ferramenta de trabalho da gestão utilizada para tomar decisões, direcionar a prestação de serviços de saúde e organizar as ações de forma lógica e racional, de modo a garantir os melhores resultados e a realização dos objetivos de uma sociedade, com os menores custos e no menor prazo possível (LAWRENCE, 2006).

Com o objetivo de melhorar a condição de saúde da população, o planejamento nos serviços de saúde, deve garantir acesso com equidade e justiça, assim como dar respostas mais ágeis do sistema de saúde às necessidades reconhecidas pela comunidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR AFRICA, 2004). Um dos pontos fortes do planejamento está em sua aplicação como um agente de mudança (QUEENSLAND HEALTH, 2015).

O planejamento nos serviços de saúde visa especificamente melhorar o estado de saúde de uma determinada população, garantindo o acesso com equidade e justiça, bem como acelerar as respostas do sistema de saúde às necessidades percebidas pela comunidade. O alcance deste objetivo se dará através da prestação de serviços de saúde eficientes e eficazes, tendo em conta os recursos disponíveis e os meios e métodos de cuidados de saúde disponíveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR AFRICA, 2004).

O bom planejamento estratégico pode ser entendido como a escolha consciente de ações que aumentem as chances de obter no futuro algo desejado no presente. É uma atividade que orienta possibilidades, arranjos institucionais e políticos (KURCGANT; CIAMPONE; MELLEIRO, 2006).

A inexistência de planejamento nos serviços de saúde faz com que estes realizem suas atividades por inércia. Funcionando de forma desarticulada, orientada apenas pela noção de qual seja seu papel, de acordo com a visão de mundo de cada gestor e o entendimento deste sobre as diretrizes estabelecidas pela política setorial do Estado. De modo conseqüente, o sistema de saúde passa a funcionar de forma subjetiva, fragmentada e desordenada na medida em que tantas quantas visões e formas de operá-lo existam. A falta de entendimento comum e objetivo de

onde se pretende chegar faz com que cada profissional do serviço conduza e realize suas atividades a sua maneira. Diante dos diversos caminhos e sentidos, os avanços de uns se neutralizam pelos retrocessos de outros. Desta maneira o ganho em qualidade será irrisório e seguramente os recursos serão empregados de forma pouco eficiente (VIEIRA, 2009).

Segundo Kawata et al. (2009) e Sarti et al. (2012), consideram o planejamento como uma ferramenta estratégica de gestão que visa qualificar o cuidado ofertado para a população e sua considerável contribuição para reflexão da organização de processos de trabalho complexos. O presente estudo tem o objetivo de identificar os fatores associados à realização do planejamento nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

METODOLOGIA

O presente estudo é de natureza quantitativa, descritiva e analítica, o qual utilizou banco de dados do primeiro ciclo do PMAQ-CEO, referente ao Módulo II – Entrevista com Gerente do CEO, com Cirurgião-Dentista do CEO e Verificação de Documentos, e dados secundários, da produção informada no SIA/SUS, no período de julho a setembro de 2013, de procedimentos odontológicos especializados realizados nos CEO.

Os dados do PMAQ-CEO foram coletados *in loco* no primeiro semestre de 2014, durante a etapa de Avaliação Externa do Programa. Foram avaliados todos os CEO habilitados no período, sendo excluído da amostra do Programa 54 (5%) CEO que estavam fechados, em reforma, que foram desabilitados pelo Ministério da Saúde ou que se recusaram a participar da avaliação, totalizando 930 serviços.

Foram selecionadas as seguintes questões do Instrumento de Avaliação Externa: se foi realizado, nos últimos 12 meses, alguma atividade de planejamento das ações do CEO; se foi realizado algum processo de autoavaliação pela Equipe do CEO nos últimos seis meses; se há gerente no serviço; o tempo de atuação do gerente no CEO; e se o mesmo tem ou está em formação complementar. Todas estas questões são específicas das subdimensões: 'Informações sobre o entrevistado (Gerente do CEO)', 'Formação e qualificação dos profissionais do CEO' e 'Planejamento e ações da gestão para organização do processo de trabalho do CEO'.

A coleta da produção foi realizada diretamente do banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), informações do SIA/SUS, segundo o número do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) dos CEO habilitados e participantes do Programa.

Para a tabulação dos dados da produção utilizou-se o programa TabWin do DATASUS, em seguida exportados para o programa Excel, versão 2000 (Microsoft Corp.), no qual foram consolidados e agrupados nas especialidades de Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral e Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.464/2011.

Foi realizada uma análise da produção média, dos três meses avaliados, por grupo de procedimentos odontológicos em função das metas de estabelecidas para cada especialidade e por Tipo de serviço. Consideraram-se meta atingida aquelas especialidades que alcançaram, no período analisado, a quantidade normatizada para cada grupo de procedimentos odontológicos especializados.

A meta mensal por especialidade para cada Tipo de Centro de Especialidades Odontológicas, a saber: CEO Tipo I, 60 procedimentos de periodontia; 35 procedimentos de endodontia, sendo 7 referente a obturação e/ou retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes, e 80 procedimentos de cirurgia oral menor; CEO Tipo II, 90 procedimentos de periodontia; 60 procedimentos de endodontia, sendo 12 referente a obturação e/ou retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes, e 90 procedimentos de cirurgia oral menor; e, CEO Tipo III, 150 procedimentos de periodontia; 95 procedimentos de endodontia, sendo 19 referente a obturação e/ou retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes, e 170 procedimentos de cirurgia oral menor. Não foram avaliadas as metas da especialidade de Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais devido a problemas no registro dos procedimentos, em Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), por parte dos CEO no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) (BRASIL, 2011).

A variável contextual do município representada pelo indicador de estimativa de cobertura populacional de Equipe de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família (ESF), referente a 2013, disponível no Histórico de Cobertura da Saúde da Família publicado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

O modelo avaliado neste estudo tomou como referência a variável “realizar atividade de planejamento validado” isto é, comprovada por meio de documentos. A

partir daí, foram selecionados e agrupados em três blocos de variáveis de predisposição relacionadas ao contexto do município (cobertura de saúde bucal na estratégia saúde da família), ao serviço (possuir gerente, tempo de atuação na gestão do serviço, formação complementar do gerente e realização de autoavaliação) e ao cumprimento de metas (no mínimo 3 das 4 metas exigidas para os CEO).

A análise dos dados ocorreu em duas etapas: uma descritiva e outra analítica. Para tanto utilizou-se o programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 13.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Na fase descritiva, foram feitas as distribuições de frequência das variáveis quantitativas. Na fase analítica, inicialmente, foram testadas as associações, utilizando-se o qui-quadrado de Pearson. Em seguida, diante da necessidade de se obter uma análise multivariada que permitisse o ajuste para o efeito de confundimento, as variáveis que foram estatisticamente significantes na primeira etapa foram levadas para uma análise de regressão logística. Devendo-se levar em conta que as medidas de OR produzidas por essa técnica podem superestimar as associações. Para todas as análises, foi considerado como significativo o nível de 5%.

A avaliação externa do PMAQ-CEO foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o registro nº 740.974 e CAAE 23458213.0.0000.5208.

RESULTADOS

Foi observado que 59,2% (551) dos CEO estão localizados em municípios com menor (<63%) cobertura populacional de equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família (ESB/ESF). Com as variáveis do serviço, verificou-se que 33,3% (310) dos CEO possuem gerentes com formação completar na área de gestão em saúde pública e 73% (680) comprovaram a realização da atividade de autoavaliação (Tabela 1).

Em relação ao alcance das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO, um pouco mais da metade (53,3%) dos serviços atingiram no máximo uma das quatro metas exigidas (Tabela 1).

Estatisticamente houve diferenças significantes ($p < 0,05$) entre as variáveis de contexto do município, das características do serviço e do cumprimento das

metas com a realização de alguma atividade de planejamento, nos últimos 12 meses. Portanto, municípios com cobertura de ESB/ESF menor que 63%; serviços que possuem gestores com formação complementar em gestão pública e que realizam atividade de autoavaliação tendem a realizar planejamento das ações. Assim como, os serviços com alto cumprimento de metas de produção estão associados a realização do planejamento (Tabela 1).

Tabela 1 – Frequência, percentual e valor de p das variáveis independentes (contextual, do serviço e alcance de metas) em relação a realização de planejamento no serviço. Brasil

Variáveis Independentes	Realização de planejamento				Total		Valor de p
	Não		Sim		N.	%	
	N.	%	N.	%	N.	%	
Proporção de Cobertura Populacional ESB/ESF							0,037*
<63%	111	20,1	440	79,9	551	100,0	
>63%	96	25,3	283	74,7	379	100,0	
Total	207	22,3	723	77,7	930	100,0	
Formação complementar							0,000*
Não se aplica	42	36,8	72	63,2	114	100,0	
Não	58	27,0	157	73,0	215	100,0	
Sim, em gestão pública	22	16,1	115	83,9	137	100,0	
Sim, em saúde coletiva	28	16,2	145	83,8	173	100,0	
Sim, outros	57	19,6	234	80,4	291	100,0	
Total	207	22,3	723	77,7	930	100,0	
Realização de autoavaliação							0,000*
Não	123	49,2	127	50,8	250	100,0	
Sim	84	12,4	596	87,6	680	100,0	
Total	207	22,3	723	77,7	930	100,0	
Alcance das metas							0,000*
0	75	27,7	196	72,3	271	100,0	
1	60	26,7	165	73,3	225	100,0	
2	44	23,7	142	76,3	186	100,0	
3	13	9,1	130	90,9	143	100,0	
4	15	14,3	90	85,7	105	100,0	
Total	207	22,3	723	77,7	930	100,0	

*Teste do qui-quadrado de Pearson

O modelo de regressão logística múltipla demonstrou que os CEO que estão em cidades com cobertura de ESB/ESF menor que 63% obtiveram 1,3 vez mais chance de realizar o planejamento (OR = 1,3; IC95%: 1,0-1,8; p = 0,027) que os serviços que estão em municípios com cobertura maior. Essa razão praticamente preservou-se no mesmo nível, mantendo a significância (OR = 1,4; IC95%: 1,0-1,9; p

= 0,049) após o resultado ser ajustado pelo contexto do município, pelas características do serviço e pelo alcance das metas (Tabela 2). Observou-se que quando incluía no modelo do estudo as variáveis Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e o tamanho da população, isto é, o porte populacional do município, ambas se anulavam, portanto, tornavam-se insignificantes estatisticamente.

A variável mais potente, segundo o modelo proposto, é a realização da autoavaliação, onde evidenciou que os serviços que realizam têm 8,2 vezes mais chance de realizar o planejamento (OR = 8,2; IC95%: 5,8-11,6; $p = 0,000$) que os CEO que não realizam (Tabela 2).

Dentro do modelo proposto, as características do serviço, possuir gerente e o tempo que ele estava na gestão do CEO, não foram estatisticamente significantes. A única variável relacionada ao gerente do serviço que foi estatisticamente significativa foi o fato dele ter formação complementar. Entretanto, quando se analisa as categorias desta variável de forma individual, percebe-se que nenhuma apresentou significância, no entanto, ao analisarmos de forma global, a mesma mostra-se estatisticamente significativa ($p=0,038$) em relação à realização do planejamento. Por esse motivo foi incluída na explicação do modelo proposto.

O tempo de atuação do gerente no CEO apresentou significância estatística no modelo não ajustado, principalmente para aqueles serviços onde o gestor estava de 3 a 4 anos na função. Contudo, essa razão diminuiu, perdendo sua significância ($p=0,066$) após o resultado ser ajustado pelo contexto do município, pelas características do serviço e pelo alcance das metas.

Assim como a variável citada anteriormente, a “existência de gerente no CEO” apresentou significância estatística no modelo apenas quando não ajustado. Para esta situação, ao analisarmos os resultados desta variável há indicação de que não ter gerente impede o planejamento, uma vez que a categoria “não há gerente” apresentou OR menor do que 1 ($=0,5$) gerando assim um efeito protetor na variável. Após os ajustes do resultado pelo contexto do município, pelas características do serviço e pelo alcance das metas essa razão perde a significância.

Dessa forma, os resultados finais desta análise demonstraram que realizar planejamento no CEO está fortemente associado à menor cobertura de ESB/ESF (<63%) (OR = 1,4; IC95%: 1,0-1,9; $p = 0,049$); a formação complementar do gerente do CEO ($p=0,038$), a prática da autoavaliação (OR = 8,2; IC95%: 5,8-11,6; $p =$

0,000) e ao alcance de três metas de produção do serviço (OR = 1,9; IC95%: 1,2-3,2; p = 0,011).

Tabela 2 – Resultado da regressão logística múltipla da realização do planejamento nos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasil

Variáveis	Não Ajustado		Ajustado pelo contexto do município		Ajustado pelas características do serviço		Ajustado pelo alcance das metas	
	OR (IC95%)	Valor de p	OR (IC95%)	Valor de p	OR (IC95%)	Valor de p	OR (IC95%)	Valor de p
Proporção de Cobertura Populacional Estimada ESB/ESF								
<63%	1,3 (1,0-1,8)	0,027*	1,3 (1,0-1,8)	0,027*	1,4 (1,0-1,9)	0,024*	1,4 (1,0-1,9)	0,049*
>63%	1		1		1		1	
Existência de gerente no CEO								
Sim, profissional que atual exclusivamente como gerente do CEO	1				1		1	
Sim, profissional acumula a atividade clínica e de gerente do CEO	1,0 (0,7-1,3)	0,857			1,1 (0,8-1,6)	0,442	1,1 (0,8-1,6)	0,442
Não há gerente	0,5 (0,3-0,7)	0,000*			0,7 (0,3-1,6)	0,394	0,7 (0,3-1,6)	0,394
Tempo de atuação do gerente no CEO								
Menos de um ano	1				1		1	
1 a 2 anos	1,5 (1,0-2,1)	0,031*			1,5 (1,0-2,1)	0,058	1,4 (1,0-2,1)	0,070
3 a 4 anos	1,7 (1,0-2,9)	0,044*			1,4 (0,8-2,6)	0,223	1,4 (0,8-2,5)	0,293
5 a 9 anos	1,0 (0,7-1,6)	0,897			1,0 (0,6-1,7)	0,976	1,0 (0,6-1,7)	0,967
10 anos ou mais	5,1 (0,6-42,1)	0,130			7,8 (0,7-86,1)	0,094	7,6 (0,7-85,3)	0,100
Não sabe/Não se aplica	0,7 (0,4-1,0)	0,041*			1,0 (0,5-2,0)	0,934	0,8 (0,5-1,3)	0,323
Formação complementar do gerente								
Sim, em saúde coletiva	1				1		1	
Sim, em gestão pública	1,1 (0,7-1,9)	0,632			1,3 (0,7-2,3)	0,346	1,4 (0,8-2,4)	0,223
Sim, outros	0,7 (0,5-1,0)	0,059			0,8 (0,5-1,2)	0,316	0,9 (0,6-1,4)	0,637
Não	0,4 (0,3-0,7)	0,000*			0,6 (0,4-1,0)	0,030*	0,7 (0,4-1,0)	0,061
Realização de autoavaliação								
Sim	8,7 (6,2-12,2)	0,000*			8,2 (5,8-11,5)	0,000*	8,2 (5,8-11,6)	0,000*
Não	1				1		1	
Alcance das metas								
Nenhum meta	1						1	
1 meta	1,3 (0,9-1,9)	0,107					1,1 (0,7-1,6)	0,727
2 metas	1,2 (0,9-1,8)	0,264					0,9 (0,6-1,3)	0,540
3 metas	2,6 (1,6-4,0)	0,000*					1,9 (1,2-3,2)	0,011*
4 metas	1,9 (1,2-3,0)	0,010*					1,3 (0,8-2,3)	0,297

* p < 0,05

DISCUSSÃO

Os CEO, como principal estratégia da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) para garantir a atenção secundária no Brasil, devem se organizar em serviços de saúde que atuam como referência para a Atenção Básica, integrados ao processo de planejamento locorregional (GOES et al., 2012).

Para Reses (2011), é essencial desenvolver processos de trabalho que viabilizem a formação e gestão de uma rede de atenção em saúde bucal. Do contrário, persistirá um modelo fragmentado da atenção à saúde em que os serviços do sistema não se articulam, atuando como pontos isolados e, por consequência, não respondem às demandas da população de forma contínua e longitudinal (SILVA; MAGALHÃES JÚNIOR, 2008; MENDES, 2010).

Nesse sentido, Neto et al. (2015), destacam a importância do planejamento nos serviços de saúde uma vez que estabelece coordenação e integração entre os diferentes pontos de atenção com fins de detectar, analisar e buscar nos seus processos sistematizados soluções e melhorias principalmente para os processos desestruturados e fragmentados.

As técnicas multivariadas de ajuste dos fatores de confusão, possibilitadas pelo emprego da regressão logística, permitiram demonstrar que a realização do planejamento no CEO está associada à menor cobertura de ESB/ESF dos municípios. Indicando que a realização dessa atividade está mais ligada à comportamento e capacidade técnica dos gestores dos serviços do que a existência de uma rede de serviços.

Segundo Lucena et al. (2011), ao analisarem a distribuição das ESB a partir do porte populacional dos municípios brasileiros verificaram que o maior número dessas equipes encontram-se nos municípios de até 30 mil habitantes (57% em 2002 e 50,5% em 2011) e a maior média de cobertura populacional das ESB (73%) também encontra nesse grupo de municípios. Sendo assim, as menores coberturas estão em municípios de grande porte populacional. Portanto, os CEO que realizam o planejamento estão localizados nos maiores municípios.

O mesmo ocorreu no estudo de Cruz et al. (2014), os quais pesquisaram o uso do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica, verificou-se que, em todas as regiões, a frequência das respostas quanto ao tema planejamento das atividades foi menor nos

municípios com até 50.000 hab. Naqueles municípios com mais de 100.000 hab., a frequência se inverteu, ficou maior.

O fato da conformação da rede de saúde bucal não induzir a realização do planejamento é um fator negativo, pois este é um instrumento gerencial de extrema relevância para a assistência e organização dos serviços na busca por uma oferta de qualidade e que responda de forma positiva as necessidades da população (KURCGANT; CIAMPONE; MELLEIRO, 2006).

A ausência do planejamento nos serviços faz com que estes funcionem de forma desarticulada conseqüentemente o sistema de saúde passa a funcionar de forma subjetiva, fragmentada e desordenada (VIEIRA, 2009). Para Neto et al. (2015), fazer política pública não é o mesmo que operar dentro da informalidade ou da subjetividade qualquer.

No que concerne aos fatores ligados às características do serviço, a existência da associação entre “formação complementar do gerente” e a realização do planejamento está de acordo com outros estudos, os quais propõem que as organizações de saúde tenham gerentes com competência para enfrentar os desafios gerados pela complexidade do setor Saúde e as exigências por qualidade nos serviços prestados à população. Para desempenhar esta função é necessário ter competência e capacidade técnica para conhecer o planejamento, as estratégias de intervenção, a programação; entender sobre as formas de contrato, sobre gestão dos processos de trabalho, sobre a organização da rede de saúde, além das questões relacionadas à infraestrutura predial das unidades de saúde e sua manutenção (FRANCO; SANTOS; SALGADO, 2011).

Ainda no campo das características do serviço, a forte associação (OR = 8,2) encontrada neste modelo de estudo, entre a prática da autoavaliação e a realização do planejamento no serviço, está de acordo com o estudo do Kurcgant et al. (2006), onde destacam que o planejamento sistêmico está atrelado a outros importantes conceitos que a priori parecem não fazer parte, dos quais se destacam avaliação e qualidade, considerando-os como meio e resultado, respectivamente.

Está em conformidade também com as orientações do Ministério da Saúde, o qual considera a autoavaliação como ponto crucial para o desenvolvimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e reconhecimento das

dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Nessa perspectiva, Machado et al. (2015), afirmam que uma alternativa para buscar soluções que visem a superação das barreiras de acesso, sejam elas organizacionais, geográficas e socioeconômicas, é a realização de avaliações para subsidiar o planejamento e a tomada de decisão.

O processo de planejamento deve-se iniciar com a identificação de problemas, isto é, pela realização de uma autoavaliação, e a partir desse diagnóstico, definir estratégias de intervenção para alcançar as mudanças consideradas necessárias (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA, 2008). Ou seja, quando se planeja de forma intuitiva, sem uma autocrítica, ou pouco sistematizada, geram obstáculos na socialização ou na institucionalização dos projetos elaborados e conseqüentemente compromete o alcance das transformações necessárias (FRANCO; SANTOS; SALGADO, 2011).

Ao reconhecer as conexões intrínsecas entre planejamento e avaliação ou, mais especificamente, autoavaliação, e a importância dessas conexões como norteadoras do processo de trabalho, procura-se induzir dinamização e romper com a tradição do planejamento e da avaliação como práticas fragmentadas e burocratizadas (FARIA et al., 2009).

Outro fator associado ao planejamento, no presente estudo, foi o alcance das metas, principalmente quando localizado na categoria do alcance de 3 metas das 4 avaliadas. Sendo assim, o alto cumprimento das metas induz a realização do planejamento no serviço. Não foram encontrados estudos que utilizaram o mesmo recorte, indicador de alcance de metas para a realização do planejamento. No entanto, equivalente a esta questão, estudo de Chaves et al. (2010), revela que a baixa taxa de utilização dos CEO está relacionada, entre outros fatores, à carência de um sistema de gestão com a definição clara de metas de oferta de procedimentos por especialidade.

Para Neto et al. (2015), o planejamento, execução e monitoramento são fatores cruciais na gestão dos serviços de saúde. Por refletirem diretamente na relação custo saúde-doença, a baixa resolutividade pode onerar muito os gastos em saúde, sobretudo com o aumento da sobrevivência humana. Assim sendo, sem a racionalidade no controle efetivo dos resultados dificilmente teremos um sistema de

saúde sustentável e provavelmente não alcançaremos no futuro resultados desejáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento é uma ferramenta essencial para a prática da gestão dos serviços de saúde com potencial de ampliar o acesso da população aos serviços e melhorar a qualidade das ofertas. Porém, o planejamento deve ser realizado de forma sistematizada, participativa e comunicativa não podendo ser praticado de forma centralizada, a partir de uma visão meramente burocrática e sem fazer sentido para os profissionais do serviço.

A partir do modelo de estudo proposto, observou-se que fatores ligados ao contexto do município, isto é, cobertura de saúde bucal na estratégia saúde da família; as características do serviço, ou seja, formação do gerente do serviço e o ato de autoavaliação; e ao alcance das metas de produção estão associados à realização do planejamento nos CEO.

Deste modo, uma menor cobertura de ESB/ESF, a presença de gerente, independente do seu tempo de atuação, com formação complementar em saúde pública, que realiza autoavaliação e o alto cumprimento de metas das especialidades, induzem a prática do planejamento no CEO.

Portanto, os resultados apontam que o processo de trabalho do CEO, em especial no que diz respeito à gestão do serviço, é um importante nó crítico para o adequado funcionamento do mesmo. Uma vez que a prática do planejamento, campo inerente à gestão está bem mais ligada à capacidade técnica e compromisso do gestor do que a quantidade de serviços existentes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.464, de 24 de junho de 2011**. Altera o Anexo da Portaria n. 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, 27 jun. 2011. Seção 1, n. 121, p. 112-113.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas: AMAQ-CEO**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/AMAQ_CEO.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais**. Brasília: MS; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

CHAVES, S.; ROSSI, T.A.; FREIRE, A.M. Implementação de serviços públicos odontológicos especializados no Brasil. In: Chaves SCL, organizadora. **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: EDUFBA; 2016.

CHORNY, A.H.; KUSCHNIR, R.; TAVEIRA, M. **Planejamento e programação em saúde**. [Internet]. 2008. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_12465.pdf.

CRUZ, M.M.; SOUZA, R.B.C.; TORRES, R.M.C.; ABREU, D.M.F.; REIS, A.C.; GONÇALVES, A.L. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde em Debate**. 2014; 38(spe):124-139.

FARIA, H.P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Nescon: UFMG: Coopmed, 2009.

FRANCO, C.A.; SANTOS, S.A.; SALGADO, M.F. In: PESSÔA, L.R.; SANTOS, E.H.A.; TORRES, K.R.B.O. organizadores. **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde**. Rio de Janeiro: Ensp; 2011.

GOES, P.S.A et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2012; 28(Suppl.):s81-s89.

JUNIOR, G.A.P. et al. Oral Health Policies in Brazil. **Braz oral res.** 2009; 23:9-16.

KAWATA, L.S. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto & Contexto Enferm.** 2009; 18(2):313-320.

KURCGANT, P.; CIAMPONE, M.H.T.; MELLEIRO, M.M. O planejamento nas organizações de saúde: análise da visão sistêmica. **Rev Gaúcha Enferm.** 2006; 27(3):351-5.

LAWRENCE, D. Strategic approaches to planning health services. In: PENCHEON, D.; D. Melzer, J. Muir Gray and C. Guest (Eds), Oxford handbook of public health practice. **Oxford University Press**, Oxford. 2006.

LUCENA, E.H.G.; PUCCA JÚNIOR, G.A., SOUSA, M.F. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva.** 2011; 5(3):53-63.

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

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Cien Saude Colet.** 2010; 15(5):2297-2305.

MOYSÉS, S.J; GOES, P.S.A. A formulação de políticas públicas de saúde bucal. In: Goes PSA, Moysés SJ, organizadores. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas; 2012.

NETO et al. Planejamento e programação em saúde. In: Perreira et al., organizadores. **Gestão pública em saúde: fundamentos e práticas**. Águas de São Pedro: Livronovo; 2015.

QUEENSLAND HEALTH. **Guide to health service planning** (version 3). Brisbane: Queensland Government; 2015.

RESES, M.L.N. **Avaliação da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas em Santa Catarina** [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.

SARTI, T.D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**. 2012; 28(3): 537-548.

SILVA, S.F.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: Silva SF, organizador. **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas: Idisa, CONASEMS; 2008. p. 69-85.

VIEIRA, F.S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**. 2009;14(Supl. 1):1565-1577.

WERNECK, M.A.F. Teorias do planejamento em saúde. In: GOES, P.S.A.; MOYSÉS, S.J. organizadores. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas; 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR AFRICA. Planning and implementation of district health services. Brazzaville: **WHO Regional Office for Africa**; 2004.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese analisou os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) segundo os relatos de planejamento e o desempenho dos indicadores no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO).

Primeiramente, os resultados desta pesquisa demonstraram uma diversidade e uma incompletude na implantação de ferramentas de planejamento pelos CEO do Brasil.

O planejamento deve ser entendido como uma importante ferramenta de gestão para o enfrentamento de problemas, para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e melhorar a qualidade dos serviços ofertados. Nessa perspectiva, os dados analisados indicam que os CEO que relataram a realização do planejamento tiveram um melhor desempenho no que diz respeito ao cumprimento do maior número de metas de produção, isso, em certa medida, pode ser entendido como um maior acesso e essencial na busca da integralidade do cuidado.

A prática do planejamento no CEO está fortemente associada a uma menor cobertura de ESB/ESF, a presença de gerentes, independente do seu tempo de atuação no CEO, com formação complementar em saúde pública, que realizam autoavaliação e o alto cumprimento de metas.

Os resultados apontam que o processo de trabalho do CEO, em especial no que diz respeito à gestão do serviço, é um importante nó crítico para o adequado funcionamento do mesmo. Uma vez que a prática do planejamento, campo inerente à gestão está muito mais ligada à capacidade técnica e compromisso do gestor do que a quantidade de serviços existentes.

Nesse sentido, é importante que os CEO tenham gerentes, de preferência com atuação exclusiva na gestão do serviço, com competências para realizar ações de planejamento, de autoavaliação do serviço, de monitoramento e análise das metas do serviço. Entretanto, essas atividades/ações não podem ser tratadas como ferramentas meramente burocráticas e sem sentido, que não envolvam gestores e profissionais diretamente relacionados com o serviço e o cuidado prestado.

O estudo demonstra também que a cobertura populacional da ESB/ESF não deve ser um limitador para a implantação dos CEO, já que os municípios com menor cobertura alcançam mais metas de produção. Contudo deve-se ter cautela na

implantação de CEO em municípios com baixa cobertura de atenção básica, pois corre o risco destes serviços atenderem livre demanda e ofertarem em grande parte procedimentos básicos, o que leva a descaracterização do serviço e uma sobreposição de ações prejudicando diretamente o princípio da integralidade. Desta maneira, o maior alcance das metas do CEO depende muito mais de uma adequada articulação entre a atenção básica e o serviço especializado, do que simplesmente o número de equipes de saúde bucal da atenção básica existentes.

Além disso, evidenciou-se a necessidade de inclusão de critérios de equidade para o financiamento dos CEO com o intuito de auxiliar os municípios de determinadas Regiões, de pequeno porte populacional e baixo IDHM na manutenção dos serviços, uma vez o cumprimento das metas de produção está associado a estes aspectos.

Por fim, a maior contribuição deste estudo foi apontar questões que estão associadas à realização da prática do planejamento nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e que interferem numa maior produção dos serviços, com o intuito de melhorar o acesso e a qualidade da oferta dos serviços especializados em saúde bucal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buarque SC. Metodologia de planejamento do desenvolvimento local e municipal sustentável. Brasília: INCRA; 1999.
2. Matus C. Política planejamento & governo. Brasília: IPEA; 1993.
3. Giovanella L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. Cad. Saúde Pública [online]. 1991, vol.7, n.1, pp. 26-44.
4. Teixeira CF (Organizador). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA; 2010.
5. Chorny AH, Kuschnir R, Taveira M. Planejamento e programação em saúde. [Internet]. 2008. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_12465.pdf.
6. Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG. Planejamento em Saúde. Vol. 2. Saúde & Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.
7. Werneck MAF. Teorias do planejamento em saúde. In: Goes PSA, Moysés SJ, organizadores. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p.33-44.
8. Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO; 1992.
9. Matus C. Adeus Senhor Presidente, Planejamento, Antiplanejamento e Governo. Recife, Litteris, 1989.
10. Matus C. Política, planejamento e governo. 2. ed. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1996.
11. Matus C. Fundamentos da planificação situacional. In: Rivera FJU, Testa M, Matus C, organizadores. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez; 1989. p. 107-49.
12. Campos FCC; Faria, HP; Santos, MA. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed; 2010.
13. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Ciência & Saúde Coletiva. 2010;15(1):161-170.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas: AMAQ-CEO. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/AMAQ_CEO.pdf.
15. Franco CA, Santos SA, Salgado MF. In: Pessôa LR, Santos EHA, Torres KRBO, organizadores. Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde. Rio de Janeiro: Ensp; 2011.
16. Hellriegel D, Jackson SE, Slocum J, Staude G, Amos T, Klopper HB et al. Management. Cape Town: Oxford University Press, 2004.
17. Mintzberg H. Criando Organizações Eficazes: estruturas em cinco configurações. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
18. Starling G. Managing the public sector, 7th edn. Belmont, CA: Thomson Higher Education, 2005; 219.
19. Umunna AO, James VS, Ricks EJ. The experiences of dentists in the management planning of oral health services in Lesotho, Africa. Rural and Remote Health. 2009;9:1213.
20. Mintzberg H. Ascensão e queda do planejamento estratégico. Porto Alegre: Bookman; 2004.
21. Vilasbôas AL. Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
22. Vieira FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, suppl.1 [capturado em 2015-05-03], pp. 1565-1577. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800030&lng=en&nrm=iso>.
23. OPAS. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud. Vol. 11, Publicación Científica. Genebre: OPS/OMS; 1965.
24. Bezerra AFB. Métodos e técnicas de planejamento em saúde. In: Goes PSA, Moysés SJ, organizadores. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p.45-53.
25. Rolim LF. Integralidade da atenção à saúde: análise crítica da programação da atenção básica. [Dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2003.

- 26.CPPS. Centro Panamericano de Planificación de la Salud. Formulación de Políticas de Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Santiago, Chile, Julio, 1975.
- 27.Rivera FJU. Planejamento de saúde na América Latina: revisão crítica. 1989. In: Rivera FJU. Organizador. Planejamento e programação em saúde: em enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO, 1989. p. 13-55.
- 28.Giovanella L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa. Cad. Saúde Pública. 1990;6(2): 129-53.
- 29.Rivera FJU. Planejamento em saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/autores.html>.
- 30.Testa M. Planificación estratégica en el sector salud. Caracas: CENDES/UCV; 1981.
- 31.Testa M. Pensamento estratégico, lógica de programación, estrategia e programación. Buenos Aires: [s.n]; 1986.
- 32.Testa M. Estrategia, coherencia y poder em las propuestas de salud: parte II. Cuadernos Médico Sociales. 1987;(39)3:28.
- 33.Toni J. O que é planejamento estratégico situacional? [Internet]. Revista Espaço Acadêmico. 2004;(32). Disponível em: http://www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm#_ftnref2.
- 34.Rivera FJU. Comunicação e gestão organizacional por compromissos. Revista de Administração Pública, v. 29, n. 3, jul.set. 1995, p. 211-230.
- 35.Matus C. Política y plan. Caracas: Iveplan; 1982.
- 36.Chorny AH. Planificación em salud: viejas ideas em nuevos ropajes. Cuad Méd Soc (Ros). 1998;(73)23-44.
- 37.Vilasbôas ALQ, Paim JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. Cad. Saúde Pública [online]. 2008;24(6):1239-1250.
- 38.Campos GWS. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec; 2003.
- 39.Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:983-95.
- 40.Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos, GWS; Minayo, MCS;

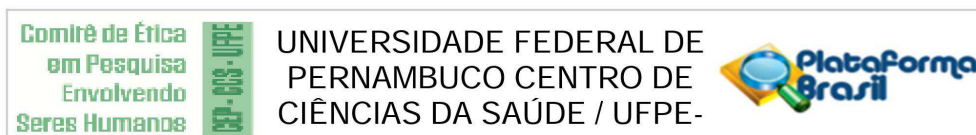
Akerman, M; Drumond Júnior, M; Carvalho, YM. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. pp. 53-92.

41. Lucena EHG. Análise descritiva da coordenação dos cuidados em saúde bucal pela Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família: O caso de João Pessoa/PB. [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
42. Mota AP. Acesso aos serviços especializados de saúde em município cearense. [dissertação]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza (UNIFOR); 2011.
43. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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://dab.saude.gov.br/CNSB/brasil_sorridente.php.
44. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface?. Br Dent J. 2001;191(12):666-670.
45. Lino PA, Werneck MAF, Lucas SD, Abreu MHNG. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2014;19(9):3879-3888.
46. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. Br Dent J. 2001;191:660-4.
47. Figueiredo N, Silveira FMM, Neves JC, Magalhães BG, Goes PSA. Avaliação de ações da atenção secundária e terciária de saúde bucal. In: Goes PSA, Moysés SJ, organizadores. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação geral de saúde bucal. Nota técnica: Portaria SAS 718. Brasília: MS; 2010.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Portaria GM n.º 599/2006. Brasília 2006; 51p.
50. SAGE. Sala de Apoio à Gestão Estratégica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>.
51. Magalhães BG. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos centros de especialidades odontológicas: visão dos usuários [Dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2011.
52. Costa JFR, Chagas LD. Organizadores. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.

53. Machado FCA, Silva JV, Ferreira MAF. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015 Abr;20(4):1149-1163.
54. Guerra KCM. Os Centros de Especialidades Odontológicas nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro: Uma Investigação dos Fatores Identificáveis como Facilitadores ou Não na Implantação de Uma Política de Indução Financeira [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília: MS; 2004.
56. Brasil. Portaria nº 261/GM/MS, de 21 de Fevereiro de 2013. Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal. *Diário Oficial da União* 2013; 22 fev.
57. Goes PSA et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2012; 28(Supl.):s81-s89.
58. Brasil. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Manual Instrutivo: Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf.
59. Brasil. Portaria nº 2.513/GM/MS, de 29 de Outubro de 2013. Homologa a contratualização dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). *Diário Oficial da União* 2013; 30 out.
60. Brasil. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_ceo.pdf.
61. Brasil. Portaria nº 1.464/GM/MS, 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* 2011; 27 jun.

ANEXO

ANEXO A – TERMO DE APROVAÇÃO DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO PELO CEP-CCS/UFPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação externa: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO).

Pesquisador: PAULO SAVIO ANGEIRAS DE GOES

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 23458213.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 740.874

Data da Relatoria: 31/07/2014

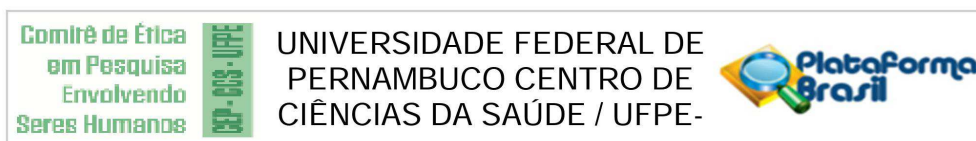
Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta a pendência referente a emenda encaminhada a qual solicitava a ampliação do estudo visando analisar a percepção dos avaliadores de qualidade que realizaram a coleta de dados sobre o processo de pesquisa. Na etapa agora proposta, os referidos avaliadores irão participar de uma entrevista e/ou grupo focal a fim de contribuir com sua visão para a tomada de decisão. Além disso, serão utilizados os diários de campo elaborados por cada avaliador de qualidade durante o processo de avaliação externa, reutilizados nesta nova fase da pesquisa.

Para atingir esta meta, foi acrescentado o seguinte objetivo específico:

1. Apreciar (ou apreciar o merecimento da) a percepção dos avaliadores de qualidade da avaliação externa do PMAQ-CEO no país sobre o processo de avaliação externa dos Centros de Especialidades Odontológicas para:
 - a) Identificar a percepção do avaliador sobre o processo de avaliação externa.
 - b) Identificar aprendizados relatados pelos avaliadores no processo.
 - c) Identificar se o processo de avaliação alterou a visão dos avaliadores a respeito dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 740.874

Com a modificação solicitada, a metodologia será dividida em duas fases: 1ª: avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e 2ª: avaliação da percepção dos avaliadores de qualidade da avaliação externa do PMAQ-CEO.

Portanto, a extensão do estudo ora proposto é qualitativa, exploratória e descritiva, investigando a análise das percepções dos avaliadores de qualidade sobre o PMAQ/CEO. Como o estudo terá caráter voluntário, ocorrerá naqueles locais e estados interessado em desenvolvê-lo de forma que, por consenso, pesquisadores e participantes concordem com local de fácil acesso para realização da coleta de dados.

Para coleta dos dados o pesquisador principal propõe três estratégias distintas, tendo em vista a diversidade existente em cada região e em cada estado da federação. A primeira será a utilização de dados de diário de campo, a segunda a realização de entrevistas individuais e a terceira, a realização de grupos focais.

Para regiões ou estados em que sejam possíveis as reuniões de três a seis avaliadores, serão realizados grupos focais e, quando este encontro for impossibilitado por distâncias, ou mesmo por agenda dos envolvidos, os dados serão coletados através de entrevistas não estruturadas.

Objetivo da Pesquisa:

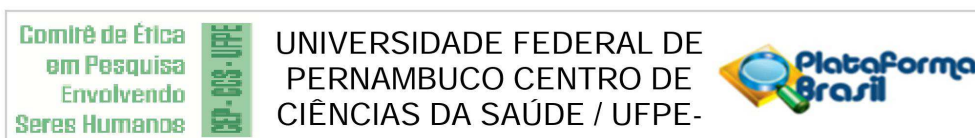
A emenda tem por objetivo ampliar o estudo proposto, visando identificar a percepção do avaliador externo nos diversos campos de coleta de dados pelo Brasil, sobre o processo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo não trará risco adicional aos já previstos na fase anterior da pesquisa, ou seja, o risco de possível constrangimento frente aos questionamentos acerca da qualidade dos estabelecimentos de saúde investigados. No entanto, como será mantido sigilo, minimiza-se tal risco, não gerando prejuízos para a atuação profissional.

Não há benefícios diretos, entretanto, como benefícios indiretos, as informações prestadas poderão contribuir para a melhoria da qualidade dos estabelecimentos de saúde estudados, uma vez que os resultados serão encaminhados aos gestores do Sistema de Saúde, o que também

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 740.874

servirá de base para melhoria da Política Nacional de Saúde Bucal quanto à oferta de serviços, o acesso e a qualidade dos mesmos, e, conseqüentemente, melhorar o nível de saúde da população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo avaliativo, cuja expansão pretendida tem caráter qualitativo, exploratório e descritivo, o qual será realizado em todos os Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil, que fizeram adesão ao PMAQ/CEO. A coleta de dados será realizada através de entrevista a qual será gravada (gravador de voz) e os conteúdos dos discursos serão transcritos na íntegra, digitados em programa WORD® do pacote Office® e mantidos sob sigilo absoluto, em computador, com senha de cada instituição pertencente ao grupo de pesquisa multicêntrica. Somente os pesquisadores envolvidos no projeto terão acesso aos dados, sendo impedida a identificação de qualquer avaliador/participante, tanto em relatórios oficiais quanto em publicações científicas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão anexados à Plataforma Brasil,.

Quanto a gravação da entrevista a que serão submetidos os participantes do estudo, a mesma foi explicitada no TCLE. Pendência atendida.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada.

Situação do Parecer:

Aprovado

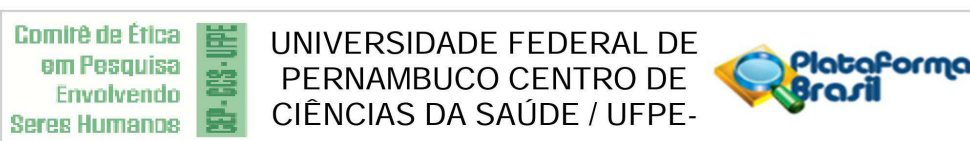
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer da EMENDA da pesquisa, tendo a mesma sido avaliada e aprovada para continuar a coleta de dados

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 740.874

RECIFE, 06 de Agosto de 2014

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-CEO

Módulo II – Entrevista com Gerente do CEO, com Cirurgião-Dentista do CEO e Verificação de Documentos.

- Para responder à entrevista do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade nos Centros de Especialidades Odontológicas – PMAQ-CEO, o entrevistador deve fazer contato prévio com a Gerência do CEO. Os profissionais que responderão as perguntas serão: o Gerente do CEO ou o profissional que agrega o maior conhecimento sobre o processo de trabalho do serviço e um cirurgião-dentista, de qualquer especialidade, que esteja no serviço no momento da avaliação.
- Nas questões que envolvem a verificação/observação de documento, o profissional entrevistado deverá indicar no referido documento os elementos que comprovam a questão, de maneira a facilitar o processo de verificação.
- As perguntas que envolvem verificação documental serão registradas em duas etapas, sendo:
 - a) Registro da resposta específica; e
 - b) Registro da existência de documentação comprobatória.

As perguntas a seguir são direcionadas ao Gerente do CEO.			
II.1	Informações sobre o entrevistado		
II.1.1	Nome do entrevistado:		
II.1.2	CPF:		
II.1.3	Qual a sua profissão?		Cirurgião(ã)-dentista
			Técnico(a) em Saúde Bucal
			Auxiliar em Saúde Bucal
			Outra. Qual?
II.1.4	O CEO possui Gerente?		Sim, profissional acumula a atividade clínica e de Gerente do CEO.
			Sim, profissional que atua exclusivamente como Gerente do CEO
			Não há Gerente
II.1.5	O(a) senhor(a) é Gerente do CEO? <i>Se NÃO, passar para a questão II.1.7.</i>		Sim
			Não
II.1.6	Quanto tempo o(a) senhor(a) atua como Gerente neste CEO?		Menos de 1 ano
			1 a 2 anos
			3 a 4 anos
			5 a 9 anos
			10 ou mais
II.1.7	O(a) senhor(a) possui o termo de compromisso assinado pelo gestor Municipal/Estadual/Distrito Federal?		Sim
			Não
II.1.7/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.1.8	O(a) senhor(a) possui ata de reunião assinada pela gestão		Sim

	Municipal/Estadual/Distrito Federal e pela própria Equipe do CEO?		Não
II.1.8/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não

II.2 Imunização dos profissionais do CEO				
II.2.1	A Equipe (CD, ASB, TSB) do CEO tomou as vacinas:	Sim	Não	Hepatite B
		Sim	Não	Febre Amarela
		Sim	Não	Sarampo, Caxumba, Rubéola
		Sim	Não	Difteria e Tétano
		Sim	Não	Influenza

II.3 Formação e qualificação dos profissionais do CEO			
II.3.1	O Gerente do CEO possui ou está em formação complementar?		Sim, em saúde coletiva
			Sim, em gestão pública
			Sim, outros
			Não
II.3.2	Formação dos Cirurgiões Dentistas nas áreas de atuação no CEO <i>Marcar a quantidade de profissionais</i>		Cirurgia oral – Apenas Graduação em Odontologia
			Cirurgia oral - Atualização / Aperfeiçoamento
			Cirurgia oral – Especialização/Mestrado/Doutorado
			Endodontia – Apenas Graduação em Odontologia
			Endodontia - Atualização / Aperfeiçoamento
			Endodontia - Especialização/Mestrado/Doutorado
			Estomatologia – Apenas Graduação em Odontologia
			Estomatologia - Atualização / Aperfeiçoamento
			Estomatologia – Especialização/Mestrado/Doutorado
			Periodontia – Apenas Graduação em Odontologia
			Periodontia - Atualização / Aperfeiçoamento
			Periodontia - Especialização/Mestrado/Doutorado
			Pacientes com necessidades especiais – Apenas Graduação em Odontologia
			Pacientes com necessidades especiais –Atualização / Aperfeiçoamento
			Pacientes com necessidades especiais - Especialização/Mestrado/Doutorado
			Implantodontia – Não se aplica
			Implantodontia – Apenas Graduação em Odontologia
			Implantodontia - Atualização / Aperfeiçoamento
			Implantodontia - Especialização/Mestrado/Doutorado
			Odontopediatria - Não se aplica
			Odontopediatria - Apenas Graduação em Odontologia
			Odontopediatria - Atualização / Aperfeiçoamento
			Odontopediatria - Especialização/Mestrado/Doutorado
			Ortodontia/ Ortopedia - Não se aplica
	Ortodontia/ Ortopedia - Apenas Graduação em Odontologia		
	Ortodontia/ Ortopedia - Atualização / Aperfeiçoamento		
	Ortodontia/ Ortopedia - Especialização/Mestrado/Doutorado		
	Prótese Dentária – Não se aplica		
	Prótese Dentária - Apenas Graduação em Odontologia		
	Prótese Dentária - Atualização / Aperfeiçoamento		
	Prótese Dentária - Especialização/Mestrado/Doutorado		
	Radiologia – Não se aplica		

			Radiologia - Apenas Graduação em Odontologia
			Radiologia - Atualização / Aperfeiçoamento
			Radiologia - Especialização/Mestrado/Doutorado

II.4		Vínculo dos profissionais do CEO			
II.4.1	Agente contratante: <i>Informar a quantidade</i>	CD	ASB	TSB	
					Administração direta
					Consórcio intermunicipal de direito público
					Consórcio intermunicipal de direito privado
					Fundação pública de direito público
					Fundação pública de direito privado
					Organização social (OS)
					Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)
					Entidade filantrópica
					Organização não governamental (ONG)
					Empresa
					Cooperativa
			Outro(s)		
II.4.2	Tipo de vínculo: <i>Informar a quantidade</i>				Servidor público estatutário
					Cargo comissionado
					Contrato temporário
					Contrato CLT
					Autônomo
					Outro(s)
II.4.3	Mecanismo de ingresso: <i>Informar a quantidade</i>				Concurso público
					Seleção pública
					Outro(s)

II.5		Plano de carreira e Prêmio financeiro por desempenho			
II.5.1	Os profissionais do CEO têm plano de carreira? <i>Se NÃO, passar para a questão II.5.6.</i>				Sim, todos
					Sim, apenas o Gerente do CEO
					Sim, apenas os cirurgiões dentistas
					Sim, apenas os auxiliares/técnicos em saúde bucal
					Não
II.5.2	No plano, tem progressão por antiguidade?				Sim
					Não
II.5.3	No plano, tem progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)?				Sim
					Não
II.5.4	No plano, tem progressão por titulação e formação profissional?				Sim
					Não
II.5.5	No plano, tem adicional de insalubridade ou periculosidade?				Sim
					Não
II.5.6	Os profissionais recebem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho?				Sim, todos
					Sim, apenas o Gerente do CEO
					Sim, apenas os cirurgiões dentistas
					Sim, apenas os auxiliares/técnicos em saúde bucal
					Não

II.6		Planejamento e ações da gestão para organização do processo de trabalho do CEO			
II.6.1	Nos últimos 12 meses, foi realizada alguma atividade de planejamento das ações do CEO? <i>Se NÃO, passar para a questão II.6.5.</i>				Sim
					Não

II.6.1/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.6.2	O CEO recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho? <i>Se NÃO, passar para a questão II.6.5.</i>		Sim	
			Não	
II.6.3	Quem realiza o apoio? <i>O entrevistador deverá ler as opções.</i>		Coordenador Municipal/Estadual de Saúde Bucal	
			Apoiador institucional	
			Profissionais da vigilância em saúde	
			Outros profissionais da gestão	
			Outro(s)	
II.6.4	Quais os recursos utilizados para a realização do planejamento? <i>O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.</i>	Sim	Não	Painel informativo
		Sim	Não	Informativos epidemiológicos
		Sim	Não	Sala de situação
		Sim	Não	Relatórios e consolidados mensais do SIA
II.6.4/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.6.5	É realizado o monitoramento e análises das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO?		Sim	
			Não	
II.6.5/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.6.6	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela Equipe do CEO nos últimos seis meses? <i>Se NÃO, passar para o Bloco II.7.</i>		Sim	
			Não	
II.6.7	Qual o instrumento/fonte utilizada?		AMAQ-CEO	
			Instrumento desenvolvido pelo município/Equipe	
			Instrumento desenvolvido pelo Estado	
			Outro(s)	
II.6.7/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.6.8	Os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da Equipe do CEO?		Sim	
			Não	

II.7	Apoio matricial		
II.7.1	A Equipe do CEO necessita de apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos? <i>Se NÃO, passar para a questão II.7.4.</i>		Sim
			Não
II.7.2	Em qual área necessita com mais frequência? <i>Poderá registrar as duas áreas que mais necessitam.</i>		Periodontia
			Endodontia
			Prótese Dentária
			Estomatologia
			Cirurgia BMF
			Radiologia
			Odontopediatria
			Atendimento a Pessoas com Necessidades Especiais
II.7.3	A Equipe do CEO recebe apoio de outros profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos?		Sim
			Não
II.7.4	A Equipe do CEO realiza o matriciamento ou ações de apoio para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica na resolução de casos considerados complexos? <i>Se NÃO, passar para o Bloco II.8.</i>		Sim
			Não
II.7.5	Qual a frequência que a Equipe do CEO fornece o apoio para as		Semanal

	Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica? <i>O entrevistador deverá ler as opções.</i>			Quinzenal
				Mensal
				Trimestral
				Semestral
				Sem periodicidade definida
II.7.6	Quais ações os profissionais do CEO realizam junto às Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica? <i>O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.</i>	Sim	Não	Discussão de casos clínicos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores
		Sim	Não	Ações clínicas compartilhadas com os profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica
		Sim	Não	Capacitação com os profissionais da atenção básica para a detecção do câncer de boca
		Sim	Não	Construção conjunta de projetos terapêuticos com os profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica
		Sim	Não	Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica
		Sim	Não	Construção e discussão de protocolos clínicos
		Sim	Não	Pactua critérios para referência por especialidade
		Sim	Não	Realizam visitas com os profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, quando solicitados.

II.8 Organização dos prontuários				
II.8.1	O CEO utiliza prontuário clínico? <i>Se NÃO, passar para o Bloco II.9.</i>			Sim
				Não
II.8.2	Se Sim, este prontuário é:			Único para todas as especialidades
				Específico para cada especialidade
				Algumas especialidades possuem o seu próprio prontuário.
II.8.2/1	Existe documento que comprove?			Sim
				Não
II.8.3	Onde estão arquivados os prontuários dos usuários do CEO?			Nos consultórios
				Na recepção
				Almoxarifado
				Outro
II.8.4	Existe prontuário eletrônico implantado? <i>Se NÃO, passar para o Bloco II.9.</i>			Sim
				Não
II.8.5	O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?			Sim
				Não

II.9 Caracterização da demanda e Organização da agenda				
II.9.1	O acesso ao CEO se dá por meio da demanda:			Espontânea
				Referenciada
				Mista (Espontânea e Referenciada)
II.9.2	Quais as ações desencadeadas a partir do atendimento realizado a demanda espontânea: <i>O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.</i>			Marca usuário na agenda do CEO
				Orienta e encaminha o usuário para a unidade básica de saúde de referência
				Nenhuma ação específica, apenas nega o atendimento.
				Outro(s)
II.9.3	O CEO tem conhecimento prévio dos usuários que passarão em consulta no serviço?			Não.
				Sim, através listagem recebida da regulação
				Sim, através listagem recebida das UBS
				Sim, a lista de espera está no CEO
				Sim, outro

II.9.4	O CEO sabe qual o percentual de absenteísmo no serviço, em média, no mês?		Sim. Quanto(%)?
			Não sabe
II.9.4/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.9.5	Qual especialidade apresenta maior percentual de absenteísmo dos usuários? Elencar os 3 primeiros		Cirurgia Oral
			Endodontia
			Pacientes com necessidades especiais
			Periodontia
			Estomatologia
			Radiologia
			Ortodontia/ortopedia
			Implantodontia
II.9.6	O que é feito para diminuir o absenteísmo dos usuários no CEO?		Nenhuma ação específica
			O CEO entra em contato previamente com o usuário para confirmar a data e a presença do mesmo à consulta.
			Trabalha com "Overbook" - O CEO agenda mais do que a quantidade de vagas disponíveis no serviço.
			Outro. Qual?

II.10		O CEO na Rede de Atenção à Saúde		
II.10.1	Qual(is) é (são) a(s) forma(s) possível(is) de agendar a consulta no CEO? <i>O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.</i>		A consulta é marcada pela Unidade Básica de Saúde	
			A consulta é marcada pelo próprio paciente junto à central de marcação de consultas especializadas	
			O paciente recebe uma ficha de encaminhamento/referência na Unidade Básica de Saúde e dirige-se ao CEO	
			Não há um percurso definido	
			Outra:	
II.10.2	Qual critério utilizado pela Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica para o encaminhamento do usuário para o CEO?		Por ordem de chegada	
			Estratificação de risco	
			Prioridade de programas	
			Não sabe/Não respondeu	
II.10.3	Existem cotas pré-definidas por Equipe de Saúde Bucal para o encaminhamento dos usuários para o CEO?	Sim	Não	Cirurgia Oral
		Sim	Não	Endodontia
		Sim	Não	Pacientes com necessidades especiais
		Sim	Não	Periodontia
		Sim	Não	Estomatologia
		Sim	Não	Radiologia
		Sim	Não	Ortodontia/ortopedia
		Sim	Não	Implantodontia
		Sim	Não	Prótese dentária
Sim	Não	Odontopediatria		
II.10.4	O CEO recebe o usuário referenciado da Unidade Básica de Saúde com o termo, por escrito ou por meio eletrônico, com a descrição do caso, critérios clínicos definidos e tratamentos clínicos prévios realizados?	Sim	Não	Cirurgia Oral
		Sim	Não	Endodontia
		Sim	Não	Pacientes com necessidades especiais
		Sim	Não	Periodontia
		Sim	Não	Estomatologia
		Sim	Não	Radiologia
		Sim	Não	Ortodontia/ortopedia
		Sim	Não	Implantodontia
		Sim	Não	Prótese dentária
Sim	Não	Odontopediatria		

II.10.4/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.10.5	Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da Atenção Básica aos CEO para as seguintes especialidades?	Sim	Não	Cirurgia Oral
		Sim	Não	Endodontia
		Sim	Não	Pacientes com necessidades especiais
		Sim	Não	Periodontia
		Sim	Não	Estomatologia
		Sim	Não	Radiologia
		Sim	Não	Ortodontia/ortopedia
		Sim	Não	Implantodontia
		Sim	Não	Prótese dentária
Sim	Não	Odontopediatria		
II.10.5/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.10.6	Qual a forma que é realizada a contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica?		Através de ficha específica	
			Através de sistema informatizado	
			Através do prontuário eletrônico	
			Nenhuma ação específica	
II.10.6/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.10.7	Com que frequência os profissionais do CEO entram em contato com profissionais de Hospitais para trocar informações sobre os pacientes encaminhados para a assistência hospitalar?		Sempre	
			Algumas vezes	
			Nunca	
II.10.8	Com que frequência os profissionais do CEO entram em contato com os profissionais de atenção básica para trocar informações sobre os pacientes encaminhados pela atenção básica?		Sempre	
			Algumas vezes	
			Nunca	
II.10.9	Há uma lista de contato no CEO com profissionais da rede SUS, com telefones e/ou e-mails?		Sim	
			Não	
II.10.9/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.10.10	Quando há necessidade de anestesia geral ou sedação a nível hospitalar, existe referência definida e pactuada, relacionada à atenção em ambiente hospitalar? <i>Se NÃO passar para o Bloco II.11.</i>		Sim	
			Não	
II.10.11	Como se organiza a oferta das vagas de encaminhamento para a atenção em ambiente hospitalar?		Sistema de cotas	
			Sem número limitado	
			Outros	
II.10.12	Existe demanda reprimida para atendimento a nível hospitalar destes pacientes especiais?		Sim	
			Não	
II.10.13	Média mensal de pacientes especiais encaminhados para o nível hospitalar:		1-4	
			5-8	
			Mais de 8	
II.11	Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento no CEO			
II.11.1	Cirurgia oral		___ dias	
			Não sabe/não respondeu.	
II.11.2	Endodontia		___ dias	
			Não sabe/não respondeu.	
II.11.3	Estomatologia		___ dias	
			Não sabe/não respondeu.	
II.11.4	Implantodontia		___ dias	
			Não sabe/não respondeu.	
			Não se aplica	
II.11.5	Odontopediatria		___ dias	
			Não sabe/não respondeu.	

			Não se aplica
II.11.6	Ortodontia/Ortopedia		____ dias
			Não sabe/não respondeu.
			Não se aplica
II.11.7	Periodontia		____ dias
			Não sabe/não respondeu.
II.11.8	Pessoas com necessidades especiais		____ dias
			Não sabe/não respondeu.
II.11.9	Prótese Dentária		____ dias
			Não sabe/não respondeu.
			Não se aplica
II.11.10	Radiologia		____ dias
			Não sabe/não respondeu.
			Não se aplica
II.12	Biópsia e encaminhamento para análise anátomohistopatológica		
II.12.1	O CEO realiza biópsia? <i>Se NÃO, passar para o Bloco II.13.</i>		Sim
			Não, porque não há material / instrumental disponível.
			Não, porque não há laboratório para encaminhamento.
			Não, porque não há profissional capacitado.
			Não, outros:
II.12.2	Qual o prazo para agendamento de biópsia, contado a partir da identificação da necessidade do exame?		É realizada no mesmo momento (na mesma consulta)
			Um dia
			Até uma semana
			Até 15 dias
			Entre 15 e 30 dias
			Entre 30 e 60 dias
			Mais de 60 dias
II.12.3	O CEO possui referência para encaminhamento de peças de biópsia para realização do exame anátomohistopatológica? <i>Se NÃO, passar para o Bloco II.13.</i>		Sim
			Não
II.12.4	Na maioria das vezes, como é realizado o encaminhamento da peça para o laboratório?		O laboratório realizada a coleta do material no CEO
			A Secretaria Municipal/Estadual de Saúde disponibiliza o transporte da peça até o laboratório
			O cirurgião dentista realiza o transporte da peça até o laboratório
			Outros
II.12.5	Qual o prazo para recebimento do laudo do patologista, contando a partir da coleta do material para Biópsia?		Até 15 dias
			Entre 15 e 30 dias
			Entre 30 e 60 dias
			Mais de 60 dias
II.13	Atenção ao câncer de boca		
II.13.1	O CEO possui registro de usuários com diagnóstico de câncer de boca?		Sim
			Não
II.13.1/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.13.2	O CEO possui referência para encaminhamento de casos confirmados de câncer de boca?		Sim
			Não
II.14	Mínimas Especialidades Odontológicas do CEO: Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral Menor e PNES		
Endodontia			
II.14.1	Em média, quantas sessões são necessárias para finalizar um tratamento endodôntico em dentes com polpa viva?		____ sessão(ões)
II.14.1/1	Existe documento que comprove?		Sim

					Não
II.14.2	Em média, quantas sessões são necessárias para finalizar um tratamento endodôntico em dentes com polpa sem vitalidade?				___ sessão(ões)
II.14.2/1	Existe documento que comprove?				Sim
					Não
II.14.3	Esses equipamentos são utilizados para a realização do tratamento endodôntico?	Sim	Não		Rotatório
		Sim	Não		Localizador Apical
II.14.4	O CEO realiza tratamento endodôntico em elementos dentários com 3 ou mais raízes?				Sim
					Não, apenas uni ou birradicular
II.14.4/1	Existe documento que comprove?				Sim
					Não
Periodontia					
II.14.5	O CEO oferta os seguintes tratamentos periodontais:	Sim	Não		Tratamento de periodontites (raspagem e alisamento radicular subgingival; cirurgia de acesso)
		Sim	Não		Cirurgia periodontal para dentística restauradora (gingivectomia; aumento de coroa clínica por retalho)
		Sim	Não		Tratamento de lesões de furca (Grau I, II e III)
		Sim	Não		Procedimentos para controle/remoção do aumento de volume gengival
		Sim	Não		Enxerto gengival
II.14.6	O CEO realiza reconsulta para avaliação dos pacientes que finalizaram o tratamento periodontal?				Sim
					Não
II.14.6/1	Existe documento que comprove?				Sim
					Não
Cirurgia Oral Menor					
II.14.7	O CEO oferta os seguintes tratamentos cirúrgicos:	Sim	Não		Frenectomia
		Sim	Não		Remoção de dentes supranumerários
		Sim	Não		Cirurgias pré-protéticas (hiperplasias de tecido mole e rebordos ósseos)
		Sim	Não		Remoção de dentes retidos, inclusos e impactados
		Sim	Não		Remoção de lesões não neoplásicas de glândulas salivares
		Sim	Não		Apicectomia c/ ou s/ obturação retrograda
		Sim	Não		Remoção de tórus palatino ou mandibular
		Sim	Não		Cirurgias de pequenos cistos e tumores benignos intra-ósseos
		Sim	Não		Tratamento clínico/ambulatorial das patologias das ATM
Sim	Não		Cirurgias de tracionamentos dentários com finalidade ortodôntica		
Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais					
II.14.8	O CEO garante tratamento completo para os Pacientes com Necessidades Especiais?				Sim
					Não
II.14.8/1	Existe documento que comprove?				Sim
					Não
II.14.9	Qual o perfil dos pacientes com necessidades especiais atendidos no CEO?	Sim	Não		Pacientes com movimentos involuntários
		Sim	Não		Pacientes com deficiência visual ou auditiva ou de fala ou física que não apresentam distúrbios de comportamento
		Sim	Não		Gestantes e bebês sem alguma limitação
		Sim	Não		Pacientes autista
		Sim	Não		Diabéticos, cardiopatas, idosos
		Sim	Não		HIV positivos
		Sim	Não		Pacientes com distúrbio de comportamento

II.15		Prótese dentária		
II.15.1	O CEO realiza moldagem da prótese dentária?		Sim	
			Não	
II.15.1/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.15.2	O CEO realiza a entrega da prótese ao usuário? <i>Se NÃO, passar para o Bloco 16.</i>		Sim	
			Não	
II.15.2/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.15.3	Quantas sessões clínicas, em média, são necessárias para o CEO entregar a prótese para o usuário?		___ sessão(ões)	
II.15.4	Qual o tipo de prótese dentária é ofertada? <i>Pode ser marcada mais de uma questão.</i>		Prótese total	
			Prótese parcial removível	
			Prótese fixa unitária	
II.15.5	Quantos municípios são atendidos pela oferta da prótese dentária no CEO?		___ Município(s)	
II.15.6	Em média, quantas próteses dentárias são entregues por mês?		___ Próteses Totais	
			___ Próteses parciais removíveis	
			___ Próteses fixas unitárias	
II.15.7	O CEO tem conhecimento da fila de espera para o atendimento de prótese dentária?		Sim	
			Não	
II.15.8	Se <i>Sim</i> , quantas pessoas estão na fila de espera para serem atendidas na prótese dentária?		___ Pessoas	
II.16		Participação, controle social, satisfação e canal de comunicação com o usuário		
II.16.1	O CEO realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário?		Sim	
			Não	
II.16.1/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.16.2	O CEO dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões? <i>Se NÃO, encerrar a entrevista com o Gerente do CEO.</i>		Sim	
			Não	
II.16.3	Quais os canais de comunicação disponibilizados? <i>O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.</i>	Sim	Não	Telefone do CEO
		Sim	Não	Telefone da ouvidoria
		Sim	Não	E-mail do CEO
		Sim	Não	Site disponível ao usuário
		Sim	Não	Livros ou formulários
II.16.4	A Equipe do CEO considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?		Sim	
			Não	

Obrigado pela participação!

As perguntas a seguir são direcionadas a um Cirurgião Dentista do CEO.			
II.17 Informações sobre o entrevistado			
II.17.1	Nome do entrevistado:		
II.17.2	CPF:		
II.17.3	Em qual(is) especialidade(s) atua no CEO? <i>Pode marcar mais de uma especialidade</i>		Cirurgia Oral
			Endodontia
			Pacientes com necessidades especiais
			Periodontia
			Estomatologia
			Radiologia
			Ortodontia/ortopedia
			Implantodontia
			Odontopediatria
	Outra:		
II.17.4	Quanto tempo o(a) senhor(a) atua nesse CEO?		Menos de 1 ano
			1 a 2 anos
			3 a 4 anos
			5 a 9 anos
			10 ou mais

II.18 Educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas				
II.18.1	O município promove ações de educação permanente que incluam os profissionais do CEO? <i>Se NÃO, passar para o Bloco II.19.</i>		Sim	
			Não	
II.18.2	Quais dessas ações a Equipe do CEO participa ou participou no último ano: <i>Se NÃO para Telessaúde, passar para a questão II.18.4.</i>	Sim	Não	Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão
		Sim	Não	Cursos presenciais
		Sim	Não	Cursos à Distância
		Sim	Não	Telessaúde
		Sim	Não	Troca de experiência
		Sim	Não	Tutoria/preceptoria
II.18.3	A Equipe do CEO utiliza o Telessaúde para:	Sim	Não	Segunda opinião formativa
		Sim	Não	Telediagnóstico
		Sim	Não	Teleconsultoria
		Sim	Não	Tele-educação
II.18.4	Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da Equipe do CEO?		Sim, totalmente	
			Sim, parcialmente	
			Não	

II.19 Planejamento e Reunião da Equipe do CEO				
II.19.1	Nos últimos 12 meses, foi realizada alguma atividade de planejamento das ações do CEO com a participação dos Cirurgiões Dentistas? <i>Se NÃO, passar para a questão II.19.5.</i>		Sim	
			Não	
II.19.2	Neste(s) planejamento(s) é(são) levado(s) em consideração as sugestões/opiniões dos Cirurgiões Dentistas?		Sim	
			Não	
II.19.3	A Equipe do CEO planeja/programa suas atividades considerando: <i>O entrevistador deverá ler as</i>	Sim	Não	As informações do SIA
		Sim	Não	As informações locais de levantamento epidemiológico
		Sim	Não	As metas de cada especialidade estabelecidas pelo Ministério da Saúde
		Sim	Não	Os desafios apontados a partir da autoavaliação

	<i>opções.</i>	Sim	Não	O envolvimento de organizações da comunidade (a parceria e pactuações com a comunidade)
II.19.4	A Equipe do CEO realiza avaliação das ações planejadas/programadas?			Sim Não
II.19.4/1	Existe documento que comprove?			Sim Não
II.19.5	A gestão apoia a organização do processo de trabalho visando a melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ-CEO?			Sim Não
II.19.6	O CEO realiza reunião de Equipe? <i>Se NÃO, passar para o Bloco II.20.</i>			Sim Não
II.19.7	Qual a periodicidade das reuniões? <i>O entrevistador deverá ler as opções.</i>			Semanal Quinzenal Mensal Sem periodicidade definida
II.19.8	Quais são os temas das reuniões de Equipe? <i>O entrevistador deverá ler as opções.</i>	Sim	Não	Organização do processo de trabalho e do serviço
		Sim	Não	Discussão de casos pela Equipe (eventos sentinelas, casos difíceis, casos desafiadores)
		Sim	Não	Qualificação clínica com participação de especialistas convidados de Universidades ou de outros serviços.
		Sim	Não	Construção/discussão de projeto terapêutico singular com as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica
		Sim	Não	A construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal

II.20	Insumos, instrumentais e equipamentos			
II.20.1	Nos últimos 12 meses, você deixou de atender por falta de insumos ou instrumentais?			Sim Não
II.20.2	Nos últimos 12 meses, você deixou de atender por não ter equipamento funcionando adequadamente?			Sim Não

Obrigado pela participação!