

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Manoela de Leon Nobrega Reses

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS CENTROS DE
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EM
SANTA CATARINA**

Florianópolis
2011

Manoela de Leon Nobrega Reses

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS CENTROS DE
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EM
SANTA CATARINA**

Dissertação submetida ao Programa de
Pós Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade Federal de Santa
Catarina para a obtenção do Grau de
Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Maria Cristina
Marino Calvo

Florianópolis
2011

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

R433a Reses, Manoela de Leon Nobrega
Avaliação da implantação dos centros de especialidades
odontológicas em Santa Catarina [dissertação] / Manoela de
Leon Nobrega Reses ; orientadora, Maria Cristina Marino
Calvo. - Florianópolis, SC, 2011.
151 p.: il., grafs., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde pública. 2. Saúde - Avaliação. 3. Saúde bucal -
Serviços. 4. Odontologia. I. Calvo, Maria Cristina Marino.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**“Avaliação da Implantação dos Centros de Especialidades
Odontológicas em Santa Catarina”**

POR

Manoela de L. N. Reses

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas
Públicas**

Profa. Dra. Karen Glazer de Anselmo Peres
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Cristina Calvo (Presidente)

Prof. Dr. João Carlos Caetano (Membro Externo)

Profa. Dra. Sonia Natal (Membro)

Profa. Dra. Josimari Telino de Lacerda (Suplente)

Dedico esta dissertação aos meus pais
Nídia e Solimar, pelo amor, incentivo,
apoio e suporte em todos os momentos.
Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos a todos que contribuíram para a realização deste trabalho.

Agradeço a Deus pela vida e por todas as bênçãos que me possibilitaram chegar até aqui;

Aos meus pais, Nídia e Solimar, pelo incentivo, suporte e amor incondicional. Amo vocês!

Às minhas irmãs Gabriela e Luíza, minhas companheiras nessa jornada da vida, pelo carinho, amizade, apoio e torcida. A mana ama!

Ao Alan, pelo incentivo, e por me mostrar que amar sempre vale a pena!

Aos colegas de mestrado, mais do que colegas de aula, vocês são os amigos que a vida me deu de presente. Já estou com saudades!

Às minhas amigas e colegas de trabalho do Departamento de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde de Rio do Sul: Adriana, Caroline, Cristiane, Darclé, Roselita, Sandra e Sônia. O apoio de vocês foi fundamental para a realização deste sonho. Obrigada!

Aos Professores Sérgio e Josimari, e aos colegas mestrandos e doutorandos do NEPAS: Alex, Ângela, Cláudia, Daniela, Douglas, Marcelo, Mirvaine e Simone. Obrigada pela amizade e pelas colaborações no desenvolvimento do trabalho. Espero encontrá-los em breve pelos caminhos da vida!

Aos professores Caetano e Sônia, pelas contribuições nas bancas de qualificação e defesa, fundamentais para a melhoria do estudo. Obrigada por tudo!

À minha Professora Orientadora, Maria Cristina, minha mestra, amiga, companheira, “mãe” e exemplo. Tenho muito orgulho de ter sido sua aluna e orientanda. Meu eterno carinho e gratidão!

À Secretaria de Estado da Saúde, Gerência de Atenção Básica, Coordenação de Saúde Bucal, pela parceria técnico - científica.

Aos Professores do Departamento de Saúde Coletiva, por compartilharem seu conhecimento e experiência durante o mestrado.

À UFSC, que me recebeu na graduação, por me acolher novamente como aluna do mestrado.

A todos que, de alguma maneira, contribuíram para a realização deste trabalho.

Muito obrigada!

“Ensinar é lembrar aos outros que eles sabem
tanto quanto você.”

(Richard Bach)

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo avaliar a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas em Santa Catarina, o qual possa subsidiar a gestão na busca da qualificação da atenção secundária em saúde bucal. Foi realizada uma avaliação normativa, baseada nas normas e critérios das portarias que regulamentam a implantação e as metas de produtividade dos serviços, e em documentos que orientam a organização do serviço, o processo de trabalho, e os fluxos da atenção básica para atenção especializada. O modelo lógico e a matriz avaliativa foram desenvolvidos por meio de técnica de consenso entre especialistas. Dimensões, indicadores, medidas e parâmetros foram definidos e a coleta incluiu dados secundários e primários. Foram consultados o SIA/SUS e relatórios de produção da Coordenação de Saúde Bucal da SES/SC, e utilizados formulários eletrônicos respondidos pelos coordenadores dos CEOs catarinenses. Dos 29 CEOs avaliados, o juízo de valor final foi de implantação adequada para 12 CEOs (41,4%), implantação parcialmente adequada para 14 CEOs (48,3%) e implantação pouco adequada para 3 CEOs (10,3%).

Palavras-chave: Avaliação em Saúde, Saúde Bucal, Serviços de Saúde Bucal, Especialidades Odontológicas.

ABSTRACT

The present report aims on evolving and applying a model to evaluate the accomplishment of the Centers of Dental Specialties - CDS in the State of Santa Catarina which might also be able to sustain an adequate management concerning the qualification of secondary oral healthcare. To achieve this purpose, it was conducted a normative evaluation based on: a) the criteria and norms that rules the service's application and productivity achievements; b) other documents that orient the service's organization, the working process and the flows that comes from the basic healthcare to the expertise one. The logical model and the evaluating matrix were conceived by the means of a consensual technique among the experts. Dimensions, indicators, measurements and parameters were defined and the data compilation encompassed secondary and primary data. It was consulted the ambulatory databases of the Brazilian Healthcare System (SIA/SUS) and the reports on productivity yielded by the Coordination of Oral Healthcare of the State of Santa Catarina (SES/SC). In addition, it was accessed the electronic forms filled up by the coordinators of the CDSs located in the State of Santa Catarina. According the results, from the amount of 29 CEOs that had been analyzed, 12 (41,1%) were considered as holding adequate implementation, 14 (48,3%) were classified as partially adequate, and 3 (10,3%) were classified as inadequate implamentation.

Key-words: Health Evaluation, Oral Health, Dental Health Services, Dental Specialties.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Número de CEOs implantados no Brasil entre os anos de 2004 e 2009.....	45
Figura 2: Mapa com a configuração das Regiões de Saúde de SC.....	52
Figura 3: Modelo Lógico de Avaliação da Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas.....	71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:CEOs selecionados para o estudo por macrorregião de Santa Catarina:.....	69
Quadro 2: Matriz avaliativa da implantação dos CEOs em Santa Catarina:.....	79
Quadro 3: Parâmetros de ajuizamento das medidas (numeradas de acordo com o quadro 2) para Adequado (A), Parcialmente adequado (PA) e Pouco adequado (PO).....	81
Quadro 4: Matriz de julgamento para avaliação da implantação dos CEOs.....	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número mínimo de procedimentos por mês, por tipo de CEO:	43
Tabela 2: Número previsto de CEOs implantados (I), a serem implantados (SI) e cobertura populacional segundo região e unidade da federação em 2010.....	46
Tabela 3: CEOs de Santa Catarina segundo município sede, tipo de CEO, abrangência e recursos financeiros.....	50
Tabela 4: Distribuição dos CEOs de Santa Catarina, de acordo com macrorregiões, Regiões de Saúde e População.	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CD – Cirurgião-Dentista

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos

CGR – Colegiado de Gestão Regional

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal

CPOD – Índice de dentes cariados, perdidos e obturados

DAB – Departamento de Atenção Básica

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

FormSUS – Serviço de criação de formulários para o SUS

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PE - Pernambuco

PI - Piauí

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

PSF – Programa Saúde da Família

QASSaB - Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal

RJ – Rio de Janeiro

SC – Santa Catarina

SDR – Secretaria de Desenvolvimento Regional

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico de Higiene Dental

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

UNIVALI – Universidade do Vale do Itajaí

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO AOS LEITORES.....	27
PARTE I: PROJETO DE PESQUISA.....	29
1. INTRODUÇÃO.....	31
1.1. OBJETIVOS.....	32
1.1.1. Objetivo Geral.....	32
1.1.2. Objetivos Específicos.....	32
2. REVISÃO TEÓRICA.....	33
2.1. ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL.....	33
2.1.1. Histórico.....	33
2.1.2. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.....	35
2.1.3. Política Nacional de Saúde Bucal.....	37
2.1.4. Integralidade da Atenção e Integração dos Serviços de Saúde Bucal.....	38
2.2. CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEOS).....	41
2.2.1. Distribuição dos CEOS no Brasil.....	44
2.2.2. Situação dos CEOS em Santa Catarina.....	48
2.2.3. Publicações sobre os CEOS.....	54
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	67
3.1. TIPO DE ESTUDO.....	67
3.2. SELEÇÃO DOS CEOS.....	68
3.3. MODELO LÓGICO.....	70
3.4. MATRIZ AVALIATIVA.....	72
3.5. COLETA DE DADOS.....	74
3.5.1. Coleta de dados secundários.....	75
3.5.2. Coleta de dados primários.....	75
3.6. ANÁLISE DOS DADOS.....	77
3.6.1. Matriz de Julgamento.....	77
3.7. PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	84
REFERÊNCIAS.....	85

APÊNDICE A: <i>Rationale</i> dos indicadores e medidas da matriz avaliativa da implantação dos CEOs em Santa Catarina.....	95
APÊNDICE B: Questionário para coleta de dados.....	114
ANEXO A: Procedimentos discriminados na portaria GM/MS nº 2898/2010 para monitoramento da produção dos CEOs:.....	123
ANEXO B: Certificado CEP/UFSC.....	125
ANEXO C: Parecer CEP SES/SC.....	126
PARTE II: ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO.....	127

APRESENTAÇÃO AOS LEITORES

Este documento foi apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

As normas do curso estabelecem que o documento final inclua um artigo, formatado e encaminhado para uma revista especializada da área.

Atendendo a essa determinação, essa dissertação está apresentada em duas partes:

- Parte I - Projeto de pesquisa. Apresentado para a banca examinadora de qualificação, incluindo: introdução, revisão teórica, objetivos, procedimentos metodológicos, referências, apêndices e anexos da pesquisa.
- Parte II - Artigo científico inédito: Apresenta os resultados da pesquisa, formatado de acordo com as normas da revista científica.

A composição original desse documento tem a finalidade de acelerar a divulgação dos resultados das pesquisas, uma vez que os mesmos já estão apresentados no formato mais rotineiramente adotado para as publicações da área.

PARTE I: PROJETO DE PESQUISA

1. INTRODUÇÃO

A assistência odontológica em serviços públicos no Brasil restringiu-se nos últimos anos quase que exclusivamente aos serviços de atenção básica, sendo que até 2004 os serviços odontológicos especializados correspondiam a não mais do que 3,5% dos procedimentos clínicos de odontologia (BRASIL, 2004).

Além disso, dados do Levantamento de Condições de Saúde Bucal da População Brasileira - SB Brasil 2003 apontaram para a gravidade e a precocidade da perda dentária, para a desigualdade relacionada ao acesso aos serviços odontológicos e a existência de quase 56% de idosos completamente edêntulos (BRASIL, 2006c).

Pautado na necessidade da reorganização da atenção em saúde bucal em todos os seus níveis de atenção, da ampliação do acesso e da qualificação da assistência odontológica ofertada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o Governo Federal instituiu em 2004 o Brasil Sorridente como Política Nacional de Saúde Bucal. (BRASIL, 2004). Uma das estratégias desta política é a reorganização da média complexidade em saúde bucal através do incentivo à implantação dos CEOs – Centros de Especialidades Odontológicas. Os CEOs são registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como Tipo Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade; constituem-se em referência para a Atenção Básica, integrados ao processo de planejamento loco-regional, que devem ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor. (BRASIL, 2006a). São classificados em três tipos, de acordo com seus recursos estruturais: Centros de Especialidades Odontológicas tipo I (três cadeiras odontológicas); Centros de Especialidades odontológicas tipo II (quatro a seis cadeiras Odontológicas); e, Centros de Especialidades Odontológicas tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas). Devem funcionar 40 horas semanais, sendo o número de profissionais variável em função do tipo de CEO. (BRASIL, 2006a).

As normas para funcionamento do CEO estão apresentadas na portaria GM/MS Nº 599 de 23 de março de 2006, que estabelece normas, critérios e requisitos para o seu credenciamento, e na portaria GM/MS Nº 600 de 23 de março de 2006 – atualizada pela portaria GM/MS Nº 2.898 de Setembro de 2010, que define os incentivos

financeiros para implantação e custeio, e define a produção mínima mensal de procedimentos que será monitorada e analisada por meio dos Sistemas de Informação do SUS.

Neste sentido, após sete anos da implantação dos CEOs como estratégia para a efetivação da atenção em média complexidade em saúde bucal, e com poucos estudos avaliativos realizados neste período, é oportuno que se desenvolva uma avaliação que permita identificar suas fragilidades, acertos e potencialidades, possibilitando a correção de possíveis falhas e a busca por novas metas. A execução e institucionalização da avaliação são fundamentais para o planejamento e gestão dos serviços de saúde.

Desta forma, esta pesquisa buscou avaliar a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas em Santa Catarina, e espera-se que seu resultado possa servir de subsídio para gestão na busca da qualificação da atenção secundária em saúde bucal.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo Geral

Avaliar a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas em Santa Catarina.

1.1.2. Objetivos Específicos

- Construir uma matriz avaliativa composta por dimensões, indicadores, medidas e parâmetros de avaliação da implantação dos CEOs em função dos critérios e normas estabelecidos na Portaria GM 599 / 2006, Portaria GM 2898 de 2010 e orientações sobre fluxos e regulação do serviço descritos na literatura;
- Emitir juízo de valor acerca da implantação dos CEOs avaliados.

2. REVISÃO TEÓRICA

2.1. ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

2.1.1. Histórico

Historicamente, o modelo hegemônico de atenção à saúde bucal foi baseado em uma concepção de prática privativa, centrada na assistência a um doente, por um sujeito individual, restrito ao ambiente clínico-cirúrgico, consagrando a concepção conhecida por odontologia de mercado (NARVAI, 2002).

Segundo Freitas (2001), a odontologia organizou-se com características mais relativas a um “ofício” do que uma ciência. Nasceu como especialidade médica, relegada a um conjunto de práticas cirúrgicas auxiliares, consideradas “menos nobres”, e com forte tradição de não legalização de sua prática. Mesmo com a regulamentação da profissão e criação de escolas superiores, o desenvolvimento científico da odontologia foi lento, e o padrão de ensino foi baseado na prática. Além disto, absorveu elementos estruturais do modelo flexneriano, tornando-se individualista (não concebeu qualquer forma de atenção coletiva), especializada, tecnicista, com ênfase na prática curativa e sem considerar as práticas preventivas.

Até o período pós Segunda Guerra Mundial a assistência odontológica no Brasil foi realizada quase que totalmente de forma privada. Cunha (1952) aponta alguns registros de serviços odontológicos (extrações) realizados em Santas Casas de Misericórdia, e também em Hospitais das Forças Armadas.

A atenção em saúde bucal desenvolvida pelo setor estatal no país teve seu início em 1952, com base em programas de odontologia sanitária desenvolvidos pelo SESP – Serviço Especial de Saúde Pública, os quais foram realizados inicialmente em alguns estados das regiões Sudeste, Norte e Nordeste (NARVAI, 2002).

Segundo Roncalli (2000),

O SESP surgiu no Brasil em 1942 como esforço de guerra e foi mantido por um Acordo de Cooperação Técnica entre Brasil e Estados Unidos. Tinha ação em áreas estratégicas do ponto

de vista econômico, como a região de extrativismo da borracha na Amazônia, e funcionava dentro de uma perspectiva assistencial no sentido de aliviar tensões sociais. (RONCALLI, 2000, p. 119).

Assim, entre os anos 50 e fins dos anos 80, a assistência odontológica pública foi caracterizada pelo atendimento prioritário a escolares, principalmente através do Sistema Incremental e, para o restante da população, a assistência se deu através do Sistema Previdenciário (INAMPS), das Secretarias Estaduais de Saúde e das entidades filantrópicas (RONCALLI et al, 1999).

Nesta época, o modelo hegemônico de assistência odontológica praticada no país até então passou a ser questionado e criticado por sua total incapacidade preventiva e resolutive frente às preocupantes condições de saúde bucal da população.

A VII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1980 caracterizou a atenção em odontologia no Brasil como ineficaz, ineficiente, descoordenada, mal distribuída, com baixa cobertura, de alta complexidade, com enfoque curativo, caráter mercantilista e monopolista e inadequado no preparo dos recursos humanos. (NARVAI, 2001, FREITAS, 2001).

Da mesma forma, uma série de trabalhos e documentos foram publicados constatando as graves deficiências no modelo odontológico adotado no país, como a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, a I Conferência Nacional de Saúde Bucal de 1988, a II Conferência Nacional de Saúde Bucal de 1993, e os relatórios dos Encontros dos Administradores e Técnicos dos Serviços Estatais Odontológicos, realizados anualmente de 1987 a 1991. (FREITAS, 2001, NARVAI, 2001).

Freitas (2001, p.41), afirma que

Com cerca de 123 mil dentistas, que representam algo como 11% da totalidade de dentistas do mundo, 84 cursos de odontologia – o maior número de cursos existentes em qualquer país, [...], com uma relação dentista por habitante melhor que a considerada ótima pela Organização Mundial da Saúde (OMS) há cerca de quinze anos, o Brasil detém um índice de prevalência de cárie muito alto, com CPOD igual a 6,7 aos 12

anos de idade no único levantamento realizado (até então) em 1985, aliado ao recorde de demanda de serviços [...]. (Observação minha).

A partir da criação do SUS e com a descentralização das ações de saúde para os municípios, mudanças na área da odontologia pública ocorreram principalmente em relação aos espaços de trabalho. Os consultórios, tradicionalmente localizados nas escolas, foram transferidos para as Unidades Básicas de Saúde, gerando uma assistência mais universal. Mudanças foram observadas nos recursos humanos, com a introdução de auxiliares e técnicos, vigilância do teor de flúor das águas de abastecimento, ampliação das ações coletivas, ênfase na epidemiologia e estruturação de alguns mecanismos de avaliação. (RONCALLI et al, 1999).

Entretanto, apesar destas mudanças, até a década de 90 o modelo de assistência odontológica colocado em prática pelas instituições governamentais era emergencial, paliativo e cobria uma pequena parte da população brasileira. Pode-se afirmar que somente nos anos recentes a saúde bucal vem-se desenvolvendo no âmbito das políticas de saúde com uma proposta coerente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. (GARCIA, 2006).

2.1.2. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família

Em 1994 o Ministério da Saúde implantou o Programa Saúde da Família (PSF), inicialmente para ampliar a atenção básica às populações e áreas de carência em saúde e bolsões de pobreza dos municípios, tendo como núcleo central a família e a comunidade. Atualmente não se concebe o PSF como programa, mas como um processo em permanente construção, adotando-se o termo Estratégia Saúde da Família (ESF), através da qual se busca reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases em substituição ao modelo tradicional. (LACERDA e TRAEBERT, 2006).

Somente no ano de 2000, por meio da portaria n.º 1444 de 28 de dezembro de 2000, dez anos após a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, e sete anos após a implantação do Programa Saúde da Família, cria-se o incentivo à entrada da odontologia na equipe de saúde da família. Este momento, em conjunto com a NOAS, em suas versões 01/01 e 01/02, e mais tarde com o lançamento da Política Nacional de

Saúde Bucal, pode ser considerado um marco na estratégia de descentralização dos serviços de saúde e na trajetória das políticas de saúde bucal do país (GARCIA, 2006).

Após o lançamento da portaria GM nº 1.444, foi elaborado o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, integrado à portaria n.º 267/01, de 6 de março de 2001. Este documento expressava as características operacionais: as estratégias para incorporação das ações de saúde bucal no PSF, as atribuições dos profissionais (as atribuições comuns à equipe e as específicas do cirurgião dentista - CD, técnico em higiene dental - THD, auxiliar de consultório dentário - ACD e agente comunitário de saúde - ACS), e as responsabilidades institucionais (Ministério da Saúde - MS, Secretarias Estaduais de Saúde - SES e Secretarias Municipais de Saúde -SMS). Foram elencados os equipamentos, instrumentais utilizados e procedimentos de saúde bucal realizados na atenção básica (BRASIL, 2001; GARCIA, 2006).

Em 28 de março de 2006 o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM nº 648, a qual aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF), Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e também para as Equipes de Saúde Bucal (ESB). (BRASIL, 2007).

A saúde bucal na Estratégia Saúde da Família representa um importante espaço para a reorientação do processo de trabalho e da própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços públicos de saúde. Desta forma, potencializam-se perspectivas de aumento de cobertura, efetividade na resposta às demandas e alcance de ações coletivas. As maiores mudanças relacionam-se ao trabalho em equipe, às relações com o usuário, com a gestão e com o território de abrangência, resultando em um novo olhar sobre o processo do cuidado em saúde bucal (BRASIL, 2009).

Após a inserção do cirurgião dentista na estratégia de Saúde da Família, assinalando um dos primeiros movimentos de entrada da saúde bucal na agenda da saúde federal, ocorre o lançamento do Programa Brasil Sorridente, em 2004, firmando-se como uma política específica no governo federal (BARTOLE, 2006).

2.1.3. Política Nacional de Saúde Bucal

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), também conhecida como Programa Brasil Sorridente, trazem proposições para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta a produção do cuidado (BRASIL, 2004).

Neste sentido o documento apresenta seus pressupostos e princípios norteadores, traz adequações necessárias ao processo de trabalho; define ações de promoção e proteção à saúde, recuperação e reabilitação; considera a necessidade de ampliação e qualificação da atenção básica e da atenção secundária e terciária em saúde bucal e orienta que estas diretrizes sejam consonantes com a Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2004).

Diferentemente da Estratégia Saúde da Família, que teve seu início no Governo Fernando Henrique, o Brasil Sorridente juntamente com o SAMU e a Farmácia Popular compreenderam o rol de políticas inovadoras do Governo Lula, e foram priorizadas na agenda da saúde para o enfrentamento de problemas concretos em áreas em que havia fragilidades da atuação federal. (MACHADO, BAPTISTA e NOGUEIRA, 2011)

O processo de formulação da PNSB partiu de um debate realizado por um grupo de intelectuais e profissionais de saúde que tinham um discurso que incorporava os elementos do movimento da reforma sanitária. Em 2002, no período de transição de governos, abriu-se uma oportunidade para a saúde bucal, e este movimento obteve sucesso em priorizar a área na agenda do Governo Lula. (GARCIA, 2006; MACHADO, BAPTISTA e NOGUEIRA, 2011)

Bartole (2006) desenvolveu uma análise da retórica dos documentos que considerou preponderantes na sedimentação da política nacional de saúde bucal: Fome Zero e Boca Cheia (de dentes!), documento que apresentou uma proposta de política de saúde bucal associada ao programa social Fome Zero; as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal; o Pronunciamento do Presidente Lula no lançamento do Programa Brasil Sorridente e a III Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB). Segundo a autora, o movimento de militantes da saúde bucal e saúde coletiva desenvolveram uma associação perspicaz entre a saúde (inclusive a saúde bucal) e o Programa Fome Zero, empregando um argumento inovador e ousado: a população

brasileira necessitando de “condições para mastigar bem.” (FOME ZERO E BOCA CHEIA DE DENTES, p. 1, apud BARTOLE, 2006).

Em relação à PNSB, a autora afirma que muitas das propostas argumentadas pelas Diretrizes são frutos dos debates da I e, em especial, da II CNSB, mas que as Diretrizes trazem novos conceitos e teorias, como o desenvolvimento da linha do cuidado e da identificação de relações intersubjetivas, discussões estas trazidas da arena da saúde coletiva (BARTOLE, 2006).

Apesar da abrangência de ações propostas pela PNSB, observa-se uma maior expansão das equipes de saúde bucal quando comparada aos demais componentes. Entre 2002 e 2008 o número de ESB aumentou 407%, passando de 4261 para 17349 equipes. Até 2008 foram implantados 671 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e 321 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPDs). Esta diferença pode ser explicada pelo fato de que a inclusão da saúde bucal na ESF já vinha sendo realizada desde governo anterior, e a existência de regras institucionais e equipes implantadas favoreceu a expansão acelerada das equipes nos anos subsequentes. Ressalta-se, entretanto, que o investimento nas ações especializadas em odontologia representou um marco da atuação federal na área, e um avanço na concretização da atenção integral em saúde bucal. (MACHADO ,BAPTISTA e NOGUEIRA, 2011)

2.1.4. Integralidade da Atenção e Integração dos Serviços de Saúde Bucal

As diretrizes da PNSB apontam para a necessidade de garantir o “atendimento nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção” (BRASIL, 2004).

Desta forma, torna-se imperativo a compreensão do que se entende por integralidade na atenção em saúde bucal, e a sua relação com a hierarquização do serviço e a formação das redes de saúde, visto que os CEOs são serviços de atenção secundária.

A Constituição Federal de 1988 determinou que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, tendo como uma de suas diretrizes o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. (BRASIL, 1988)

A lei orgânica de saúde dispõe a integralidade da assistência como um princípio do SUS, entendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. (BRASIL, 1990)

Dentre os vários sentidos da integralidade em saúde discutidos na literatura (MATTOS, 2001; COSTA, 2004; AYRES, 2009) está a concepção da integralidade como base para a organização e da gestão dos serviços de saúde. Neste sentido, a integralidade refere-se a um sistema que possa garantir de forma articulada, para indivíduos e populações, ações sanitárias de três tipos: promoção da saúde, prevenção de enfermidades e de acidentes e recuperação da saúde - cura e reabilitação. No campo das ações de recuperação, estas englobam os três níveis de atenção: primária, secundária e terciária (ou básica, média e alta complexidades). (GIOVANELLA et al, 2002).

Com a hierarquização busca-se ordenar o sistema de saúde por níveis de atenção, com o estabelecimento de fluxos assistenciais entre os serviços, de modo a regular o acesso da atenção básica aos serviços mais especializados, considerando que os serviços básicos são o primeiro contato com a população e de uso mais freqüente. (VASCONCELOS e PASCHE, 2006).

A hierarquização dos serviços de saúde em níveis de atenção é um princípio fundamentado na possibilidade de se resolver, com eficácia satisfatória, determinados conjuntos de problemas de saúde, de acordo com a complexidade tecnológica exigida em cada nível e no nível do sistema como um todo (MENDES, 1995).

É neste contexto que observa-se a integralidade em saúde bucal proposta pela PNSB: a de criação dos Centros de Especialidades Odontológicas como estratégia para a atenção secundária em saúde bucal, de referência para a atenção básica, com oferta de serviços especializados de odontologia.

Os CEOs foram concebidos como serviços de atenção secundária seguindo o modelo tecno-assistencial traduzido pela figura de uma pirâmide.

A despeito da importância da implantação dos CEOs como estratégia inovadora no sistema de saúde para a atenção integral em saúde bucal, o modelo piramidal em que foi concebido vem sofrendo críticas. A dificuldade em fazer com que a atenção básica seja a entrada principal ao sistema, a alta demanda em ambulatórios e pronto-socorros, e as dificuldades no acesso a serviços especializados indicam a necessidade de se desenvolver um novo modelo de organização dos serviços, com múltiplas possibilidades de entradas, em uma lógica horizontal. (CECÍLIO, 1997).

Mendes (2010) alerta para a necessidade de superar “os sistemas fragmentado de atenção à saúde”, que segundo o autor “se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população”.

Como alternativa ao modelo piramidal e fragmentado, e como forma de se alcançar a integralidade em saúde, tem-se discutido a necessidade da integração dos serviços em redes assistenciais, visto que as organizações e os profissionais de saúde não dispõem da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução de todos os problemas de saúde de uma população. (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004)

A integração dos serviços em redes deve ter a finalidade de melhorar a eficiência e a racionalidade dos serviços. Além disso, deve produzir economia, expansão dos serviços, melhoria do acesso, evitar a duplicidade de serviço e a desnecessária repetição de exames e procedimentos já realizados, enfim, deve ser humana, eficaz, econômica e qualitativa. (SANTOS e ANDRADE, 2008).

Neste sentido, a concepção de integralidade como base para a organização dos serviços de saúde bucal remete à necessidade de desenvolvimento de mecanismos para a integração dos serviços odontológicos.

Dentre estes mecanismos destacam-se a oferta suficiente de serviços especializados, a implantação de centrais de marcação de consultas, o controle e monitoramento das filas de espera, o uso de protocolos de atenção e instrumentos de referência e contra-referência, o investimento em tecnologias da informação, o respeito ao fluxo de encaminhamentos, são condições essenciais para a formação e gestão da

rede de atenção em saúde bucal. (SILVA E MAGALHÃES JR., 2008 ;ALMEIDA et al, 2010).

O que se observa, no entanto, é que estas questões ainda são incipientes na discussão da organização dos serviços de saúde bucal integrados em rede.

É indiscutível o avanço da PNSB ao instituir os CEOs como estratégia de atenção secundária em saúde bucal no país, em uma postura que demonstra o interesse de romper com o modelo histórico da odontologia mutiladora, na qual a extração dentária era o último recurso de tratamento disponível. Entretanto, considerando na atenção em saúde bucal a relação entre integralidade e integração dos serviços nos diferentes níveis de complexidade, percebe-se quão grande é o desafio para a formação e gestão de uma rede que garanta a oferta necessária, de maneira eficiente, com qualidade e resolutividade.

2.2. CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEOS)

As Diretrizes da PNSB apontaram a necessidade de ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária em saúde bucal, visto que a assistência odontológica pública no Brasil restringiu-se nos últimos anos praticamente aos serviços básicos. Com o aumento da cobertura e acesso aos procedimentos da atenção básica, justificava-se a necessidade de investimentos que propiciassem a expansão ao acesso aos serviços odontológicos de média e alta complexidade como estratégia para a busca da integralidade na atenção em saúde bucal (BRASIL, 2004).

Desta forma, o Ministério da Saúde publicou em de 29 de julho de 2004 a Portaria nº 1.570/GM, que definiu a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabeleceu critérios, normas e requisitos para seu credenciamento e a Portaria nº 1571/GM que instituiu o financiamento e os critérios de monitoramento dos CEOs.

Em 23 de março de 2006 estas portarias foram alteradas pelas portarias nº 599/GM e 600/GM, respectivamente.

Os Centros de Especialidades Odontológicas são serviços de atenção secundária devendo se constituir em unidades de referência para a Atenção Básica, integrados ao processo de planejamento loco-regional que devem ofertar, minimamente, especialidades de periodontia,

endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor. (BRASIL, 2006a).

Devem ser referência para o próprio município, região ou microrregião de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR); ser Unidade de Saúde cadastrada no CNES; e dispor dos equipamentos e dos recursos mínimos exigidos para o seu credenciamento. São classificados de acordo com seus recursos físicos e estruturais em CEO tipo I, com três cadeiras odontológicas, CEO tipo II, com quatro a seis cadeiras odontológicas e CEO tipo III, com mais de sete cadeiras odontológicas. Os CEOs devem funcionar por 40 horas semanais, independentemente do número de profissionais que nele atuam; deve ter no mínimo um auxiliar de saúde bucal para cada consultório; mobiliário e espaço físico compatíveis com os serviços ofertados; e mínimo de pessoal de apoio administrativo: recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo. (BRASIL, 2006a).

Em relação ao financiamento, a portaria nº 600/GM define em seu Art. 1º incentivo financeiro anual da ordem de R\$ 79.200,00 (setenta e nove mil e duzentos reais) para cada CEO Tipo 1, R\$ 105.600,00 (cento e cinco mil e seiscentos reais) para cada CEO Tipo 2 e R\$ 184.800,00 (cento e oitenta e quatro mil e oitocentos reais) para cada CEO Tipo 3, credenciados pelo Ministério da Saúde, destinados ao custeio dos serviços de saúde ofertados nas referidas unidades de saúde. Em seu Art. 2º definem incentivo financeiro de implantação da ordem de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) para CEO Tipo 1, R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para CEO Tipo 2, e R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) para CEO Tipo 3 (BRASIL, 2006b).

Além do financiamento, a referida portaria define como mecanismo de monitoramento de produção dos CEOs a análise de uma produção mínima mensal apresentada, verificada por meio dos Sistemas de Informação do SUS (BRASIL, 2006b).

Segundo a norma, cada tipo de CEO tem uma meta mínima mensal a ser cumprida conforme a tabela 1:

Tabela 1: Número mínimo de procedimentos por mês, por tipo de CEO:

TIPO DE PROCEDIMENTO	TIPO DE CEO		
	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3
Básicos	80	110	190
Periodontia	60	90	150
Endodontia	35	60	95
Cirurgia	80	90	170

Fonte: Portaria nº 600/GM/2006.

Em 21 de Setembro de 2010 o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 2898 GM atualizando o anexo da Portaria nº 600 GM de 2006, visto que os códigos dos procedimentos sofreram alterações a partir de 2007 com a instituição da nova Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SUS. (BRASIL, 2010b).

Esta atualização passa a definir o número de procedimentos exigidos mensalmente por especialidade e por tipo de CEO, assim como os respectivos códigos dos procedimentos, dispostos no anexo 1.

Além disso, o artigo 1º da portaria GM/MS 2898/2010, em seus três parágrafos, define um mínimo de procedimentos específicos nas especialidades de pacientes especiais e endodontia, além de afirmar que o repasse de recursos de custeio será suspenso em caso de não cumprimento das metas (BRASIL, 2010b):

§ 1º Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos básicos é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 50% de procedimentos restauradores, quais sejam: 0307010023 - restauração de dente decíduo e/ou 0307010031 - restauração de dente permanente anterior e/ou 0307010040 - restauração de dente permanente posterior.

§ 2º Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de endodontia é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 20% dos seguintes procedimentos: 0307020053 - obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou 0307020096 - retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes.

§ 3º O repasse de recursos dos incentivos mensais dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO será suspenso quando a

produção mínima mensal em todas as especialidades não for atingida. Essa suspensão ocorrerá 3 (três) meses após o não cumprimento da meta e será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

Além das portarias que regulamentam os critérios de implantação e de produtividade dos CEOs, existem duas publicações do Ministério da Saúde que trazem orientações sobre a regulação clínica e os fluxos de serviços entre CEOs e serviços de atenção básica: o Caderno de Atenção Básica Nº17 – Saúde Bucal (BRASIL, 2006c) e o Manual de Especialidades em Saúde Bucal (BRASIL, 2008).

O Caderno de Atenção Básica Nº17 – Saúde Bucal, em seu capítulo V, descreve orientações “dirigidas à organização dos fluxos de gerenciamento do sistema de saúde local, para referência e contra-referência da Atenção Básica para atenção especializada”. Apresenta critérios gerais para a referência aos CEOs, além de requisitos básicos para a referência, critérios de inclusão e exclusão e fluxogramas para as especialidades de diagnóstico bucal, endodontia, periodontia, cirurgia e pacientes com necessidades especiais (BRASIL 2006c),

O Manual de Especialidades em Saúde Bucal buscou, além de trazer critérios de referência e contra-referência entre a Atenção Básica e os CEO, instrumentalizar a prática clínica e de gestão. Para cada especialidade odontológica, no manual de regulação, descreve os principais motivos de encaminhamento e define as responsabilidades em cada nível da atenção. E no manual clínico detalha critérios de referência e contra-referência; apresenta as principais patologias com seus respectivos métodos de diagnóstico e tratamento, e define uma lista de materiais e instrumentais necessários (BRASIL, 2008).

2.2.1. Distribuição dos CEOs no Brasil.

Segundo Pucca Jr., Lucena e Cawahisa (2010) o número de CEOs aumentou 708% entre outubro de 2004 e dezembro de 2009, conforme se observa na figura 1:

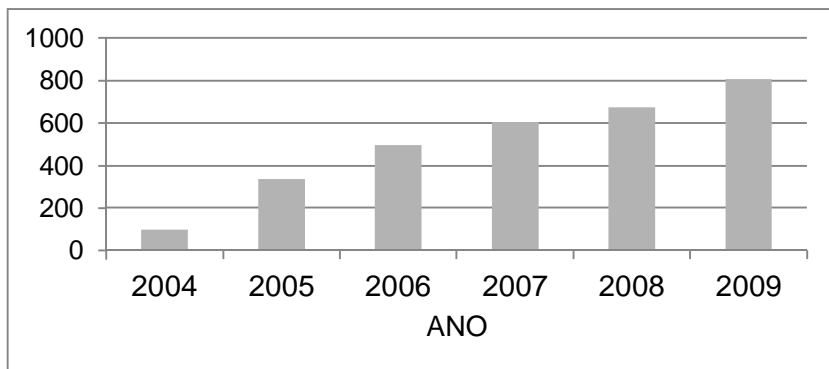


Figura 1: Número de CEOs implantados no Brasil entre os anos de 2004 e 2009.

Fonte: Pucca Jr., Lucena e Cawahisa (2010).

Segundo dados disponibilizados pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde em 20 de Setembro de 2010 estão implantados no país 855 CEOs.

Em 03 de agosto de 2010 o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM nº 2199 definindo incentivo financeiro para a implantação e custeio de mais 100 CEOs no país. Desta forma, com os novos CEOs a serem implantados, o total previsto será de 955 Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil em 2010, conforme a tabela 2: (BRASIL, 2010a).

A região nordeste apresenta a melhor relação habitante/CEO, sendo a Paraíba o estado brasileiro com maior cobertura - 71,1 mil habitantes/CEO; e o Rio Grande do Sul é o estado com menor cobertura - 454,7 mil habitantes/CEO.

Desconsiderando o tipo de CEO (I, II ou III), a partir da implantação dos novos serviços, a cobertura de CEO no Brasil será de 200,5 mil habitantes para cada CEO. A proposta inicial do MS de ter um CEO para cada 500 mil habitantes foi alcançada por todos os estados, sendo a pior relação observada no estado do Rio Grande do Sul (MARTELLI, 2010).

Martelli (2010) analisou a distribuição dos CEOs nas capitais brasileiras e verificou que a cobertura média dos mesmos é de 381.385 habitantes por CEO; para os outros municípios do Brasil, a cobertura

média é de 172.159 habitantes por CEO. O autor concluiu que há uma maior presença de CEOs pelos interiores do Brasil em números absolutos e relativos, e apontou como possibilidade “o fato das capitais já terem serviços estruturados para a média complexidade em saúde bucal, anterior a implantação dos CEOs optando por não migrar para esta política. E os municípios do interior aproveitaram o incentivo e adaptaram ou implantaram seus serviços.” (MARTELLI, 2010).

Saliba e colaboradores (2010) analisaram a implantação e a distribuição geográfica dos CEO no Brasil até o ano de 2006, relacionando com indicadores de saúde bucal e indicadores sociais amplos. Os indicadores sociais considerados para o estudo foram educação, renda e saneamento básico; os indicadores de saúde bucal foram o Índice CPOD aos 12 anos, porcentagem de pessoas na faixa etária de 18 anos com todos os dentes presentes na boca, porcentagem de pessoas de 35 a 44 anos com necessidade de prótese total, porcentagem de municípios com adição de flúor na água de abastecimento público e porcentagem de pessoas entre 15 a 19 anos que nunca foram ao dentista. Ao comparar as regiões Norte e Sudeste em relação à presença de CEOs implantados e condições sociais e de saúde bucal desfavoráveis, verificaram que na região Norte os indicadores sociais e de saúde bucal são piores, mas existem menos CEOs implantados do que a região Sudeste. Por outro lado, a região Nordeste, que também apresenta indicadores sociais e de saúde bucal desfavoráveis, foi contemplada com um elevado número de CEOs. As autoras afirmam que este fato pode ser explicado por a Região Nordeste ser pioneira na implantação de políticas públicas de saúde no Brasil, as quais serviram de alicerce para o desenvolvimento da atual Política Nacional de Saúde Bucal.

Tabela 2: Número previsto de CEOs implantados (I), a serem implantados (SI) e cobertura populacional segundo região e unidade da federação em 2010.

ESTADO	I	MIL HAB/CEO	SI	TOTAL	MIL HAB/CEO
SUL	104	266,5	10	114	243,14
SC	38	161,0	4	42	145,68
PR	46	232,3	2	48	222,62
RS	20	545,7	4	24	454,75
SUDESTE	302	267,9	41	343	235,90
SP	149	277,7	29	178	232,49
RJ	65	246,3	4	69	232,03
ES	11	317,0	2	13	268,238
MG	77	260,1	6	83	241,37
CENTRO OESTE	54	257,3	6	60	231,59
MT	6	500,2	1	7	428,81
MS	15	157,3	2	17	138,85
DF	6	434,4	0	6	434,48
GO	27	219,4	3	30	197,54
NORTE	59	260,3	8	67	229,24
TO	7	184,5	0	7	184,58
RO	8	187,9	0	8	187,98
AC	2	345,5	0	2	345,58
AM	11	308,4	2	13	261,02
PA	28	265,3	5	33	225,18
RR	1	421,4	1	2	210,74
AP	2	313,3	0	2	313,30
NORDESTE	336	159,4	35	371	144,45
MA	25	254,6	3	28	227,39
PI	27	116,4	1	28	112,32
CE	75	113,9	7	82	104,24
RN	21	149,4	1	22	142,62
PB	43	87,67	10	53	71,13
PE	41	214,8	9	50	176,20
AL	20	157,8	1	21	150,29
SE	13	155,3	0	13	155,36
BA	71	206,16	3	74	197,80
TOTAL	855	223,9	100	955	200,50

Fonte: Ministério da Saúde. 2010

2.2.2. Situação dos CEOs em Santa Catarina

Baseado na publicação das portarias que regulamentaram a implantação dos CEOs e consoantes com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) elaborou entre setembro e outubro de 2004 um Plano para a implementação da Rede de Serviços Odontológicos Especializados no Estado (SANTA CATARINA, 2004).

Para tanto, foi realizado um diagnóstico de dados demográficos, condições de saúde bucal, necessidades de serviços de saúde bucal, recursos em saúde bucal e procedimentos e ações coletivas e individuais em saúde bucal no estado de Santa Catarina.

Utilizando-se da Portaria GM/MS Nº 1101 de 12 de Junho de 2002, que define o parâmetro de 0,06 procedimentos especializados em odontologia por habitante/ano, o estado calculou a necessidade de 331.662 procedimentos especializados em saúde bucal, considerando-se uma população de 5.527.707 habitantes no ano de 2003 em Santa Catarina. No mesmo ano foram realizados 310.382 procedimentos especializados no estado, observando-se um déficit de 21.280 procedimentos especializados no ano de 2003. Do total de procedimentos odontológicos realizados em Santa Catarina no ano de 2003 apenas 5,68% eram ações especializadas. (BRASIL, 2002; SANTA CATARINA, 2004).

Neste sentido, além dos critérios de implantação dos CEOs definidos nas portarias no Ministério da Saúde, o estado de Santa Catarina estabeleceu na época mais três critérios para a implantação dos CEOs:

- Parâmetro populacional de um centro especializado para cada 250 mil habitantes;
- Na macrorregião que possuir Faculdades de Odontologia, será implantado um CEO tipo 2 na própria instituição, além dos que forem estabelecidos pelo critério populacional;
- O município que sediará o CEO deverá possuir equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família.

Além disso, estabeleceu-se como critério de prioridade a implantação de pelo menos um CEO em cada macrorregião e o suprimento das desigualdades de acesso no atendimento especializado

em odontologia nas macrorregiões Vale do Itajaí, Meio Oeste, Norte e Sul. (SANTA CATARINA, 2004).

O Plano também assegurou um incentivo financeiro de responsabilidade estadual, além do repasse federal para custeio das ações dos CEOs.

Desta forma, o Estado de Santa Catarina, optou em instalar inicialmente um CEO Tipo I para cada 250.000 habitantes e priorizou um CEO tipo II para cada macrorregião e para os municípios que sediam universidades com curso de Graduação em Odontologia, totalizando 15 CEOs Tipo 2 e 11 CEOs Tipo 1 (SANTA CATARINA, 2004). O plano passou por atualizações, e na deliberação 222/CIB/07 (Santa Catarina, 2007) os critérios estabelecidos foram:

- Um CEO em cada Secretaria de Desenvolvimento Regional (SDR), de acordo com a descentralização, processo administrativo adotado pelo Governo do Estado, totalizando 36 SDRs, salvo nas SDRs onde a população da área de abrangência é insuficiente.
- Um 6º CEO será implantado nas SDRs que ultrapassarem os 860.000 habitantes.
- Manutenção do critério de implantar um CEO nas Faculdades de Odontologia, como referência macrorregional.

Atualmente existem 38 CEOs implantados em Santa Catarina, sendo 24 CEOs tipo 1, 13 tipo 2 e 1 tipo 3. Em relação à abrangência, 7 CEOs realizam atendimento apenas para o município sede e 31 CEOs são referências regionais para municípios vizinhos. Apenas dois CEOs estão implantados em universidades com cursos de graduação em odontologia, sendo eles na UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina e na UNIVALI - Universidade do Vale do Itajaí. A distribuição dos CEOs no estado pode ser observada na tabela 3.

Cinco CEOs estão em processo de implantação nos municípios de Xanxerê, Videira, Braço do Norte, Tijucas e Santo Amaro da Imperatriz.

Observa-se que os CEOs de Santa Catarina, de acordo com o Plano da Rede Especializada, além de receberem recursos do Ministério da Saúde, recebem da Secretaria de Estado da Saúde um recurso complementar para o custeio das suas ações, sendo R\$ 1980,00 mensais para CEOs Tipo I com atendimento para o município sede; R\$ 3.300,00

mensais para CEOs Tipo I Regionalizados; R\$ 2.640,00 para CEOs tipo II ou III com atendimento municipal; e R\$ 4.400,00 para CEOs tipo II ou III regionalizados.

No Brasil apenas Ceará, Rio Grande do Sul e Santa Catarina repassam recursos financeiros estaduais para os CEOs. (MARTELLI, 2010).

Em Santa Catarina existem 293 (duzentos e noventa e três) municípios, organizados segundo características sociais, políticas e econômicas e distribuídos regionalmente com base em 36 estruturas administrativas regionalizadas – as Secretarias de Desenvolvimento Regionais, e com base em 9 (nove) macrorregiões (SANTA CATARINA, 2008).

Além da divisão administrativa do Estado, o Pacto de Gestão prevê a criação de Colegiados de Gestão Regional – CGR que se constituem em espaço de articulação, definição de prioridades, pactuações e soluções. Desta forma, além da divisão política do estado em SDRs, os municípios estão agrupados em 21 Regiões de Saúde, conforme a figura 2, objetivando a organização de uma rede de ações e serviços de atenção à saúde integral e resolutiva (SANTA CATARINA, 2008).

Na tabela 4 observa-se a distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas de Santa Catarina, de acordo com as Macrorregiões e Regiões de Saúde. Observa-se que a meta inicial de um CEO para cada 250 mil habitantes já foi atingida na maioria das regiões do estado. Entretanto, pode-se perceber que a meta não foi atingida nas regiões de Joinville e Criciúma, a segunda e a terceira mais populosas do estado, respectivamente. Também as regiões de Joaçaba e Timbó estão sem CEO, e os cinco novos CEOs a serem implantados no estado não serão referência para as regiões descobertas.

Tabela 3: CEOs de Santa Catarina segundo município sede, tipo de CEO, abrangência e recursos financeiros.

CEO	Tip	Atendim.	Valor Mensal	Valor Mensal
SMS Araranguá	I	Regionaliz	6.600,00	3.300,00
SMS Balneário	II	Regionaliz	8.800,00	4.400,00
SMS Biguaçu	I	Regionaliz	6.600,00	3.300,00
SMS Blumenau	II	Municipal	8.800,00	2.640,00
SMS Blumenau 2º	I	Municipal	6.600,00	-
SMS Brusque	I	Regionaliz	6.600,00	3.300,00
SMS Caçador	I	Regionaliz	6.600,00	3.300,00
SMS Canoinhas	II	Regionaliz	8.800,00	4.400,00
SMS Chapecó	III	Regionaliz	15.400,00	4.400,00
SMS Concórdia	II	Regionaliz	8.800,00	4.400,00
SMS Criciúma	I	Regionaliz	6.600,00	3.300,00
SMS Curitibaanos	I	Regionaliz	6.600,00	3.300,00
SMS Dionísio	I	Regionaliz	6.600,00	3.300,00
SMS Florianópolis	II	Municipal	8.800,00	2.640,00
SMS Florianópolis 2º	I	Municipal	6.600,00	1.980,00
SMS Gaspar	I	Regionaliz	6.600,00	1.980,00
SMS Ibirama	I	Regionaliz	6.600,00	3.300,00
SMS Imbituba	I	Regionaliz	6.600,00	3.300,00
SMS Itajaí	II	Municipal	8.800,00	2.640,00
SMS Itapema	I	Regionaliz	6.600,00	1.980,00
SMS Jaraguá do Sul	I	Regionaliz	6.600,00	3.300,00
SMS Joinville	II	Municipal	8.800,00	2.640,00
SMS Lages	I	Regionaliz	6.600,00	3.300,00
SMS Laguna	I	Regionaliz	6.600,00	1.980,00
SMS Mafra	II	Regionaliz	8.800,00	2.640,00
SMS Navegantes	I	Regionaliz	6.600,00	1.980,00
SMS Palhoça	I	Municipal	6.600,00	1.980,00
SMS Palmitos	I	Regionaliz	6.600,00	3.300,00

SMS Pinhalzinho	I	Regionaliz	6.600,00	3.300,00
SMS Rio do Sul	II	Regionaliz	8.800,00	4.400,00
SMS São Bento do Sul	I	Regionaliz	6.600,00	3.300,00
SMS São Joaquim	I	Regionaliz	6.600,00	1.980,00
SMS São José	II	Regionaliz	8.800,00	2.640,00
SMS São Lourenço do	I	Regionaliz	6.600,00	3.300,00
SMS São Miguel do	I	Regionaliz	6.600,00	3.300,00
SMS Tubarão	II	Regionaliz	8.800,00	2.640,00
SMS UNIVALI / Itajaí	II	Regionaliz	8.800,00	4.400,00
UFSC	II	Regionaliz	8.800,00	4.400,00
TOTAL	38		288.200,00	115.940,00

Fonte: Deliberação 70 CIB/SC/2010.

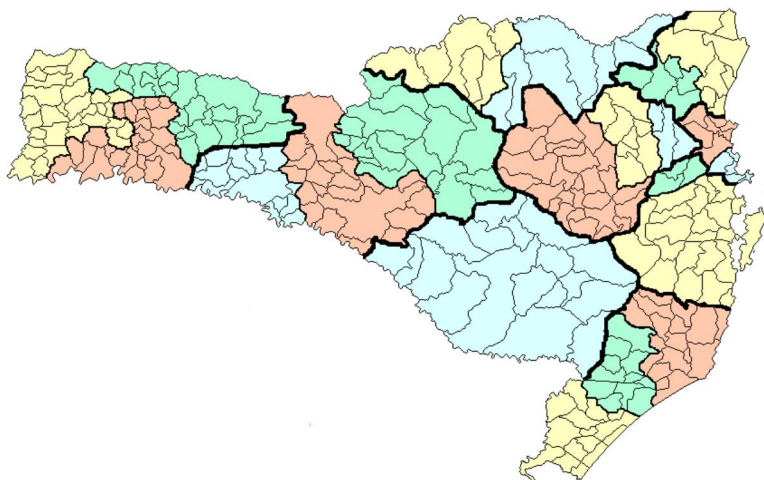


Figura 2: Mapa com a configuração das Regiões de Saúde de SC.

Fonte: PDR SC, 2008.

Tabela 4: Distribuição dos CEOs de Santa Catarina, de acordo com macrorregiões, Regiões de Saúde e População.

Macrorregião	Região de Saúde	Nº Municípios	População	Nº CEOs
Extremo-Oeste	São Miguel do Oeste	30	225.107	3
	Chapecó	25	294.891	2
	Xanxerê	21	182.635	1
Meio Oeste	Concórdia	15	139.977	1
	Joaçaba	21	166.877	-
	Videira	19	265.712	2
Planalto Serrano	Lages	18	291.372	2
Vale do Itajaí	Rio do Sul	28	256.750	2
	Blumenau	3	370.690	3
	Timbó	8	131.499	-
Foz do Rio Itajaí	Itajaí	6	271.299	3
	Balneário Camboriú	5	207.513	2
Planalto Norte	Mafra	7	222.095	2
	Canoinhas	6	126.400	1
Nordeste	Joinville	8	599.631	1
	Jaraguá do Sul	5	199.310	1
Grande Florianópolis	Brusque	3	115.184	1
	Grande Florianópolis	22	940.518	6
Sul	Tubarão	17	319.922	3
	Criciúma	11	372.091	1
	Araranguá	15	168.541	1
Total		293	5.868.014	38

Fonte: PDR SC 2008.

2.2.3. Publicações sobre os CEOs

Para a revisão teórica relativa aos estudos de avaliação dos CEOs realizou-se uma revisão sistematizada nas bases de dados Scielo, Lilacs, Biblioteca Virtual em Saúde, Banco de Teses da Capes e PUBMED no período de 12 de abril de 2011 a 01 de Setembro de 2011, com a utilização dos descritores “Centros de Especialidades Odontológicas” e “Atenção Secundária em Odontologia”. Dos resultados encontrados, 18 foram pertinentes para esta discussão, sendo sete artigos e 11 teses e dissertações, publicados no período de 2007 a 2011. Além dessas publicações, foram incluídas duas referências disponibilizadas pelos autores em um evento para coordenadores dos CEOs de Santa Catarina realizada em outubro de 2010.

Para efeito dessa revisão, as publicações foram organizadas em sete categorias de análise, quais sejam:

1. CEOs como estratégia para a busca da integralidade, identificada nas publicações de Medeiros (2007), Pucca Jr et al (2009) e Chaves et al (2010);
2. A satisfação do usuário com o serviço disponibilizado nos CEOs, identificada nas publicações de Souza (2009) e Lima, Cabral e Vasconcelos (2010);
3. A referência e contra-referência nos CEOs, identificada nas publicações de Medeiros (2007), Ferraz (2008) e Souza (2009);
4. A relação da implantação dos CEOs com as diretrizes da PNSB, identificada nas publicações de Robles (2008) e Martelli (2010);
5. Estrutura, localização, atuação e características da implantação dos CEOs, identificada nas publicações de Medeiros (2007), Maciel (2008), Deitos (2009), Silva (2009), Saliba et al (2010) e Mello (2010);
6. Produtividade e cumprimento das metas nos CEOs, identificada nas publicações de Medeiros (2007), Weber (2009), Figueiredo e Góes (2009), Chaves et al (2011), Maia e Kornis (2010), Guimarães (2010) e BRASIL (2010d);
7. Financiamento dos CEOs, identificada nas publicações de Guerra (2009), Maia e Kornis (2010) e Martelli (2010).

CEOs como estratégia para a busca da integralidade em saúde

Medeiros (2007) realizou um estudo de avaliação em três CEOs de Natal/RN utilizando com abordagem qualitativa e o princípio da integralidade como base conceitual. Foram entrevistados dentistas, usuários e gestores e a coleta de dados se deu por meio de pesquisa documental, observação direta e entrevista semi-estruturada. Os resultados apontaram aspectos que se distanciam da integralidade: baixa resolutividade na rede básica; modelos tradicionais de acesso aos serviços; oferta insuficiente para algumas especialidades; encaminhamentos burocráticos da atenção básica à especializada; sistema desintegrado e desarticulado entre níveis de atenção. Os aspectos positivos identificados foram a aproximação da integralidade em situações como o aumento do acesso e cobertura na Estratégia Saúde da Família; maior aproximação entre profissional e usuário; tendência ao crescimento quantitativo e qualitativo de ações especializadas; iniciativas pontuais de relações entre níveis; existência de protocolo para orientar profissionais.

Em seu artigo, Pucca Jr. e colaboradores (2009) contextualizam questões acerca da Política Nacional de Saúde Bucal e o estágio de desenvolvimento até então. Para os autores, os CEOs constituem a realização do direito aos cuidados integrais em saúde bucal, com mais de 17 milhões de procedimentos especializados realizados entre janeiro de 2005 e outubro de 2008. Os autores afirmam que o aumento do financiamento para equipes de saúde bucal na ESF, associado à implantação de serviços de média e alta complexidade e à padronização de atividades preventivas de saúde bucal evidenciam que o conceito de integralidade está sendo implementado no planejamento em saúde bucal e tem viabilizado a formação de uma rede articulada em diferentes níveis de cuidados de saúde.

Chaves e colaboradores (2010) realizaram um estudo exploratório transversal baseado em entrevista com 611 usuários de quatro centros de especialidades odontológicas da Bahia em 2008 com o objetivo de analisar fatores relacionados à integralidade na assistência à saúde bucal em Centros de Especialidades Odontológicas. A variável dependente foi descrita como “integralidade na saúde bucal”, correspondente à realização de tratamento odontológico básico antes do tratamento especializado ou concomitante a este. Os resultados demonstraram que tiveram maior chance de receber a assistência integral os pacientes moradores de cidades em que a Estratégia de Saúde

da Família tinha cobertura maior ou igual a 50%; quem buscou tratamento endodôntico em relação a outras especialidades; os usuários com maior facilidade no acesso geográfico ao serviço especializado; e os pacientes com ficha de referência e oriundos da atenção básica. As autoras recomendam que a implantação de centros de especialidades odontológicas deve ser realizada em municípios que possuam a atenção primária à saúde adequadamente estruturada, para que a atenção secundária tenha base para cumprir o princípio da integralidade pretendida

A satisfação do usuário com o serviço disponibilizado nos CEOs

Souza (2009) avaliou desempenho dos CEOs da Região de Saúde da Grande Natal, e a satisfação com o atendimento foi relatada por 90,9% dos usuários, sendo que a demora no atendimento foi o principal motivo para a insatisfação, com longa espera para ser atendido a partir da, marcação, longa fila para marcar o atendimento e poucas vagas ofertadas.

Lima, Cabral e Vasconcelos (2010) avaliaram a satisfação dos usuários assistidos pelos quatro CEOs de Recife / PE através da aplicação do Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal (QASSaB), elaborado e validado pela Universidade do Pernambuco. O instrumento de pesquisa foi constituído de onze questões abrangendo sete dimensões da qualidade: relações humanas, eficácia, acessibilidade, qualidade técnico-científica, ambiente físico/limpeza, aceitabilidade e resolutividade. Os resultados apontaram avaliações negativas apenas para as dimensões acessibilidade, na qual 52,5% dos entrevistados responderam ser difícil e muito difícil obter de uma vaga; e na dimensão ambiente físico, onde a limpeza dos banheiros foi classificada como péssima por 34,8% dos respondentes. Os pesquisadores afirmam que a avaliação positiva dos usuários pode ser explicada pelo sentimento de gratidão pelo atendimento gratuito, pelo medo da sanção em caso de resposta negativa, pela impossibilidade de acesso a outro tipo de serviço e pela proximidade do posto à sua residência. Além disso, entendem que é possível que a qualidade percebida pelo paciente esteja mais relacionada ao modo como ele é tratado do que com as questões técnicas relativas à assistência.

A referência e contra-referência nos CEOs

Medeiros (2007) em sua avaliação dos CEOs da Grande Natal, observou que pacientes vão a unidade básica apenas para pegar encaminhamentos, sem receber tratamento básico nas USF, falta de seguimento a protocolos, não realização de contra-referência, evidenciando que os pacientes estão “soltos” dentro do sistema.

Ferraz (2008) desenvolveu em seu estudo uma avaliação da referência e contra-referência nos Centros de Especialidades Odontológicas em Teresina/PI por meio de entrevistas com os cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e análise das fichas clínicas usadas como instrumento de encaminhamento no período de um ano de atendimento contra-referência. Concluiu que a referência não ocorre de maneira adequada, pois é o próprio paciente se responsabiliza pelo seu agendamento. A contra-referência também é realizada de maneira pouco adequada, pois não encontrou as fichas de contra-referência arquivadas nos prontuários dos pacientes em nenhuma unidade visitada. Segundo 49,1% dos cirurgiões-dentistas entrevistados este retorno não é realizado e nas unidades onde houve retorno, as fichas estavam arquivadas separadas das fichas clínicas dos pacientes.

Da mesma maneira Souza (2009) identificou fragilidades no sistema de referência e contra-referência entre UBSs e o CEOs da Grande Natal, visto que parte dos usuários vão diretamente aos centros sem passar antes pela Atenção Básica. Os dentistas apontaram como fatores negativos encaminhamentos desnecessários e limitações nas UBSs, que encaminham pacientes sem o tratamento básico realizado. A autora conclui que os CEOs estudados são resolutivos para aqueles que os acessaram, mas que se percebe a necessidade de capacitação para os profissionais e melhores condições para que atenção básica e média complexidade possam atuar conjuntamente.

A relação da implantação dos CEOs com as diretrizes da PNSB

Robles (2008) realizou uma pesquisa qualitativa, descritiva e interpretativa com objetivo de verificar como as diretrizes da PNSB foram acatadas e implantadas no município de São Paulo. Em relação aos CEOs, as falas dos entrevistados apontam que a implantação dos mesmos no município de São Paulo tem tido dificuldades com infraestrutura e pessoal; há reduzido número de CEO e carência de recursos oferecidos; problemas em relação à regulação de vagas e, aos protocolos de encaminhamento; necessidade de verbas de custeio e de contratação

de recursos humanos; e alta demanda com lista de espera leva de até dois anos para o atendimento. Como pontos positivos, destacam-se a flexibilidade, o estímulo às especializações dos cirurgiões-dentistas e a implantação do sistema de regulação de vagas.

Em sua tese, Martelli (2010) reflete sobre a conformação do modelo de atenção em saúde bucal do Recife no período 2000 a 2007, de acordo com as diretrizes da PNSB. No estudo a aproximação entre os 32 componentes programáticos das diretrizes da PNSB e o modelo de atenção em saúde bucal do Recife foram categorizados em ausente implantação, incipiente implantação, intermediária implantação e avançada implantação. A diretriz “ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária” no Recife foi categorizada como intermediária implantação, pois apesar da ampliação dos procedimentos especializados e da implantação de quatro CEOs a participação dos mesmos continua sendo minoritária no oferecimento dos procedimentos, as especialidades atendidas diferem das padronizadas pelo Ministério da Saúde, e procedimentos de média complexidade são realizados em unidades assistenciais ao invés de concentrados nos CEOs como preconizado. Já a diretriz “rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços”, foi categorizado como intermediária implantação, visto que a rede de serviços não está completa e há falta de algumas especialidades; não se observou mecanismo formal de referência para a alta complexidade em saúde bucal e a rotina de contra referência ainda não está consolidada. A dificuldade no acesso para a média complexidade, principalmente para endodontias e próteses e para a alta complexidade fez o pressuposto “integralidade nas ações” ser categorizado como intermediária implantação. O estudo conclui que apesar das ausências observadas o modelo de atenção em saúde bucal do Recife sofre influência e mantém sintonia com as diretrizes da PNSB.

Estrutura, localização, atuação e características da implantação dos CEOs

Medeiros (2007) avaliou a estrutura de 3 CEOs de Natal e observou problemas relacionados ao ambiente (salas de tamanho inadequado e sem privacidade); limpeza (infiltrações, paredes mofas, odores fortes); consultórios não exclusivos para uso de especialidades; carga horária total do CEO não cumprida, insuficiência de instrumentais (principalmente de periodontia).

Maciel (2008) investigou a localização dos CEOs e outros centros de saúde bucal de todo o país que prestam serviços ortodônticos, com vistas a discutir os caminhos para incrementá-los e torná-los mais efetivos. Detectou 42 serviços públicos de ortodontia presentes em 39 municípios de todo o Brasil, caracterizando-os como insipientes em relação recursos humanos, financiamento, triagem e protocolos clínicos.

Deitos (2009) realizou um estudo transversal descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa, de 56 CEOs localizados em seis estados, utilizando parte do banco de dados do estudo descritivo realizado pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal entre 2008 e 2009. Foram coletados dados referentes aos tipos de CEO, recursos humanos, fluxo de atendimento, demanda e tempo de espera, produtividade, capacitação profissional, financiamento, dentre outros. O autor considera que houve sucesso nesta primeira fase da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, especialmente no que se refere à atenção secundária, e que se fazem necessários incrementos na profissionalização da gestão em saúde bucal através do monitoramento e avaliação dos serviços.

Em seu estudo, Silva (2009) buscou identificar e analisar os processos desenvolvidos pelo Município de Duque de Caxias/ RJ para a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) para compreender o título conferido a ele de “excelência em saúde bucal” pelo Prêmio Brasil Sorridente 2006, do Governo Federal. A pesquisa é um estudo de caso, com finalidade exploratória, de uma experiência bem sucedida. Os resultados apontaram como pontos positivos o fortalecimento da atenção básica, a funcionalidade do sistema de referência e contra-referência e o seguimento dos protocolos. Como fragilidades diagnosticou a precarização do trabalho, visto que a dos profissionais entrevistados todos eram contratados por CLT em caráter temporário, além de dificuldades na regulação de vagas, o que compromete o acesso ao serviço. Apesar dos pontos negativos observados, e de ter entrevistado os profissionais de apenas um dos dois CEOs do município, o autor afirma que o município mereceu o Prêmio Brasil Sorridente pois empreendeu um esforço para a mudança da assistência odontológica.

Mello (2010) analisou o processo de regionalização na Grande Florianópolis com ênfase no cuidado à saúde bucal na rede de atenção à saúde. Observou que todos os municípios da região tem opção de referência para algum CEO, mas as filas são longas. As especialidades

endodontia, periodontia e cirurgia bucomaxilofacial estão presentes em todos os serviços e são as de maior demanda, e que a especialidade de estomatologia (diagnóstico bucal) ainda não está plenamente organizada. Em algumas situações o paciente chega ao CEO sem a adequação do meio bucal realizada na atenção básica e a falta da contra-referência é citada como uma dificuldade a ser superada. Também observou problemas no SISREG e dificuldade na marcação de consultas com maior agilidade. A falta dos pacientes, principalmente na primeira consulta também foi relatada, além da situação na qual os municípios encaminham pacientes para preenchimento de suas cotas de vagas pactuadas. E sobre as questões estruturais, aferiu a necessidade de melhorias no espaço físico, mais equipamentos periféricos de diagnóstico, sobretudo o aparelho de raios-x.

Produtividade e cumprimento das metas

Medeiros (2007) e Weber (2009) observaram que o número de procedimentos especializados aumentou substancialmente a partir da implantação dos CEOs nas cidades de Natal e Cascavel, respectivamente. Em Natal o indicador complementar de saúde bucal, que consiste na proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às demais ações individuais realizadas no âmbito do SUS, passou de 7,87 no ano 2000 para 14,71 em 2005, o que evidencia que a produção de procedimentos especializados dobrou com a implantação dos CEOs. Em Cascavel, da mesma forma, o percentual foi de 101% de aumento. Neste sentido entende-se que a implantação do CEO pode possibilitar a reversão do modelo mutilador, pois a falta de acesso a possibilidades de tratamento especializado conservador implica na extração dentária como única alternativa para tratamento das doenças cárie e periodontal.

Figueiredo e Góes (2009) realizaram um descritivo, quantitativo, de caráter avaliativo normativo dos CEOs de Pernambuco, com a utilização de dados secundários registrados no SIA/SUS no ano de 2006. A avaliação normativa consistiu na análise da produção média mensal em função das metas de desempenho estabelecidas para cada tipo de CEO segundo a Portaria nº. 600/GM de 2006. Dos 22 Centros de Especialidades Odontológicas, 40,9% obtiveram um desempenho bom – cumpriram meta em três especialidades. 81,8% dos CEOs cumpriram a meta para o subgrupo atenção básica, enquanto apenas 13,6% que cumpriram a meta do subgrupo cirurgia oral menor. Em relação ao porte populacional e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), observou-se

que quanto menor a cidade e menor o IDH, pior foi o desempenho dos CEOs.

Chaves et al (2011) realizaram uma pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa e quantitativa, com o objetivo de avaliar a oferta e a utilização dos serviços odontológicos especializados de quatro CEOs da Bahia. O componente quantitativo foi um estudo transversal a partir dos dados secundários de produção ambulatorial do SIA-SUS que foram confrontadas a oferta disponível e a utilização. A oferta potencial foi compreendida como a disponibilidade de recursos para produção de procedimentos por parte do serviço e foi entendida em três sentidos: a capacidade potencial de produção ambulatorial proposta pela Portaria GM nº. 1.101/2002 (três procedimentos por hora); a oferta calculada a partir de consulta a experts através de técnica de consenso (1,2 a 1,5 procedimentos por hora segundo especialidade); e oferta calculada a partir dos padrões propostos para habilitação dos CEOs (Portaria GM nº. 1.571/2004). A utilização do serviço se referiu a quanto o conjunto dos cirurgiões-dentistas do CEO por especialidade realmente produziu em número de procedimentos registrados no SIA-SUS. A taxa de utilização foi traduzida como a relação entre a utilização ou uso e a oferta. Desta forma, compreendeu-se que quanto mais próxima de 100%, melhor essa relação e mais adequada para o serviço; uma taxa de utilização em torno de 85-95% foi considerada adequada; taxas que superaram estes percentuais poderiam revelar alto desempenho ou inadequação dos padrões propostos. O estudo revelou que as taxas de utilização variaram conforme o padrão utilizado, com valores acima de 100% no caso do padrão proposto pela portaria específica de normatização da produção dos CEOs vigente até então e muito baixas segundo o padrão proposto pela Portaria GM nº. 1.101/2002. As taxas de utilização dos procedimentos segundo o padrão proposto pelos especialistas variaram conforme especialidades e CEOs estudados, mas demonstraram em geral baixas taxas de utilização dos serviços públicos odontológicos especializados nos quatro CEOs analisados. As autoras afirmam que a baixa taxa de utilização dos serviços especializados pode indicar problemas de gestão do serviço, destacando-se: falta de clareza sobre padrões e metas propostos pelo serviço; falta de pacientes que não são substituídos; falta de padronização nas técnicas operatórias; conflitos na integração entre a atenção básica e atenção especializada; possível descumprimento da carga horária real por parte dos CDs. Observou-se também que a maioria dos CEOs ofertou apenas endodontia de uni e bi-

radiculares, o que fica em desacordo com as necessidades epidemiológicas, pois os dentes molares são os mais acometidos e perdidos pela cárie dentária. (CHAVES ET AL, 2011).

Maia e Kornis (2010) realizaram um estudo sobre o processo de reorganização das ações e serviços de saúde bucal no estado do Rio de Janeiro. Os autores construíram uma série histórica da produção ambulatorial em saúde bucal dos 92 municípios do estado do Rio de Janeiro no período entre janeiro de 1998 e dezembro de 2007, cujos dados foram comparados com informações relativas à implantação das ESBs, dos CEOs e dos LRPDs existentes no estado. Na atenção especializada foram contabilizados os procedimentos de curetagem subgingival por indivíduo e tratamento endodôntico permanente multirradicular. Os autores consideraram que, em tese o procedimento curetagem subgingival por indivíduo deveria apresentar um volume de produção inferior ao procedimento “curetagem/polimento dentário”, realizado na atenção básica; e que o procedimento endodontia trirradicular, em tese, deveria ter um volume inversamente proporcional ao volume de exodontias de elementos permanentes, já que seria um procedimento alternativo à exodontia, entendido como um tratamento mutilador. Os autores consideraram que sendo a atenção básica oferecida de forma adequada e contínua, espera-se que ocorra, a médio e longo prazo, uma redução no volume das “ações especializadas”. O estudo identificou no estado 46 CEOs distribuídos em 27 municípios, dos quais 11 CEOs (41%) apresentaram queda na produção total de ações especializadas. A apenas dois municípios este fator foi relacionado pelos autores a um bom desempenho e cobertura das ESBs. Na capital Rio de Janeiro, observou-se uma cobertura de atuação das ESBs de apenas 5,62%, mas com 18 CEOs implantados, a qual concentra 39% desses centros habilitados no âmbito estadual. A série histórica na cidade apresentou queda no montante de primeiras consultas programáticas, e aumento no volume da produção de exodontias, o que demonstra que o acesso não foi ampliado e que apesar da ênfase na atenção especializada em detrimento da atenção básica em saúde persiste um modelo assistencial mutilador.

Guimarães (2010) estudou a atenção secundária na saúde bucal no Ceará em 2008. Identificou 67 centros dos quais 45 foram analisados sob as diretrizes da PNSB. 37% atingiram desempenho bom ou ótimo enquanto 63% obtiveram desempenho ruim ou regular. 86,7% alcançou as metas nos procedimentos básicos, mas menos da metade desse

percentual (42,2%), não atingiu as metas mínimas nas especialidades de endodontia, periodontia, e cirurgia oral menor.

Os estudos apontam que a implantação dos CEOs foi imperativa para o aumento da produção de procedimentos especializados em odontologia. Entretanto, problemas na gestão dos serviços e na relação entre atenção básica e especializada podem trazer baixa produtividade e baixa taxa de uso dos serviços nos CEOs.

Dados sobre a produtividade dos CEOs de Santa Catarina foram apresentados em uma oficina de capacitação para gestores dos realizada em outubro de 2010 em Florianópolis. A Coordenação Nacional de saúde Bucal monitorou a produção dos 38 CEOs do estado no ano de 2009 e constatou que 71% dos CEOs não cumpriram a meta em endodontia; 47% não cumpriram a meta em periodontia; 82% não cumpriram a meta em cirurgia oral menor e 34% não cumpriram a meta na especialidade de pacientes especiais. O percentual médio de produção dos CEOs que não cumpriram a meta nestas especialidades foi de apenas 33,1%. Apenas um CEO cumpriu metas nas quatro especialidades, e quatro CEOs cumpriram metas em três especialidades (exceto pacientes especiais). Dos CEOs que cumpriram a meta nas três especialidades, a produção foi em média de 312,2%. Naquele ano, três CEOs apresentaram a produção zerada em todas as especialidades, sendo que sete CEOs apresentaram a produção zerada apenas em endodontia, seis em pacientes especiais, cinco em periodontia e três em cirurgia. O MS recebeu respostas de 19 municípios, que alegaram como principais justificativas para o não cumprimento das metas problemas divididos categorizados em três eixos: estrutura, processo e gestão. Na estrutura houve relatos de falta de equipamentos e materiais e problemas com recursos humanos –falta de CDs disponíveis para contratação, baixa carga horária de profissionais, poucos contratados. No processo os coordenadores alegaram dificuldades nos recursos humanos com faltas e afastamento de profissionais; na referência com encaminhamentos incorretos e problemas na marcação de consultas; problemas relacionados aos pacientes, com pacientes faltosos às consultas ou pouca demanda para a especialidade; e problemas no registro da informação: falhas na digitação, CNES incorreto e discordância de dados do município e do MS. E no eixo da gestão foram apresentadas justificativas baseadas no desconhecimento das metas e dificuldades financeiras. (BRASIL, 2010d)

Financiamento dos CEOs

Guerra (2009) analisou a política de incentivo financeiro federal procurando identificar os elementos que possam ter contribuído ou dificultado a implantação dos CEOs nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. A autora afirma que a decisão final no processo de aprovação dos pedidos dos CEOs é do Ministério da Saúde, e que a falta de recurso financeiro é o limite para a implantação de novos centros. Critérios e requisitos presentes na portaria de credenciamento dos CEOs não seriam considerados como fatores de exclusão para a habilitação, e com isso alguns não são contemplados. O possível limite de recurso para a implantação de novos centros leva a uma morosidade do processo. A autora afirma a necessidade de se definir uma relação CEO por habitante e que somente quando alcançada essa relação em todo o país poder-se-ia afirmar se os CEOs estão funcionando.

Maia e Kornis (2010) afirmaram em seu estudo que a ampliação do acesso e da oferta de serviços em saúde bucal no estado do Rio de Janeiro ocorreu em maior parte pela existência dos incentivos federais do que pelo planejamento ou programação baseado nas necessidades da população. Os autores ressaltam que o incentivo financeiro pode ser interessante para a implantação do serviço, mas que a demanda reprimida e a falta de planejamento podem trazer dificuldades para a manutenção dessa oferta, principalmente por se saber que os recursos federais não são suficientes para todo o custeio de produção destes serviços.

Martelli (2010) afirma que em Recife o financiamento dos CEOs vem apenas do Ministério da Saúde e do município, não tendo participação do estado. No Brasil apenas Ceará, Rio Grande do Sul e Santa Catarina têm repasse estadual para os CEOs. O autor cita um estudo de Mendes Júnior (2010) que calculou que o incentivo federal para os CEOs foi responsável no primeiro semestre de 2010 por 30% dos custos para os CEOs tipo 1, 28,16% para os CEOs tipo 2 e 23,57% para os CEOs tipo 3, o que confirma que os municípios têm arcado com a maior parte dos custos dos serviços, principalmente aqueles não recebem repasses estaduais.

A partir desta revisão teórica pôde-se perceber que são recentes na literatura os estudos referentes aos Centros de Especialidades Odontológicas. Além disto, observa-se entre os pesquisadores dificuldades conceituais relacionadas aos objetivos da avaliação, visto

que em vários trabalhos propuseram-se a realizar uma pesquisa avaliativa, mas não necessariamente apresentam em seus resultados e conclusões a emissão do juízo de valor, constituindo-se mais de estudos analíticos e de diagnóstico do que de avaliações propriamente ditas.

Em relação aos CEOs, de maneira geral as pesquisas apontam problemas e pontos negativos comuns: dificuldades na referência e contra-referência, ausência de protocolos, alta demanda e filas de espera prolongadas, baixa resolutividade na atenção básica, dificuldades no financiamento.

Mesmo com a publicação do Manual de Especialidades em Saúde Bucal, (BRASIL, 2008), onde o Ministério da Saúde define protocolos clínicos e fluxos de encaminhamentos, observam-se fragilidades nos CEOs estudados.

Pode-se afirmar que os CEOs são estratégias extremamente positivas na busca da ampliação e qualificação da atenção secundária em saúde bucal, e representam um avanço na reorganização das práticas odontológicas. Desta forma, é de extrema relevância que se realizem processos contínuos de avaliação, com metodologias consistentes capazes de identificar fragilidades e potencialidades que sirvam de subsídio para a gestão.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1. TIPO DE ESTUDO

Este estudo é definido, em função de seus objetivos, como uma pesquisa metodológica, conforme Tobar e Yalour (2001, p.70)

[...] é um tipo de estudo que se refere a instrumentos de captação, coleta de dados e/ou intervenção da realidade. Estão, portanto, envolvidos com os caminhos, formas, maneiras, procedimentos para atender determinados fins.

Desta forma, esta pesquisa buscou estabelecer caminhos, ou métodos, para avaliar uma determinada situação real, e um dos produtos finais do estudo foi uma avaliação normativa da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas em Santa Catarina.

Para Contandriopoulos et al (1997, p. 30)

avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Segundo o autor, a avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas (CONTANDRIOPOULOUS et al, 1997).

Quando um programa ou serviço de saúde está na fase de implantação e/ou desenvolvimento, a sua avaliação tem um objetivo formativo, e busca identificar suas facilidades e dificuldades, se os

recursos e atividades são suficientes em quantidade e qualidade, de que maneira estão organizados, se a intervenção está sendo implementada conforme o esperado, se está alcançando a população programada, dentre outros. Desta forma, um dos tipos de avaliação possíveis para este objetivo é a avaliação normativa, que busca mensurar o grau de implantação da intervenção. (CAZARIN et al, 2010).

Como principais características da avaliação normativa pode-se citar o apoio aos gestores e profissionais na rotina dos serviços, ser normalmente realizada por pessoas diretamente envolvidas no programa e apresentar forte relação entre o respeito às normas e critérios estabelecidos e os efeitos da intervenção. (FIGUEIRÓ et al, 2010).

3.2. SELEÇÃO DOS CEOS

Como critérios de seleção para a pesquisa foram considerados:

- CEOS gerenciados pelos municípios sede;
- CEOS com produção completa no ano de 2010;
- CEOS com estrutura e processo de trabalho passíveis de serem avaliados e comparados aos demais serviços.

Desta forma, dos 38 CEOS em funcionamento em Santa Catarina, foram selecionados 34 centros em 33 municípios.

Os quatro CEO excluídos foram:

- Os dois localizados e gerenciados por Universidades (UFSC e UNIVALD);
- O segundo CEO de Blumenau, que teve suas atividades iniciadas apenas em meados de 2010;
- O CEO de São Joaquim, que passa por reformas administrativas e estruturais.

Os CEOS selecionados para participar da pesquisa estão identificados por macrorregiões no quadro 3.

Quadro 1:CEOs selecionados para o estudo por macrorregião de Santa Catarina:

Macrorregião	Cidade
Extremo - Oeste	<ul style="list-style-type: none"> • Dionísio Cerqueira • São Lourenço do Oeste • São Miguel do Oeste • Palmitos • Pinhalzinho • Chapecó
Meio - Oeste	<ul style="list-style-type: none"> • Concórdia • Caçador • Curitibanos
Planalto Serrano	<ul style="list-style-type: none"> • Lages
Vale do Itajaí	<ul style="list-style-type: none"> • Blumenau • Gaspar • Rio do Sul • Ibirama
Foz do Itajaí	<ul style="list-style-type: none"> • Itajaí • Navegantes • Balneário Camboriú • Itapema
Planalto Norte	<ul style="list-style-type: none"> • Canoinhas • Mafra • São Bento do Sul
Nordeste	<ul style="list-style-type: none"> • Joinville • Jaraguá do Sul
Grande Florianópolis	<ul style="list-style-type: none"> • Brusque • Biguaçu • São José • Florianópolis (2 CEOs) • Palhoça
Sul	<ul style="list-style-type: none"> • Imbituba • Laguna • Tubarão • Criciúma • Araranguá
TOTAL	34 CEOs

3.3. MODELO LÓGICO

A avaliação conceituada como a emissão de um juízo de valor sobre um objeto por meio de critérios e referenciais previamente definidos impõe a construção de um modelo teórico – lógico como etapa indispensável à sua avaliabilidade. Nesse processo, são consideradas a documentação normativa disponível, a revisão de literatura e a percepção de diversos atores implicados no processo. (HARTZ E CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Para este estudo desenhou-se um modelo lógico para a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (figura 3) cujas referências foram:

- A Constituição Federal em seu artigo 196, que garante o direito aos cidadãos brasileiros ao acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os níveis de atenção;
- A Constituição Federal em seu artigo 198, que determina que os serviços de saúde estarão organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada;
- A Política Nacional de Saúde Bucal de 2004, que prevê a reorganização da atenção em Saúde Bucal em todos os níveis de atenção;
- As portarias GM/ MS Nº 599 /2006, que dispõe sobre as normas e critérios para a implantação dos CEOs;
- Portaria GM/MS Nº 2898 / 2010, que atualiza a portaria GM/MS Nº 600 / 2006, e define a quantidade e os procedimentos que devem ser realizados em cada especialidade, por tipo de CEO, como meta de produtividade e critério de monitoramento.
- Manual de Especialidades em Saúde Bucal (BRASIL, 2008) e Caderno de Atenção Básica Nº 17 – Saúde Bucal (BRASIL, 2006c), que trazem orientações sobre regulação, clínica e fluxo de referência e contra-referência entre atenção básica e especializada.

A elaboração do modelo lógico ocorreu em oficinas de consenso com especialistas (técnicos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, professores e doutorandos da UFSC), e buscou identificar os aspectos normativos e as orientações importantes que deveriam ser incorporados na descrição do objeto.

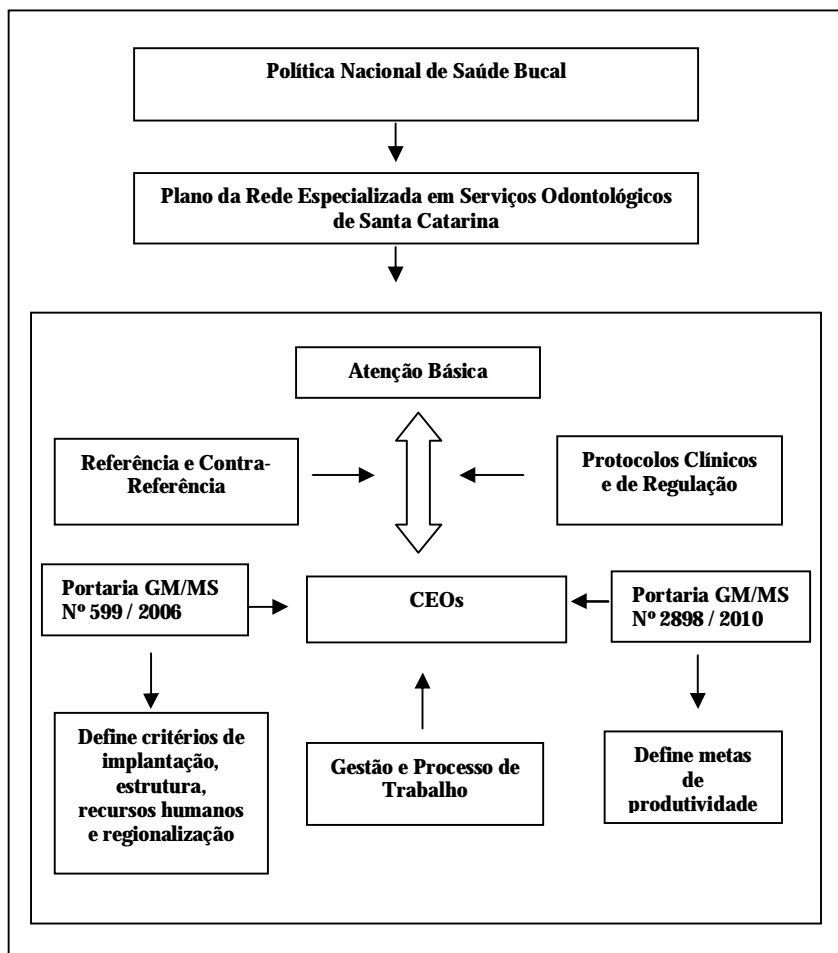


Figura 3: Modelo Lógico de Avaliação da Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Os pressupostos que orientaram a proposta foram de que os CEOs devem:

- Compor uma rede assistencial consoante com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e com o Plano da Rede Especializada em Serviços Odontológicos de Santa Catarina.
- Estar integrado à Atenção Básica por meio de um sistema consistente de referência e contra-referência e seguimento de protocolos clínicos e de regulação descritos no Caderno de Atenção Básica Nº 17 – Saúde Bucal e no Manual de Especialidades Odontológicas;
- Atender aos critérios estabelecidos pela portaria GM/MS Nº 599/2006 relacionados a atividades clínicas, equipamentos e materiais, estrutura física e recursos humanos;
- Integrar o processo de planejamento regionalizado, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização, conforme preconizado na GM/MS Nº 599/2006;
- Cumprir a produção mínima mensal de acordo com portaria GM/MS Nº 2898 de 21 de Setembro de 2010. Garantir a qualidade da assistência através de estratégias adequadas de gestão dos serviços de saúde e processo de trabalho.

3.4. MATRIZ AVALIATIVA

O desenvolvimento de uma avaliação requer a construção de uma matriz que apresente os critérios, indicadores e parâmetros que serão utilizados, bem como as respectivas fontes de informação a serem consideradas. (MEDINA et al, 2005).

O critério definido para a realização desta avaliação é a implantação dos CEOs, de acordo com as normas estabelecidas nas portarias que regulamentam sua constituição e atuação, e com orientações sobre fluxos, regulação do serviço e processo de trabalho descritos na literatura.

Foram consultados os estudos publicados nos últimos dez anos que trataram de avaliação de serviços de saúde bucal, localizando as dimensões identificadas para o objeto pelos diferentes pesquisadores. Também foram analisadas as normas e orientações relativas aos Centros

de Especialidades Odontológicas, buscando identificar os aspectos destacados nos documentos. Essa revisão resultou em uma lista de dimensões, indicadores e parâmetros preconizados nos estudos e inferidos pela normatização.

Essa lista foi analisada em oficinas de elaboração de projeto do curso de pós-graduação, resultando em uma matriz com três dimensões de análise para o objeto, quais sejam: dimensão estrutural, com quatro indicadores; dimensão organizacional, com quatro indicadores; e dimensão de produção, com um indicador.

A Dimensão Estrutural tem 4 indicadores relacionados às questões estruturais dos CEOs normatizados pela Portaria GM/MS Nº 599/2006.

A Dimensão Organizacional é composta por 4 indicadores construídos com base em características relevantes do processo de trabalho nos CEOs que, embora não estejam normatizados em portarias, são preconizados através do Caderno de Atenção Básica Nº17 – Saúde Bucal (BRASIL, 2006) e do Manual de Especialidades Odontológicas (BRASIL, 2008). Estas publicações apresentam modelos de fluxos e protocolos clínicos e de regulação para a referência e contra-referência entre atenção básica e média complexidade. Também são abordadas questões relativas à gestão dos serviços de saúde e processo de trabalho, que podem determinar um maior ou menor grau de implantação dos serviços.

A Dimensão Produção possui um indicador relativo às Portarias GM/MS Nº 600/2006 e 2898/2010, que definem os critérios de monitoramento da produção dos CEOs.

Os indicadores e medidas construídos e seus respectivos *racionais* estão dispostos no apêndice 1.

O quadro 2 apresenta a Matriz Avaliativa de Implantação dos CEOs em Santa Catarina.

Assis et al (2005) afirmam que o processo de construção de indicadores deve ser realizado de forma comunicativa e dialógica,

levando-se em consideração as diversas visões e interesses dos atores envolvidos nas ações que se avaliam e também dos próprios avaliadores.

A construção de uma matriz avaliativa pressupõe a necessidade de se adotar metodologias com capacidade de estabelecer indicadores, medidas e parâmetros com características desejáveis de especificidade (associação clara ao evento); validade (aceito para a realidade em questão); poder discriminatório; comparabilidade; e significância/relevância.

Para atender tais requisitos, a seleção dos indicadores e medidas desta matriz avaliativa contou com a participação e consulta a *experts* das áreas de avaliação em saúde e saúde bucal, sendo eles professores doutores vinculados à Universidade Federal de Santa Catarina, alunos de doutorado em saúde coletiva da UFSC e técnicos da divisão de saúde bucal de Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Foram realizadas consultas através de duas rodadas de questionários enviados por correio eletrônico. Após a compilação dos resultados, foi realizada uma reunião com a participação dos *experts*, para a discussão e consenso dos indicadores e medidas construídos e formatação final da matriz avaliativa.

3.5. COLETA DE DADOS

Para esta avaliação foram utilizados dados secundários, constantes nos bancos de dados do SIA/SUS e relatórios de produção da divisão de saúde bucal da SES/SC; e dados primários, coletados nos CEOs através de formulário online.

3.5.1. Coleta de dados secundários

Foram coletadas no banco disponibilizado pela Divisão de Saúde Bucal da SES/SC dados do SIA/SUS referentes à quantidade e ao tipo de procedimentos de endodontia, periodontia, e cirurgia realizados em cada CEO no ano de 2010, os quais foram comparados às metas de produção estabelecidas pela Portaria GM/MS Nº 2898/2010, cujos procedimentos estão listados no anexo 1.

A especialidade “Pacientes com necessidades especiais” não foi avaliada porque é composta por procedimentos da atenção básica. Muitos CEOs localizam-se em policlínicas, com CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde em comum, e pelo SIA/SUS, não haveria como diferenciar os procedimentos básicos realizados nos CEOs pela especialidade pacientes especiais, e os realizados na policlínica pela atenção básica.

Foram avaliadas duas medidas, o cumprimento da meta de produção mínima por especialidade no ano de 2010 e o cumprimento da meta mínima de endodontia em molares.

Também foram coletadas informações acerca da cobertura e cumprimento das metas de pactuação dos CEOs regionalizados nos relatórios de produção enviados mensalmente pelos serviços à coordenação de saúde bucal da SES/SC.

3.5.2. Coleta de dados primários

Informações não disponíveis nos bancos de dados e em relatórios da SES/SC foram coletadas por meio de questionário composto de questões abertas e fechadas, que foi respondido pelos coordenadores dos CEOs ou pelos coordenadores de saúde bucal do município. O questionário utilizado está no apêndice 02.

Segundo Vergara (2009, p.39),

Questionário é um método de coletar dados no campo [...] composto por uma série ordenada de questões a respeito de variáveis e situações que o pesquisador deseja

investigar. Tais questões são apresentadas a um respondente por escrito, para que ele responda também desta forma, independentemente de ser a apresentação e a resposta em papel ou em um computador. E escolha do meio é sempre do pesquisador.

A utilização de questionários como instrumento de coletas de dados é indicada em pesquisas de abordagem quantitativa, quando quer-se ouvir um número considerável de respondentes, quando estes estão em regiões geograficamente dispersas, tem-se um tempo restrito para a coleta dos dados e a presença do pesquisador na coleta dos dados não é necessária. Além disso, questionário facilita o tratamento dos dados porque permite a obtenção de resultados comparáveis entre si, já que questões e respostas são padronizados. (VERGARA, 2009).

O meio utilizado para o encaminhamento do questionário foi o formulário eletrônico FormSUS, um serviço de criação de formulários, desenvolvido pelo DATASUS para viabilizar aos técnicos do SUS o processo de coleta e disseminação de dados por meio da internet (BRASIL, 2010c).

Previamente ao envio dos questionários, a Gerência de Atenção Básica da SES/SC encaminhou um ofício aos coordenadores dos CEOs apresentando a pesquisa e solicitando o apoio e participação dos mesmos.

Em seguida, uma mensagem eletrônica contendo todas as informações acerca da avaliação e do acesso ao formulário eletrônico foi enviada pela pesquisadora aos coordenadores. Uma cópia do questionário foi enviada em anexo para que eles pudessem coletar as informações antes de acessar o sistema online.

Por fim, os coordenadores dos CEOs receberam por email através do sistema FormSUS/DATASUS o login e senha para o acesso ao formulário.

Disponibilizou-se aos coordenadores um período inicial de 15 dias para a devolutiva do questionário. Nesse período foram realizadas ligações telefônicas para os municípios que não responderam para

verificação de possíveis dúvidas ou dificuldades em relação ao formulário online. Alguns serviços relataram que os coordenadores estavam ausentes devido a férias, viagens e licença por motivo de saúde. Alguns coordenadores haviam sido substituídos, e não receberam os emails. Alguns coordenadores tiveram problemas no recebimento dos emails com login e senha para acesso ao Formsus. Por esses motivos, prorrogou-se o prazo para resposta ao questionário por mais trinta dias para se evitar perdas na amostra.

3.6. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram tabulados e analisados com auxílio de planilhas Microsoft Excel.

Os resultados foram comparados aos parâmetros normatizados para cada indicador e a partir daí foi emitido o juízo de valor sobre o grau de implantação de cada um dos CEOs avaliados.

3.6.1. Matriz de Julgamento

Na matriz de julgamento as três dimensões foram consideradas de igual importância, correspondendo cada uma a um aspecto ajuizado na avaliação.

Os indicadores em cada dimensão também foram considerados de igual importância, sendo agregados em uma mesma dimensão, com igual peso, para constituir um único valor para dimensão (adequado, parcialmente adequado e pouco adequado).

O mesmo para as medidas, que foram agregadas em cada indicador para constituir um único valor por indicador (adequado, parcialmente adequado e pouco adequado).

O ajuizamento de cada medida, indicador e dimensão da matriz avaliativa obedeceram aos critérios detalhados a seguir.

Medidas:

Cada medida foi avaliada de acordo com o parâmetro esperado, o qual teve como base as portarias que normatizam a implantação e monitoramento dos CEOs, documentos do MS que orientam seu funcionamento, e indicadores de avaliação relativos a processo de trabalho e organização de serviços já utilizados em outras pesquisas.

Desta forma, cada resultado foi categorizado como adequado, parcialmente adequado ou pouco adequado, de acordo com os parâmetros da matriz avaliativa. Os parâmetros para cada medida são apresentados no quadro 3.

Indicadores

O resultado de cada indicador foi obtido por meio do agrupamento dos resultados das suas respectivas medidas. O resultado final de cada indicador foi classificado em adequado, parcialmente adequado ou pouco adequado, de acordo com o seguinte critério geral:

- Adequado: o indicador não apresenta nenhuma medida com resultado “pouco adequado” e apresenta ao menos metade de suas medidas com resultado “adequado”.
- Pouco adequado: o indicador apresenta ao menos metade de suas medidas com resultado pouco adequado.
- Parcialmente adequado: demais possibilidades de resultados das medidas.

Essa classificação buscou valorizar resultados adequados e identificar os resultados inadequados, por constituir-se em uma avaliação normativa. Entretanto, entende-se que por ser de implantação recente, falhas ou ausências são esperadas e por esse motivo, foi adotada a categoria “regular”. Desta forma, os indicadores foram classificados como apresentado no quadro 4.

O agrupamento dos resultados dos indicadores em um resultado único por dimensão seguiu o mesmo critério geral.

Quadro 2: Matriz avaliativa da implantação dos CEOs em Santa Catarina:

INDICADORES	MEDIDAS
DIMENSÃO ESTRUTURAL	
Atividades Desenvolvidas	1. Quantidade de especialidades ofertadas
Recursos Estruturais	2. Adequação do número de consultórios ao tipo de CEO 3. Percepção do coordenador quanto à adequação da quantidade e qualidade de equipamentos 4. Percepção do coordenador quanto à adequação da quantidade e qualidade de instrumentos 5. Percepção do coordenador quanto à adequação das condições de iluminação, ventilação e climatização
Recursos Humanos	6. Adequação entre N° CDs e tipo de CEO 7. Adequação entre N° de horas CD disponíveis tipo de CEO 8. Adequação da proporção entre N° de horas ASBs e N° de horas CDs
Cobertura	9. Adequação ao PDR - 10. Proporção CEO/População da área de abrangência
DIMENSÃO ORGANIZACIONAL	
Recursos Estruturais	11. Se houve paralisação de algum consultório por motivo de falta de material de consumo por mais de dois dias consecutivos em 2010 12. Se houve paralisação de algum consultório por motivo de manutenção e/ou conserto de equipamentos por mais de dois dias consecutivos em 2010

Recursos Humanos	<p>13. Qualificação do vínculo de trabalho: % de trabalhadores com vínculo estatutário ou contrato CLT</p> <p>14. Qualificação profissional: % de CDs com capacitação, aperfeiçoamento ou especialização na área de atuação</p> <p>15. Se houve interrupção do atendimento por mais de três dias consecutivos, por motivo de falta de profissional, no ano de 2010</p>
Acesso	<p>16. % de preenchimento de cotas pactuadas para municípios</p> <p>17. Tempo médio de espera para início do tratamento em Endodontia</p> <p>18. Tempo médio de espera para início do tratamento em Estomatologia</p> <p>19. Tempo de espera entre retornos Endodontia</p> <p>20. Existência de critérios de idade de pacientes encaminhados à endodontia</p> <p>21. Existência de grupos dentários específicos para realização e tratamento endodôntico.</p>
Referência e contra-referência	<p>22. Atendimento exclusivo com encaminhamento</p> <p>23. Existência de formulário específico para referência</p> <p>24. Realização de contra-referência</p>
DIMENSÃO PRODUÇÃO	
Produtividade	<p>25. Cumprimento da meta mínima no ano de 2010 nas especialidades de endodontia, periodontia e cirurgia.</p> <p>26. Cumprimento da meta mínima de endodontia em molares</p>

Quadro 3: Parâmetros de ajuizamento das medidas (numeradas de acordo com o quadro 2) para Adequado (A), Parcialmente adequado (PA) e Pouco adequado (PO).

Medida	Parâmetro	Julgamento
1	Ter as 5 especialidades	A: 5 ou mais especialidades PA: 3 a 4 especialidades PO: até 2 especialidades
2	Tipo 1: 3; tipo 2: 4 a 6; tipo 3: 7 ou mais consultórios	A: atende; PO: não atende
3	Ter quantidade e qualidade de equipamentos	A: sim em quantidade e qualidade PA: somente quantidade ou qualidade PO: não em quantidade e qualidade
4	Ter quantidade e qualidade de instrumentais	A: sim em quantidade e qualidade PA: somente quantidade ou qualidade PO: não em quantidade e qualidade
5	Adequação do espaço físico	A: nenhum não; PA: outras; PO: 2 não
6	Tipo 1: 3; tipo 2: 4; tipo 3: 7 CDs	A: atende; PO: não atende
7	40 horas CD semanais para cada consultório previsto	A: \geq (nº consultório previsto x 32 hs) PA: $<$ (nº consultório previsto x 32 hs) e maior (nº consultório previsto x 24 hs) PO: \leq (nº consultório previsto x 24 hs)
8	1 ASB por 40 hs CD	A: horas \geq às dos CDs PO: horas $<$ que dos CDs
9	Adequação ao PDR (CEOs regionalizados)	A: atende; PO: não atende
10	Mínimo de 1 CEO para 250 mil habitantes	A: atende; PO: não atende
11	Não interrupção por falta de material	A: não; PO: sim
12	Não interrupção por falta de equipamento	A: não; PO: sim
13	Desprecarização do trabalho	A: 100% estatutário ou CLT PA: 70% a 99% estatutário ou CLT PO: menos de 70% estatutário ou CLT

14	Ao menos uma capacitação na área	A: 100% com no mínimo curso de capacitação PA: 75% a 99% com no mínimo curso de capacitação PO: menos de 75% com no mínimo curso de capacitação
15	Não interrupção por falta de profissional	A: não; PO: sim
16	Cumprir a meta de pactuação	A: mais que 75% das cotas PA: de 50 a 75% das cotas PO: menos que 50% das cotas
17	Menor tempo possível para início de endodontia	A: até 30 dias PA: de 30 a 60 dias PO: mais de 60 dias
18	Menor tempo possível para diagnóstico	A: até 30 dias PA: de 30 a 60 dias PO: mais de 60 dias
19	Menor tempo possível entre retornos de endodontia	A: até 15 dias PA: de 15 a 30 dias PO: mais de 30 dias
20	Todas as faixas etárias serem atendidas	A: não; PO: sim
21	Todos os grupos dentários serem tratados	A: não; PO: sim
22	Atendimento por encaminhamento	A: sim; PO: não
23	Ter formulário de referência	A: sim; PO: não
24	Fazer contra-referência	A: sim; PO: não
25	Metas de produtividade da portaria 2898/2010	A: cumpriu pelo menos 90% nas 3 especialidades PA: cumpriu pelo menos 90% em 1 ou 2 especialidades PO: não cumpriu nenhuma meta
26	Metas de produtividade de endodontias em molares da portaria 2898/2010	A: cumpriu mínimo de 20% PO: não cumpriu mínimo de 20%

Quadro 4: Matriz de julgamento para avaliação da implantação dos CEOs.

INDICADORES	JUÍZO DE VALOR INDICADOR	JUÍZO DE VALOR DIMENSÃO
Atividades Desenvolvidas (1 medida)	Adequado Parcialmente adequado Pouco adequado	DIMENSÃO ESTRUTURAL
Recursos Estruturais (4 medidas)	2 adequado e nenhum pouco adequado = A 2 pouco adequado = PO Demais = PA	BOM: Nenhum resultado ruim e pelo menos 2 resultados bons
Recursos Humanos (3 medidas)	2 adequado e nenhum pouco adequado = A 2 pouco adequado = PO Demais = PA	RUIM: Pelo menos 2 resultados ruins
Cobertura (2 medidas)	2 adequado = A Demais = PO	REGULAR: outras combinações
Recursos Estruturais (2 medidas)	2 adequado = A Demais = PO	DIMENSÃO ORGANIZACIONAL
Recursos Humanos (3 medidas)	2 adequado e nenhum pouco adequado = A 2 pouco adequado = PO Demais = PA	BOM: Nenhum resultado ruim e pelo menos 2 resultados bons
Acesso (6 medidas)	3 adequado e nenhum pouco adequado = A 3 pouco adequado = PO Demais = PA	RUIM: Pelo menos 2 resultados ruins
Referência e contra-referência (3 medidas)	2 adequado e nenhum pouco adequado = A 2 pouco adequado = PO Demais = PA	REGULAR: outras combinações
Produtividade (2 medidas)	2 adequado = A Demais = PO	DIMENSÃO PRODUÇÃO Igual ao resultado do indicador.

Legenda: A (Adequado), PA (Parcialmente Adequado), PO (Pouco Adequado).

3.7. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto que deu origem à pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), sob o certificado número 2041, disposto no anexo 2

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina foi anuente com o parecer CEP/UFSC, e também aprovou o projeto de pesquisa, conforme o anexo 3.

Para a sua preservação, as instituições e os coordenadores dos CEOs não foram identificados na pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

ASSIS, Simone Gonçalves et al. **Definição de objetivos e construção de indicadores visando à triangulação**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilsa Ramos (orgs.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. pág 105-132.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e sociedade**, v. 18, supl. 2. São Paulo, 2009.

BARTOLE, Monique da Costa Sandim. **Da boca cheia de dentes ao Brasil Sorridente**: uma análise retórica da formulação da Política Nacional de Saúde Bucal. 2006. 130p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Cap. II, Seção II, Art. 198. Brasília, 1998. Publicada no DOU de 05/10/1988.

_____. Presidência da República. **Lei Nº 8080 de 19 de Setembro de 1990**. Brasília: 1990. Publicado no DOU de 20/09/1990, seção 1, pg. 01.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.444 / GM de 28 de Dezembro de 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Publicada no DOU de 29/12/00, seção 1, pg. 85

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 267 / GM de 06 de Março de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Publicada no DOU de 07/03/2001, seção 1, pg. 67

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1101 / GM de 12 de Junho de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Publicada no DOU de 13/06/2002, seção 1, pg.36.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 283/GM de 22 de fevereiro de 2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Publicada no DOU de 23/02/2005, seção 1, pg.44.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 599/GM de 23 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Publicada no DOU de 24/03/2006, seção 1, pg.51.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 600/GM de 23 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Publicada no DOU de 24/03/2006, seção 1, pg.52.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica - Saúde Bucal**. Brasília; Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Especialidades em Saúde Bucal**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z. Garantindo Saúde nos Municípios**. 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 480p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2199/ GM de 03 de Agosto de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Publicado no DOU de 04/08/2010, seção 1, pg. 52.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2898/ GM de 21 de Setembro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Publicado no DOU de 23/09/2010, seção 1, pg. 54.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do Gestor do FormSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Monitoramentos dos CEOs de Santa Catarina**. Oficina de Capacitação para Gestores dos CEOs de Santa Catarina. Florianópolis, Outubro de 2010d. 22 slides:coloridos, software PowerPoint.

_____. Ministério da Saúde. DAB . Saúde Bucal. Disponível em: http://200.214.130.35/dab/cnsb/cidades_atendidas.php Acesso em 12/09/2010

CALVO, Maria Cristina Marino; HENRIQUE, Flávia. **Avaliação:** algumas concepções teóricas sobre o tema. In: LACERDA, Josimari Telino de; TRAEBERT, Jefferson Luiz. A Odontologia e a estratégia saúde da família. Tubarão: Unisul, 2006. p. 115-139.

CAZARIN, Gisele; MENDES, Marina Ferreira de Medeiros; ALBUQUERQUE, Kamila Matos. **Perguntas Avaliativas**. In: SAMICO, Isabela et al. (orgs.) Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 79-87.

CECÍLIO, Luís Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.13, nº 3. p. 469-478, 1997.

CHAVES, Sônia Cristina Lima et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.44, n.6, p. 1005-1013, 2010.

CHAVES, Sônia Cristina Lima et al . Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.27, n.1, p.143-154, 2011.

COLUSSI, Claudia Flemming. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina**. 2010. 299p. Tese (Doutorado em Odontologia Social e Coletiva). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2010.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48.

COSTA, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 5-15, 2004.

CUNHA, E.S. **História da Odontologia no Brasil (1500-1900)**. 2ed. Rio de Janeiro, Científica, 1952. 288p.

DEITOS, Alexandre Raphael. **Avaliação na atenção especializada em saúde bucal**. 2009. 170 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas). Universidade de São Paulo. 2009

DONABEDIAN, Avedis. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. **QRB Qual Rev Bull**, v.12, n.3, p. 99-108, 1986.

FERRAZ, Maria Ângela Área Leão. **Avaliação da referência e contra-referência nos centros de especialidades odontológicas em Teresina-Piauí**. 2008. 73p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Federal do Piauí. 2008

FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, Paulo Sávio Angeiras de. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-267, 2009.

FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Germano, NAVARRO, Leila Monteiro. **Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições**. In: SAMICO, Isabela et al. (orgs.) Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 1-13.

FREITAS, Sérgio Fernando Torres. **História social da cárie dentária**. Bauru, SP: EDUSC, 2001. 126 p.

GARCIA, Danielle do Valle. **A construção da política nacional de saúde bucal**: percorrendo os bastidores do processo de formulação. 2006. 105p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2006.

GIOVANELLA, Lígia et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate** Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.

GUERRA, Kátia Cristina Martins. **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. 2009. 126p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2009.

GUIMARÃES, Marcos Lima de Freitas. **Cuidados Secundários em Saúde Bucal** : Centro de Especialidades Odontológicas no Ceará , Brasil , 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública).Universidade Estadual do Ceará, 2010, 84p.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS André-Pierre. Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, sup 2, p.S331-S336, 2004.

LACERDA, Josimari Telino de; TRAEBERT, Jefferson Luiz. **A Odontologia e a estratégia saúde da família**. Tubarão: Unisul, 2006. 146 p.

LIMA, Ana Carolina Silva de; CABRAL, Etenildo Dantas; VASCONCELOS, Marcia Maria Vendiciano Barbosa. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n.5, p. 991-1002, 2010.

MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; NOGUEIRA, Carolina de Oliveira. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532. 2011 .

MACIEL, Sérgio Murta. **A presença da ortodontia no SUS: a experiência dos CEOs e de outros serviços públicos de saúde bucal**. 2008. 203 p. Tese (doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2008.

MAGALHÃES JR. Helvécio Miranda. **O desafio de construir e regular redes públicas de saúde, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 2006.

MAIA, Leila Senna; KORNIS, George Edward Machado. A reorganização da atenção à saúde bucal frente aos incentivos federais: a experiência fluminense. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. Juiz de Fora, v.13, n.1, p. 84-95, 2010.

MARTELLI, Petrônio José de Lima. **Política Nacional de Saúde Bucal, da teoria à prática: um estudo de caso acerca de sua implantação em Recife-PE no período 2000 a 2007**. Tese (doutorado). Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife, 2010.

MATTOS, Ruben Araújo. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araújo (orgs). Os sentidos na integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

MEDEIROS, Ezilda. **Os Centros de Especialidades Odontológicas como suporte da atenção básica: uma avaliação na perspectiva da integralidade**. 2007.173p. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2007.

MEDINA, Maria Guadalupe et al. **Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde:** aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Salvador: EDUFBA, 2005. p. 41-63.

MELLO, Ana Lúcia Ferreira. **Redes de atenção à saúde:** saúde bucal e os CEO. Oficina de Capacitação para Gestores dos CEOs de Santa Catarina. Florianópolis, outubro de 2010. 55 Slides coloridos, software Powerpoint.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O processo social de distritalização da saúde** in Mendes, Eugênio Vilaça. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1995.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.15, n. 5 p. 2297-2305, 2010.

NARVAI, Paulo Capel. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva.** 2ª Ed. São Paulo:Santos, 2002. 120p.

NEPAS – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Avaliação em Saúde. **Avaliação:** Indicadores e Medidas. Universidade Federal de Santa Catarina. 2009.

NICKEL, Daniela Alba. Modelo de avaliação da atenção em saúde bucal. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada.** João Pessoa, v.9, n.3, p.373-379, 2009.

PUCCA JUNIOR, Gilberto Alfredo et al. Oral health policies in Brazil. **Brazilian Oral Research.** São Paulo, v.23, supl.1. p. 9-16, 2009.

PUCCA JUNIOR, Gilberto Alfredo; LUCENA, Edson Hilan Gomes; CAWAHISA, Patricia Tiemi. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. **Brazilian Oral Research.** São Paulo, v.24, supl.1. p.26-32, 2010.

ROBLES, Laura Pereira. **Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007**. 2008. 447 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

RONCALLI, Angelo Giuseppe et al. Modelos Assistenciais em Saúde no Brasil: Tendências e Perspectivas. **Ação Coletiva**: Brasília, v.2, n.1, p.9-14, 1999.

RONCALLI, Angelo Giuseppe. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal**: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva. 2000. 238p. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social). Universidade Estadual Paulista. Araçatuba, 2000.

SALIBA, Nemre A. et al. Saúde Bucal no Brasil: uma Nova Política de Enfrentamento para a Realidade Nacional. **Revista Odontológica do Brasil Central**. Goiânia, v.18, n.48, p.62-66, 2010.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano da Rede Especializada em Serviços Odontológicos**. Florianópolis, 2004.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização – PDR 2008**. Florianópolis, 2008.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 222/CIB/07**. Florianópolis, 2007.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 70/CIB/10**. Florianópolis, 2010.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. **Redes interfederativas de saúde**. In: Silva, Silvio Fernandes (org). 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. 35-65.

SILVA, Carlos Letacio Silveira Lessa. **Do Programa Saúde da Família ao “Brasil Sorridente”**: o caminho da integralidade em saúde bucal. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família). Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, Silvio Fernandes e MAGALHÃES JR, Helvécio Miranda. **Redes de atenção a saúde:** importância e conceitos. In: Silva, Silvio Fernandes (org). 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.

SOUZA, Geórgia Costa de Araújo. **Centros de Especialidades Odontológicas:** avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal. 2009. 100p. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2009.

TANAKA, Oswaldo; MELO, Cristina. **Avaliação de programas de saúde do adolescente, um modo de fazer.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001. 88p.

TOBAR, Frederico; YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em saúde pública:** conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001. 172 p.

VASCONCELOS, Cipriano Maia; PASCHE, Dário Frederico. **O Sistema Único de Saúde.** In: CAMPOS Gastão Wagner de Souza et al.(orgs.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec – Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de coleta de dados no campo.** São Paulo: Atlas, 2009. 112 p.

WEBBER, Alexandre Almeida. **Política Nacional de Saúde Bucal:** uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal em Cascavel e demais municípios integrantes da 10ª Regional de Saúde no Estado do Paraná. 2009. 83p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

APÊNDICE A: *Rationale* dos indicadores e medidas da matriz avaliativa da implantação dos CEOS em Santa Catarina.

DIMENSÃO ESTRUTURAL

A Dimensão Estrutural tem como base a portaria GM/MS N° 600/2006, que define normas e critérios para a implantação dos CEOS. Seus quatro indicadores respeitam os eixos normatizados para os serviços: atividades desenvolvidas, recursos estruturais, recursos humanos e cobertura. A justificativa de cada medida, sua origem, origem do seu dado, seus parâmetros e julgamentos estão dispostos a seguir.

A) Dimensão Estrutural: Atividades Desenvolvidas

INDICADOR	MEDIDA
Atividades Desenvolvidas	1. Quantidade de especialidades ofertadas

RATIONALE:

Medida 1: Segundo a Portaria GM/MS N°599/2006, os CEOS devem ofertar minimamente cinco atividades: Diagnóstico Bucal (ênfase na detecção do câncer bucal), Endodontia, Periodontia, Cirurgia e Pacientes Especiais. Outras especialidades podem ser ofertadas de acordo com a necessidade e interesse de cada serviço. A medida avaliada será a quantidade de cada especialidade disponível no serviço.

- Origem do dado: formulário FORMSUS
- Parâmetro: o CEO deve oferecer minimamente as cinco especialidades definidas na portaria.
- Julgamento: Adequado: 5 ou mais especialidades ; Parcialmente adequado: 3 a 4 especialidades; Pouco adequado: até 2 especialidades. Este padrão de julgamento tem por objetivo valorizar o serviço que cumpre a norma, mas não prejudicar o serviço que por alguma eventualidade não está oferecendo alguma atividade. Por isso adotou-se o resultado “parcialmente adequado”, mesmo porque este indicador tem apenas uma medida.

B) Dimensão Estrutural – Recursos Estruturais

INDICADOR	MEDIDA
Recursos Estruturais	2. Adequação do número de consultórios ao tipo de CEO
	3. Percepção do coordenador quanto à adequação da quantidade e qualidade de equipamentos
	4. Percepção do coordenador quanto à adequação da quantidade e qualidade de instrumentos
	5. Percepção do coordenador quanto à adequação das condições de iluminação, ventilação e climatização

RATIONALE:

O anexo I da Portaria GM/MS N°599/2006 define o número de consultórios odontológicos completos que cada tipo de CEO deve ter, sendo que devem oferecer equipamentos, materiais, mobiliário e espaço físico compatíveis com o serviço.

Desta forma foram definidas quatro medidas: adequação do número de consultórios ao tipo de CEO; percepção do coordenador quanto à adequação dos equipamentos; percepção do coordenador quanto à adequação dos instrumentais; e percepção do coordenador quanto à adequação das condições de climatização, ventilação e luminosidade.

Medida 2: Segundo a norma, os CEOs tipo I devem ter três consultórios odontológicos completos, os CEOs tipo II devem ter quatro a seis consultórios odontológicos completos e os CEOs tipo III devem ter sete ou mais consultórios completos. A avaliação da adequação do número de consultórios ao tipo de CEO justifica-se visto que o financiamento dos CEOs também é realizado com base na sua classificação, pois espera-se que serviços de maior estrutura possam produzir um volume maior de atendimentos, proporcionando uma maior cobertura de

serviços e ampliando o acesso da população à atenção de média complexidade em saúde bucal.

- Origem do dado: FORMSUS
- Parâmetro: deve atender a normativa: CEO tipo 1: três consultórios completos; CEO tipo 2 : quatro a seis consultórios completos; CEO tipo 3: 7 ou mais consultórios completos.
- Julgamento: Adequado: atende a norma; Pouco adequado: não atende a norma, pois é um critério bem definido na regulamentação do CEO, que define inclusive o seu financiamento.

Medida 3: A norma preconiza um mínimo de equipamentos odontológicos, mas não define equipamentos específicos para as especialidades. Entende-se que os equipamentos devam ser suficientes em quantidade e qualidade que permitam aos profissionais a realização dos procedimentos. Desta maneira optou-se por medir a percepção do coordenador do serviço, que deve traduzir a percepção da equipe a respeito dos equipamentos disponíveis no serviço e buscar soluções para problemas que possam interferir na resolutividade e produtividade do CEO.

- Origem do dado: FORMSUS. Foi questionado ao coordenador se os equipamentos eram suficientes em quantidade e qualidade.
- Parâmetro: deve oferecer equipamentos suficientes em quantidade e qualidade.
- Julgamento: Adequado: sim em quantidade e qualidade; Parcialmente adequado: somente quantidade ou qualidade; Pouco adequado: não em quantidade e qualidade.

Medida 4: A norma determina que o serviço deve ter instrumentais compatíveis com o serviço. Desta forma, entende-se que o CEO deva disponibilizar aos profissionais instrumentais suficientes em quantidade e qualidade que permita aos profissionais a adequada realização de procedimentos odontológicos. A percepção do coordenador do serviço deve traduzir a percepção da equipe a respeito dos instrumentais disponíveis no , e um dos seus papéis é o de buscar soluções para problemas que possam interferir na resolutividade e produtividade do CEO.

- Origem do dado: FORMSUS. Foi questionado ao coordenador se os instrumentais eram suficientes em quantidade e qualidade.
- Parâmetro: deve oferecer instrumentais suficientes em quantidade e qualidade.
- Julgamento: Adequado: sim em quantidade e qualidade; Parcialmente adequado: somente quantidade ou qualidade; Pouco adequado: não em quantidade e qualidade.

Medida 5: a norma dispõe que o CEO deve ter espaço físico compatível com os serviços ofertados. Entendemos que as condições de ventilação, luminosidade e climatização caracterizam condições de espaço físico, condições de trabalho e biossegurança, essenciais ao trabalho dos profissionais de saúde e ao bem-estar e segurança dos usuários do serviço.

- Origem do dado: FORMSUS. Foi questionado ao coordenador se as condições de luminosidade eram adequadas, se as condições de ventilação eram adequadas e se as condições de climatização eram adequadas.
- Parâmetro: deve oferecer espaço físico adequado.
- Julgamento: Como eram três questões, que deveriam juntos formar um resultado único para a medida, adotou-se a regra geral de agrupamento de respostas utilizada neste estudo. Para ter resultado adequado, deveria ter nenhuma resposta não e pelo menos duas respostas sim; para ser considerado pouco adequado deveria ter duas respostas não; e os demais arranjos de respostas classificariam o resultado em parcialmente adequado.

C) Dimensão Estrutural – Recursos Humanos

INDICADOR	MEDIDA
Recursos Humanos	6. Adequação entre N° CDs e tipo de CEO
	7. Adequação N° de horas CD disponíveis e tipo de CEO
	8. Adequação entre N° horas ASBs e N° horas CDs

RATIONALE

O anexo I da Portaria GM/MS N°599/2006 define os critérios relativos aos recursos humanos. CEOs tipo 1 devem ter três ou mais cirurgiões-dentistas (CDs), os CEOs tipo 2 devem ter quatro ou mais cirurgiões-dentistas, e que os CEOs tipo 3 devem ter sete ou mais cirurgiões-dentistas. Todos devem ter um auxiliar de saúde bucal (ASB) por consultório odontológico e cada um dos consultórios deve ser utilizado para atendimento clínico por no mínimo 40 horas semanais, independente do número de cirurgiões –dentistas que nele atuem. Uma vez que o financiamento é diferenciado para cada tipo de CEO, é imperativo que o serviço tenha uma quantidade de profissionais capaz de cumprir a meta mínima de procedimentos em cada especialidade.

Medida 6: Adequação entre N° CDs e tipo de CEO

- Origem do dado: FORMSUS
- Parâmetro: ter o número mínimo de CDs em cada tipo de CEO
- Julgamento: Adequado: atende; Pouco adequado: não atende.

Medida 7: Adequação entre total de horas CD e tipo de CEO. A carga horária total dos profissionais deve respeitar a prerrogativa de que cada consultório do CEO deve funcionar por 40 horas semanais, independente do número de CDs que nele atuem. Além do cumprimento da norma, justifica-se a utilização desta medida visto que a ampliação do acesso e a qualificação da atenção secundária dependem diretamente da oferta do serviço.

- Origem do dado: FORMSUS. Foi questionado quantas horas semanais cada especialidade dispunha no CEO. A soma do total de horas correspondeu ao total de horas cumprido pelos CDs.
- Parâmetro: 40 horas CD semanais para cada consultório previsto por tipo de CEO. O cálculo foi feito com base no número de consultórios previsto, e não no número de consultórios existentes no CEO para que serviços que têm um número de consultórios maior do que o previsto na norma não fossem prejudicados. Alguns CEOs têm consultórios específicos para RX, outros atuam em policlínicas que também oferecem atenção básica, por exemplo, e por isso tem maior número de consultórios.

- Julgamento: Como o parâmetro é de 40 horas semanais, considerou-se adequado se o total de horas cumprido no CEO fosse maior ou igual ao número de consultório previsto para o tipo de CEO x 32 horas (uma margem de 20% para possíveis faltas de profissionais); Parcialmente adequado: se o total de horas fosse menor do que o número de consultórios previsto x 32 horas e maior do que o número de consultórios previsto x 24 horas (60% das 40 horas normatizadas) e Pouco adequado se o total da carga horária fosse menor do que o número de consultórios previsto x 24 horas (60% das 40 horas normatizadas).

Medida 8: a norma prevê um ASB por consultório odontológico. Optou-se por medir a razão entre o total da carga horária de ASBs e o total de carga horária CDs por se compreender que deve-se avaliar a presença do auxiliar junto com o dentista, pois o sistema de trabalho em equipe diminui a carga de trabalho clínica concentrada no Cirurgião-Dentista, o que possibilita um aumento no número de procedimentos por período de atendimento. Estudos apontam que a produtividade média de cirurgiões dentistas que trabalham com auxiliar é 112% maior do que dentistas que trabalham sem auxiliar, com produtividade média de 2,46 e 1,16 procedimentos/hora, respectivamente. (ORENHA, ELEUTÉRIO e SALIBA, 1998)¹.

- Origem do dado: FORMSUS. Foi questionado o número de auxiliares e a sua carga horária total.
- Parâmetro: Equivalência entre total de horas ASB e total de horas CD.
- Julgamento: Adequado: total de horas ASB dividido pelo total de horas CD maior ou igual a 1; Pouco adequado: total de horas ASB dividido pelo total de horas CD menor do que 1.

¹ ORENHA, Eliel Soares; ELEUTÉRIO, Daniel; SALIBA, Nemre Adas. Organização do atendimento odontológico no serviço público: trabalho auxiliado, produtividade e ambiente físico. Revista de Odontologia da UNESP. São Paulo, v. 27, n. 1, p. 215-224, 1998.

D) Dimensão Estrutural – Cobertura

INDICADOR	MEDIDA
Cobertura	9. Adequação ao PDR
	10. Proporção CEO/População da área de abrangência

RATIONALE

Medida 9: Segundo a portaria GM/MS Nº 599/2006, o CEO deve ser referência para o próprio município, região ou microrregião de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização. A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é a formatação da região de saúde em sua expressão física e política e busca definir regiões e microrregiões; realizar um diagnóstico dos principais problemas e formas de intervenção; definir módulos assistenciais resolutivos formados por um ou mais municípios que dêem conta do primeiro nível da média complexidade para garantir o suporte à atenção básica; definir fluxos de referência e contra-referência municipais e intermunicipais. (BRASIL, 2006)².

- Origem do dado: FORMSUS
- Parâmetro: Adequação ao PDR para CEOs de referência regional. CEOs de referência apenas para o município foram considerados adequados.
- Julgamento: Adequado: atende ao PDR; Pouco adequado: não atende ao PDR.

Medida 10: O critério estadual definido no Plano da Rede Especializada em Serviços Odontológicos³, atualizado em 2007, define um CEO para cada 250 mil habitantes, um CEO em cada Secretaria de Desenvolvimento Regional (SDR) e um CEO nas Faculdades de

² BRASIL, Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. Brasília: 2006.

³ SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Plano da Rede Especializada em Serviços Odontológicos. Florianópolis, 2004

Odontologia, como referência macrorregional⁴. Para padronizar a resposta, e como a avaliação é individual por CEO, considerou-se apenas o primeiro critério, de 1 CEO pra cada 250 mil habitantes.

- Origem do dado: FORMSUS
- Parâmetro: 1 CEO para no mínimo 250 mil habitantes
- Julgamento: Adequado: atende; Pouco adequado: não atende.

DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

A Dimensão Organizacional agrupa indicadores que não estão normatizados em portarias, mas que estão descritos em documentos que orientam o funcionamento do serviço, como o Caderno de Atenção Básica em Saúde Bucal e o Manual de Especialidades Odontológicas. Estão relacionados a questões importantes sobre o processo de trabalho, organização do serviço e relação com a atenção básica que podem determinar um maior ou menos grau de implantação dos CEOs. Alguns indicadores já foram utilizados em avaliações de saúde bucal na atenção básica e foram adequados para a avaliação do nível médio.

E) Dimensão Organizacional – Recursos Estruturais

INDICADOR	MEDIDA
Recursos Estruturais	11. Se houve paralisação de algum consultório por motivo de falta de material de consumo por mais de dois dias consecutivos em 2010
	12. Se houve paralisação de algum consultório por motivo de manutenção e/ou conserto de equipamentos por mais de dois dias consecutivos em 2010

⁴ SANTA CATARINA, Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação 222/CIB/07. Florianópolis, 2007.

RATIONALE

Medida 11: As ações clínicas de saúde bucal dependem do uso de uma série de materiais de consumo. A falta de certos materiais pode causar a paralisação do serviço especializado até a sua reposição, e demonstram problemas no gerenciamento do serviço em relação ao planejamento, sistema de licitação, compras, almoxarife e distribuição dos insumos.

- Origem da medida: Adaptado do indicador “paralisação do serviço de saúde bucal” do Modelo de Avaliação da Efetividade da Atenção em Saúde Bucal de Nickel (2008)
- Origem do dado: FORMSUS
- Parâmetro: Não interrupção do atendimento por falta de material de consumo
- Julgamento: Adequado: não houve interrupção, Pouco adequado: houve interrupção.

Medida 12: O atendimento clínico odontológico demanda equipamentos específicos os quais contemplam a categoria de infraestrutura do serviço de saúde bucal. O mau funcionamento dos equipamentos ou a ausência deles acarreta a suspensão imediata do atendimento clínico, prejudicando a qualidade do serviço odontológico prestado ao usuário. (NICKEL, 2008)⁵.

- Origem da medida: Adaptado do indicador “paralisação do serviço de saúde bucal” do Modelo de Avaliação da Efetividade da Atenção em Saúde Bucal de Nickel, (2008).
- Origem do dado: FORMSUS
- Parâmetro: Não interrupção do atendimento por conserto ou manutenção de equipamentos

⁵ Nickel, Daniela Alba. Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina. 89p. 2008.

- Julgamento: Adequado: não houve interrupção, Pouco adequado: houve interrupção.

F) Dimensão Organizacional – Recursos Humanos

INDICADOR	MEDIDA
Recursos Humanos	13. Qualificação do vínculo de trabalho: % de trabalhadores com vínculo estatutário ou contrato CLT
	14. Qualificação profissional: % de CDs com capacitação, aperfeiçoamento ou especialização na área de atuação
	15. Se houve interrupção do atendimento por mais de três dias consecutivos, por motivo de falta de profissional, no ano de 2010

RATIONALE

Medida 13: a admissão dos trabalhadores para atuação no CEO deve considerar os preceitos da regulamentação profissional das categorias, as normas legais. A precarização do trabalho está associada à não garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e também a ausência de concurso público ou seleção para emprego público. Os únicos vínculos trabalhistas que garantem proteção social são o estatutário e o celetista (BRASIL, 2006)⁶. A preferência do gestor pelo regime estatutário ou celetista indica sua preocupação com a legalidade das decisões e o incentivo à permanência dos profissionais na rede minimizando a precarização do trabalho no SUS. (SCALCO, 2008)⁷.

- Origem da medida: Adaptado do indicador “qualificação do vínculo de trabalho” do Modelo para avaliação da eficácia da gestão de recursos humanos em saúde Modelo de Scalco (2008).

⁶ BRASIL.. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS - DesprecarizaSUS : perguntas & respostas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 32 p.

⁷ SCALCO, Sirlésia. Modelo para avaliação da eficácia da gestão de recursos humanos em saúde. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina. 112p. 2008.

- Origem do dado: FORMSUS
- Parâmetro: Desprecarização do Trabalho
- Julgamento: Adequado: 100% estatutário ou CLT; Parcialmente adequado: 70% a 99% estatutário ou CLT (considerando possíveis admissões de emergência para evitar a paralisação do serviço); Pouco adequado: menos de 70% estatutário ou CLT.

Medida 14: Apesar do título de especialista não ser uma exigência para o contrato do CD no CEO, a qualificação dos profissionais é fundamental para a preparação da força de trabalho e indica a preocupação com a qualidade do serviço prestado. Desta forma pretendeu-se avaliar se os profissionais possuem ao menos um curso de capacitação na área em que atua.

- Origem da medida: Adaptado do indicador “empenho da gestão na qualificação profissional” do Modelo para avaliação da eficácia da gestão de recursos humanos em saúde Modelo de Scalco (2008).
- Origem do dado: FORMSUS
- Parâmetro: ao menos uma capacitação na área em que atua
- Julgamento: Adequado: 100% com no mínimo curso de capacitação; Parcialmente adequado: 75% a 99% com no mínimo curso de capacitação; Pouco adequado: menos de 75% com no mínimo curso de capacitação

Medida 15: A falta do profissional por um ou mais dias consecutivos causa a paralisação do serviço na especialidade. Entretanto compreende-se a dificuldade de realocação de CDs nas especialidades, motivo pelo qual respeita-se o prazo de três dias de faltas, período médio em que vale o atestado médico sem que o trabalhador passe pela perícia, e a partir do qual o gestor deve organizar escalas de substituição

e assim não prejudicar o usuário com eventuais paralisações do atendimento (NICKEL, 2008)⁸.

- Origem da medida: Adaptado do indicador “paralisação do serviço de saúde bucal” do Modelo de Avaliação da Efetividade da Atenção em Saúde Bucal de Nickel, (2008).
- Origem do dado: FORMSUS
- Parâmetro: Não interrupção do atendimento por falta de profissionais
- Julgamento: Adequado: não houve interrupção, Pouco adequado: houve interrupção.

G) Dimensão Organizacional – Acesso

INDICADOR	MEDIDA
Acesso	16. % de preenchimento de cotas pactuadas para municípios
	17. Tempo médio de espera para início do tratamento em Endodontia
	18. Tempo médio de espera para início do tratamento em Estomatologia
	19. Tempo de espera entre retornos na Endodontia
	20. Existência de critérios de idade de pacientes encaminhados à endodontia
	21. Existência de grupos dentários específicos para realização de tratamento endodôntico.

⁸ Nickel, Daniela Alba. Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina. 89p. 2008.

RATIONALE

A implantação dos CEOs como estratégia para a qualificação da atenção secundária em saúde bucal tem como maior objetivo ampliar o acesso da população a procedimentos de maior complexidade que sejam conservadores e evitem a perda dentária, que sempre caracterizou o modelo mutilador de atenção em odontologia. Desta forma, possui seis medidas que pretendem avaliar como está o acesso da população ao serviço.

Medida 16: A existência de um sistema de controle das cotas pactuadas para cada município é uma ferramenta para se garantir o acesso da população ao serviço. Sabe-se que em Santa Catarina existe a pactuação das vagas por municípios para cada CEO, e espera-se que estas cotas sejam respeitadas, e que soluções e alternativas sejam encontradas para viabilizar o acesso da população dos municípios referenciados.

- Origem da medida: da autora
- Origem do dado: Documento da Divisão de Saúde Bucal da SES/SC Este documento aponta no ano de 2010 o número total de procedimentos pactuados e o número total de procedimentos realizados para cada município referenciado. O cálculo foi feito através da razão entre o total de procedimentos realizados pelo total de procedimentos pactuados, apenas para os municípios referenciados (não foi considerada a cota e a produção nos pacientes do município onde o CEO está localizado).
- Parâmetro: Cumprimento das cotas pactuadas
- Julgamento: Adequado: cumprimento de mais que 75% das cotas; Parcialmente adequado: cumprimento de 50% a 75% das cotas; Pouco adequado: cumprimento de menos de 50% das cotas pactuadas.

Medida 17: Os CEOs são serviços de especialidades em saúde bucal que tem o objetivo fundamental de oferecer ações de difícil realização ou não-realizáveis na atenção básica e buscam evitar a ocorrência de maiores danos e mutilações à cavidade bucal e à saúde geral do paciente. Na especialidade de endodontia, quanto maior o tempo de espera para o início do tratamento, menores as chances de recuperação da estrutura dentária, pois prorrogam-se situações de dor, dificuldades de alimentação e estética, além de aumentar a possibilidade de fratura do

remanescente dental, o que pode levar o paciente a optar pela extração do dente.

- Origem da medida: adaptado de Deitos (2009), Avaliação da Atenção Especializada em Saúde Bucal
- Origem do dado: FORMSUS
- Parâmetro: menor tempo possível para o início do tratamento em Endodontia.
- Julgamento: Adequado: até 30 dias; Parcialmente adequado: de 30 a 60 dias; Pouco adequado: mais de 60 dias.

Medida 18. A responsabilidade do serviço de média complexidade na especialidade de estomatologia relaciona-se ao diagnóstico e tratamento das lesões bucais por meio de exames clínicos e complementares, biópsia, terapêutica cirúrgica (nível ambulatorial) e medicamentosa, quando pertinente; e planejamento do atendimento odontológico do paciente oncológico que será submetido à radioterapia ou quimioterapia. O câncer bucal representa um desafio quanto à sua prevenção, detecção precoce e também quanto à atenção em saúde bucal ao paciente portador. As malignidades bucais configuram-se como o sétimo tipo de neoplasia maligna, excetuando-se os casos de pele não melanoma (BRASIL, 2008). Desta forma, entende-se que o acesso imediato ao diagnóstico e início do tratamento das lesões da cavidade bucal deve ser o uma prerrogativa do CEO.

- Origem da medida: adaptado de Deitos (2009)⁹, Avaliação da Atenção Especializada em Saúde Bucal
- Origem do dado: FORMSUS
- Parâmetro: menor tempo possível para o início do tratamento em Estomatologia
- Julgamento: Adequado: até 30 dias; Parcialmente adequado: de 30 a 60 dias; Pouco adequado: mais de 60

Medida 19: O tratamento endodôntico de dentes sem vitalidade pulpar requer a utilização de uma medicação intracanal entre as sessões do tratamento, a qual tem o objetivo de eliminar ou, pelo menos, reduzir o

9 DEITOS, Alexandre Raphael. Avaliação na atenção especializada em saúde bucal. 2009. 170 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas). Universidade de São Paulo. 2009

número de microorganismos que sobreviveram ao preparo químico-mecânico do(s) canal(is) radicular (es). (BARBOSA, 2009)¹⁰. O intervalo de tempo que o medicamento intracanal deve permanecer no conduto radicular depende do tipo da medicação e da técnica empregada. Sabe-se, entretanto, que períodos entre retornos superiores a 30 dias podem levar a perda de eficácia dos medicamentos, rompimento do selamento da abertura coronária, e recontaminação da cavidade pulpar, além do risco de fratura coronária e perda do dente. Essa situação compromete a eficácia do tratamento e leva à necessidade de novas consultas de retorno, o que aumenta o tempo de tratamento do paciente, e conseqüentemente retarda o início do tratamento dos demais pacientes que aguardam na lista de espera.

- Origem da medida:
- Origem do dado: FORMSUS
- Parâmetro: menor tempo possível para retornos no tratamento em Endodontia
- Julgamento: Adequado: até 15 dias; Parcialmente adequado: de 15 a 30 dias; Pouco adequado: mais de 30 dias. Os períodos são menores do que as medidas 17 e 18 porque entende-se que o paciente já está em tratamento, o que viabiliza retornos em menor período de tempo.

Medida 20: As políticas brasileiras de saúde bucal foram tradicionalmente caracterizadas por ações de baixa complexidade, curativas, mutiladoras e com acesso restrito e direcionado a população materno-infantil. Esta exclusão atingiu uma grande parcela da população, que por muito tempo não foi contemplada por nenhuma iniciativa de saúde bucal. (PUCCA JR. et al, 2009)¹¹. Um dos objetivos da PNSB é superar esse modelo excludente, e ampliar o acesso universal da população aos serviços de saúde bucal. Desta forma, entende-se que a delimitação de faixas etárias específicas para o atendimento nos CEOs é um critério que reforça o modelo excludente que se pretende superar, sobretudo na especialidade de endodontia, tratamento alternativo às exodontias e ao modelo mutilador. Os fluxos de encaminhamentos da

¹⁰ BARBOSA, Cláudia Regina de Medeiros Batista. Necropulpectomia em sessão única? TCC, Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2009. 60 f.

¹¹ PUCCA JUNIOR, Gilberto Alfredo et al. Oral health policies in Brazil. Brazilian Oral Research. São Paulo, v.23, supl.1. p. 9-16, 2009.

AB para o CEO devem ser respeitados, assim como as indicações clínicas ao tratamento endodôntico. Mas o critério de idade para atendimento no serviço não pode ser aceito, principalmente quando limita o acesso de adultos e idosos.

- Origem da medida: da autora
- Origem do dado: FORMSUS.
- Parâmetro: Todas as faixas etárias serem atendidas
- Julgamento: Adequado: não; Pouco Adequado: sim.

Medida 21: Existência de grupos dentários específicos para realização de tratamento endodôntico: muitos serviços elegem como critério de seleção de caso para a endodontia que o tratamento seja realizado em dentes anteriores ou pré-molares, com uma ou das raízes. Como justificativas consideram-se principalmente a maior facilidade do procedimento clínico e o menor tempo de tratamento. Todavia, este critério de seleção de caso gera uma forma de exclusão, visto que desconsidera a importância da funcionalidade dos dentes posteriores, e torna a extração dentária como única alternativa de tratamento, perpetuando a concepção da odontologia mutiladora. Esta situação foi cuidadosamente observada pelo Ministério da Saúde, que através da portaria nº 2898/GM de 2010 definiu na meta de produção da endodontia que 20% dos tratamentos endodônticos devem ser realizados em dentes molares, com três raízes. CEOs que não criam este tipo de diferenciação na seleção de caso clínico tem um maior grau de implantação do serviço.

- Origem da medida: da autora (com base na Portaria GM/MS Nº 2898/2010)
- Origem do dado: FORMSUS.
- Parâmetro: Todos os grupos dentários devem ser atendidos na Endodontia
- Julgamento: Adequado: não; Pouco Adequado: sim.

H) Dimensão Organizacional – Referência e Contra-Referência

INDICADOR	MEDIDA
Referência e contra-referência	22. Atendimento exclusivo com encaminhamento
	23. Existência de formulário específico para referência
	24. Realização de contra-referência

RATIONALE

Medida 22: É fundamental a organização dos fluxos da Atenção Básica para atenção especializada através de um sistema de referência e contra-referência. Além disso, é importante que o usuário seja encaminhado pela atenção básica com eliminação da dor e com ações realizadas para controle da infecção bucal (adequação do meio bucal, terapia periodontal básica remoção dos focos de infecção e selamento provisório das cavidades de cárie). (BRASIL, 2006). Desta forma, espera-se que os atendimentos no CEO sejam feitos exclusivamente através de encaminhamentos, sem demanda livre.

- Origem do dado: FORMSUS.
- Parâmetro: Atendimento por encaminhamento
- Julgamento: Adequado: sim; Pouco Adequado: não.

Medida 23: Segundo orientação do Caderno de Atenção Básica Nº 17 – Saúde Bucal do Ministério da Saúde, “o encaminhamento deverá ser feito por meio de formulários de referência/contra-referência, acompanhados ou não de exames complementares e radiografias. (...). Os serviços municipais, estaduais ou de consórcios intermunicipais, sempre que possível, deverão formalizar o encaminhamento entre as Unidades de Atenção Básica e os Centros de Especialidades, criando formulários de referência e contra-referência”. (BRASIL, 2006)¹².

¹² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica - Saúde Bucal. Brasília; Ministério da Saúde, 2006.

- Origem do dado: FORMSUS.
- Parâmetro: Ter formulário de referência
- Julgamento: Adequado: sim; Pouco Adequado: não

Medida 24: Segundo orientação do Caderno de Atenção Básica Nº 17 – Saúde Bucal do Ministério da Saúde, “após o término do tratamento, o paciente será encaminhado para a unidade de saúde de origem para conclusão do tratamento e manutenção, com o formulário de contra-referência devidamente preenchido onde conste a identificação do profissional, diagnóstico e tratamento realizado”. (BRASIL, 2006)¹¹.

- Origem do dado: FORMSUS.
- Parâmetro: Realizar contra-referência
- Julgamento: Adequado: sim; Pouco Adequado: não

DIMENSÃO DE PRODUÇÃO

O monitoramento da produção dos CEOs, é uma exigência do MS para avaliação do serviço e controle do financiamento e está descrito nas portarias nº 600 GM/2006 e 2898GM/2010.

D) Dimensão de Produção – Indicador de Produtividade

INDICADOR	MEDIDA
Produtividade	25. Cumprimento da meta mínima no ano de 2010 nas especialidades de endodontia, periodontia e cirurgia.
	26. Cumprimento da meta mínima de endodontia em molares

RATIONALE :

Medida 25: O cumprimento da meta de produtividade pelos CEOs indica a garantia da busca da integralidade da atenção em saúde bucal através da oferta de procedimentos odontológicos de média complexidade.

- Origem do Indicador: Adaptado do Indicador Cumprimento Global das Metas de Figueiredo e Góes (2009)
- Origem do Dado: Documentos da Divisão de Saúde Bucal da SES/SC com base na produção ambulatorial do ano 2010 SIA/SUS.
- Parâmetro: Metas de produtividade da Portaria GM/MS Nº 2898
- Julgamento: Adequado: cumpriu pelo menos 90% da meta nas 3 especialidades; Parcialmente adequado: cumpriu pelo menos 90% das metas em 1 ou 2 especialidades; Pouco adequado: não cumpriu nenhuma meta

Medida 26: A portaria 2898/2010 define que 20% da meta de procedimentos endodônticos deve ser realizada em dentes molares. Justifica-se esta avaliação no sentido de garantir a integralidade da atenção.

- Origem do Dado: Documentos da Divisão de Saúde Bucal da SES/SC com base na produção ambulatorial do ano 2010 SIA/SUS.
- Parâmetro: Metas de endodontia em molares da Portaria GM/MS Nº 2898 (no mínimo 20% dos procedimentos de tratamento e retratamento endodôntico devem ser realizados em dentes molares)
- Julgamento: Adequado: cumpriu mínimo de 20% de endodontia em molares; Pouco adequado: Não cumpriu o mínimo de 20% de endodontia em molares.

APÊNDICE B: Questionário para coleta de dados.



Avaliação da Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas em Santa Catarina

OBSERVAÇÕES INICIAIS:

Prezado Entrevistado,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa "AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EM SANTA CATARINA".

O estudo se refere a uma Avaliação da Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas em Santa Catarina. Será uma avaliação normativa, baseada nos critérios de implantação e metas estabelecidas nas portarias GM/MS Nº500/2006, 2898/2010, e publicações do Ministério da Saúde.

A pesquisa tem importância visto que após sete anos da implantação dos CEOs como estratégia para a efetivação da atenção em média complexidade em saúde bucal, e com poucos estudos avaliativos realizados neste período, observa-se a necessidade e relevância do desenvolvimento de um sistema de avaliação que permita identificar suas dificuldades, acertos e potencialidades, possibilitando a correção de possíveis falhas e a busca por novas metas.

Trata-se de uma avaliação institucional, de interesse da Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e autorizada pela mesma.

É recomendado que este questionário seja respondido pelo coordenador do CEO, ou pelo coordenador de saúde bucal do município, de acordo com sua experiência de trabalho no serviço.

Abaixo, você terá acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que apresenta os detalhes da pesquisa.

O prazo para preenchimento e envio do formulário é 30 de Setembro de 2011.

A partir da próxima semana você será contactado para verificar se houve dificuldade no preenchimento dos dados.

Se possível, utilize o Internet Explorer como navegador, pois é mais compatível com formulário.

Para responder o questionário, é importante que você primeiro colete todas as informações solicitadas, e depois preencha o formulário. Isso para evitar que possíveis quedas na conexão da internet interrompam o envio das informações. Para tanto imprima o formulário, preencha as respostas para daí então responder o formulário online.

Se você concordar em participar da pesquisa, clique em "Concordo", depois em Avançar. Preencha todos os campos solicitados e ao final clique em Gravar. Aguarde a mensagem de confirmação.

Se você não concordar em participar da pesquisa, clique em "Não Concordo", depois clique em Avançar. Role toda a página da pesquisa até o final e clique em Gravar.

Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.

Guarde o número do protocolo. Somente com este número você poderá acessar novamente o formulário para editar alguma informação que precise ser modificada.

Fique à vontade para entrar em contato e esclarecer qualquer dúvida.

Agradeço sua participação, colaboração e apoio.

Atenciosamente,
Manoela de Leon Nobrega Reses
Pesquisadora UFSC
manoela.lnr@gmail.com – (48) 99816773

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa "AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EM SANTA CATARINA". Você está tendo acesso a todas as informações necessárias sobre a pesquisa. Sua colaboração é muito importante, mas a decisão em participar é sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar, basta clicar em "concordo" e preencher todos os campos da pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com a responsável pelo estudo. Obrigada pela atenção, compreensão e apoio.

Concordo de livre e espontânea vontade em participar da pesquisa "Avaliação da Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas em Santa Catarina". Estou ciente que:

1. O estudo se refere a uma Avaliação da Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas em Santa Catarina. Será uma avaliação normativa, baseada nos critérios de implantação e metas estabelecidas nas portarias GM/MS Nº500/2006, 2898/2010, e publicações do Ministério da Saúde.
2. A pesquisa tem importância visto que após sete anos da implantação dos CEOs como estratégia para a efetivação da atenção em média complexidade em saúde bucal, e com poucos estudos de avaliativos realizados neste período, observa-se a necessidade e relevância do desenvolvimento de um sistema de avaliação que permita identificar suas dificuldades, acertos e potencialidades, possibilitando a correção de possíveis falhas e a busca por novas metas.
3. Participarão da pesquisa 34 Centros de Especialidades Odontológicas distribuídos em 33 municípios de Santa Catarina.
4. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada através de um questionário composto por questões relativas à estrutura e processo de trabalho de cada CEO, que deverá ser respondido pelos coordenadores dos serviços. Além disso, serão coletados dados secundários relativos à produção dos CEOs no bancos de dados SIA/SUS e CNEs e nos relatórios da SES-SC.
5. Trata-se de uma avaliação institucional, de interesse da Divisão de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e autorizada pela mesma.
6. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), sob o certificado número 2041.
7. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação.
8. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados. As instituições não serão identificadas.
9. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar por Manoela L. Nobrega Reses, responsável pela pesquisa nos telefones (47) 8816785 / (48)99816773 ou no endereço eletrônico manoela.lnr@gmail.com
10. Ao final da pesquisa tomarei conhecimento dos resultados do Centro de Especialidades Odontológicas pelo qual respondo através de contato com a pesquisadora.

DECLARO outrossim que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que

entendendo, voluntariamente, que agirá conscientemente, capacitado para responder e sem coerção e que me foi explicado, consinto em participar desta pesquisa.

Pesquisadora principal: Manoela de Leon Nobrega Reses

Pesquisadora responsável e orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria Cristina Marino Calvo

1) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Se quiser participar da pesquisa, clique em "concordo" e em seguida em avançar, responda as questões e clique em Gravar. Se não quiser participar da pesquisa, clique em "não concordo", clique em avançar, role a página até o final e clique em "Gravar".

- Concordo
 Não concordo

Dados Pessoais

2) Nome completo:

3) CPF:

4) Email:

5) Celular:

DDD - Número do Telefone

Dados Institucionais

6) Municípios Santa Catarina:

7) Código CNES:

8) Telefone:

Informe ddd e número - apenas números

Dimensão Estrutural - Atividades Desenvolvidas

9) Qual a classificação do CEO?

- Tipo I
 Tipo II
 Tipo III

10) Que especialidades são ofertadas no CEO?

- Endodontia
 Periodontia
 Pacientes Especiais
 Cirurgia Oral Menor
 Diagnóstico Bucal - Estomatologia
 Prótese
 Odontopediatria
 Ortodontia

- Ortodontia
 Outras

Dimensão Estrutural – Recursos Estruturais

11) Número de cadeiras odontológicas exclusivas para o CEO:

12) Em relação à QUANTIDADE dos equipamentos e instrumentais disponíveis no CEO, você acredita que eles tenham:

	Quantidade suficiente	Quantidade insuficiente
Equipamentos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instrumentais:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13) Em relação à QUALIDADE dos equipamentos e instrumentais disponíveis no CEO, você acredita que eles tenham:

	Qualidade suficiente	Qualidade insuficiente
Equipamentos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instrumentais:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14) Em caso de equipamentos ou instrumentais insuficientes em quantidade ou qualidade, quais os maiores problemas encontrados?

15) Na sua percepção, os consultórios do CEO são adequados em relação à luminosidade?

- Sim
 Não

16) Parcialmente. Na sua percepção, os consultórios do CEO são adequados em relação à ventilação?

- Sim
 Não
 Parcialmente

17) Na sua percepção, os consultórios do CEO são adequados em relação à climatização?

- Sim
 Não
 Parcialmente

18) Quais as maiores dificuldades em relação à climatização, luminosidade ou ventilação dos consultórios do CEO?

Dimensão Estrutural – Recursos Humanos

19) Número de Cirurgiões-Dentistas que atuam no CEO:

20) Total de horas semanais disponíveis para Endodontia:

21) Total de horas semanais disponíveis para Periodontia:

22) Total de horas semanais disponíveis para Pacientes Especiais:

23) Total de horas semanais disponíveis para Cirurgia Oral Menor:

24) Total de horas semanais disponíveis para Diagnóstico Bucal (Estomatologia):

25) Caso o CEO disponibilize outras especialidades, relacione a especialidade e o número de horas disponíveis para cada uma.

26) Número de Auxiliares em Saúde Bucal que atuam no CEO:

27) Total de horas semanais realizadas pelas auxiliares de saúde bucal :

Dimensão Estrutural - Cobertura

28) O CEO é de referência regional?

Sim

Não

29) Número de municípios para o qual o CEO é referência:

30) Número de habitantes para o qual o CEO é referência:

31) Quais municípios são referenciados para este CEO? :

32) O CEO atende a todos os municípios pactuados como referência?

Sim

Não

33) Todos os municípios para o qual o CEO é referência procuram o serviço?

Sim

Não

34) Quais os municípios que não encaminharam pacientes para o CEO em 2010?

35) Número de Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família para as quais o CEO é referência:

36) Número de habitantes para o qual o CEO é referência:

37) Quais Unidades Básicas de Saúde e/ou Unidades de Saúde da Família são referenciadas para este CEO?

38) O CEO atende a todos as Unidades Básicas de Saúde / Unidades de Saúde da Família pactuados como referência? :

- Sim
 Não
 Não se aplica

39) Todas as Unidades Básicas de Saúde e/ou Unidades de Saúde da Família para o qual o CEO é referência procuram o serviço?

- Sim
 Não
 Não se aplica

40) Quais as Unidades Básicas de Saúde e/ou Unidades de Saúde da Família que não encaminharam nenhum paciente para o CEO em 2010?

Dimensão Organizacional - Recursos Estruturais

41) Número de consultórios do CEO com paralisação dos serviços por motivo de manutenção e/ou conserto de equipamentos por mais de dois dias consecutivos em 2010:

42) Número de consultórios do CEO com paralisação dos serviços por motivo de falta de material de consumo por mais de dois dias consecutivos em 2010.

43) O setor administrativo do CEO é informatizado? :

- Sim
 Não

44) Tem acesso à internet? :

- Sim
 Não

Dimensão Organizacional - Recursos Humanos

45) Número de Cirurgiões-Dentistas do CEO com vínculo estatutário:

46) Número de Cirurgiões-Dentistas do CEO contratados pela CLT (Consolidação das Leis do trabalho):

47) Número de Cirurgiões-Dentistas do CEO contratados por prestação de serviços ou terceirizados:

48) Número de Cirurgiões-Dentistas do CEO com outras formas de contratação:

49) Em relação aos Cirurgiões-Dentistas da Endodontia, descreva quantos são especialistas, quantos tem curso de atualização ou aperfeiçoamento, e quantos realizaram curso de capacitação (até 40 horas) na área de atuação no CEO.

50) Em relação aos Cirurgiões-Dentistas da Periodontia, descreva quantos são especialistas, quantos tem curso de atualização ou aperfeiçoamento, e quantos realizaram curso de capacitação (até 40 horas) na área de atuação no CEO:

51) Em relação aos Cirurgiões-Dentistas da Cirurgia Oral Menor, descreva quantos são especialistas, quantos tem curso de atualização ou aperfeiçoamento, e quantos realizaram curso de capacitação (até 40 horas) na área de atuação no CEO:

52) Em relação aos Cirurgiões-Dentistas da especialidade Pacientes Especiais, descreva quantos são especialistas, quantos tem curso de atualização ou aperfeiçoamento, e quantos realizaram curso de capacitação (até 40 horas) na área de atuação no CEO:

53) Houve interrupção do atendimento por mais de três dias consecutivos, em alguma especialidade, por motivo de falta de profissional, no ano de 2010?

- Sim
 Não
 Não sabe informar

Dimensão Organizacional - Acesso

54) Tempo médio de espera para início do tratamento na especialidade de:

	até 15 dias	de 15 a 30 dias	de 30 a 60 dias	de 60 a 90 dias	mais de 90 dias
Endodontia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico Bucal / Estomatologia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55) Tempo de espera entre retornos na especialidade de Endodontia:

- até 7 dias
 de 7 a 15 dias
 de 15 a 30 dias
 mais de 30 dias

56) Indique a disponibilidade de horários de atendimento do CEO nos períodos abaixo:

	Sim	Não
Horário Comercial:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Almoço:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noturno:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Final de Semana:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro horário alternativo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57) Existe faixa etária preferencial para a seleção de pacientes encaminhados para a especialidade de endodontia? (considere apenas dentes permanentes):

- Não - pacientes de todas as idades são atendidos
 Sim - são priorizados pacientes em faixas etárias específicas

58) Qual a faixa etária preferencial para seleção de pacientes com necessidade de endodontia em dentes permanentes?

59) **Existem grupos dentários prioritários para receber tratamento endodôntico?**

- Não, todos os elementos dentais podem ser tratados. (desconsiderar 3º M)
- Sim, somente dentes anteriores são tratados
- Sim, somente até pré-molares são tratados
- Sim, somente até primeiros molares são tratados
- Sim, outros.

Dimensão Organizacional - Referência e Contra-Referência

60) **O Tratamento é iniciado no CEO apenas com encaminhamento dos Cirurgiões Dentistas da Atenção Básica / UPA / PS/ Hospital/ Universidades?**

- Sim
- Não

61) **Existe atendimento por livre demanda no CEO (pacientes sem encaminhamento)?**

- Sim
- Não

62) **Os encaminhamentos para o CEO são realizados através de formulário específico para referência/ contra-referência? :**

- Sim
- Não

63) **Após o término do tratamento, o paciente é encaminhado para a unidade de saúde de origem com o formulário de contra-referência devidamente preenchido com a identificação do profissional, diagnóstico e tratamento realizados?**

- Sim
- Não

64) **Protocolo de Referência para o CEO:**

Se houver algum protocolo de referência da atenção básica para o CEO, por favor coloque em anexo.

65) **Este espaço é seu. Escreva o que achar importante ou necessário sobre esta pesquisa.**

ANEXO A: Procedimentos discriminados na portaria GM/MS nº 2898/2010 para monitoramento da produção dos CEOs:

PERIODONTIA

- 0307030032 - raspagem corono-radicular
- 0414020081 - enxerto gengival
- 0414020154 - gengivectomia (por sextante);
- 0414020162 - gengivoplastia (por sextante);
- 0414020375 - tratamento cirúrgico periodontal (por sextante)

ENDODONTIA

- 0307020037 - obturação de dente decíduo
- 0307020045 - obturação em dente permanente birradicular
- 0307020053 - obturação em dente permanente c/ tres ou mais raízes
- 0307020061 - obturação em dente permanente unirradicular
- 0307020088 - retratamento endodôntico em dente permanente birradicular
- 0307020096 - retratamento endodôntico em dente permanente c/ 3 ou mais raízes
- 0307020100 - retratamento endodôntico em dente permanente unirradicular
- 0307020118 - selamento de perfuração radicular

Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de endodontia é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 20% dos seguintes procedimentos: 0307020053 - obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou 0307020096 - retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes.

CIRURGIA ORAL MENOR

- 0201010526 - biópsia dos tecidos moles da boca
- 0201010232 - biópsia de glândula salivar
- 0201010348 - biópsia de osso do crânio e da face
- 0307010058 - tratamento de nevralgias faciais
- 0401010082 - frenectomia
- 0404020038 - correção cirúrgica de fístula oronasal/ oro
- 0404020054 - drenagem de abscesso da boca e anexos
- 0404020089 - excisão de rânula ou fenômeno de retenção salivar
- 040402009 - excisão e sutura de lesão na boca
- 0404020100 - excisão em cunha do lábio

0404020127 - exérese de cisto odontogênico e não
0414010019 - contenção de dentes por splintagem
0414010086 - redução cruenta de fratura alvéolo
0414010175 - redução incruenta de fratura alvéolo
0414010213 - redução incruenta de luxação temp.
0414020014 - alveolotomia / alveolectomia (por arco dentário)
0414020030 - aprofundamento de vestibulo oral (por sextante)
0414020049 - correção de bridas musculares
0414020057 - correção de irregularidades de rebordo alveolar
0414020065 - correção de tuberosidade do maxilar
0414020073 - curetagem periapical
0414020090 - enxerto ósseo de área doadora intrabucal
0414020103 - excisão de cálculo de glândula salivar
0414020111 - excisão de glândula submandibular / submaxilar /
sublingual
0414020146 - exodontia múltipla c/ alveoloplastia por sextante
0414020170 - glossorrafia
0414020200 - marsupialização de cistos e pseudocistos
0414020219 - odontosecção / radilectomia / tunelização
0414020227 - reconstrução de sulco gengival
0414020235 - reconstrução parcial do lábio traumatizado
0414020243 - reimplante e transplante dental (por elemento)
0414020251 - remoção de cisto
0414020260 - remoção de corpo estranho da região bucal
0414020278 - remoção de dente retido (incluso / impactado)
0414020286 - remoção de foco residual
0414020294 - remoção de tórus e exostoses
0414020308 - retirada de material de síntese óssea / dentária
0414020316 - selamento de fístula cutânea odontogênica
0414020324 - sinusotomia maxilar unilateral
0414020340 - tratamento cirúrgico de fistula intra / extra
0414020359 - tratamento cirúrgico de hemorragia bucal
0414020367 - tratamento cirúrgico p/ tracionamento dental
0414020383 - tratamento de alveolite
0414020391 - tratamento emergencial p/ redução de fratura alvéolo
0414020405 - ulotomia / ulectomia .

Fonte: Portaria GM/MS Nº 2898/2010.

ANEXO B: Certificado CEP/UFSC

07/06/2011

Certificado



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 2041

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584 GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 2041

FR: 428875

TÍTULO: Avaliação da Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas em Santa Catarina

AUTOR: MARIA CRISTINA MARINOCALVO, Manoela de Leon Nobrega Reses

FLORIANÓPOLIS, 06 de Junho de 2011.

 Coordenador do CEPSH UFSC

ANEXO C: Parecer CEP SES/SC



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício nº 092/11.

Florianópolis, 28 de julho de 2011.

Hma. Pesquisadora

Maria Cristina Marino Calvo

Prezada Pesquisadora:

Comunicamos que o seu projeto de pesquisa processo nº **0213.1506-11** foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES (CEP/SES-SC), sendo **Aprovado**.

O Parecer Consubstanciado está a sua disposição na sala do Comitê situada à Rua Esteves Júnior, 390, 2º andar, Diretoria de Educação Permanente em Saúde.

Informamos que conforme o **item VII.13.d da Resolução CNS nº 196/96**, deverá ser enviado a este Comitê uma cópia do **Relatório de Conclusão da Pesquisa**, em forma digitalizada (CD).

Endereço para correspondência: Rua Esteves Júnior-390, 2º andar, Diretoria de Educação Permanente em Saúde - Centro - Florianópolis - S.C - 88015-130.

Maiores informações, pelo telefone (48) 32121680 c/ Dione, e-mail cepses@saude.sc.gov.br.

Atenciosamente,

Drª Rosani Ramos Machado
Coordenadora do CEP/SES-SC

PARTE II: ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO

Título: Avaliação da Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas em Santa Catarina

Título em inglês: Evaluation of the Implantation of Centers of Dental Specialties in Santa Catarina

Autores:

Manoela de Leon Nobrega Reses

Maria Cristina Marino Calvo

Endereço para correspondência:

Profª. Drª. Maria Cristina Marino Calvo

Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário – Bairro Trindade

Florianópolis, Santa Catarina

CEP: 88040-900

Endereço Eletrônico:

manoela.lnr@gmail.com

mcmcalvo@ccs.ufsc.br

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo avaliar a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas em Santa Catarina, a qual possa subsidiar a gestão na busca da qualificação da atenção secundária em saúde bucal. Foi realizada uma avaliação normativa, baseada nas normas e critérios das portarias que regulamentam a implantação e as metas de produtividade dos serviços, e em documentos que orientam a organização do serviço, o processo de trabalho e os fluxos da atenção básica para atenção especializada. O modelo lógico e a matriz avaliativa foram desenvolvidos por meio de técnica de consenso entre especialistas. Dimensões, indicadores, medidas e parâmetros foram definidos e a coleta incluiu dados secundários e primários. Foram consultados o SIA/SUS e relatórios de produção da Coordenação de Saúde Bucal da SES/SC, e utilizados formulários eletrônicos respondidos pelos coordenadores dos CEOs catarinenses. . O juízo de valor final para os 29 CEOs estudados foi de grau de implantação adequado para 12 CEOs (41,4%), grau de implantação parcialmente adequado para 14 CEOs (48,3%) e grau de implantação pouco adequado para três CEOs (10,3%).

Palavras-chave: Avaliação em Saúde, Saúde Bucal, Serviços de Saúde Bucal, Especialidades Odontológicas.

ABSTRACT

The present report aims to evaluate the accomplishment of the Centers of Dental Specialties - CDS in the State of Santa Catarina which might also be able to sustain an adequate management concerning the qualification of secondary oral healthcare. To achieve this purpose, it was conducted a normative evaluation based on: a) the criteria and norms that rules the service's application and productivity achievements; b) other documents that orient the service's organization, the working process and the flows that comes from the basic healthcare to the expertise one. The logical model and the evaluating matrix were conceived by the means of a consensual technique among the experts. Dimensions, indicators, measurements and parameters were defined and the data compilation encompassed secondary and primary data. It was consulted the ambulatory databases of the Brazilian Healthcare System (SIA/SUS) and the reports on productivity yielded by the Coordination of Oral Healthcare of the State of Santa Catarina (SES/SC). In addition, it was accessed the electronic forms filled up by the coordinators of the CDSs located in the State of Santa Catarina. According the results, from the amount of 29 CEOs that had been analyzed, 12 (41,1%) were considered as holding adequate implementation, 14 (48,3%) were classified as partially adequate, and 3 (10,3%) were classified as inadequate implamentation.

Key-words: Health Evaluation, Oral Health, Dental Health Services, Dental Specialties.

INTRODUÇÃO

Historicamente a assistência à saúde bucal nos serviços públicos no Brasil caracterizou-se pela atenção a grupos prioritários, como escolares e gestantes. A população adulta e idosa ficou por décadas dependente de uma limitada oferta de procedimentos odontológicos de baixa complexidade e de caráter curativo e mutilador.^{1, 2.}

O modelo hegemônico de assistência odontológica praticada no país, com suas graves deficiências, passou a ser questionado e criticado por sua total incapacidade preventiva e resolutiva frente às preocupantes condições de saúde bucal da população.^{3, 4}

Para resgatar esta dívida com a atenção em saúde bucal, o Governo Federal lançou em 2004 a Política Nacional de Saúde Bucal, também conhecida como Programa Brasil Sorridente, a qual trouxe “proposições para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta à produção do cuidado”⁵.

As diretrizes da PNSB apontaram a necessidade de garantir o atendimento nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção⁵, e neste sentido foram instituídos os CEOs – Centros de Especialidades Odontológicas, que têm suas normas e requisitos para a implantação, e recursos humanos e estruturais definidos pela portaria GM/MS Nº 599/2006⁶. Os aspectos de financiamento, critérios de monitoramento e metas de produtividade são regulamentados pela portaria GM/MS Nº 600/2006⁷, os quais foram atualizados pela portaria GM/MS Nº 2898/2010⁸. Além disso, dois documentos publicados pelo Ministério da Saúde orientam sobre a regulação clínica e os fluxos de serviços entre CEOs e serviços de atenção básica: o Caderno de Atenção Básica Nº17 – Saúde Bucal⁹ e o Manual de Especialidades em Saúde Bucal¹⁰

Este estudo teve por objetivo realizar uma avaliação normativa da implantação dos CEOs no estado de Santa Catarina para identificar suas fragilidades, acertos e potencialidades, possibilitando a correção de possíveis falhas e a busca por novas metas

Por avaliação normativa compreende-se a realização de um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas.¹¹

Quando um programa ou serviço de saúde está na fase de implantação e/ou desenvolvimento, como é o caso dos CEOs, a sua avaliação tem um objetivo formativo, e busca identificar suas facilidades e dificuldades, se os recursos e atividades são suficientes em quantidade e qualidade, de que maneira estão

organizados, se a intervenção está sendo implementada conforme o esperado, se está alcançando a população programada, dentre outros. Desta forma, um dos tipos de avaliação possíveis para este objetivo é a avaliação normativa, que busca mensurar o grau de implantação da intervenção.¹²

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo é definido, em função de seus objetivos, como uma pesquisa metodológica, a qual envolve caminhos, formas, maneiras, procedimentos para atender determinados fins,¹⁵ através da construção de modelo lógico e matriz avaliativa e da emissão de juízo de valor acerca da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas em Santa Catarina.

Modelo Lógico

A avaliação conceituada como a emissão de um juízo de valor sobre um objeto por meio de critérios e referenciais previamente definidos impõe a construção de um modelo teórico – lógico como etapa indispensável à sua avaliabilidade. Nesse processo, são consideradas a documentação normativa disponível, a revisão de literatura e a percepção de diversos atores implicados no processo¹⁶.

Para este estudo desenhou-se um modelo lógico para a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (figura 1) cujas referências foram a Política Nacional de Saúde Bucal de 2004, as portarias GM/ MS Nº 599 /2006 e GM/MS Nº 2898 / 2010, o Manual de Especialidades em Saúde Bucal (BRASIL, 2008) e o Caderno de Atenção Básica Nº 17 – Saúde Bucal (BRASIL, 2006). Sua elaboração ocorreu em oficinas de consenso com especialistas (técnicos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, professores e doutorandos da UFSC), e buscou identificar os aspectos normativos e as orientações que deveriam ser incorporados na descrição do objeto.

Os pressupostos que orientaram a proposta foram de que os CEOs devem:

- Compor uma rede assistencial consoante com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e com o Plano da Rede Especializada em Serviços Odontológicos de Santa Catarina.
- Estar integrado à Atenção Básica por meio de um sistema consistente de referência e contra-referência e seguimento de protocolos clínicos e de regulação descritos no Caderno de Atenção Básica Nº 17 – Saúde Bucal e no Manual de Especialidades Odontológicas;

- Atender aos critérios estabelecidos pela portaria GM/MS Nº 599/2006 relacionados a atividades clínicas, equipamentos e materiais, estrutura física e recursos humanos;
- Integrar o processo de planejamento regionalizado, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização, conforme preconizado na GM/MS Nº 599/2006;
- Cumprir a produção mínima mensal de acordo com portaria GM/MS Nº 2898 de 21 de Setembro de 2010. Garantir a qualidade da assistência através de estratégias adequadas de gestão dos serviços de saúde e processo de trabalho.

Foram consultados os estudos publicados nos últimos dez anos que trataram de avaliação de serviços de saúde bucal, localizando as dimensões identificadas para o objeto pelos diferentes pesquisadores. Também foram analisadas as normas e orientações relativas aos Centros de Especialidades Odontológicas, buscando identificar os aspectos destacados nos documentos. Esta revisão resultou em uma lista de dimensões, indicadores e parâmetros preconizados nos estudos e inferidos pela normatização, a qual foi analisada em oficinas de elaboração de projeto do curso de pós-graduação, resultando em uma matriz com três dimensões de análise para o objeto, quais sejam: dimensão estrutural, com quatro indicadores; dimensão organizacional, com quatro indicadores; e dimensão de produção, com um indicador.

A Dimensão Estrutural tem 4 indicadores relacionados às questões estruturais dos CEOs normatizados pela Portaria GM/MS Nº 599/2006; a Dimensão Organizacional é composta por 4 indicadores construídos com base em características relevantes do processo de trabalho nos CEOs que, embora não estejam normatizados em portarias, são preconizados através do Caderno de Atenção Básica Nº17 – Saúde Bucal (BRASIL, 2006) e do Manual de Especialidades Odontológicas (BRASIL, 2008), e também são abordadas questões relativas à gestão dos serviços de saúde e processo de trabalho, que podem determinar um maior ou menor grau de implantação dos serviços; e a Dimensão Produção possui um indicador relativo às Portarias GM/MS Nº 600/2006 e 2898/2010, que definem os critérios de monitoramento da produção dos CEOs.

O quadro 1 apresenta os indicadores e as medidas da Matriz Avaliativa de Implantação dos CEOs em Santa Catarina. O quadro 2 apresenta os parâmetros e julgamentos previstos.

O processo de construção da matriz avaliativa contou com a participação e consulta a *experts* das áreas de avaliação em saúde e saúde bucal - professores

doutores vinculados à Universidade Federal de Santa Catarina, alunos de doutorado em saúde coletiva da UFSC e técnicos da divisão de saúde bucal de Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina ligados à coordenação estadual dos CEOs.

Foram realizadas consultas através de duas rodadas de questionários enviados por correio eletrônico. Após a compilação dos resultados foi realizada uma reunião com a participação dos *experts*, para a discussão e consenso dos indicadores e medidas construídos e formatação final da matriz avaliativa.

Seleção dos CEOs

Dos 38 CEOs em funcionamento em Santa Catarina, foram selecionados 34 centros em 33 municípios. Os quatro CEO excluídos foram: os dois localizados e gerenciados por Universidades (UFSC e UNIVALI); um CEO que teve suas atividades iniciadas apenas em meados de 2010; e um CEO que passava por reformas administrativas e estruturais.

Coleta de Dados

Para esta avaliação foram utilizados dados secundários constantes nos bancos de dados do SIA/SUS e relatórios de produção da divisão de saúde bucal da SES/SC, e dados primários coletados nos CEOs através de formulário online.

Foram coletados no banco disponibilizado pela Divisão de Saúde Bucal da SES/SC dados do SIA/SUS referentes à quantidade e ao tipo de procedimentos de endodontia, periodontia, e cirurgia realizados em cada CEO no ano de 2010, os quais foram comparados às metas de produção estabelecidas pela Portaria GM/MS Nº 2898/2010.

A especialidade de pacientes com necessidades especiais não foi avaliada porque é composta por procedimentos da atenção básica, realizada em pacientes especiais. Muitos CEOs localizam-se em policlínicas e por isto têm o mesmo CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Desta forma, pelo SIA / SUS, não haveria como diferenciar os procedimentos básicos realizados nos CEOs pela especialidade pacientes especiais, e os realizados na policlínica pela atenção básica. Foram avaliadas duas medidas, o cumprimento da meta de produção mínima por especialidade no ano de 2010 e o cumprimento da meta mínima de endodontia em molares.

Também foram coletadas informações acerca da cobertura e cumprimento das cotas pactuadas com municípios referenciados aos CEOs regionalizados nos relatórios de produção enviados mensalmente pelos serviços à coordenação de saúde bucal da SES/SC.

Informações não disponíveis nos bancos de dados e em relatórios da SES/SC foram coletadas através de questionário composto de questões abertas e fechadas, o qual foi respondido pelos coordenadores dos CEOs ou pelos coordenadores de saúde bucal do município. O meio utilizado para o encaminhamento do questionário foi o formulário eletrônico FormSUS, um serviço de criação de formulários, desenvolvido pelo DATASUS para viabilizar aos técnicos do SUS o processo de coleta e disseminação de dados por meio da internet. 18A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto e setembro de 2011.

Análise dos Dados

Os dados coletados foram tabulados e analisados com auxílio de planilhas Microsoft Excel.

Os resultados foram comparados aos parâmetros normatizados para cada medida e indicador e a partir daí foi emitido o juízo de valor sobre o grau de implantação de cada um dos CEOs avaliados.

Cada medida foi avaliada de acordo com o parâmetro esperado, o qual teve como base as portarias que normatizam a implantação e monitoramento dos CEOs, documentos do MS que orientam seu funcionamento, e indicadores de avaliação relativos a processo de trabalho e organização de serviços já utilizados em outras pesquisas.

Desta forma, cada resultado foi categorizado como adequado, parcialmente adequado ou pouco adequado, de acordo com os parâmetros esperado e o julgamento proposto.

O resultado de cada indicador foi obtido através do agrupamento dos resultados das suas respectivas medidas. O resultado final de cada indicador foi novamente classificado em adequado, parcialmente adequado ou pouco adequado, de acordo com o seguinte critério geral:

- Adequado: o indicador não apresenta nenhuma medida com resultado “pouco adequado” e apresenta ao menos metade de suas medidas com resultado “adequado”.
- Pouco adequado: o indicador apresenta ao menos metade de suas medidas com resultado pouco adequado.
- Parcialmente adequado: demais possibilidades de agrupamento de resultados das medidas.

Essa classificação buscou valorizar resultados adequados e identificar os resultados inadequados, por constituir-se em uma avaliação normativa. Entretanto, entende-se que por ser de implantação recente, falhas ou

ausências são esperadas e por esse motivo, foi adotada a classificação “parcialmente adequada”.

O julgamento de cada dimensão foi atribuído pelo mesmo critério de agrupamento de resultados de indicadores, como demonstrado no quadro 3, que resume a matriz de julgamento definida.

Procedimentos Éticos

O projeto que deu origem à pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), sob o certificado número 2041. O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina foi anuente com o parecer CEP/UFSC, e também aprovou o projeto de pesquisa. Para a sua preservação, as instituições e os sujeitos participantes da pesquisa não foram identificados.

RESULTADOS

Dos 38 CEOs implantados em Santa Catarina, 34 foram selecionados para o estudo e 29 responderam o questionário FORMSUS concordando em participar da pesquisa, o que equivale a 76,3% dos CEOs do estado. Os resultados das medidas, indicadores e dimensões podem ser observados na tabela 1.

Das 26 medidas avaliadas, 22 apresentaram o maior percentual de resultados como “adequados” e 4 apresentaram o maior percentual de resultados como “pouco adequado”. As medidas 6 (Adequação entre número de CDs) e 9 (Adequação ao PDR), ambas da dimensão estrutural, tiveram resultado adequado para 100% dos CEOs.

Das 4 medidas onde o maior percentual de resultados foi “pouco adequado”, 3 são da dimensão organizacional: interrupção do atendimento por falta de profissional (58,6% dos CEOs); percentual de preenchimento de cotas pactuadas (41,4% dos CEOs) e tempo médio de espera para início do tratamento em Endodontia (62,1% CEOs). A medida “cumprimento da meta mínima”, da dimensão de produtividade, teve resultado pouco adequado em 41,4% dos CEOs, e resultado parcialmente adequado em 34,5% dos CEOs.

Nas medidas “adequação da proporção entre N° de horas ASBs e N° de horas CDs”, “paralisação de consultório por motivo de manutenção e/ou conserto” e “cumprimento da meta mínima de endodontia em molares” foram observados percentuais maiores para o resultado “adequado”. No entanto, essas mesmas medidas tiveram cerca de 30% de resultados pouco adequados.

Após a agregação das medidas em indicadores, observaram-se os melhores resultados na dimensão estrutural. Entretanto, o indicador “atividades realizadas”, que avalia se o número mínimo de especialidades está sendo

oferecido nos CEOs, 27,6% ficou com resultado parcialmente adequado, indicando que quase um terço dos CEOs não está oferecendo todas as especialidades previstas na norma.

Na dimensão organizacional, os indicadores “referência e contra-referência” (86,2%) e “recursos estruturais” (65,5%) obtiveram maior percentual de CEOs com resultado adequado. Nos demais indicadores dessa dimensão - recursos humanos e acesso – a maioria dos CEOs foram classificados como parcialmente adequados.

Na dimensão de produção foram observados os resultados menos positivos: 55,2% dos CEOs tiveram resultados pouco adequados.

A análise dos resultados por dimensão permite afirmar que as questões estruturais normatizadas estão com resultado adequado nos CEOs de Santa Catarina, com cerca de 90% de resultados adequados e 10% de resultados parcialmente adequados. Já na dimensão organizacional, 51,7% dos CEOs obtiveram resultados entre parcialmente adequados e pouco adequados. E a dimensão de produção replica o resultado do seu indicador, com 55,2% de resultados pouco adequados.

Dos 29 CEOs avaliados, o juízo de valor final foi de grau de implantação adequado para 12 CEOs (41,4%), grau de implantação parcialmente adequado para 14 CEOs (48,3%) e grau de implantação pouco adequado para 3 CEOs (10,3%). (figura 2)

DISCUSSÃO

A matriz avaliativa desenvolvida no estudo possibilitou mensurar os indicadores propostos para a avaliação da implantação dos CEOs em Santa Catarina. O processo de construção de indicadores realizado de forma comunicativa e dialógica, através da realização do consenso entre os *experts* na estruturação da matriz, levou em consideração diversas visões e interesses, o que contribuiu para o alcance do objetivo proposto pelo estudo.¹⁷

A análise dos resultados permite afirmar que a dimensão estrutural é que tem um maior grau de implantação nos CEOs de Santa Catarina. Deve-se observar, entretanto, que mesmo sendo uma dimensão composta por indicadores normativos, algumas fragilidades são encontradas. O número de especialidades mínimas obrigatórias não é oferecido em todos os CEOs. Um CEO pesquisado não disponibiliza a especialidade de periodontia, com a justificativa de haver dificuldades na aquisição dos instrumentais solicitados pelos profissionais. Sete (24%) CEOs não relataram a oferta da especialidade de estomatologia, situação melhor do que a encontrada na análise seis estados brasileiros, onde 68% não relataram a oferta da especialidade¹⁸. No indicador

de recursos estruturais cerca de 30% dos CEOs tiveram resultados parcialmente ou pouco adequados por relatarem insuficiência de quantidade e/ou qualidade dos instrumentais e equipamentos. O mesmo foi relatado na avaliação dos CEOs de Natal¹⁹, onde observou insuficiência de instrumentais, principalmente de periodontia. A portaria GM /MS N°599 determina que os CEOs tenham instrumentais e equipamentos compatíveis com o serviço, e entende-se que a sua falta pode prejudicar o atendimento e a resolatividade da atenção em saúde bucal.

O indicador de recursos humanos também teve boa resposta para o número de cirurgiões-dentistas e a carga horária disponibilizada, mas em 31% dos CEOs observou-se que a carga horária total dos auxiliares é menor do que a dos dentistas, o que desfavorece o trabalho em equipe e a agilidade do atendimento.

O indicador cobertura foi o de melhor resultado no modelo de avaliação, com 100% de CEOs com bons resultados. A distribuição dos CEOs pesquisados, com a definição dos municípios referenciados aos serviços, segue o preconizado na organização do plano da rede especializada em saúde bucal no estado e no plano diretor de regionalização. O parâmetro de um CEO para 250 mil habitantes adotado no estado só não foi alcançado por um CEO pesquisado, que tem uma população de referência maior do que o estipulado. Deve-se observar, entretanto, que este estudo não avaliou a abrangência de todos os CEOs no estado, e que vazios regionais ainda são identificados. Salienta-se que as portarias que regulamentam os CEOs não definem uma relação CEO/habitante, possivelmente pelo limite de recurso do Ministério da Saúde para a implantação de novos centros. Tal situação leva a uma morosidade do processo, e somente será possível saber se os CEOs estão funcionando no país quando houver uma relação CEO por habitante que seja alcançada²⁰.

A dimensão organizacional aborda indicadores relativos à organização do serviço e processo de trabalho que não necessariamente estão normatizadas para os CEOs, mas podem implicar em maior ou menor grau de sua implantação. Os pontos mais frágeis desta dimensão foram: interrupção do atendimento em algum consultório em 30% dos CEOs por motivo de quebra/manutenção; interrupção do atendimento em quase 60% dos CEOs por falta de profissional; não cumprimento das cotas de pactuação em 60% dos CEOs; e dificuldades no acesso à especialidade de endodontia. Situações semelhantes foram encontradas CEOs de São Paulo²¹ - dificuldades com infra-estrutura e contratação de recursos humanos, problemas em relação às vagas e encaminhamentos, listas de espera de até dois anos para o atendimento, e Recife²² - dificuldades no acesso em endodontia e prótese.

Como ponto positivo destaca-se o indicador de referência e contra-referência, que obteve resultado bom para 86,2% e regular para 13,8% dos CEOs. Esta situação difere da maioria dos estudos sobre o tema^{19,23, 24}, que apontam que em geral a referência e contra-referência não ocorre de maneira adequada no CEO, com encaminhamentos realizados sem que o paciente tenha passado pelo tratamento básico prévio, demanda livre sem encaminhamento para os CEOs, falta de seguimento de protocolos e a não realização da contra-referência.

A produtividade dos CEOs também tem sido discutida na literatura. Avaliações normativas sobre a produtividade dos CEOs demonstraram cumprimento das metas em três especialidades da ordem de 40,9% em Pernambuco²⁵ e 24% no Ceará²⁶. Ressalte-se que tais análises foram realizadas com base nas metas da Portaria 600/2006, e o presente estudo utilizou os procedimentos detalhados na portaria 2898/2010, que atualizou os códigos considerados nas metas, resultando em 24% dos CEOs com boa avaliação. Especificamente quanto à endodontia, na Bahia²⁷ observou-se que a maioria dos CEOs ofertou a especialidade apenas para dentes uni e bi-radulares, um desacordo com as necessidades epidemiológicas, uma vez que os dentes molares (tri-radulares) são os mais acometidos e perdidos pela cárie dentária. Esta situação pode explicar a razão do Ministério da Saúde atualizar a meta de produtividade dos CEOs e definir que no mínimo 20% dos tratamentos endodônticos devem ser realizados em dentes tri-radulares. A maioria dos CEOs catarinenses avaliados (62,10%) cumpriu esta prerrogativa em 2010, demonstrando dificuldade em quase 40% dos serviços em atingir esta meta. Deve-se observar que cerca de 90% dos CEOs afirmaram que todos os grupos dentários são atendidos nos CEOs e apenas 10,3% dos CEOs tratam somente até primeiros molares na especialidade de endodontia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os CEOs, de maneira geral apresentam problemas e dificuldades comuns nas questões estruturais e de recursos humanos, na referência e contra-referência, na alta demanda e filas de espera prolongadas, no cumprimento das metas de produtividade.

Em Santa Catarina os pontos positivos e potencialidades observadas foram relacionados aos indicadores de cobertura, com definição e alcance da relação CEO/habitante e respeito ao Plano Diretor de Regionalização, de estrutura, com adequado percentual de questões estruturais normatizados respeitados, e de referência e contra-referência.

Como fragilidades e pontos a serem melhorados destacam-se as questões relacionadas ao acesso e cumprimento das metas de produtividade. Para seu aperfeiçoamento, pode-se sugerir a discussão das cotas pactuadas com os municípios para identificar as dificuldades de encaminhamento. Além disso, pode-se realizar o controle das listas de espera para início do tratamento por meio de sistemas de regulação, agendamento informatizado. A necessidade de contratação ou reposição de profissionais também pode ser considerada.

Como limitações deste estudo aponta-se apenas a visão do coordenador dos CEOs foi considerada na coleta de dados primários, e não houve a presença in loco do pesquisador para observação direta das questões estruturais e organizacionais.

A maior contribuição deste estudo relaciona-se ao seu objetivo formativo, o qual busca contribuir para a melhoria do serviço e qualificação da atenção.

Os CEOs são estratégias extremamente positivas na busca da ampliação e qualificação da atenção secundária em saúde bucal, e representam um avanço na reorganização das práticas odontológicas, que busca ofertar um maior acesso a procedimentos conservadores e romper com o modelo mutilador. Desta forma, é de extrema relevância que se realizem processos contínuos de avaliação, capazes de identificar fragilidades e potencialidades que sirvam de subsídio para a gestão dos serviços de saúde bucal.

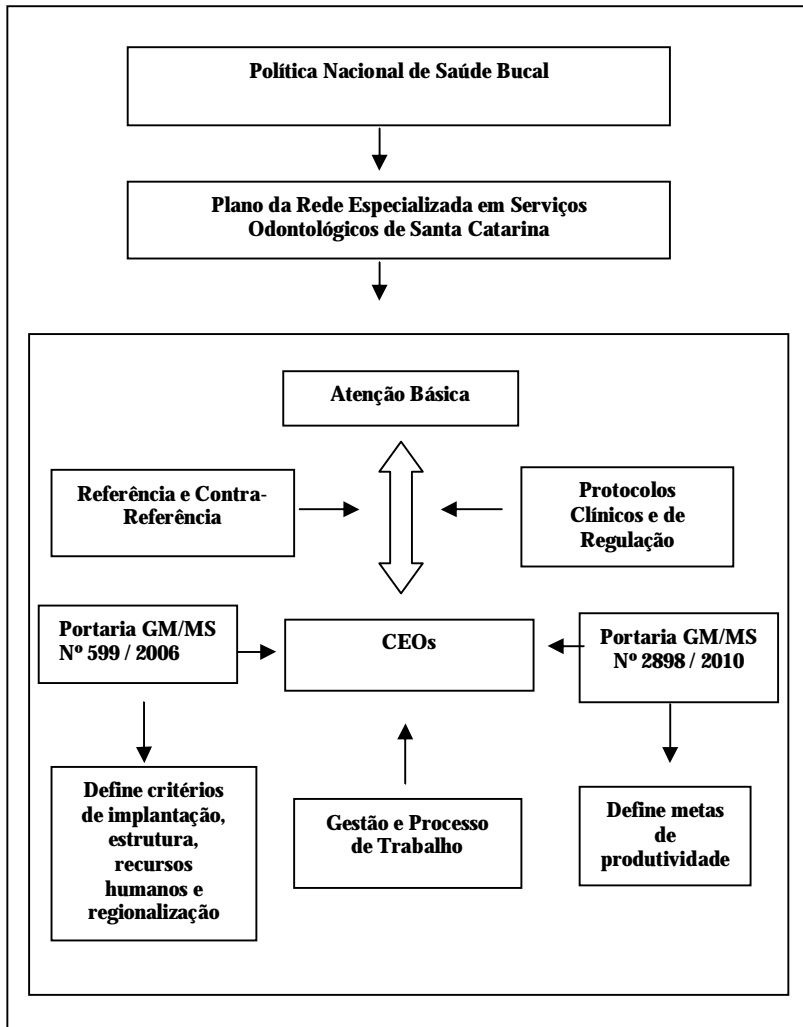
REFERÊNCIAS

1. Pucca Junior GA, Lucena EHG de, Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Brazilian Oral Research*. 2010; 24:26-32.
2. 1. Pucca Junior GA, Costa JFR, Chagas L de D, Sivestre RM. Oral health policies in Brazil. *Brazilian oral research*. 2009; 23 (Supl 1):9-16.
3. Narvai PC. *Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*. 2ªed. São Paulo: Santos; 2002.
4. Freitas SFT. *História social da cárie dentária*. Bauru: Edufsc; 2001.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Portaria nº 599 de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. *Diário Oficial da União* 2006; 24 mar.

7. Portaria nº 600 de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. *Diário Oficial da União* 2006; 24 mar.
8. Portaria nº 2898 de 21 de setembro de 2010. Atualiza o anexo da Portaria Nº 600 de 23 de março de 2006. *Diário Oficial da União* 2010; 23 set.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica - Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
10. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de Especialidades em Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
11. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48.
12. Cazarin G, Mendes MFM, Albuquerque KM. Perguntas Avaliativas. In: Samico I et al, organizadoras. *Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 79-87.
13. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Diretor de Regionalização – PDR 2008*. Florianópolis, 2008.
14. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano da Rede Especializada em Serviços Odontológicos*. Florianópolis, 2004.
15. Tobar F, Yalour MR. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
16. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(Supl. 2):S331-S336.
17. Assis SG et al. Definição de objetivos e construção de indicadores visando à triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 105-132.
18. Deitos AR. *Avaliação na atenção especializada em saúde bucal* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
19. Medeiros E. *Os Centros de Especialidades Odontológicas como suporte da atenção básica: uma avaliação na perspectiva da integralidade* [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007.
20. 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.
21. Robles LP. *Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
 22. Martelli P JL. *Política Nacional de Saúde Bucal, da teoria à prática: um estudo de caso acerca de sua implantação em Recife-PE no período 2000 a 2007*. [tese]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2010.
 23. Ferraz MAL. *Avaliação da referência e contra-referência nos centros de especialidades odontológicas em Teresina-Piauí* [dissertação]. Teresina: Universidade Federal do Piauí; 2008.
 24. Souza GCA. *Centros de Especialidades Odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal* [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2009.
 25. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25 (2): 259-267.
 26. Guimarães MLF. *Cuidados Secundários em Saúde Bucal: Centro de Especialidades Odontológicas no Ceará , Brasil , 2008* [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2010.
 27. Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG, Figueiredo AL. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27 (1):143-154.

Figura 1: Modelo Lógico de Avaliação da Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas.



Quadro 1: Indicadores e Medidas da Matriz Avaliativa da Implantação dos CEOs em Santa Catarina.

INDICADORES MEDIDAS	
DIMENSÃO ESTRUTURAL	
A. Atividades Desenvolvidas	1. Quantidade de especialidades ofertadas
B. Recursos Estruturais	2. Adequação do número de consultórios ao tipo de CEO 3. Percepção do coordenador quanto à adequação da quantidade e qualidade de equipamentos 4. Percepção do coordenador quanto à adequação da quantidade e qualidade de instrumentos 5. Percepção do coordenador quanto à adequação das condições de iluminação, ventilação e climatização
C. Recursos Humanos	6. Adequação entre N° CDs e tipo de CEO 7. Adequação entre N° de horas CD disponíveis tipo de CEO 8. Adequação da proporção entre N° de horas ASBs e N° de horas CDs
D. Cobertura	9. Adequação ao PDR - 10. Proporção CEO/População da área de abrangência
DIMENSÃO ORGANIZACIONAL	
E. Recursos Estruturais	11. Se houve paralisação de algum consultório por motivo de falta de material de consumo por mais de dois dias consecutivos em 2010 12. Se houve paralisação de algum consultório por motivo de manutenção e/ou conserto de equipamentos por mais de dois dias consecutivos em 2010
F. Recursos Humanos	13. Qualificação do vínculo de trabalho: % de trabalhadores com vínculo estatutário ou contrato CLT 14. Qualificação profissional: % de CDs com capacitação, aperfeiçoamento ou especialização na área de atuação 15. Se houve interrupção do atendimento por mais de três dias consecutivos, por motivo de falta de profissional, no ano de 2010

G. Acesso	<p>16. % de preenchimento de cotas pactuadas para municípios</p> <p>17. Tempo médio de espera para início do tratamento em Endodontia</p> <p>18. Tempo médio de espera para início do tratamento em Estomatologia</p> <p>19. Tempo de espera entre retornos Endodontia</p> <p>20. Existência de critérios de idade de pacientes encaminhados à endodontia</p> <p>21. Existência de grupos dentários específicos para realização e tratamento endodôntico.</p>
H. Referência e contra-referência	<p>22. Atendimento exclusivo com encaminhamento</p> <p>23. Existência de formulário específico para referência</p> <p>24. Realização de contra-referência</p>
DIMENSÃO PRODUÇÃO	
I. Produtividade	<p>25. Cumprimento da meta mínima no ano de 2010 nas especialidades de endodontia, periodontia e cirurgia.</p> <p>26. Cumprimento da meta mínima de endodontia em molares</p>

Quadro 2: Parâmetros de ajuizamento das medidas (numeradas de acordo com o quadro 2) para Adequado (A), Parcialmente adequado (PA) e Pouco adequado (PO).

	PARÂMETRO	JULGAMENTO
1	Ter as 5 especialidades	A: 5 ou mais especialidades PA: 3 a 4 especialidades PO: até 2 especialidades
2	Tipo 1: 3; tipo 2: 4 a 6; tipo 3: 7 ou mais consultórios	A: atende; PO: não atende
3	Ter quantidade e qualidade de equipamentos	A: sim em quantidade e qualidade PA: somente quantidade ou qualidade PO: não em quantidade e qualidade
4	Ter quantidade e qualidade de instrumentais	A: sim em quantidade e qualidade PA: somente quantidade ou qualidade PO: não em quantidade e qualidade
5	Adequação do espaço físico	A: nenhum não; PA: outras; PO: 2 não
6	Tipo 1: 3; tipo 2: 4; tipo 3: 7 CDs	A: atende; PO: não atende
7	40 horas CD semanais para cada consultório previsto	A: \geq (nº consultório previsto x 32 hs) PA: $<$ (nº consultório previsto x 32 hs) e maior (nº consultório previsto x 24 hs) PO: \leq (nº consultório previsto x 24 hs)
8	1 ASB por 40 hs CD	A: horas \geq às dos CDs PO: horas $<$ que dos CDs
9	Adequação ao PDR (CEOs regionalizados)	A: atende; PO: não atende
10	Mínimo de 1 CEO para 250 mil habitantes	A: atende; PO: não atende
11	Não interrupção por falta de material	A: não; PO: sim
12	Não interrupção por falta de equipamento	A: não; PO: sim

13	Desprecarização do trabalho	A: 100% estatutário ou CLT PA: 70% a 99% estatutário ou CLT PO: menos de 70% estatutário ou CLT
14	Ao menos uma capacitação na área	A: 100% com no mínimo curso de capacitação PA: 75% a 99% com no mínimo curso de capacitação PO: menos de 75% com no mínimo curso de capacitação
15	Não interrupção por falta de profissional	A: não; PO: sim
16	Cumprir a meta de pactuação	A: mais que 75% das cotas PA: de 50 a 75% das cotas PO: menos que 50% das cotas
17	Menor tempo possível para início de endodontia	A: até 30 dias PA: de 30 a 60 dias PO: mais de 60 dias
18	Menor tempo possível para diagnóstico	A: até 30 dias PA: de 30 a 60 dias PO: mais de 60 dias
19	Menor tempo possível entre retornos de endodontia	A: até 15 dias PA: de 15 a 30 dias PO: mais de 30 dias
20	Todas as faixas etárias serem atendidas	A: não; PO: sim
21	Todos os grupos dentários serem tratados	A: não; PO: sim
22	Atendimento por encaminhamento	A: sim; PO: não
23	Ter formulário de referência	A: sim; PO: não
24	Fazer contra-referência	A: sim; PO: não
25	Metas de produtividade da portaria 2898/2010	A: cumpriu pelo menos 90% nas 3 especialidades PA: cumpriu pelo menos 90% em 1 ou 2 especialidades PO: não cumpriu nenhuma meta
26	Metas de produtividade de endodontias em molares da portaria 2898/2010	A: cumpriu mínimo de 20% PO: não cumpriu mínimo de 20%

Quadro 3: Matriz de julgamento para avaliação da implantação dos CEOs.

INDICADORES	JUÍZO DE VALOR INDICADOR	JUÍZO DE VALOR DIMENSÃO
Atividades Desenvolvidas (1 medida)	Adequado Parcialmente adequado Pouco adequado	DIMENSÃO ESTRUTURAL
Recursos Estruturais (4 medidas)	2 adequado e nenhum pouco adequado = A 2 pouco adequado = PO Demais = PA	ADEQUADO: Nenhum resultado PO e pelo menos 2 resultados A
Recursos Humanos (3 medidas)	2 adequado e nenhum pouco adequado = A 2 pouco adequado = PO Demais = PA	POUCO ADEQUADO: Pelo menos 2 resultados PO
Cobertura (2 medidas)	2 adequado = A Demais = po	PARCIALMENTE ADEQUADO: outras combinações
Recursos Estruturais (2 medidas)	2 adequado = A Demais = PO	DIMENSÃO ORGANIZACIONAL
Recursos Humanos (3 medidas)	2 adequado e nenhum pouco adequado = A 2 pouco adequado = PO Demais = PA	ADEQUADO: Nenhum resultado PO e pelo menos 2 resultados A
Acesso (6 medidas)	3 adequado e nenhum pouco adequado = A 3 pouco adequado = PO Demais = PA	POUCO ADEQUADO: Pelo menos 2 resultados PO
Referência e contra-referência (3 medidas)	2 adequado e nenhum pouco adequado = A 2 pouco adequado = PO Demais = PA	PARCIALMENTE ADEQUADO: outras combinações
Produtividade (2 medidas)	2 adequado = A Demais = PO	DIMENSÃO PRODUÇÃO
		Igual ao resultado do indicador.

Legenda: A (adequado); PA (parcialmente adequado); PO (pouco adequado).

Tabela 1: Percentual de CEOs segundo sua classificação para medidas, indicadores e dimensões.

ME D.	% A	% PA	% PO	IND .	% A	% PA	% PO	DI M.	% A	% PA	% PO
1	72,4	27,6	0,0	A	72,4	27,6	0,0	DE	89,7	10,3	0,0
2	96,6	0,0	3,4	B	82,8	10,3	6,9				
3	69,0	27,6	3,4								
4	69,0	20,7	10,3								
5	79,3	10,3	10,3								
6	100,0	0,0	0,0	C	65,5	34,5	0,0				
7	82,8	13,8	3,4								
8	69,0	0,0	31,0								
9	100,0	0,0	0,0	D	100,0	0,0	0,0				
10	96,6	0,0	3,4								
11	89,7	0,0	10,3	E	65,5	0,0	34,5				
12	69,0	0,0	31,0								
13	79,3	6,9	13,8	F	37,9	48,3	13,8				
14	65,5	27,6	6,9								
15	37,9	3,4	58,6								
16	37,9	20,7	41,4	G	10,3	75,9	13,8				
17	20,7	17,2	62,1								
18	82,8	6,9	10,3								
19	75,9	17,2	6,9								
20	82,8	0,0	17,2								
21	89,7	0,0	10,3								
22	96,6	0,0	3,4	H	86,2	13,8	0,0				
23	96,6	0,0	3,4								
24	93,1	0,0	6,9								
25	24,1	34,5	41,4	I	44,8	0,0	55,2				
26	62,1	0,0	37,9								

Legenda: A (adequado); PA (parcialmente adequado); PO (pouco adequado); Medidas (MED): 1- Quantidade de especialidades ofertadas; 2- Adequação do número de consultórios ao tipo de CEO; 3-Percepção do coordenador quanto à adequação da quantidade e qualidade de equipamentos; 4- Percepção do coordenador quanto à adequação da quantidade e qualidade de instrumentos; 5- Percepção do coordenador quanto à adequação das condições de iluminação, ventilação e climatização; 6- Adequação entre N° CDs e tipo de CEO ; 7- Adequação entre N° de horas CD disponíveis tipo de CEO; 8- Adequação da proporção entre N° de horas ASBs e N° de horas CDs; 9- Adequação ao PDR 10- Proporção CEO/População da área de abrangência; 11- Se houve paralisação de algum consultório por motivo de falta de material de consumo por mais de dois dias consecutivos em 2010; 12- Se houve paralisação de algum consultório por motivo de manutenção e/ou conserto de equipamentos por mais de dois dias consecutivos em 2010; 13- Qualificação do vínculo de trabalho: % de trabalhadores com vínculo estatutário ou contrato CLT; 14 -Qualificação profissional: % de CDs com capacitação, aperfeiçoamento ou especialização na área de atuação; 15- Se houve interrupção do atendimento por mais de três dias consecutivos por motivo de falta de profissional no ano de 2010; 16- % de preenchimento de cotas pactuadas para municípios; 17- Tempo médio de espera para início do tratamento em Endodontia; 18- Tempo médio de espera para início do tratamento em Estomatologia; 19- Tempo de espera entre retornos Endodontia; 20- Existência de critérios de idade de pacientes encaminhados à endodontia; 21- Existência de grupos dentários específicos para realização e tratamento endodôntico; 22- Atendimento exclusivo com encaminhamento; 23- Existência de formulário específico para referência; 24- Realização de contra-referência; 25- Cumprimento da meta mínima no ano de 2010 nas especialidades de endodontia, periodontia e cirurgia; 26- Cumprimento da meta mínima de endodontia em molares. Indicadores (IND): A- Atividades Desenvolvidas; B- Recursos Estruturais; C- Recursos Humanos; D- Cobertura; E- Recursos Estruturais; F- Recursos Humanos; G- Acesso; H- Referência e Contra-Referência; I-Produtividade. Dimensões (DIM): DE (Dimensão Estrutural); DO (Dimensão Organizacional); DP (Dimensão de Produção

Figura 2: Classificação dos CEOs segundo indicador, dimensão e juízo de valor final.

CEO	DE				DO				DP	DE	DO	DP	FINAL
	A	B	C	D	E	F	G	H	I				
1	AD	AD	PA	AD	AD	AD	PA	AD	AD	AD	AD	AD	AD
2	AD	PA	AD	AD	AD	PA	PA	PA	AD	AD	PA	AD	AD
3	AD	AD	AD	AD	AD	AD	PA	AD	AD	AD	AD	AD	AD
4	AD	AD	AD	AD	AD	PA	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD
5	AD	AD	AD	AD	PO	PA	PO	AD	PO	AD	PO	PO	PO
6	AD	PO	AD	AD	PO	PA	PA	PA	PO	PA	PA	PO	PA
7	AD	AD	AD	AD	AD	PA	PA	AD	AD	AD	AD	AD	AD
8	AD	AD	AD	AD	AD	AD	PA	AD	AD	AD	AD	AD	AD
9	AD	AD	AD	PO	PO	AD	PO	PA	AD	PA	PO	AD	PA
10	AD	PA	PA	AD	AD	PA	PO	AD	AD	AD	PA	AD	AD
11	AD	AD	AD	AD	AD	PA	PA	AD	PO	AD	AD	PO	PA
12	AD	AD	PA	AD	PO	PA	PA	AD	PO	AD	PA	PO	PA
13	PA	AD	PA	AD	PO	PA	PA	AD	PO	AD	PA	PO	PA
14	PA	PO	PA	AD	AD	PO	PA	AD	PO	PA	PA	PO	PA
15	PA	AD	PA	AD	AD	PO	PA	AD	PO	AD	PA	PO	PA
16	AD	AD	AD	AD	AD	PA	AD	AD	PO	AD	AD	PO	PA
17	AD	AD	AD	AD	AD	AD	PA	PA	PO	AD	AD	PO	PA
18	AD	PA	PA	AD	PO	AD	PA	AD	AD	AD	PA	AD	AD
19	AD	AD	AD	AD	PO	PA	PA	AD	PO	AD	PA	PO	PA
20	AD	AD	PA	AD	PO	PO	PA	AD	PO	AD	PO	PO	PO
21	PA	AD	PA	AD	AD	AD	AD	AD	PO	AD	AD	PO	PA
22	PA	AD	AD	AD	PO	PA	PA	AD	PO	AD	PA	PO	PA
23	PA	AD	AD	AD	AD	PO	PA	AD	PO	AD	PA	PO	PA

24	AD	AD	AD	AD	AD	AD	PA	AD	PO	AD	AD	PO	PA
25	AD	AD	AD	AD	AD	AD	PA	AD	AD	AD	AD	AD	AD
26	AD	AD	PA	AD	AD	PA	PA	AD	AD	AD	AD	AD	AD
27	PA	AD	AD	AD	AD	PA	PA	AD	AD	AD	AD	AD	AD
28	PA	AD	AD	AD	AD	AD	PA	AD	AD	AD	AD	AD	AD
29	AD	AD	AD	AD	PO	AD	PO	AD	PO	AD	PO	PO	PO

Legenda: AD (adequado); PA (parcialmente adequado); PO (pouco adequado); Indicadores : A- Atividades Desenvolvidas; B- Recursos Estruturais; C- Recursos Humanos; D- Cobertura; E- Recursos Estruturais; F- Recursos Humanos; G- Acesso; H- Referência e Contra-Referência; I-Produtividade. Dimensões: DE (Dimensão Estrutural); DO (Dimensão Organizacional); DP (Dimensão de Produção)