

Nilcema Figueiredo
Paulo Sávio Angeiras de Goes
Organizadores

PORTAL CEO



Um experimento
em saúde digital
à gestão dos Centros
de Especialidades
Odontológicas

Nilcema Figueiredo
Paulo Sávio Angeiras de Goes
Organizadores

PORTAL CEO



Um experimento
em saúde digital
à gestão dos Centros
de Especialidades
Odontológicas

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. Proibida a reprodução total ou parcial, por qualquer meio ou processo, especialmente por sistemas gráficos, microfilmicos, fotográficos, reprográficos, fonográficos e videográficos. Vedadas a memorização e/ou a recuperação total ou parcial em qualquer sistema de processamento de dados e a inclusão de qualquer parte da obra em qualquer programa juscibernético. Essas proibições aplicam-se também às características gráficas da obra e à sua editoração.

Catálogo na fonte:

Bibliotecária Kalina Ligia França da Silva, CRB4-1408

P842 Portal CEO [recurso eletrônico] : um experimento em saúde digital à gestão dos Centros de Especialidade Odontológicas / organizadores : Nilcema Figueiredo, Paulo Sávio Angeiras de Goes. – Recife : Ed. UFPE, 2020.

Vários autores.

Inclui referências.

ISBN 978-65-86732-55-9 (online)

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Saúde bucal – Pernambuco – Processamento de dados. 3. Saúde pública – Avaliação – Serviços de informação. 4. Serviços de odontologia comunitária – Brasil. 5. Administração dos serviços de saúde – Gerenciamento de recursos de informação. I. Figueiredo, Nilcema (Org.). II. Goes, Paulo Sávio Angeiras de (Org.).

362.1042

CDD (23.ed.)

UFPE (BC2020-o88)



Rua Acadêmico Hélio Ramos, 20, Várzea
Recife, PE | CEP: 50.740-530
Fone: (81) 2126.8397 | Fax: (81) 2126.8395
www.ufpe.br/edufpe | livraria@edufpe.com.br



Prefácio

Compartilhar um olhar sobre a saúde bucal no Estado de Pernambuco, implica necessariamente na responsabilidade de trazer aspectos objetivos disponíveis nos sistemas de informação, mas implica em resgatar aspectos subjetivos acumulados da escuta e memória solidária dos esforços dispendidos por todos que militam no Sistema Único de Saúde, construindo uma Política Pública de Saúde inclusiva em meio a toda diversidade de situações e contextos, buscando entender e apoiar a superação de dificuldades, mas não perder a oportunidade de parabenizar pelo caminho já trilhado.

Dinamizando a integração Ensino/Serviço/Comunidade, o GestBucal, grupo de pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, após oferecer curso de aperfeiçoamento para gestores em três Macro-Regiões de Saúde, veio mais uma vez contribuir na qualificação das redes de atenção em saúde bucal, no hiato entre o primeiro e segundo ciclos do PMAQ CEO, momento que a Política Nacional de Saúde Bucal experimenta imobilismo na sua expansão pelo contingenciamento de despesas instalado a partir de 2014.

Avançando para a área de Tecnologia da Informação, dentro da linha de pesquisa em avaliação da Instituição, o GestBucal disponibiliza o Portal CEO, ferramenta eletrônica de auto processamento de dados de avaliação, planejamento e gestão das atividades dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), com desenvolvimento

e execução metodológica em estreito diálogo com a Gestão Estadual de Saúde Bucal, contribuindo com um chamamento de adesão voluntária a gestores e profissionais da atenção especializada em odontologia para reflexão e evolução de suas práticas nos CEO, vindo resgatar parâmetros de qualidade a serem considerados no contexto de suas realidades locais, em consonância com normas vigentes, e coerentes com os princípios do SUS.

A experiência de implantação do Portal CEO no Estado de Pernambuco, dentro da lógica em que foi concebido, longe de constituir mais um processo no intuito de julgar e emitir um juízo de valor, a partir da análise do realizado, resultados obtidos, e comparado com um referencial considerado como um ideal a ser alcançado, veio atender ao propósito de processo de avaliação, em dar suporte aos processos decisórios dos gestores, por meio de *feedback* no formato de relatórios, gráficos e sugestões aliado a seminários semestrais e avaliação externa, subsidiando a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, possibilitando melhores escolhas na incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais, com mensuração no impacto das ações implementadas, incluindo a percepção e grau de satisfação do usuário.

O espaço de diálogo e convivência, criado pelo Portal CEO, produziu uma interação entre gestão estadual e municipal, gestores e profissionais de CEO, docentes, mestrandos e residentes de saúde coletiva e alunos de graduação. Oportunizando uma pluralidade de olhares, reflexões, compartilhamento de fragilidades e fortalezas, implicando numa maior aproximação do objeto, que aliado ao *feedback* oportuno, foi balizador do desenho de estratégias para reorientação dos processos de gestão, frente ao desafio de situar o CEO dentro das linhas de cuidado e do itinerário terapêutico, integrado dentro das redes de atenção, resultando em significativo instrumento de *empoderamento* dos gestores e profissionais junto ao Gestor Municipal fortalecendo a Política de Saúde Bucal.

Ampliando este espaço coletivo de trocas, a avaliação externa, intensificou o diálogo entre pesquisadores, gestores, profissionais e usuários, em que pavimentando o caminho construtivista, levou o Laboratório de Tecnologia da Informação para o ar livre, pelos caminhos pernambucanos nas diversas regiões de saúde, permitindo aos atores envolvidos nesta construção uma aproximação do objeto da pesquisa, emolduradas pela ambientação da rede onde estão inseridos e seus determinantes sociais, ao mesmo tempo que por vezes, dava suporte no manuseio da ferramenta, superando os desafios da conectividade no interior do estado.

Senso comum entre os gestores participantes, quanto aos avanços obtidos com o uso da ferramenta no monitoramento e avaliação do serviço transformando práticas, justificando sua Institucionalização, assim com a literatura reafirma, o Portal CEO deixa um legado que transcende a ferramenta eletrônica e os resultados das pesquisas, e estabelece uma nova dimensão nos processos de avaliação com feedback para além das metas quantitativas, evoluindo para a Advocacia da Política de Saúde Bucal e sua significação social integrada as redes de atenção em saúde regionalizadas, demandando o seu fortalecimento por meio de qualificação nas áreas de *Gestão e Gerência, Estrutura, Processo, Gestão de Pessoas, Critérios Organizacionais, Controle Social e Financiamento*, otimizando os investimentos e transformando realidades epidemiológicas em resposta aos desafios da Universalidade, Equidade e Integralidade.

Paulo César Oliveira Santos

Apresentação

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) representaram uma inovação na política de saúde bucal no Brasil. Dada a sua importância no cenário odontológico atual, requerem avaliação periódica de suas práticas e processos de trabalho, com vistas a sua melhoria de qualidade, entendendo que a qualidade dos serviços é fator determinante da saúde, numa rede de multicausalidade.

Pensando nisso, o Portal CEO foi idealizado pelo grupo de pesquisa GestBucal (CNPq), fruto de pesquisa anterior, constituindo-se como uma ferramenta eletrônica em saúde digital, software de processamento automatizado de dados, para monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços de atenção especializada em saúde bucal. O Portal CEO se baseia teoricamente na abordagem sistêmica de estrutura, processo e resultado, contendo componentes avaliativos de qualidade (Donabedian 1981, 1988), com os seguintes módulos avaliativos: Gerente e Profissional. A ferramenta eletrônica fornece avaliação com classificações aos estabelecimentos de saúde e recomendações para tomada de decisão oportuna e imediata, favorecendo a gestão em saúde.

A pesquisa com o uso do Portal CEO foi operacionalizada junto aos Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco através de uma rede colaborativa entre o Observatório de Saúde Bucal da Universidade Federal de Pernambuco (OSB/UFPE) e a

representação dos serviços que envolveu: gestores (estadual e municipais), gerentes, profissionais e usuários dos CEO, além de residentes em odontologia em saúde coletiva. O OSB/UFPE está contido no Centro Colaborador em Vigilância em Saúde Bucal do Ministério da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CECOL/MS/UFPE), que tem coordenado pesquisas nacionais de avaliação de programas e serviços de atenção secundária em saúde bucal.

O Portal CEO foi desenvolvido, operacionalizado e seu uso analisado na pesquisa denominada “Avaliação de efetividade de uma ferramenta webased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Edital 10/2012 – Pesquisa em Saúde Bucal através do processo 403419/2012-3 e pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco Edital 13/2012 - PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE PPSUS – REDE MS/CNPq/FACEPE/SES – APQ-0026-4.00/13.

Este livro em sendo produto científico de pesquisa avaliativa, contém contribuições que fortalecem o componente avaliativo institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), por isso recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde, através da Coordenação-Geral de Saúde Bucal/Departamento de Atenção Básica (CGSB/DAB).

Desta feita, os organizadores e autores deste livro expressam o agradecimento e reconhecimento à estas instituições pelo apoio à efetivação da pesquisa que resultou no desenvolvimento e uso de solução tecnológica à Saúde Digital, onde a descrição deste experimento materializou-se neste livro.

A obra apresenta em sua introdução uma breve revisão de literatura sobre os principais estudos sobre os CEO no Brasil, o uso de ferramentas eletrônicas na gestão em saúde e o Portal CEO, como exemplo. No capítulo metodologia, há a descrição das principais estratégias à operacionalização da pesquisa “Avaliação de

efetividade de uma ferramenta webased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)” que contemplou os estudos de avaliação em saúde bucal com o uso do Portal CEO e a avaliação externa dos CEO realizados em Pernambuco.

Os demais capítulos são destinados a apresentação dos resultados alcançados com o uso do Portal CEO no que diz respeito a análise dos componentes de qualidade dos CEO e da avaliação externa dos CEO realizados no estado de Pernambuco.

Avaliou-se a realidade cotidiana dos Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco, com ênfase à melhoria de qualidade, que pôde contribuir à mudança nestes cenários através da proposição das classificações dos serviços e recomendações técnico-científico-legais, com o objetivo pedagógico de oferecer feedback automático e rápido aos envolvidos no processo de trabalho dos CEO para tomada de decisão oportuna e embasada cientificamente, reorientando a contínua formação e reflexão crítica de todos os sujeitos da prática, no sentido de aperfeiçoar a gestão do serviço, os processos de trabalho e, conseqüentemente, promover a melhoria da qualidade da atenção secundária em saúde bucal.

O Portal CEO pode prestar grande contribuição no apoio a gestão/governança à identificação de aspectos críticos do serviço, que prejudicam a qualidade, tendo forte potencial para servir como apoio suplementar às práticas avaliativas institucionais, fortalecendo o componente avaliativo da Política de Saúde Bucal. Inicativas como o Portal CEO, fundamentadas em saúde digital, devem ser estimuladas e difundidas para uso no âmbito do SUS. Segundo Paulo Freire (1996) “é pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática”.



Sumário

- 1 | O Portal CEO: um experimento em saúde digital à gestão dos Centros de Especialidades Odontológicas 16
Nilcema Figueiredo, Lia Ximenes Santos, Ângela Cristina Maia Franco Rizental, Danilo Rodrigues de Souza Almeida e Paulo Sávio Angeiras de Goes
- 2 | Procedimentos metodológicos da pesquisa: Portal CEO 48
Nilcema Figueiredo, Lia Ximenes Santos, Ângela Cristina Maia Franco Rizental e Paulo Savio Angeiras de Goes
- 3 | Percepção dos participantes da pesquisa sobre avaliação de serviços e programas de saúde e Expectativas em relação ao uso do Portal CEO 62
Lia Ximenes Santos, Ângela Cristina Maia Franco Rizental, Danilo Rodrigues de Souza Almeida, Josevan de Souza-Silva e Nilcema Figueiredo
- 4 | Avaliação da qualidade dos CEO de Pernambuco 72
Ângela Cristina Maia Franco Rizental, Lia Ximenes Santos, Danilo Rodrigues de Souza Almeida e Nilcema Figueiredo

- 5 | Avaliação da qualidade da gestão e gerência dos serviços 86
Danilo Rodrigues de Souza Almeida, Jéssica dos Santos Alves Barbosa, Edson Hilan Gomes de Lucena e Nilcema Figueiredo
- 6 | Avaliação da qualidade da estrutura dos Centros de Especialidades Odontológicas 98
Josevan de Souza-Silva, Danilo Rodrigues de Souza Almeida, Cindy Avani Silva Ceissler, Edson Hilan Gomes de Lucena e Nilcema Figueiredo
- 7 | Avaliação da qualidade da gestão de pessoas 108
Cindy Avani Silva Ceissler, Danilo Rodrigues de Souza Almeida, Raquel Santos de Oliveira e Nilcema Figueiredo
- 8 | Avaliação da qualidade dos Critérios Organizacionais 122
Rafaela Cardoso Mendes Campelo da Paz, Josevan de Souza-Silva, Danilo Rodrigues de Souza Almeida, Silvia Carréra Austregésilo Rego e Nilcema Figueiredo
- 9 | Avaliação de qualidade do controle social e financiamento 136
Samuel Rodrigo de Andrade Veras, Leila Christiane Lima Carneiro Batista, Danilo Rodrigues de Souza Almeida, Paulo Sávio Angeiras de Goes, Gabriela da Silveira Gaspar e Nilcema Figueiredo
- 10 | Avaliação e monitoramento das ações do CEO 156
Thaírla Natanny da Silva Souto, Danilo Rodrigues de Souza Almeida, Juliana Peixoto Silva, Carolina Dantas Rocha Xavier de Lucena e Nilcema Figueiredo
- 11 | Avaliação da qualidade dos CEO de Pernambuco através do Módulo Profissional 168
Hélio de Assis Sá, Melanie Caroline Ferreira Barbosa, Danilo Rodrigues de Souza Almeida, Raquel Santos de Oliveira e Nilcema Figueiredo

12 | Avaliação externa dos Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco 180

Josevan de Souza-Silva, Danilo Rodrigues de Souza Almeida e Nilcema Figueiredo

13 | Análise da satisfação dos usuários de Centros de Especialidades Odontológicas do estado de Pernambuco, Brasil 204

Edvaldo Florêncio de Araújo Filho, Danilo Rodrigues de Souza Almeida, Bruno Gama Magalhães, Raquel Santos de Oliveira e Nilcema Figueiredo

14 | Percepção sobre avaliação em saúde e uso do Portal CEO após operacionalização da ferramenta 226

Ângela Cristina Maia Franco Rizental, Danilo Rodrigues de Souza Almeida e Nilcema Figueiredo

| Apêndices 236

| Anexos 308

| Sobre os autores 320

Portal CEO: um experimento em saúde digital à gestão dos Centros de Especialidades Odontológicas

Nilcema Figueiredo

Lia Ximenes Santos

Ângela Cristina Maia Franco Rizental

Danilo Rodrigues de Souza Almeida

Paulo Sávio Angeiras de Goes

Introdução

A Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB, denominada Programa Brasil Sorridente, constituiu-se em uma estratégia prioritária para o governo federal, tendo recebido um aumento exponencial no repasse de recursos do Ministério da Saúde (MS), principalmente até meados de 2016. Desta forma, observou-se um investimento de mais de R\$ 1,2 bilhão entre 2003 e 2006, alcançando mais de R\$ 2,7 bilhões de 2007 a 2010. Isto permitiu a melhoria no acesso e na redução de indicadores de problemas odontológicos, a ampliação da atenção básica a partir da Estratégia Saúde da Família, a viabilização da adição de flúor às estações de tratamento de águas de abastecimento público e a ampliação da oferta e acesso à atenção secundária em saúde bucal, via Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) [1].

Os CEO representaram uma inovação na Política Nacional de Saúde Bucal desenvolvida pelo MS até então, sendo foco de alguns estudos oficiais e acadêmicos. Um panorama das principais pesquisas desenvolvidas tem mostrado avanços conquistados tais como: ampliação da oferta, cobertura e utilização destes serviços [2-8], o perfil e grau de satisfação dos seus usuários [9-12]. No entanto, persiste como desafio o cumprimento de metas de produção, entendido como avaliação de desempenho do CEO e dos fatores relacionados [13-19].

Ainda em relação ao tema CEO, tem-se voltado o olhar para estudos sobre o processo e organização dos serviços, necessidade de formação e capacitação de recursos humanos necessários para gestão e gerenciamento desses serviços, além da observação de parte dos profissionais pouco comprometidos com esta estratégia [20-22]. Ademais, alguns estudos à busca da maturação do que viria a ser um modelo de interface ideal entre Atenção Primária e Secundária em Saúde Bucal no caso brasileiro também têm sido realizados [23-26]. Evidencia-se, portanto, a necessidade do emprego da avaliação nos serviços, sendo este um desafio permanente aos administradores e às autoridades de saúde.

Foram listados no quadro a seguir alguns dos diversos estudos que tiveram como foco os Centros de Especialidades Odontológicas.

Quadro 01: Estudos sobre CEO.

Ano	Título	Autor(es)	Tipo	Local/revista
2008	Centros de Especialidades Odontológicas – CEO: Um estudo linha de base para a avaliação e monitoramento dos serviços para a região Nordeste	FIGUEIREDO, N.	Tese	Universidade de Pernambuco
2009	Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal em Cascavel e demais municípios	WEBBER, A. A.	Dissertação	Univ. Estad. Rio de Janeiro
2009	Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil	FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.	Artigo	Cad. Saúde Pública
2009	Análise da evolução da produção de procedimentos odontológicos de média e alta complexidade na rede de serviços públicos em Santa Catarina	COLUSSI, C. F. et al.	Artigo	Cad. Saúde Coletiva

Ano	Título	Autor(es)	Tipo	Local/revista
2009	Centro de Especialidades Odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da grande Natal	SOUZA, G. C. A.	Dissertação	Univ. Fed. Rio G. Norte
2010	Saúde Bucal no Brasil: uma nova Política de enfrentamento para a realidade nacional	SALIBA, N. A. et al.	Artigo	Rev. Odontol. Bras. Central
2010	Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado	CHAVES, S. C. L. et al.	Artigo	Rev. Saúde Pública
2010	Saúde bucal na estratégia de saúde da família no município de São Paulo: perspectiva do usuário	MUNKEVIZ, M. S. G.; PELICIONI, M. C. F.	Artigo	Rev. bras. crescimento desenvolv. Hum.
2010	Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil	LIMA, A. C. S. et al.	Artigo	Cad. Saúde Pública
2011	Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil	CHAVES, S. C. L. et al.	Artigo	Cad. Saúde Pública
2011	A política de saúde bucal na atenção especializada em dois municípios da Bahia: da entrada na agenda à sua implementação	ROSSI, T. R. A	Dissertação	Univ. Fed. Bahia
2011	Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários	MAGALHÃES, B. G.	Dissertação	Univ. Fed. Pernambuco
2011	A Linha do Cuidado em Saúde Bucal no Município de João Pessoa: Uma Análise de Indicadores	CRUZ, D. F. et al.	Artigo	Pesq. Bras. Em Odontoped. e Clínica Integrada

Ano	Título	Autor(es)	Tipo	Local/revista
2012	Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades odontológicas do Brasil	GOES, P. S. A. et al.	Artigo	Cad. Saúde Pública
2012	Avaliação do cumprimento da atenção secundária em saúde bucal	MAGALHÃES, B. G. et al.	Artigo	Rev. UEPB
2012	Características de acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte	CHAVES, S. C. L. et al.	Artigo	Ciência & Saúde Coletiva
2012	Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal	GOES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. (org.)	Livro	Ed. Artes Médicas
2013	Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas	SALIBA, N. A. et al.	Artigo	Rev. Odontol. UNESP
2013	Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde	BULGARELI, J. V. et al.	Artigo	Rev. Odontol. UNESP
2013	Serviços odontológicos especializados nas cidades médias não metropolitanas do estado do Paraná, entre 2003 e 2010: estudo exploratório	SILVA, F. R.; PADILHA, E. Z.; BALDANI, M. H.	Artigo	Epidemiol. Serv. Saúde
2013	A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia	BORGHI, G. N. et al.	Artigo	RFO UPF
2013	Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores	AGUILERA, S. L. V. U. et al.	Artigo	Revista de Administração Pública
2013	Avaliação do fluxo de referência para um centro de especialidades odontológicas implantado em cidade de médio porte na região Sudeste	RODRIGUES, L. A.; VIEIRA, J. D. M.; LEITE, I. C. G.	Artigo	Cad. Saúde Colet.

Ano	Título	Autor(es)	Tipo	Local/revista
2013	Indicadores de atenção básica e especializada em saúde bucal nos municípios do Estado do Pará, Brasil: estudo ecológico, 2001-2010	SILVA, L .S. et al.	Artigo	Epidemiol. Serv. Saúde
2013	Performance of Specialized Dental Care Centers considering the sociodemographic context of municipalities of the Amazonas States	HERKRATH, F. J. et al.	Artigo	Pesq. Bras. Em Odontoped. e Clínica Integrada
2014	Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil em 2010	CELESTE, R. K. et al.	Artigo	Cad. Saúde Pública
2014	Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil	CORTELLAZZI, K. L. et al.	Artigo	Revista Brasileira de Epidemiologia
2014	Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil	LINO, P. A. et al.	Artigo	Ciênc. Saúde Coletiva
2014	Referência e contrarreferência na Atenção Secundária em Odontologia em Campinas, SP, Brasil	VAZQUEZ, F. L. et al.	Artigo	Ciênc. Saúde Coletiva
2014	Indicadores de saúde bucal no Estado de Minas Gerais, no período de 2005 a 2012: um estudo explorativo	LAMY, R. L. R. F.	Dissertação	ENSP/ FIOCRUZ RJ
2014	Avaliação da acessibilidade ao Centro de Especialidades Odontológicas de abrangência macrorregional de Sobral, Ceará, Brasil.	PINTO, V. P. T. et al.	Artigo	Ciênc. Saúde Coletiva
2014	Perfil epidemiológico dos pacientes com necessidades especiais atendidos em um Centro de Especialidades Odontológicas do interior baiano	SANTOS, C. M. L. et al.	Artigo	Rev. Baiana Saúde Pública

Ano	Título	Autor(es)	Tipo	Local/revista
2015	Avaliação da atenção secundária em saúde bucal do Centro de Especialidades Odontológicas de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012-2013	LAROQUE, M. B.; FASSA, A. G.; CASTILHOS, E. D.	Artigo	Epidemiol. Serv. Saúde
2015	Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas	MACHADO, F. C. A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. A. F.	Artigo	Ciênc. Saúde Coletiva
2015	Secondary oral health care in the state of Rio Grande do Sul: descriptive analysis of the specialized production in cities with Dental Specialty Centers from the Outpatient Information System of the Unified Health System	PIRES, A. L. C. et al.	Artigo	RFO UPF
2015	Relações contratuais e perfil dos cirurgiões-dentistas em centros de especialidades odontológicas de baixo e alto desempenho no Brasil	OLIVEIRA, R. S. et al.	Artigo	Saúde Soc. São Paulo
2015	Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas	SOUZA, G. C. et al.	Artigo	Rev. Salud Pública
2015	Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários	MAGALHÃES, B. G. et al.	Artigo	Cad. Saúde Coletiva
2015	Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização	SOARES, F. F.; CHAVES, S. C. L.; CANGUSSU, M. C. T.	Artigo	Cad. Saúde Pública
2015	Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco	LORENA SOBRINHO, J. E. et al.	Artigo	Saúde Debate
2015	Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia	SANTANA, D. A. et al.	Artigo	Cad. Saúde Coletiva

Ano	Título	Autor(es)	Tipo	Local/revista
2015	Cobertura da atenção secundária em saúde bucal no Rio Grande do Norte (RN) à perspectiva do Decreto 7.508/2011e do GraduaCEO	SILVA, A. P. et al.	Artigo	Rev. ABENO
2015	Ações secundárias em Saúde Bucal: análise do Centro de Especialidades Odontológicas de um município do interior do Paraná, Brasil	POSSAMI, T. et al.	Artigo	Rev. APS
2015	Avaliação inicial do uso de uma ferramenta webased para o planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em Pernambuco, 2014	SANTOS, L. X.	Dissertação	Univ. Fed. Pernambuco
2016	Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013	KITAMURA, E. S. et al.	Artigo	Epidemiol. Serv. Saúde
2016	Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba	FREITAS, C. H. S. M. et al.	Artigo	Saúde Debate
2016	Características da utilização de Serviços Públicos odontológicos em município de médio porte	CHAVES, S. C. L.; OLIVEIRA, T. S.; SOARES, C. L. M.	Artigo	Rev. Baiana Saúde Pública
2016	Portal CEO: inovação tecnológica na avaliação da qualidade dos serviços de atenção especializada em saúde bucal	FRANCO, A. C. M.	Dissertação	Univ. Fed. Pernambuco
2016	A gestão de materiais no Centro de Especialidades Odontológicas do Grupo Hospitalar Conceição	LONGONI, M.	Tese	FIOCRUZ
2016	Satisfação dos usuários e profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas do Município de Florianópolis, Santa Catarina	FERREIRA, T.	Monografia	Universidade Federal de Santa Catarina

Ano	Título	Autor(es)	Tipo	Local/revista
2016	Centros de Especialidades Odontológicas (CEO): Análise a partir dos relatos de planejamento e resultados dos indicadores no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO)	LUCENA, E. H. G.	Tese	Universidade de Brasília
2016	Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: Um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas	FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. (org.)	Livro	Ed. Universidade Federal de Pernambuco
2016	Relatório do 10 Ciclo da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): Resultados Principais	FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. (org.)	Livro	Ed. Universidade Federal de Pernambuco
2017	Perfil e percepção de profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas do Rio Grande do Sul	FRICHEM-BRUDER, K. HUGO, F. N.; HILGERT, J. B.	Artigo	RFO
2017	Processo de trabalho em saúde na implementação da atenção especializada em saúde bucal no nível local	CHAVES, S. C. L.; ROSSI, T. R. A.	Artigo	Saúde Debate
2017	Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa	SILVA, H. E. C.; GOTTEMS, L. B. D.	Artigo	Ciência & Saúde Coletiva
2017	Perfil socioeconômico, educacional dos usuários e do acesso aos serviços ofertados pelos Centros de Especialidades Odontológicas de João Pessoa-Paraíba, Brasil	RANGEL, M. L. et al.	Artigo	REFACS
2017	Características da utilização de serviços públicos odontológicos em município de médio porte	CHAVES, S. C. L.; OLIVEIRA, T. S.; SOARES, C. L. M.	Artigo	Rev. Baiana de Saúde Pública

Ano	Título	Autor(es)	Tipo	Local/revista
2018	Evaluation of Specialized Oral Health Procedures Performed in Brazil in the Period from 2008 to 2012	FERNANDES, E. S. P; FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.	Artigo	Pesq. Bras. Em Odontoped. e Clínica Integrada
2018	Equity in the Accessibility to Specialized Care in Oral Health in Brazil: Analysis of PMAQ-CEO External Evaluation Data According to the User's Perspective	HERKRATH, F. J. et al.	Artigo	Pesq. Bras. Em Odontoped. e Clínica Integrada
2018	Theoretical and Methodological Aspects of the External Evaluation of the Improvement, Access and Quality of Centers for Dental Specialties Program	GOES, P. S. A. et al.	Artigo	Pesq. Bras. Em Odontoped. e Clínica Integrada
2018	A Web-Based Tool for Monitoring and Evaluating Health Care Services: An Analysis of Centers for Dental Specialties Webpage	SANTOS, L. X. et al.	Artigo	Pesq. Bras. Em Odontoped. e Clínica Integrada
2018	Need of Dental Prosthesis in Older People and the Offer of Specialized Care in the Unified Health System, Brazil	REBELO, M. A. B. et al.	Artigo	Pesq. Bras. Em Odontoped. e Clínica Integrada
2018	Centers of Dental Specialties in the Context of Oral Health Attention Regionalization in Brazil: PMAQ-CEO Results	LORENA SOBRINHO, J. E. et al.	Artigo	Pesq. Bras. Em Odontoped. e Clínica Integrada
2018	Management Models of Centers of Dental Specialties: Analisis from PMAQ-CEO	LORENA SOBRINHO, J. E. et al.	Artigo	Pesq. Bras. Em Odontoped. e Clínica Integrada
2018	PMAQ - CEO External Evaluation: Revealing Indicators for Planning Services	NUNES M. F. et al.	Artigo	Pesq. Bras. Em Odontoped. e Clínica Integrada

Ano	Título	Autor(es)	Tipo	Local/revista
2018	Need for Dental Prosthesis in Older People and the Offer of Specialized Care in a Unified Health System, Brazil	RABELO, M. A. B. et al.	Artigo	Pesq. Bras. Em Odontoped. e Clínica Integrada
2018	Satisfaction, Resolution and Social Participation of users of Centers for Dental Specialties in Brazil: A PMAQ-CEO Analysis	CAVALCANTI, Y.W. et al.	Artigo	Pesq. Bras. Em Odontoped. e Clínica Integrada
2018	The Regulation of Services in Secondary Oral Health Care in Brazil	GOES, P.S.A et al	Artigo	Pesq. Bras. Em Odontoped. e Clínica Integrada
2018	Clinical Analysis of Management Aspects of Centers for Dental Specialties	WERNECK, M.A.F. et al	Artigo	Pesq. Bras. Em Odontoped. e Clínica Integrada
2018	Produção especializada no SUS em capitais brasileiras com centros de especialidades odontológicas: uma análise descritiva	MARTIN, A. S. S. et al.	Artigo	RFO UPF
2018	Fatores associados às faltas em tratamentos ortodônticos em centro de especialidades odontológicas	FONSECA et al.	Artigo	Ciência & Saúde Coletiva
2018	Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná	GONÇALVES et al.	Artigo	Cadernos Saúde Coletiva
2018	Produção endodôntica no atendimento público odontológico do Centro-Oeste do Brasil	PEREIRA et al.	Artigo	Revista da ABENO
2018	Atenção secundária em saúde bucal em municípios de pequeno porte: uma avaliação transversal da demanda x acesso	COSTA, W. C. L. B. et al.	Artigo	RGO

Ano	Título	Autor(es)	Tipo	Local/revista
2019	Uma proposta para parame- trização de ações especializa- das em saúde bucal	BARROSO et al.	Artigo	Cadernos de Saúde Coletiva
2019	Condições associadas a atividade de planejamento nos centros de especialidades odontológicas	LUCENA et al.	Artigo	Univ Odontol.
2019	Avaliação normativa dos Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2014	RIOS; COLUSSI	Artigo	Saúde Debate
2019	Presença de Centros de Especialidades Odontológicas e sua relação com a realização de exodontias na rede de atenção de saúde bucal no Brasil	STEIN et al.	Artigo	Cadernos de Saúde Pública
2019	Análise do desempenho dos centros de especialidades odontológicas da região sudeste brasileira	CABRAL; FLÓRIO; ZANIN	Artigo	Cadernos Saúde Coletiva
2019	Análise da oferta de serviços na atenção especializada em saúde bucal no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2014	RIOS; COLUSSI	Artigo	Epidemiologia e Serviços de Saúde
2019	Avaliação da atenção secundária em endodontia em um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	MAGALHÃES et al.	Artigo	Ciênc. saúde coletiva
2019	Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil	ALMEIDA et al.	Artigo	Ciênc. saúde coletiva
2019	Proposta de parâmetro estadual para análise de desempenho de CEO: Estudo teste com CEO da Paraíba	LIRA; PEREIRA; PADILHA	Artigo	Revista de Iniciação Científica em Odontologia
2020	Aplicabilidade do índice de Cumprimento Global de Metas Modificado nos Centros de Especialidades Odontológicas da Paraíba	PEREIRA; LIRA; PADILHA	Capítulo de Livro	Comunicação científica e técnica em odontologia 5 (Atena Editora)

Ano	Título	Autor(es)	Tipo	Local/revista
2020	Presença de Centros de Especialidades Odontológicas e sua relação com a realização de exodontias na rede de atenção de saúde bucal no Brasil	Stein, C et al.	Artigo	Cadernos de Saúde Pública
2020	Fatores associados à insatisfação dos usuários dos centros de especialidades odontológicas do Brasil em 2014: estudo transversal	ANDRADE F. B.; PINTO R. S.	Artigo	Epidemiologia e serviços de saúde

Fonte: Elaborado pelos autores.

O processo avaliativo em saúde deve partir de premissas básicas inerentes ao contexto social e do sistema de saúde brasileiro, quais sejam: a compreensão da saúde como um direito; o reconhecimento de que a saúde bucal é parte da saúde geral; o entendimento de que o processo de geração de informação deve servir para ação, por conseguinte o aperfeiçoamento do processo de tomada de decisão; e, por último, a busca da avaliação para melhoria da qualidade dos serviços e dos programas de saúde bucal [27].

Nas últimas décadas, tem crescido no Brasil as iniciativas no sentido de institucionalizar a avaliação em saúde, como resultado da intenção de conferir racionalidade às intervenções setoriais, apesar dessa atividade ainda se apresentar de forma incipiente e pouco incorporada às práticas possuindo quase sempre um caráter prescritivo e burocrático [28].

Dentre as ações de institucionalização de avaliação em saúde, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS) visando a qualificação da Atenção Básica, com a necessidade de ampliar e apoiar as ações já implementadas no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB), instituiu no âmbito da Política Nacional de

Saúde Bucal, através da Portaria nº 261/GM/MS de 21 de fevereiro de 2013, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade para os Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO) e o Incentivo Financeiro denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal.

A operacionalização do 1º Ciclo do PMAQ/CEO foi composta de quatro fases que se complementam e formam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade, a saber: 1ª fase: Adesão e Contratualização; 2ª fase: Desenvolvimento; 3ª fase: Avaliação Externa; 4ª fase: Recontratualização. A primeira e a última fase consistem particularmente nos processos normativos e legais à sua operacionalização, enquanto que os processos avaliativos são realizados na segunda e terceira etapas [29].

Em 2015, esta Portaria nº 261/2013, foi revogada e substituída pela Portaria nº 1.599/GM/MS, de 30 de setembro de 2015, a qual traz algumas modificações para o 2º ciclo do Programa. O PMAQ/CEO, no 2º ciclo, passou a ser organizado em três fases e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade dos CEO, estabelecidos em: 1ª fase - Adesão e Contratualização; 2ª fase - Avaliação Externa e 3ª fase - Recontratualização [30].

Os resultados principais desta pesquisa podem ser apreciados no Relatório do 1º Ciclo da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AE-PMAQ/CEO) [31] que foi dividido em 2 grandes eixos:

1. Visão do processo de avaliação dos CEO do Brasil – Análise dos relatos dos avaliadores externos a partir da análise qualitativa dos dados dos relatórios estaduais, diários de campo, e, material dos grupos focais sobre o processo da AE-PMAQ/CEO.
2. Avaliação da qualidade dos CEO do Brasil – Análise da verificação *in loco* dos padrões de qualidade que compuseram a nota classificatória dos serviços investigados, segundo

macrorregião brasileira do país (e unidades federativas) com dados de Estrutura e Processo; Visão de gerentes; Visão dos profissionais; Satisfação dos Usuários.

“Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil” é um livro que foi produto da avaliação feita pelo PMAQ/CEO, que apresenta os resultados de um esforço coletivo de um processo de investigação da qualificação dos CEO como parte fundamental na construção do componente de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde [32].

No entanto, o PMAQ/CEO por suas características quanto a transversalidade na coleta e análise dos dados, e, principalmente pela duração do ciclo, poderia ser considerado pontual e demorado para dar resultados oportunos, particularmente aqueles originados da avaliação externa. As ações da fase de Desenvolvimento poderiam se contrapor a isto, mas parece que o seu cumprimento é meramente normativo. Contudo, o incentivo financeiro contratualizado com os municípios participantes parece ser o fator de maior potencialização à participação no programa.

O uso de ferramentas eletrônicas poderia ser considerado uma alternativa para suprir as necessidades da gestão e do planejamento para tomada de decisão mais ágeis e oportunas, uma vez que a avaliação em saúde utilizando como base a tecnologia abre caminhos para que surjam propostas de racionalização das decisões e das práticas [33].

No âmbito dos serviços de saúde, o uso da informática, através da aplicação da tecnologia da informação (TI), pode ser empregado para a obtenção da melhoria de qualidade da assistência. No entanto, a TI ainda é pouco empregada como ferramenta de gestão e como forma de promover uma maior aproximação e integração dos municípios de pequeno porte com as políticas nacionais de saúde [34].

Visando preencher esta lacuna no conhecimento científico sobre avaliação em saúde bucal e o uso de ferramentas eletrônicas

foi desenvolvida a pesquisa “Avaliação de efetividade de uma ferramenta webased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Edital 10/2012 – Pesquisa em Saúde Bucal através do processo 403419/2012-3 e pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco Edital 13/2012 - PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE PPSUS – REDE MS/CNPq/FACEPE/SES – APQ-0026-4.00/13, os quais os principais resultados da operacionalização desta pesquisa serão descritos neste livro.

Ferramentas eletrônicas na gestão da saúde

Identificou-se que com a rápida evolução das tecnologias da informação, o setor saúde seria fortemente influenciado e beneficiado tornando-se um potencial usuário das ferramentas eletrônicas nos seus processos de trabalho. Vista como um meio para se alcançar a máxima eficiência no setor saúde, a tecnologia da informação apresenta outra funcionalidade: facilitar as práticas de avaliação em saúde contribuindo assim para a melhoria da qualidade da atenção à saúde [34].

Entende-se por tecnologia da informação o conjunto de hardware e software que desempenha as tarefas de processamento de informações, tais como a sua coleta, transmissão, armazenagem, recuperação, manipulação e apresentação. Inclui o uso de computadores, programas, redes de comunicação eletrônica públicas e privadas, rede digital de serviços de telecomunicações, protocolos de transmissão de dados e outros serviços e tem sido um dos principais fatores capazes de influenciar e potencializar o desenvolvimento dos processos produtivos e da gestão nas instituições [35].

No Brasil, de modo geral, as atividades de Ciência, Tecnologia e Inovação têm sido realizadas principalmente no âmbito das

Universidades e das pesquisas, sendo ainda incipientes no setor dos serviços de saúde (públicos ou privados). Ressalta-se ainda o quadro de desigualdade e manutenção de carências importantes no desenvolvimento tecnológico brasileiro [36]. Limitações ao seu emprego podem estar associadas ao desconhecimento do potencial da tecnologia da informação enquanto ferramenta e ao medo do processo de mudança [34].

A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, elaborada pelo Ministério da Saúde, ressalta que o crescimento contínuo dos gastos em saúde, a produção cada vez maior de novas tecnologias e as mudanças no perfil epidemiológico das populações ocorridas nas duas últimas décadas tem levado a necessidades diversificadas de atenção [37]. Por Tecnologias em Saúde entende-se: Medicamentos, Equipamentos, Procedimentos técnicos, Sistemas organizacionais, educacionais e de suporte, Programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população [39].

Entretanto, para atender às demandas crescentes é preciso considerar que a gestão de tecnologias deve levar em consideração a efetividade na incorporação e utilização de determinada tecnologia, evitando postura acrítica e de absorção tecnológica guiada por modismos ou pressão do complexo industrial da saúde. Dessa forma, se faz social e politicamente necessário desenvolver mecanismos de articulação entre os setores envolvidos na produção, incorporação e na utilização de tecnologias [38].

Podem-se ser identificados problemas em três frentes da gestão pública relacionados às tecnologias em saúde [39]:

- O uso das tecnologias que não dispõem de eficácia/efetividade constatada;
- Outras sem efeito, ou com resultados deletérios, que continuam sendo utilizadas; e,
- As eficazes/efetivas que apresentam baixa utilização.

Na área de saúde, recursos tecnológicos corretamente utilizados podem proporcionar diversas vantagens à população e ao trabalho em saúde, tais como servir de base para tomada de decisão e planejamento, segurança e qualidade na obtenção de informações em saúde, qualidade e resolutividade da atenção, possibilidade de interdisciplinaridade, monitoramento e avaliação constante, entre outros benefícios. Os gestores devem garantir o uso adequado e racional de recursos tecnológicos em saúde, além da simples utilização da tecnologia como impulso, sem real vantagem no processo de trabalho em saúde e, para isso, torna-se imprescindível diferenciar tecnologias essenciais das dispensáveis – produtos acessórios sem real benefício às instituições [38].

Dentre as suas potencialidades estão a capacidade de auxiliar no subsídio à administração das empresas através, por exemplo, do fornecimento de elementos para a definição de estratégias empresariais, do apoio aos gestores no monitoramento dos negócios, ajudando na gestão da produção, reduzindo custos e proporcionando maior eficiência às empresas [35]. Para a sua obtenção é preciso haver o registro de dados do cotidiano da empresa e, segundo o autor, a informação e o seu adequado gerenciamento são determinantes para o sucesso das empresas; ela produz conhecimento e embasa o processo de tomada de decisões.

Na especificidade da área da saúde, a TI consiste em uma peça chave para a melhoria da assistência à saúde com foco na eficiência. Para tanto, requer a reorganização do ambiente e do fluxo de trabalho dos serviços de saúde [34].

O uso crescente dos sistemas de informação no apoio à saúde da população tem permitido aos gestores de saúde brasileiros avaliar o sucesso de suas ações através de análises das condições de saúde em sua área de abrangência [36]. Os gestores têm um papel estratégico no estímulo ao uso da TI como promotora da melhoria da saúde através do uso da informação eletrônica e o investimento contínuo

nessas tecnologias é fundamental para o aumento do controle e da qualidade da atenção prestada [34-35].

A existência de políticas que incentivem o seu uso, com investimento em equipamentos e recursos, é importante até para legitimar a necessidade de aproximação e integração de municípios de pequeno porte com as políticas nacionais de saúde, e o incentivo ao estabelecimento de uma cultura de informática deve estimular a utilização criativa da TI e a produção de novas bases de dados de interesse público [34].

No entanto, deve-se buscar a interoperabilidade de sistemas a fim de se evitar a perpetuação das ilhas de automação citadas por Carvalho (1998) [34], que representam sistemas informatizados paralelos, desintegrados, que não se relacionam, e que resultam em redundância de dados, depreendendo-se mais esforços para a análise e geração das informações que servirão de subsídio para as tomadas de decisão.

Na tentativa de modificar o quadro de dificuldade na operacionalização da conjunta dos sistemas, o Ministério da Saúde tem investido no desenvolvimento de algumas iniciativas, como é o caso do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) [36]. Moraes e Santos (2001) apoiam essa iniciativa do governo brasileiro e defendem a existência de uma política que fomente a produção de conhecimento nacional na área de TI de forma que não se dependa tecnologicamente das inovações estrangeiras [40]. Nesse sentido, Pinochet (2011) aponta para o uso de inteligência artificial no suporte à implementação de processos específicos, e a utilização da computação voltada para o ensino e extensão como alternativas para o uso dos recursos de tecnologia de informação na saúde [35].

A racionalidade no uso da TI na área da saúde com o advento do desenvolvimento de sistemas de gerenciamento de bases de dados para a prestação de cuidados ao paciente resulta em informações confiáveis para embasar as tomadas de decisão; reduz o

tempo para a recuperação da informação e a redundância e ou duplicidade de dados; proporciona uma interface mais acessível com a evolução tecnológica, com proteção e segurança; e possibilita a utilização das bases de dados para avaliação da efetividade de serviços de saúde, podendo ser utilizadas por vários usuários [34-35]. Algumas das utilidades mencionadas na literatura são o agendamento eletrônico de consultas, que facilitam o processo de trabalho e têm como principal meta a otimização do uso dos recursos do sistema de saúde, sendo superiores em eficiência e precisão em relação aos controles manuais de agenda; o prontuário eletrônico do paciente; e também a coleta de dados para investigação clínica [34,40,41].

Não obstante a escassez de estudos a respeito de métodos eletrônicos para coleta de dados em pesquisas clínicas, Thwin et al. (2007) consideram que a informática tem contribuído para a ocorrência de mudanças nesse campo. A opção entre a coleta de dados manual e a eletrônica tem sido uma questão chave para os pesquisadores e a melhor escolha vai depender da ponderação entre as suas vantagens e desvantagens. Para eles, as vantagens da coleta eletrônica de dados (EDC) são: (1) integração de tipos de dados mistos pelo pré-carregamento de dados disponíveis eletronicamente e introdução de dados não eletrônicos manualmente; (2) programada verificação de erros por algoritmos de decisão transparentes; (3) direcionada entrada de dados através do uso de listas de seleção, entrada de dados forçada e padrões pular automatizados; (4) procedimentos de validação automatizados, como a confiabilidade dos dados e verificações de intervalo de dados; (5) maior oportunidade para a inovação; e (6) a redução do tempo de implementação do estudo para submissão de manuscritos [41]. Outras vantagens apontadas são o baixo nível de erro, redução de custos, a melhoria da qualidade dos dados e uma significativa redução no tempo necessário para a entrada de dados (importante para os estudos que envolvem muitos participantes) [42].

As desvantagens da EDC referem-se à necessidade de programação para desenvolver sistemas EDC, o que requer um tempo prolongado; aos altos custos dos equipamentos; e à dificuldade em se verificar os dados mal codificados comparando-os aos registrados em papel, uma vez que os dados tenham sido inseridos no sistema [41]. Acrescentem-se ainda a dificuldade em utilizar e responder a este tipo de método por parte de alguns grupos da população, principalmente os idosos, e a dificuldade de validação quando se realiza a inserção direta dos dados através da internet, por não haver outra fonte de informação capaz de executar a correção dos dados [42].

No entendimento dos autores o uso de EDC reduz gastos e aumenta a eficiência, e os ganhos com o uso deste tipo de sistema superam as desvantagens apontadas, apresentando-se superior aos métodos de coleta de dados tradicionais em flexibilidade, inovação e menor esforço [41].

Em estudo de avaliação do rendimento de uma ferramenta automatizada de codificação ficou evidente que os resultados alcançados por meio do uso do método computadorizado foram melhores que os obtidos através do método manual [43]. Noutro estudo, ao estudarem a qualidade de entrada de dados usando entrada única, dupla entrada e processamento de formulários automatizados concluíram que a depender do método escolhido, o processamento automatizado de dados pode mostrar-se melhor que a entrada única de dados manuais [42].

O processamento de formulários automatizados constitui um método onde se faz a captura “automática” das informações contidas nos campos de dados por leitura óptica, fazendo a conversão para um formato eletrônico, ficando os dados armazenados neste formato. Esta metodologia permite que se automatize o processamento de dados através da utilização de modelos e configurações pré-definidos [42].

Os registros médicos eletrônicos (EMR) podem ser considerados como uma alternativa interessante para uma medição abrangente e rotineira da qualidade da atenção. No entanto, essa prática

requer mais que a implementação de EMR, sendo necessário o uso de tecnologia confiável, de fácil manutenção e que faça a medição automatizada de práticas clínicas complexas [43].

Foi com base em evidências científicas como essas, valendo-se das vantagens de utilização da tecnologia da informação para a coleta e processamento automatizado de dados, com rapidez e eficiência, e visando à melhoria da qualidade da atenção secundária em saúde bucal, que foi desenvolvido o Portal Eletrônico de Monitoramento e Avaliação do CEO - Portal CEO.

O Portal CEO

O Portal Eletrônico para Avaliação e Monitoramento do CEO – Portal CEO, constitui-se numa ferramenta *webbased* a qual permite a avaliação do estabelecimento de saúde em nível local via processamento automatizado de dados; auxilia no processo de tomada de decisão para sua melhoria de qualidade; e permite o monitoramento remoto dos serviços. Está baseada no modelo teórico universalmente aceito que é o modelo sistêmico proposto por Donabedian [44,45], com enfoque nos componentes estrutura e processo para a avaliação dos estabelecimentos de saúde [46].

A avaliação instantânea

A ferramenta eletrônica elaborada contém 02 (dois) módulos de avaliação de qualidade, os quais são denominados: Módulo Gerente (apêndice A) e Módulo Profissional (apêndice B), porque são respondidos por estes atores sociais do CEO. O Módulo Gerente possui formulário com 50 questões em 07 (sete) Componentes de Qualidade (CQ): Cobertura do Serviço; Gestão e Gerência do Serviço; Estrutura do CEO; Gestão de Pessoas; Critérios Organizacionais; Controle Social e Financiamento; Avaliação e Monitoramento das ações do CEO. O Módulo Profissional possui formulário com

20 questões distribuídas nos seguintes componentes de qualidade: Estrutura e Processo.

Definiu-se a pontuação para cada questão de cada componente de qualidade dos dois questionários (Gerente e Profissional) seguindo-se uma regra de decisão (apêndice C). Após o preenchimento completo do módulo, as respostas devem ser salvas e enviadas pelo programa, que auto-processa instantaneamente os resultados, gerando uma avaliação com notas por CQ e a Nota Geral do Serviço (NGS), oriunda da média aritmética, obtendo-se sua classificação. Recomenda-se a realização da avaliação mensal para os gerentes e semestral para os profissionais.

Estabeleceu-se a classificação Satisfatória para as avaliações categorizadas com notas $\geq 7,0$ e Insatisfatória para avaliações com notas $< 7,0$. A decisão por esta categorização se baseou tanto no entendimento que a nota 7,0 corresponderia à nota mínima necessária ao cumprimento do componente de qualidade, como também, por ter sido a Nota (Média) Geral dos Serviços encontrada dos CEO investigados no estado.

Tomada de decisão imediata e oportuna

Pretendia-se com a instantaneidade da avaliação possibilitar aos usuários do Portal CEO a reflexão sobre os problemas apontados e o redirecionamento do planejamento das ações, tomando-se decisões embasadas cientificamente de modo a modificar positivamente a realidade em tempo oportuno.

O Portal CEO possui recurso adicional que potencializa esta ação que é a disponibilização de Carta de Recomendações, também emitidas eletronicamente pela própria ferramenta para as questões em que não foi atingida a nota mínima estabelecida na regra de decisão.

As recomendações visavam à promoção de alterações no processo de trabalho informado por cada serviço participante no sentido de aperfeiçoá-los e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da

atenção secundária em saúde bucal e estão fundamentadas na literatura sobre planejamento, gestão e avaliação em saúde e no arcabouço normativo-legal da Saúde Pública em vigência.

Monitoramento remoto dos serviços

Além do acesso direto pelos gerentes e profissionais de suas notas e classificações, a visualização da avaliação também podia ser feita em nível municipal (módulo gestor municipal), por estado (módulo gestor estadual) e em nível nacional (módulo GestBucal), e, para tal, o Portal CEO oferecia diversos tipos de buscas pelo CEO: por estado, município, mês, ano e diretamente por CEO.

Dessa forma, para execução destas análises e buscas, o Portal era acessado em www.gestbucal.com.br através do link “Portal CEO” no canto superior direito (figura 01) pelos usuários previamente cadastrados (figura 02).

Todas as informações acerca do passo a passo ao cadastramento e uso do Portal CEO foram descritas em cartilhas elaboradas aos usuários do Portal CEO, nas versões Gestor, Gerente e Profissional (Apêndices D, E e F).

Os efeitos do uso do Portal CEO poderiam ultrapassar os limites físicos dos serviços. Pela sua característica *webbased*, possibilitava ao gestor da saúde bucal monitorar a qualidade dos serviços dos CEO de sua circunscrição em qualquer lugar no mundo, e ainda, identificar os pontos fracos dos serviços que precisam de intervenções oportunas para redirecionar os processos de trabalho e assim alavancar as classificações para melhoria de qualidade da saúde especializada em saúde bucal sob sua responsabilidade sanitária.

A Figura 03 ilustra um exemplo da página da busca eletrônica no Portal CEO das avaliações realizadas, Ex: Módulo de gerente do município de Recife. Cada CEO cadastrado representa uma linha da planilha. As notas referem-se a cada componente avaliativo da qualidade e a última coluna contém a Nota, que é a média aritmética

das notas dos componentes. Ao lado da Nota encontram-se quatro arquivos anexos, que são os relatórios emitidos automaticamente pelo sistema.

Figura 01 – Página eletrônica do grupo de pesquisa GestBucal que alojava o link para o Portal CEO.



Fonte: www.gestbucal.com.br. Recife, 2015.

Figura 02 – Página inicial do Portal CEO com níveis de acesso aos usuários da ferramenta.



Fonte: www.gestbucal.com.br. Recife, 2015.

Figura 03 – Avaliações de gerente: notas e relatórios.

Usuário: adm Gestão Gestão Pontuação Sair

Avaliações de Gerente

Estado : Município : RECIFE Mês : Ano : Nome CEO : CEO : Tipo CEO : Pesquisar*

Avaliações [52] :

Ano	Mês	CEO	Município	Estado	G.S.	Est.	G.P.	C.O.	C.S.F.	A.M.	Nota				
2014	Novembro	Agamenon Mag	Recife	Pernambuco	8,33	8,46	10,00	7,00	4,00	8,46	7,71				
2014	Novembro	Lessa de Andra	Recife	Pernambuco	8,33	9,23	7,50	7,00	2,00	8,46	7,09				
2014	Novembro	Waldemar de O	Recife	Pernambuco	8,33	8,46	7,50	5,00	8,00	8,46	7,63				
2014	Novembro	Albert Sabin	Recife	Pernambuco	8,33	9,23	7,50	6,00	6,00	7,69	7,46				
2014	Novembro	Clementino Fra	Recife	Pernambuco	10,00	7,69	7,50	7,00	2,00	8,46	7,11				
2014	Novembro	Salomao Kelner	Recife	Pernambuco	8,33	6,92	10,00	6,00	4,00	9,23	7,41				
2014	Novembro	Pina	Recife	Pernambuco	8,33	4,62	5,00	5,00	2,00	7,69	5,44				
2014	Novembro	Romildo Gomes	Recife	Pernambuco	8,33	5,38	5,00	5,00	2,00	8,46	5,70				
2014	Dezembro	Agamenon Mag	Recife	Pernambuco	8,33	7,69	10,00	8,00	4,00	7,69	7,62				
2014	Dezembro	Clementino Fra	Recife	Pernambuco	10,00	7,69	7,50	7,00	2,00	9,23	7,24				
2014	Dezembro	Waldemar de O	Recife	Pernambuco	8,33	7,69	10,00	7,00	8,00	8,46	8,25				
2014	Dezembro	Pina	Recife	Pernambuco	8,33	5,38	7,50	4,00	2,00	6,15	5,56				

Fonte: Portal CEO, 2015.

Demonstradas as funcionalidades do Portal CEO; as suas potencialidades enquanto ferramenta de gestão que demonstrava resultados em tempo real, que emite recomendações para a melhoria da gestão da qualidade dos serviços de saúde, com base na literatura ora visitada; e considerando a premente necessidade de efetiva institucionalização das práticas avaliativas no cotidiano dos processos de trabalho no SUS percebe-se a importante contribuição que esta nova tecnologia em saúde traria para a atenção secundária em saúde bucal.

Entende-se, portanto, que é possível e necessária a incorporação de tecnologias da informação ao cotidiano dos trabalhos em saúde e esta pesquisa se prestou a demonstrar o uso dessa inovadora ferramenta eletrônica de gestão para melhoria da qualidade dos serviços especializados em saúde bucal no Estado de Pernambuco.

O Portal CEO, por gerar instantaneamente avaliação, recomendações para mudanças, ser de fácil manuseio e carecer de recursos tecnológicos mínimos (computador com acesso à rede de internet) tem se constituído como ferramenta para gestão da informação que permite tomada de decisão imediata. Ademais, podem prestar grande contribuição no apoio ao planejamento/gestão à identificação de aspectos críticos do serviço, que prejudicam a qualidade, tendo forte potencial para servir apoio suplementar às práticas avaliativas institucionais, fortalecendo o componente avaliativo da Política de Saúde Bucal. Iniciativas como o Portal CEO, fundamentadas em saúde digital, devem ser estimuladas e difundidas para uso no âmbito do SUS.

Referências

1. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos, JL Barros AJ. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Revista de Saúde Pública* 2012, 46 (2), 250-258.
2. 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): 259-67
3. 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 Saude Publica* 2011; 27(1):143-154.
4. Chaves SC, Soares FF, Rossi TRA, Cangussu MCT, Figueiredo ACL, Cruz DN et al. Chaves SCL, Soares, FF, Rossi TRA et al. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(11): 3115-24.

5. Silva FR, Padilha EZ, Baldani MH. Serviços odontológicos especializados nas cidades médias não metropolitanas do estado do Paraná, entre 2003 e 2010: estudo exploratório. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2013; 22 (4): 641-650.
6. Celeste RK, Moura FRR, Santos CP, Tovo MF. Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem centros de especialidades odontológicas no Brasil em 2010. *Cad saúde pública*. 2014; 30 (3): 511-521.
7. Soares FF, Chaves SCL, Cangussu MCT. Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(3): 586-596.
8. Figueiredo N, Motta F, Neves JC, Magalhães BG, Goes, PSA. Avaliação de ações da atenção secundária e terciária em saúde bucal. In: Moysés SM, Góes PSA, organizadores. *Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde Bucal*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2012. p. 195-209.
9. Lima ACS, Cabral ED, Vasconcelos MMVB. Patient satisfaction at Specialized Dental Clinics, in Recife, Pernambuco, State, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(5): 991-1002.
10. Magalhães BG, Oliveira RS, Goes PSA, Figueiredo N. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. *Cad. Saúde Colet*. 2015; 23 (1): 76-85.
11. Kitamura ES, Bastos RR, Palma PV, Leite ICG. Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*, Brasília, 2016; 25(1):137-148.
12. Lucena Rangel M, Limeira RRT, Silva SM, Junior RCM, Ribeiro ILA, de Castro RD. Perfil socioeconômico, educacional e de acesso aos serviços ofertados pelos Centros de Especialidades

- Odontológicas de João Pessoa-Paraíba, Brasil. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 2017; 5, 118-124.
13. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Júnior GA et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28.supl: s81-s89.
 14. Magalhães BG, Oliveira RS, Gaspar GS, Figueiredo N, Goes PSA. Avaliação do Cumprimento de Atenção Secundária em Saúde Bucal. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2012; 12(1):107-112.
 15. Herkrath Herkrath FJ, Herkrath APCQ, Costa LNBS, Gonçalves MJF. Performance of Specialized Dental Care Centers considering the sociodemographic context of municipalities of the Amazonas State (Brazil, 2009). *Saúde debate*. 2013; 37 (96): 148-158.
 16. Machado FCA, Silva JA, Ferreira MAF. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Cienc Saude Coletiva*. 2015 abr 20(4):1149-65.
 17. Santana DA, Souza Santos LP, Carvalho FS, Carvalho CAP. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2015; 23(3).
 18. Possamai T, Pilger C, Lentsck MH, Junior WM. Ações Secundárias em Saúde Bucal: Análise do Centro de Especialidades Odontológicas de um Município do Interior do Paraná, Brasil. *Revista de APS*. 2016; 18(3).
 19. Freitas CHSDM, Lemos GA, Pessoa TRRF, Araujo MFD, Forte FDS. Attention to oral health: evaluation of the dental specialty centers in Paraíba. *Saúde em Debate*, 2016; 40(108), 131-143.
 20. Saliba NA, Nayme JGR, Moimaz SAS, Cecilio LPP, Garbin CAS. Organization of the demand for a Centre of Dental Specialties. *Rev Odontol Unesp* 2013; 42(5):317-23.

21. Lino AP, Werneck MAF, Lucas SD, Abreu MHNG. Analysis of secondary care in oral health in the State of Minas Gerais, Brazil [portuguese]. *Cien Saude Colet.* 2013 19(9); 3879–88.
22. Oliveira RS, Moraes HMM, Goes PSA, Botazzo C, Magalhães BG. Relações contratuais e perfil dos cirurgiões-dentistas em centros de especialidades odontológicas de baixo e alto desempenho no Brasil. *Saúde Soc.* 2015; 24(3):792-802.
23. Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev Saude Publica* 2010; 44(6):1005-1013.
24. Aguilera SLVU, França BHS, Moysés ST, Moysés SJ. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Revista de Administração Pública*, 2013; 47(4), 1021-1040.
25. Rodrigues LA, Vieira JDM, Leite ICG. Avaliação do fluxo de referência para um centro de especialidades odontológicas implantado em cidade de médio porte na região Sudeste. *Cad. saúde colet.* 2013; 21(1): 40-45.
26. Vazquez FL, Guerra LM, Vítor ESA, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Meneghim MC, et al. Referência e Contrarreferência na Atenção Secundária em Odontologia em Campinas, SP, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2014; 19(1): 245-255.
27. Goes PSA, Figueiredo N. Conceitos, teorias e métodos da avaliação em saúde. In: Moysés SM, Góes PSA, organizadores. *Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde Bucal*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2012. p. 157-166.
28. Felisberto E, Bezerra LCA, Costa JMBS, Alves CKA. Institucionalização da avaliação em Saúde. In: Moysés SM, Góes PSA, organizadores. *Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde Bucal*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2012. p.149-156.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/CEO): Manual Instrutivo*. Brasília, 2013.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/CEO): Manual Instrutivo do 2º ciclo PMAQ/CEO*. Brasília, 2015.
31. Figueiredo N, Goes PSA, Martelli PJJ. *Relatório do 1º Ciclo da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO)*. Recife: Editora UFPE, 2016.
32. Figueiredo N, Goes PSA, Martelli PJJ. *Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil [recurso eletrônico]*. Recife: Editora UFPE, 2016.
33. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública*, 2000; 34 (5): 547-59.
34. Carvalho AO. Tecnologias da informação na gestão da saúde. *RAP* 1998. 2(2): 195-205.
35. Piochet LHC. Tendências de Tecnologia de Informação na Gestão da Saúde. *Mundo saúde (Impr.)*, 2011. 35 (4): 382-394.
36. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Ciência e Tecnologia em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2011. 143 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 11).
37. Brasil, MS. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde*. Brasília: MS, 2010.

38. Kriger I, Carvalho ML. Gestão de novas tecnologias para o trabalho em saúde. In: Moysés SM, Góes PSA, organizadores. *Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde Bucal*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2012. p. 103-111.
39. Brasil, Ministerio da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Avaliação de tecnologias em saúde: institucionalização das ações no Ministério da Saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40 (40): 743-7.
40. Moraes IHS, Santos SRFR. dos. Informações para a Gestão do SUS: necessidades e perspectivas. *Inf. epidemiol. SUS*, 2001. 10 (1): 49-56.
41. Thwin SS. Automated inter-rater reliability assessment and electronic data collection in a multi-center breast cancer study. *BMC med. res. methodol.* (Online), 2007. 23 (7).
42. Paulsen et al. Quality of Data Entry Using Single Entry, Double Entry and Automated Forms Processing—An Example Based on a Study of Patient-Reported Outcomes. *PLos ONE*, 2012. 7 (4).
43. Bouchet C et al. Evaluating a computerized tool for coding patient information. *Proc. AMIA Annu. Symp.*, Philadelphia, p. 185-189, 1998.
44. Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: What do they mean? *Am. J. Public. Health*. 1981; 71(4): 409-412.
45. Donabedian A. The quality care. How can it be asseded? *JAMA*, 1988; 260:1743-8.
46. Santos LX, Almeida DRS, Souza-Silva J, Rizental ACMF, Goes PSA, Figueiredo N. A Web-Based Tool for Monitoring and Evaluating Health Care Services: An Analysis of Centers for Dental Specialties Webpage. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada* 2018; 18(1):1-13.

2

Procedimentos metodológicos da pesquisa: Portal CEO

Nilcema Figueiredo

Lia Ximenes Santos

Ângela Cristina Maia Franco Rizental

Paulo Savio Angeiras de Goes

Neste capítulo serão descritas as principais estratégias à operacionalização da pesquisa “*Avaliação de efetividade de uma ferramenta webbased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)*” que contemplou os estudos de avaliação em saúde bucal com o uso do Portal CEO [1-3] e a avaliação externa dos CEO realizados em Pernambuco, que permitirão a apresentação dos principais resultados da pesquisa nos capítulos posteriores.

Ressalta-se que esta pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Edital 10/2012 – Pesquisa em Saúde Bucal através do processo 403419/2012-3 e pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco Edital 13/2012 - PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE PPSUS – REDE MS/CNPq/FACEPE/SES – APQ-0026-4.00/13, onde os respectivos relatórios técnicos e de prestação de contas foram apresentados e aprovados pelos respectivos órgãos de fomento.

O Portal Eletrônico para Avaliação e Monitoramento do CEO - Portal CEO constitui-se numa ferramenta *webbased* a qual permite a avaliação do estabelecimento de saúde em nível local via processamento automatizado de dados; auxilia no processo de tomada de decisão para sua melhoria de qualidade; e, permite o monitoramento

remoto dos serviços. Está baseada no modelo teórico universalmente aceito que é o modelo sistêmico proposto por Donabedian [4,5], com enfoque nos componentes estrutura e processo para a avaliação dos estabelecimentos de saúde.

Avaliou-se a realidade cotidiana dos Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco, com ênfase à melhoria de qualidade [1-3], que pôde contribuir à mudança nestes cenários através da proposição das classificações dos serviços e recomendações técnico-científico-legais, com o objetivo pedagógico de oferecer *feedback* automático e rápido aos envolvidos no processo de trabalho dos CEO para tomada de decisão oportuna e embasada cientificamente, reorientando a contínua formação e reflexão crítica de todos os sujeitos da prática, no sentido de aperfeiçoar a gestão do serviço, os processos de trabalho e, conseqüentemente, promover a melhoria da qualidade da atenção secundária em saúde bucal. Segundo Paulo Freire (1996, p. 18), “é pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática” [6].

Local do estudo

O estudo foi realizado no estado de Pernambuco a partir da participação de representantes dos Centros de Especialidades Odontológicas que aderiram voluntariamente à pesquisa. O período estudado foi de novembro de 2014 a dezembro de 2015.

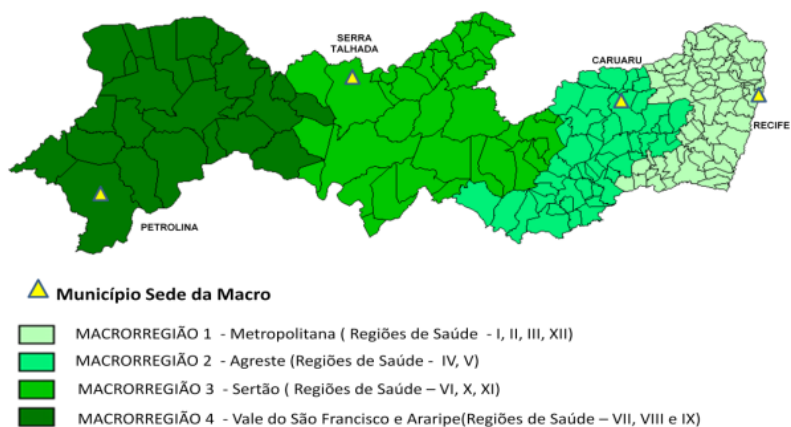
O Quadro 01 apresenta a caracterização do Estado de Pernambuco segundo dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e as Figuras 01 e 02 apresentam a nova conformação territorial da saúde instituída pelo Plano Diretor de Regionalização (2011), homologado em reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), de 19/09/2011, que organizou o Estado de Pernambuco em 04 macrorregiões, 12 regiões e 11 microrregiões de saúde [7].

Quadro 01 – Caracterização do Estado de Pernambuco segundo dados demográficos. Pernambuco, 2015.

Capital	Recife
População estimada 2015	9.345.173
População 2010	8.796.448
Área (km ²)	98.149,119
Densidade demográfica (hab/km ²)	89,62
Rendimento nominal mensal domiciliar per capita da população residente 2014 (Reais)	802
Número de Municípios	185

Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 01 - Distribuição das macrorregiões de saúde. Pernambuco, 2011.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização da Secretaria de Saúde de Pernambuco, 2011.

Figura 02 – Regiões de Saúde. Pernambuco, 2011.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização da Secretaria de Saúde de Pernambuco, 2011 [6].

População do estudo

A população do estudo foi constituída por todos os estabelecimentos de atenção especializada em saúde bucal que funcionavam como Centro de Especialidades Odontológicas no Estado de Pernambuco no período do estudo, em 2014-2015.

Amostra

A amostra do estudo era do tipo censitária, porém como a adesão foi voluntária foram estudados 42 Centros de Especialidades Odontológicas, dos 55 cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) à época, perfazendo um percentual de adesão de 76,36% de todos os estabelecimentos públicos de atenção especializada em saúde bucal do estado de Pernambuco. Destes, 37 possuíam Portaria de habilitação emitida pelo Ministério da Saúde (MS), e 05 ainda não estavam formalmente habilitados como CEO junto ao MS.

Critério de inclusão

Para participarem do estudo os CEO deveriam estar em efetivo funcionamento há no mínimo 01 ano.

Critério de exclusão

Os Centros de Especialidades Odontológicas que não se propuseram a participar da pesquisa e CEO com funcionamento inferior a 01 ano constituíram o critério de exclusão.

Esquemáticamente, a metodologia da pesquisa foi dividida em três fases:

- 1ª Fase – Implantação do Portal CEO;
- 2ª fase – Operacionalização do Portal CEO; e
- 3ª Fase – Avaliação Externa dos CEO.

1ª Fase – Implantação do Portal CEO

Na fase de implantação do Portal CEO foi realizado estudo piloto, com duração de 03 (três) meses, com o objetivo de testar a ferramenta, e contou com a participação de gestor estadual; gestores municipais; gerentes e profissionais de CEO de cinco municípios, afim de estabelecer as regras de decisão (apêndice C) para tornar possível a inclusão do processamento automatizado de dados, de forma a determinar a versão de avaliação/classificação dos CEO dos módulos operativos.

Posteriormente, foram organizadas 02 (duas) oficinas para a implantação do Portal CEO. Um evento ocorreu no Recife e outro em Serra Talhada. Antes da oficina, foi apresentado seminário intitulado: Os caminhos do CEO em Pernambuco. As realizadas em Recife ocorreram nas instalações do laboratório de gestão da informação em Saúde Bucal (LABIGISB/CECOL/UFPE), novembro/14; e, em Serra Talhada, ocorreu na sede da Gerência Regional de Saúde,

janeiro/15. Houve apoio e colaboração da Coordenação Estadual de Saúde Bucal – Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE). Foram convidados todos os representantes da gestão/gerência municipal e profissionais dos CEO do estado.

Antes da implantação do Portal CEO na oficina, investigou-se a percepção sobre avaliação em saúde e expectativas em relação ao uso do Portal CEO dos participantes antes da implantação da ferramenta. A amostra para esta investigação foi de conveniência e consistiu em 15 coordenadores de saúde bucal, 17 coordenadores de saúde bucal que acumulavam a função de gerentes de CEO, 18 gerentes de CEO; e 21 profissionais de CEO. A orientação ao preenchimento do questionário foi feita em caráter coletivo e se garantiu sigilo da informação.

Usou-se questionário estruturado, que requeriam respostas rápidas e precisas, tendo sido utilizada para isso a escala de Likert. Abordaram temas como avaliação em saúde, avaliação em saúde bucal e CEO especificamente, e as expectativas dos participantes em relação ao uso de uma ferramenta eletrônica, com participação voluntária (Apêndice G).

Após a aplicação do questionário, o Portal CEO foi demonstrado aos participantes, com explicação sobre o seu funcionamento para a inclusão dos dados e sua capacidade de gerar notas avaliativas para monitoramento e avaliação dos serviços, que poderiam auxiliar na gestão da informação e no processo de tomada de decisão.

As etapas operacionais foram executadas passo a passo com os participantes: 1º) cadastramento de serviços/gerentes pelo coordenador municipal; 2º) cadastramento de profissionais e avaliação do CEO pelos gerentes; e, 3º) avaliação do CEO pelos profissionais. Manual instrucional previamente elaborado para gestão, gerência e profissional de CEO foi distribuído para auxiliar os participantes a utilizar o Portal CEO (apêndices D, E e F)

A oficina resultou em qualificação/capacitação em avaliação e monitoramento de CEO (8 horas); e, conseqüentemente

realizou-se a primeira avaliação de qualidade do CEO através do Portal CEO.

2ª fase – Operacionalização do Portal CEO

O Portal CEO foi operacionalizado a partir do uso da ferramenta eletrônica pelos representantes dos serviços que responderam mensalmente o questionário do módulo Gerente (apêndice A) e semestralmente para módulo Profissional (apêndice B), onde as notas obtidas dos Componentes de Qualidade (CQ) e Notas Geral do Serviço (NGS) foram geradas pelo processamento automatizado dos dados, onde foi possível classificar os CEO. Concomitantemente o monitoramento remoto das avaliações via Portal CEO era feito pela equipe de supervisão da pesquisa. O recorte temporal do período avaliado originou-se da análise dos dados coletados da ferramenta eletrônica de avaliação durante o período de dezembro de 2014 a dezembro de 2015.

Para a avaliação da qualidade dos CEO de Pernambuco as questões avaliativas do Portal CEO (módulo Gerente) geraram notas condensadas em seis Componentes de Qualidade: Gestão e Gerência dos Serviços, Estrutura, Critérios Organizacionais, Gestão de Pessoas, Controle Social e Financiamento, e Avaliação e Monitoramento, as quais geraram a Nota Geral do CEO, que se refere à média das notas de todos os componentes de qualidade. Para o módulo profissional, existem dois CQ: Estrutura e Processo. As notas categorizadas em $\geq 7,0$ e $< 7,0$, classificou os CEO em Satisfatórios ou Insatisfatórios, respectivamente.

Além da classificação obtida a partir do Portal CEO, foi levado em consideração algumas variáveis contextuais e estruturais, cujos valores foram coletados dos sítios eletrônicos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), IBGE, SES/PE e do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Bem como, foi realizada avaliação de desempenho nos CEO de Pernambuco a partir de método que se utiliza o indicador Cumprimento Global de Metas [8-10].

Então, fizeram-se análises inferenciais entre a variável dependente Nota (Média) Geral do CEO (módulos Gerente e Profissional) do período estudado categorizadas Nota Média ($< 7,0$ e $\geq 7,0$) e as variáveis independentes: Tipo de CEO (I, II e III), Macrorregião de Saúde (distribuíram-se em Macrorregião 1 – Metropolitana; Macrorregião 2 – Agreste; Macrorregião 3 – Sertão; e Macrorregião 4 – Vale do São Francisco e Araripe); Porte populacional (< 30.000 ; $30.000 - 50.000$; $50.001 - 100.000$; e > 100.000), Cobertura populacional por Equipes de Saúde Bucal na ESF (ESB/ESF) ($< 50\%$; $\geq 50\%$), Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) ($< 0,7$; $\geq 0,7$) e Tempo de Implantação (< 5 anos; ≥ 5 anos).

Ademais, investigou-se para o módulo Gerente a frequência das respostas para cada Componente de Qualidade do mês de melhor avaliação da Nota Geral do Serviço, com vistas a análises mais detalhadas dos aspectos ditos satisfatórios ou insatisfatórios para discussão com literatura pertinente.

Salienta-se que o uso do Portal foi de caráter voluntário, porém a permanência do serviço na pesquisa seria fundamental. Como estratégia para evitar/controlar a saída dos serviços participantes da pesquisa foi criada uma rede colaborativa para troca de informações e melhor monitoramento através de mídias sociais, além de serem enviados lembretes mensais alertando-os para a alimentação do Portal, que deveria ocorrer no dia 10 de cada mês.

3ª Fase – Avaliação Externa dos CEO

A realização da avaliação externa (AE) do Portal CEO permitiu a visita *in loco* nos CEO de Pernambuco para avaliação de estrutura e processo. A amostra reuniu 35 serviços. A Avaliação Externa ocorreu após no mínimo de 04 meses de operacionalização da ferramenta eletrônica pelo serviço, entre os meses de Abril de 2015 e Maio de 2016.

A AE da pesquisa do Portal CEO foi executada por aluno bolsista PIBIC/Propesq-UFPE, membros do Grupo de Pesquisa GestBucal

e Residentes em Odontologia em Saúde Coletiva da Secretaria de Saúde do Recife. Foram utilizados como instrumentos para coleta de dados dois tipos de formulários, um aplicado ao Gerente (apêndice A) do serviço e outro ao Profissional (apêndice B). O modelo de formulário é semelhante ao utilizado no Portal CEO, que aborda: Cobertura do Serviço, Gestão e Gerência dos Serviços, Estrutura do CEO; Gestão de Pessoas; Critérios Organizacionais; Controle Social e Financiamento; e, Avaliação e Monitoramento das ações do CEO. Além disso, também foi usado um roteiro observacional para avaliação da estrutura (apêndice H).

Durante a AE foi realizada avaliação de satisfação de usuários. A população de referência ao estudo foi composta de pessoas adultas (idade igual ou superior a 18 anos) presentes na sala de espera do respectivo CEO, residentes no município pesquisado durante a fase de avaliação externa da pesquisa supracitada. Estes deveriam ter sido submetidos a procedimento clínico ao menos uma vez. Buscou-se investigar cerca de 10 usuários por serviço participante da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista pessoal padronizada, aplicada nos próprios centros. O formulário da entrevista foi constituído por uma parte semiestruturada, referindo-se aos dados demográficos e socioeconômicos do entrevistado (anexo A), e outra estruturada, o Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal (QASSaB) [11].

Ele foi formado por 19 perguntas ou questões (Q), abrangendo oito dimensões da qualidade:

1. disponibilidade dos serviços, relativo a obtenção de uma vaga (Q1), intervalo de tempo de marcação entre consultas (Q2) e o tempo de espera (Q3);
2. resolutividade, relativa à satisfação com a aparência (Q4) e capacidade de mastigação dos dentes tratados (Q5);
3. ambiente físico, ou seja, limpeza da recepção (Q6), do consultório (Q7), dos banheiros (Q8) e do conforto (Q9);

4. relações humanas (relação com Profissionais de Saúde), referentes ao tratamento dispensado pelas recepcionistas (Q10), outros profissionais de saúde (Q11) e qualidade das informações recebidas pelos profissionais de saúde (Q12);
5. relações humanas (Relação Dentista/Paciente), tratamento recebido do Dentista (Q13) e o grau de confiança no Dentista (Q14);
6. eficiência, se valeu a pena o tratamento (Q15);
7. eficácia, sobre o uso de equipamentos de proteção individual (Q16) e relacionada ao incômodo após o tratamento (Q17);
8. aceitabilidade, referente à explicação ao usuário sobre o tratamento mais adequado (Q18) e se é pedida a opinião quanto ao melhor horário (Q19).

O instrumento foi construído com base na escala de Likert, com manifestações de respostas variando de excelente a péssimo, sendo tratadas como variáveis ordinais, cujos intervalos foram assumidos como regulares. A coleta dos dados da avaliação externa foi realizada nos meses de abril a agosto de 2015.

Devolutiva aos serviços

Após o período da pesquisa, dezembro de 2014 a dezembro de 2015, foi realizado evento, no qual foram apresentados os dados da pesquisa ilustrados através do painel de classificação de qualidade, a tendência de classificação de qualidade dos CEO do estado de Pernambuco de forma agregada e por componente de qualidade, e a tendência de uso do Portal CEO ao longo do tempo, como devolutiva do estudo, além dos resultados da avaliação externa.

Neste momento, com a finalidade de melhor compreender os fenômenos observados na pesquisa, realizou-se investigação complementar junto aos usuários do Portal CEO, com aplicação de questionários impressos contendo perguntas sobre o uso da ferramenta,

impressões sobre a efetividade pretendida, dificuldades de utilização e sugestões de aperfeiçoamento. Os questionários foram respondidos pelos Coordenadores Municipais de Saúde Bucal (apêndice I) e pelos Gerentes dos CEO (apêndice J) participantes da pesquisa.

Análise dos dados

A análise estatística dos dados foi descritiva e exploratória, sendo apresentadas as distribuições de frequências das variáveis. Quando necessário, foram também calculadas medidas de tendência central e dispersão, onde os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos.

Para as análises estatísticas do tipo inferencial foi utilizado o Teste Qui-quadrado (X^2) para tendências de Pearson e quando necessário o Teste Exato de Fisher. Para todas as análises foi considerado o nível de significância de 5%.

Os Programas utilizados em todo o método foram o Portal CEO, o Microsoft Office Excel 2013, o Programa TABNET – Programa Tab para Windows que opera na Internet, e o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Durante o estudo foram utilizadas as instalações do Centro Colaborativo do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal – CECOL/UFPE

Aspectos éticos

A Avaliação de efetividade de uma ferramenta webased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), desenvolvida pelo grupo de pesquisa GestBucal¹, foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do

¹ O grupo de pesquisa GestBucal realiza pesquisas sobre planejamento, gestão e avaliação de serviços de saúde e vem firmando parceria com a Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (CNSB/DAB/SAS/MS) e com outras instituições em estudos multicêntricos.

Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco obtendo parecer favorável sob o N° 399.931 - (CAAE: 13381813.8.0000.5208) (anexo B).

A pesquisa obedeceu aos requisitos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, beneficência e da não maleficência [12]

Antes de iniciada a coleta dos dados, todos os coordenadores municipais de saúde bucal preencheram a Carta de Anuência (apêndice K), autorizando a participação dos CEO no estudo. Cada participante preencheu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice L), que explica os objetivos da pesquisa, seus riscos e benefícios, e registrou o seu consentimento assinando-o e datando-o. Todos os instrumentos de pesquisa utilizados serão armazenados por no mínimo cinco anos.

Referências

1. Santos LX, Almeida DRS, Souza-Silva J, Rizental ACME, Goes PSA, Figueiredo N. A Web-Based Tool for Monitoring and Evaluating Health Care Services: An Analysis of Centers for Dental Specialties Webpage. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada* 2018; 18(1):1-13.
2. Santos LX. *Avaliação inicial do uso de uma ferramenta eletrônica webbased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em Pernambuco*, 2014. Recife. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Federal de Pernambuco; 2015.
3. Franco, ACM. *Portal CEO: Inovação tecnológica na avaliação da qualidade dos serviços de atenção especializada em saúde bucal*. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Federal de Pernambuco; 2016.

4. Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: What do they mean? *Am. J. Public. Health*.1981; 71(4):409-412.
5. Donabedian A. The quality care. How can it be asseded? *JAMA*, 1988; 260:1743-8.
6. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
7. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. *Plano diretor de regionalização 2011*. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.
8. Figueiredo N. *Centros de especialidades odontológicas – CEO: um estudo linha de base para a avaliação e monitoramento dos serviços para a região Nordeste*. Camaragibe. Tese [Doutorado em Odontologia em Saúde Coletiva] - Universidade de Pernambuco; 2008.
9. 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): 259-67
10. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Júnior GA et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28.supl: s81-s89.
11. Fernandes LMAG. *Validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos usuários, com os serviços públicos de saúde bucal – QASSaB*. Camaragibe. Tese [Doutorado em Odontologia em Saúde Coletiva] - Universidade de Pernambuco; 2002.
12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

Percepção dos participantes da pesquisa sobre avaliação de serviços e programas de saúde e expectativas em relação ao uso do Portal CEO

Lia Ximenes Santos

Ângela Cristina Maia Franco Rizental

Danilo Rodrigues de Souza Almeida

Josevan de Souza-Silva

Nilcema Figueiredo

Neste capítulo serão apresentados os resultados da investigação no tocante à percepção sobre avaliação em saúde e expectativas em relação ao uso do Portal CEO dos atores sociais dos serviços participantes da pesquisa que ocorreu na fase que precedeu a implantação e operacionalização da ferramenta eletrônica. Este estudo faz parte da pesquisa *“Avaliação de efetividade de uma ferramenta webbased para planejamento, gestão, e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)”*. Os dados foram obtidos a partir da aplicação de um questionário semiestruturado que abordou temas como avaliação em saúde, avaliação em saúde bucal, CEO especificamente, e as expectativas dos participantes em relação à ferramenta.

O público alvo estudado compreendeu gestores em saúde bucal: 15 (21,1%) coordenadores de saúde bucal; 17 (25,4%) coordenadores de saúde bucal que acumulavam a função de gerentes de CEO; 18 (23,9%) gerentes de CEO; e 21 (29,6%) profissionais de nível superior de CEO que participaram das oficinas de implantação do Portal CEO.

Quanto à formação, quase a totalidade eram de cirurgiões-dentistas (97,2%) e 73,2% possuíam pós-graduação, com tempo de formação médio de 15 anos, onde 52,2% do grupo tinha tempo de formação superior a 15 anos.

Em relação à percepção dos participantes sobre avaliação em saúde, a maioria dos participantes afirmou que a utiliza sempre para tomada de decisão (64,8%). No entanto, encontrou-se diferença estatisticamente significativa quando analisada esta questão em função do cargo, onde a ampla maioria dos coordenadores de saúde bucal a utiliza em detrimento dos demais atores. Destaca-se ainda que, para a categoria dos profissionais, foram encontrados os maiores percentuais para respostas não sabe/não respondeu e para a não utilização da avaliação (Tabela 01).

Tabela 01 – Relação entre o cargo e a utilização da avaliação como instrumento para tomada de decisão. Pernambuco, 2014.

Cargo	Utilização da Avaliação											
	Sempre		Raramente		Não utiliza		Não sabe/ Não respondeu		Total		Valor	Valor
	n	%	n	%	n	%	p	%	n	%	x2	p
Coordenador de Saúde Bucal	13	86,6	1	6,7	1	6,7	-	-	15	100	19,981	0,035
Coordenador SB e Gerente CEO	12	70,6	2	11,8	-	-	3	17,6	14	100		
Gerente CEO	10	55,6	8	44,4	-	-	-	-	18	100		
Profissional	11	52,5	4	19,0	2	9,5	4	19,0	21	100		
Total	46	64,8	15	21,1	3	4,2	7	9,9	71	100		

Fonte: Elaborada pelos autores.

A percepção em relação à capacidade de melhorar a tomada de decisão mostrou que quase a totalidade (98,6%) considerou este aspecto para a avaliação, bem como, o mesmo resultado foi obtido para o efeito melhorar a qualidade do serviço. Para 97,2% dos

participantes a avaliação foi considerada muito capaz de promover uma maior integração entre os diversos atores sociais (gestores, profissionais e usuários), além de ajudar na capacitação dos atores envolvidos (94,4%) (Tabela 02).

Tabela 02 – Percepção dos participantes sobre aspectos da Avaliação em Saúde. Pernambuco, 2014.

	Percepção da Avaliação (quanto cada aspecto é considerado)									
	Muito		Pouco		Em nada		Não Sabe/ Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Melhoria da tomada de decisão	70	98,6	1	1,4	-	-	-	-	71	100,0
Melhoria da qualidade do serviço	70	98,6	1	1,4	-	-	-	-	71	100,0
Promoção de maior integração e acordo entre atores sociais	69	97,2	2	2,8	-	-	-	-	71	100,0
Ajuda a capacitação dos atores envolvidos	67	94,4	3	4,2	-	-	1	1,40	71	100,0

Fonte: Elaborada pelos autores.

A maioria dos atores apontou que foi pouco convocada em seu trabalho para participar de reuniões de discussão de processos avaliativos (53,5%). A análise por cargo mostrou melhores resultados apontados pelo Coordenador de saúde bucal que acumula a Gerência do CEO (64,7%) e resultados piores para os que são apenas Gerentes de CEO (66,7%) e Profissionais de CEO (61,9%). Para estas categorias, poucas são as reuniões a que são convocados, com o agravante de que para os profissionais de CEO, onde 14,3% nunca o são (Tabela 03).

Tabela 03 – Relação entre o cargo e convocação para participação de reuniões de discussão de processos avaliativos no trabalho. Pernambuco, 2014.

Cargo	Convocação para reuniões de avaliação												Valor	Valor
	Muito		Pouco		Em nada		Não sabe/ não respondeu		Total		Valor	Valor		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Coordenador de Saúde Bucal	7	46,7	8	53,3	-	-	-	-	15	100,0	16,960	0,49		
Coordenador SB e Gerente CEO	11	64,7	5	29,4	-	-	1	5,9	17	100,0				
Gerente CEO	6	33,3	12	66,7	-	-	-	-	18	100,0				
Profissional	4	19,0	13	61,9	3	14,3	1	4,8	21	100,0				
Total	28	39,4	38	53,5	3	4,2	2	2,8	71	100,0				

Fonte: Elaborada pelos autores.

Ainda sobre a utilização da avaliação, foi investigada a participação dos municípios no Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB) e no Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO) por se tratar de uma política instituída pelo Ministério da Saúde. A quase totalidade dos municípios aderiram ao PMAQ/AB (97,2%) e PMAQ/CEO (91,5%).

Finalmente, investigou-se as expectativas em relação ao uso do Portal CEO como ferramenta eletrônica para avaliação e monitoramento do CEO. Identificou-se que 78,9% dos participantes afirmaram estar muito familiarizados com o uso de tecnologias eletrônicas (tablet, smatphone, computador, etc). Todavia, a maioria tem pouca familiaridade no uso destas no âmbito de seu trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) (67,6%) (Tabela 04)

Tabela 04 – Uso de ferramentas eletrônicas. Pernambuco, 2014.

	Uso de Tecnologias eletrônicas									
	Muito		Pouco		Em nada		Não Sabe/ Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Familiaridade com o uso de tecnologias eletrônicas	56	78,9	15	21,1	-	-	-	-	71	100
Familiaridade com o uso de tecnologias eletrônicas no âmbito do trabalho no SUS	14	19,7	48	67,6	-	-	-	-	71	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

O uso do Portal CEO como ferramenta eletrônica foi apontado como capaz em melhorar muito a qualidade do serviço pela maioria dos participantes (88,7%). A análise segundo o cargo evidenciou que as melhores expectativas estão para os Gerentes CEO (100% consideraram muito o uso do Portal) e para os Coordenadores de Saúde Bucal (93,3%). As piores expectativas foram para os Profissionais CEO (81%), embora ainda um percentual bem favorável (Tabela 05).

Discussão

Os participantes relataram fazer uso da avaliação e demonstraram reconhecer a sua importância e suas finalidades, apesar de não se reunirem para debater sobre o assunto, denotando que a prática operativa não é frequente. A utilização da avaliação pelos municípios pôde até ser comprovada através da informação da adesão aos programas PMAQ/AB e PMAQ/CEO. No entanto, ao confrontar este achado com o citado anteriormente, em que há pouca participação na discussão dos processos avaliativos, percebe-se que apenas a adesão à avaliação não é suficiente, e que o pouco diálogo e

Tabela 05 – Expectativas sobre o uso do Portal CEO (ferramenta eletrônica) na melhoria da qualidade do serviço ofertado. Pernambuco, 2014.

Expectativa de uso sobre Portal CEO												
Cargo	Muito		Pouco		Em nada		Não sabe/ Não respondeu		Total		Valor	Valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	x2	p
Coordenador de Saúde Bucal	14	93,3	1	6,7	-	-	-	-	15	100,0	10,346	0,111
Coordenador SB e Gerente CEO	14	82,4	0	0	-	-	3	17,6	17	100,0		
Gerente CEO	18	100,0	0	0	-	-	-	-	18	100,0		
Profissional	17	81,0			-	-	4	19,0	21	100,0		
Total	63	88,7	1	1,4	-	-	7	9,9	71	100,0		

Fonte: Elaborada pelos autores.

debate sobre o tema pode empobrecer este processo, tornando-o incompleto em sua finalidade.

O estabelecimento destes espaços de discussão é essencial para que haja a interação entre os envolvidos no processo avaliativo e participação na tomada de decisão [1], além de ser também importante para a sua aprendizagem e empoderamento [2]. A participação dos implicados na avaliação é o fator responsável pela garantia do seu uso [3].

Os resultados deste trabalho em relação à análise segundo o cargo sobre a utilização da avaliação para tomada de decisão evidenciaram diferença significativa entre as categorias, sendo muito mais utilizada pelos coordenadores de saúde bucal e menos pelos profissionais de CEO. A falta de envolvimento desta categoria no

processo avaliativo e também em reuniões para debate sobre o tema pode acarretar em desmotivação e consequentemente na baixa adesão e participação dos mesmos (inclusive como se pôde constatar nesta pesquisa). Este problema pode estar associado à formação profissional, onde não se é dada ênfase à avaliação em saúde na grade curricular dos cursos de graduação e até de pós-graduação, ainda se agravando o quadro com a deficiência no oferecimento de capacitações profissionais.

A familiaridade no uso de ferramentas eletrônicas por parte dos atores sociais foi considerada um aspecto positivo para o desenvolvimento da pesquisa. No entanto, os resultados que apontaram o pouco uso de tecnologia no âmbito do SUS podem ter sido uma barreira à operacionalização do Portal CEO. A limitação ao uso pode estar associada à não compreensão de sua capacidade como ferramenta ou ao temor da mudança que a sua utilização pode trazer [4], mas isto não foi verificado.

A não disponibilização de infraestrutura mínima consistiu num fator que corroborou com a dificuldade da execução da pesquisa tanto nos aspectos do uso sistemático quanto na implantação da ferramenta eletrônica para novos usuários em alguns locais.

A situação de escassez estrutural no âmbito do SUS é comum e a implementação do uso de Tecnologia da Informação (TI) é um dos desafios a ser enfrentado neste cenário. O da TI na área da saúde pode colaborar para uma maior eficiência dos serviços facilitando o processo de trabalho, além de servir como apoio à gestão [5].

O uso da TI na saúde ainda traz como vantagens a facilidade de acesso à informação a qualquer momento, a confiabilidade da informação para a tomada de decisão, o menor tempo gasto para a recuperação da informação, e o uso das bases de dados para avaliação da efetividade de serviços de saúde [4]. Somado a isto, tem ainda a função social de servir para o fortalecimento dos direitos humanos, para auxiliar na erradicação da miséria e das desigualdades sociais [6].

O fato de os gerentes e profissionais não disporem de acesso ao uso de TI em seus trabalhos indica a necessidade de implementação de tecnologias e de capacitação dos recursos humanos para a sua utilização. Entretanto, a simples participação neste trabalho propiciou a possibilidade de vivência e aproximação no tocante à utilização da Tecnologia da Informação para gestão. Atualmente já se verifica a utilização destas ferramentas na saúde, tais como o *eSUS* e o *telessaúde*, que, assim como o Portal CEO, constituem-se em alternativas para o melhoramento da qualidade dos serviços [7].

Apesar do Portal CEO ter despertado boas expectativas ao uso para a melhoria da qualidade do serviço, observou-se melhores resultados por parte dos gestores/gerentes do que pelos cirurgiões-dentistas, o que levantou a perspectiva que, em função destes interesses divergentes, o uso da ferramenta poderia ter adesão e participação diminuída por parte dos profissionais dos CEO, sendo confirmada a hipótese durante sua operacionalização. A adesão dos cirurgiões-dentistas do CEO foi menor comparada aos gerentes e praticamente as avaliações não foram repetidas conforme protocolo (uso semestral).

A fim de mudar este quadro de baixa adesão de profissionais ao uso de tecnologias, deve-se procurar motivá-los através da realização de mais capacitações/atualizações profissionais que demonstrem a importância de seu emprego e as vantagens que podem ser obtidas também dentro da sua esfera de atuação, na facilidade de execução de seu trabalho, uma vez que o uso da TI é vantajosa para todos os atores sociais, e sobretudo ao SUS.

Considerações finais

Diante dos resultados apresentados neste trabalho, onde os atores sociais conhecem a avaliação, mas não a empregam e/ou discutem em sua rotina de trabalho, o Portal CEO apresenta-se como uma nova forma de aprendizado e capacitação.

Sugere-se o incentivo e a facilitação do emprego de tecnologias voltadas à saúde, que tenham o potencial de colaborar para o melhor desempenho e qualidade dos serviços, assim como o Portal CEO apresenta-se como possibilidade à gestão dos CEO.

Referências

1. Morais IHS, Santos SFRE. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. Inf. Epidemiol.Sus, v. 2001, n.1, Brasília, mar. 2001.Kusma S, Moysés ST, Moysés SJ. Avaliação de ações de promoção da saúde bucal. In: Goes PSA & Moysés SJ. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 2012. 248p.
2. Tanaka OY; Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 17(4):821-828, 2012.
3. Carvalho AO. Tecnologias da informação na gestão da saúde. RAP Rio de Janeiro ~2(2):195-205. mar./abr. 1998.
4. Pinochet LHC. Tendências de Tecnologia de Informação na Gestão da Saúde Pública, O Mundo da Saúde, São Paulo: 2011;35(4):382-394.
5. Morais IHS. Política, tecnologia e informação em saúde – a utopia da emancipação. Rio de Janeiro: Editora Casa da Qualidade; 2002.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica : manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Avaliação da qualidade dos CEO de Pernambuco

Ângela Cristina Maia Franco Rizental

Lia Ximenes Santos

Danilo Rodrigues de Souza Almeida

Nilcema Figueiredo

Nesse capítulo apresentaremos os resultados da Avaliação da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) pela ferramenta Portal CEO. Este estudo faz parte da pesquisa “*Avaliação de efetividade de uma ferramenta webbased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)*”, desenvolvida pelo GestBucal na Universidade Federal de Pernambuco (Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal – CECOL/UFPE) no período de novembro/2014 a dezembro/2015 cuja metodologia encontra-se descrita no capítulo 02 deste livro.

A população do estudo foi constituída por estabelecimentos de saúde bucal em Pernambuco que funcionam como CEO há no mínimo um ano e que aderiram voluntariamente à pesquisa, compondo uma amostra de 42 CEO, dos 55 à época cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), perfazendo um percentual de adesão de 76,36% de todos os estabelecimentos públicos de atenção especializada em saúde bucal do estado de Pernambuco. Destes, 37 possuíam Portaria de habilitação emitida pelo Ministério da Saúde (MS), e 05 ainda não estavam formalmente habilitados como CEO junto ao MS.

Quanto à distribuição geográfica dos CEO participantes dentro do território do estado de Pernambuco, a grande maioria dos

estabelecimentos (61,91%) está localizada na Macrorregião 1 (Metropolitana), seguida por 28,57% localizados na Macrorregião 2 (Agreste), e os outros CEO estão distribuídos igualmente entre a Macrorregião 3 (Sertão) (4,76%), e a Macrorregião 4 (Vale do São Francisco e Araripe) (4,76%). Os 42 estabelecimentos da amostra pertencem a 31 municípios do estado, que possui 185 municípios no total segundo o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE).

Com relação às características contextuais dos municipais, os CEO estudados estão implantados predominantemente em municípios com porte populacional acima de 100 mil habitantes (47,6%). Os demais estabelecimentos encontram-se distribuídos quase que equitativamente nos municípios categorizados como de até 30 mil (16,7%), 30-50 mil (16,7%), e 50-100 mil (19%). Metade dos municípios que compõem a amostra apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) $\geq 0,7$ e 57,1% possui cobertura de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESB/ESF) para 50% ou mais de sua população.

Registrou-se 312 avaliações de qualidade ao longo dos 13 meses do uso do Portal CEO pelos Gerentes dos Centros de Especialidades Odontológicas, monitorados pela pesquisa.

Os CEO avaliados apresentaram *qualidade satisfatória* no período estudado obtida pela Nota Geral do Serviço (NGS) média que foi de 7,38. No entanto, observou-se notas médias insatisfatórias nos seguintes Componentes de Qualidade (CQ): Critérios Organizacionais (6,36), Gestão de Pessoas (6,23) e Controle Social e Financiamento (5,82). Os CQ que apresentaram notas médias satisfatórias ao período foram, a saber: Avaliação e Monitoramento (8,73), Estrutura (8,59) e Gestão e Gerência (8,56) (Tabela 01).

Análises inferenciais foram realizadas entre as classificações de qualidade (NGS) em função de variáveis estruturais dos estabelecimentos de saúde e contextuais dos municípios (Tabela 02). Dessa forma, permitiu-se identificar que quanto ao Tipo de CEO, parece que os CEO Tipo II têm melhor classificação comparado aos

CEO Tipo I, sendo indiferente ao Tipo III. Para aqueles serviços com 05 anos ou mais de funcionamento a maioria obteve qualidade satisfatória.

Tabela 01 – Notas Mínimas, Máximas e Médias nos CEO de Pernambuco segundo Componente de Qualidade e Nota Geral do Serviço. Avaliação dos Gerentes – Portal CEO, nov/14 - dez/15.

Componente de Qualidade	Nota Mínima	Nota Máxima	Nota Média
Gestão e Gerência	8,09	9,0	8,56
Estrutura	8,15	9,04	8,59
Gestão de Pessoas	5,83	6,67	6,23
Critérios Organizacionais	5,83	6,79	6,36
Controle Social e Financiamento	4,95	6,43	5,82
Avaliação e Monitoramento	8,42	9,04	8,73
Nota Geral do Serviço	7,04	7,64	7,38

Fonte: Elaborada pelos autores.

Em municípios com maior cobertura ESB/ESF a classificação satisfatória foi mais observada. Em contrapartida, em municípios de grande porte populacional (> 100.000 habitantes) e IDH $\geq$ 0,7, pouco mais da metade dos CEO (55% e 57,1% respectivamente) obtiveram a classificação de qualidade insatisfatória. Em consonância com o resultado ora apresentado, a Macrorregião 1 (Metropolitana), que representou a maioria dos CEO estudados, apresentou 57,1% dos estabelecimentos de saúde com qualidade insatisfatória.

Todavia as diferenças encontradas não apresentaram significância estatística para todas as análises realizadas (Tabela 02).

O monitoramento do uso do Portal CEO evidenciou que no início do período estudado (novembro/2014) foram registradas 38 avaliações e, ao final do período (dezembro/2015), 14 registros avaliativos foram detectados através da utilização da ferramenta.

Tabela 02 – Relação entre características avaliativas estruturais dos serviços e contextuais dos municípios segundo classificação geral dos CEO. Avaliação dos Gerentes – Portal CEO, nov/14 – dez/15.

Características Avaliativas	Classificação Geral dos CEO							
	Insatisfatório		Satisfatório		Total		Valor	Valor
	<7,0		≥7,0					
	n	%	n	%	n	%	x2	p
Estruturais								
Tipo de Centro de Especialidades Odontológicas								
I	9	52,9	8	47,1	17	100,0	0,102	0,950
II	11	47,8	12	52,2	23	100,0		
III	1	50,0	1	50,0	2	100,0		
Tempo de Implantação (em anos)								
< 5 anos	12	57,1	9	42,9	21	100,0	1,857	0,355
≥ 5 anos	9	47,37	14	60,87	23	100		
Contextuais								
Cobertura Populacional de ESB/ESF (%)								
<50	11	61,1	7	38,9	18	100,0	1,556	0,212
≥50	10	41,7	14	58,3	24	100,0		
Porte populacional (habitantes)								
Até 30.000	3	42,9	4	57,1	7	100,0	0,986	0,805
30.000-50.000	4	57,1	3	42,9	7	100,0		
50.001-100.000	3	37,5	5	62,5	8	100,0		
>100.000	11	55,0	9	45,0	20	100,0		
IDH Municipal								
<0,7	9	42,9	12	57,1	21	100,0	0,857	0,355
≥0,7	12	57,1	9	42,9	21	100,0		

Características Avaliativas	Classificação Geral dos CEO							
	Insatisfatório		Satisfatório		Total		Valor	Valor
	<7,0		≥7,0					
	n	%	n	%	n	%	x2	p
Distribuição Macrorregional								
Macro 1 (Metropolitana)	15	57,7	11	42,3	26	100,0	5,615	0,132
Macro 2 (Agreste)	3	25,0	9	75,0	12	100,0		
Macro 3 (Sertão)	1	50,0	1	50,0	2	100,0		
Macro 4 (Vale do São Francisco e Araripe)	2	100,0	0	0,0	2	100		

Fonte: Elaborada pelos autores.

Discussão

O uso do Portal CEO, como ferramenta eletrônica, representa uma inovação tecnológica para gestão em saúde. Essa abordagem se faz importante por propor um método de avaliação voltado à atenção especializada e simultaneamente apresentar uma tecnologia em saúde; ambos raramente empregados em conjunto na área. Iniciativas como esta têm muito a contribuir e, para tal, devem ter uso crescente e frequente no campo da saúde, possibilitando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem sido alvo de questionamentos relativos à qualidade de seus serviços e por ser cobrado quanto ao emprego de novas tecnologias, desta feita, tal iniciativa pode impulsionar o uso da avaliação [1] e parece realmente ser ideal para acolher esta ação.

A utilização da Tecnologia da Informação (TI) na saúde pode influenciar positivamente na produção e gestão das instituições, uma vez que apresenta algumas vantagens quando comparada com os métodos manuais de coleta, tais como a redução de custos e a melhora na comunicação e na agilidade, facilitando o desenvolvimento de ações

e do próprio processo produtivo e conferindo maior eficiência e eficácia [2], além da produção de conhecimento a partir da informação em vista do apoio que presta à gestão [3]. Diante disso, toma-se consciência da importância do investimento em tecnologias que auxiliem no aumento do controle e na melhoria da qualidade dos serviços [4].

No tocante à avaliação em saúde, tem-se atribuído a restrição à limitação de recursos e ao longo tempo necessário, não havendo a disponibilidade oportuna da informação quando da tomada de decisão [5]. No entanto, o Portal CEO é um instrumento de avaliação no qual esses fatores limitantes não se aplicam, inclusive por atender a requisitos para uma avaliação de qualidade de serviço, empregando critérios de qualidade (Componentes de Qualidade) e segue um modelo teórico universalmente aceito que é o modelo sistêmico: componentes estrutura e processo [4,6].

A análise do cenário da pesquisa, porém, mostrou que persiste a diminuição da oferta de estabelecimentos de saúde ao decorrer da interiorização, relatado em outros estudos [7-10], além do que, muitas vezes as escolhas para implantação dos serviços são resultantes de interesses políticos, e não a partir de necessidades de saúde da população [11], trazendo iniquidade na distribuição dos CEO, que significa que parcelas da população, muitas vezes as mais necessitadas, deixam de ter acesso aos serviços especializados de saúde bucal. Dessa forma, seria necessário que houvesse uma melhor distribuição destes serviços para que eles fossem ofertados de forma mais equânime [12].

As avaliações de qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas do Estado de Pernambuco foram classificadas como Satisfatórias. Demonstrou-se a obtenção das condições mínimas necessárias para a oferta de qualidade no serviço. No entanto, como as médias gerais do Estado estiveram no limite, faz-se pertinente a tomada de decisão para mudanças principalmente dos componentes insatisfatórios, de modo a garantir melhoria da classificação, tampouco regressão de notas.

As análises inferenciais apontaram que CEO tipo II, com maior tempo de implantação, em cidades com maior cobertura de ESB/ESF, menor IDH e de porte populacional 50-100 mil habitantes e do Agreste do estado obtiveram melhores classificações. Apesar destas análises não terem significância estatística, noutros estudos, particularmente sobre o desempenho dos serviços, mostrou-se que as relações com variáveis estudadas, ora são convergentes: CEO Tipo II e com maior tempo de implantação obtiveram melhor desempenho [1,10,12], ora são divergentes: CEO em cidades com maior porte populacional e IDH [1,10,12]; e, menor cobertura de ESB/ESF [26] obtiveram melhores desempenhos.

O melhor CQ avaliado foi a Avaliação e Monitoramento, parece que as ações de avaliação são usuais pelos CEO, considerado como aspecto positivo, espera-se que esse processo possa amadurecer no interior das instituições, uma vez que a avaliação além do juízo de valor, deve ser conduzida à tomada de decisão com base nos resultados obtidos e reflexões realizadas. Conquanto, devem ser incentivadas as avaliações de desempenho, uma vez que estudos demonstram o desafio para o alcance das metas de produção dos serviços [7,8,10,13-15].

A classificação satisfatória para o CQ Estrutura reforça que os problemas enfrentados nestes serviços não dizem respeito à infraestrutura e instalações físicas, o que corrobora com hipótese de que não necessariamente uma boa estrutura implicará em um bom processo ou resultado [4]. Todavia, o Processo se constitui como componente de análise e intervenção essencial [16], enfatizando-se a busca por soluções sobre problemas e dificuldades referentes ao processo de trabalho para superação dos problemas que são obstáculos à obtenção da qualidade [17].

Dentre as classificações insatisfatórias, a nota média do CQ Controle Social e Financiamento foi a menor do período. Isto pôde demonstrar que tem sido diminuta a participação e a escuta das necessidades dos usuários, contrariando o recomendado: faz-se

importante a participação dos usuários nas avaliações, uma vez que esta pode modificar as práticas de saúde de forma a torná-las mais humanas, acolhedoras e resolutivas [18]. No que diz respeito aos problemas com financiamento, verificou-se que pode haver dificuldade no gerenciamento de recursos recebidos, e ainda os recursos financeiros considerados insuficientes ou inexistentes na contrapartida estadual, uma vez que o financiamento deve ser tripartite e que apenas ocorre o investimento da esfera federal e municipal, podendo, desta forma, acarretar comprometimento na qualidade dos serviços [19].

Para o CQ Gestão de Pessoas, no qual as questões avaliativas compreenderam a dimensão da motivação e valorização profissional, o comprometimento destes aspectos pode acarretar problemas na produção e na oferta da qualidade do atendimento ao paciente. Por exemplo, estudo verificou que os profissionais dos CEO do Brasil apresentam qualificação profissional sem, no entanto, corresponder necessariamente a incentivos salariais [19]. Tais aspectos têm pouca governabilidade da equipe local do CEO, mas carecem de ações junto a gestão para melhorias nas condições de trabalho.

O CQ Critérios Organizacionais também obteve classificações insatisfatórias, com questões que tratavam sobre temas como acesso ao serviço e a relação referência/contrareferência entre as Atenções Básica e Especializada. Uma grande demanda por serviços especializados odontológicos somado à uma baixa capacidade de oferta leva a um comprometimento de adequado sistema de referenciamento, comprometendo por consequência a integralidade da assistência [7,8,13,14].

Uma vez que todas as análises levam à conclusão de que todos os estabelecimentos, mesmos os considerados com desempenho satisfatório, enfrentam algum tipo de dificuldade para a obtenção da qualidade na sua oferta e que nem sempre o bom desempenho está atrelado à uma boa qualidade, sugere-se que haja um perfil adequado de gestores e profissionais em relação à formação, e que

estes se sintam valorizados e satisfeitos profissionalmente. É importante que haja espaço para diálogo entre os atores participantes dos estabelecimentos de saúde, incluindo os usuários, para que haja a discussão de aspectos e medidas que melhorem o processo de trabalho. No que diz respeito à questão do financiamento, inicialmente a vontade política em cumprir com o determinado por lei deve ser colocada em prática, levando em consideração às necessidades de saúde bucal da população, e não os interesses individuais daqueles que participam de todo o processo.

Nos próximos capítulos será apresentada análise sobre os resultados para cada Componente de Qualidade incluindo descrição das questões avaliadas que subsidiarão uma discussão mais ampla e detalhada com a literatura atual.

Considerações finais

Os resultados demonstraram a qualidade satisfatória dos CEO de Pernambuco, durante todo o período estudado, não obstante as constantes notas insatisfatórias em Componentes de Qualidade que compõem o Processo.

O uso do Portal CEO apontou para a importância da avaliação cotidiana dos serviços, como indutor das mudanças necessárias à melhoria da qualidade e fortalecedor da governança para uma atenção especializada em saúde bucal mais resolutiva, podendo ser considerada como experiência exitosa no campo de Inovação tecnológica para gestão em saúde.

A grande contribuição deste estudo para a saúde bucal coletiva é a comprovação de que ferramentas eletrônicas podem sim ser efetivas na melhoria da qualidade da atenção secundária em saúde bucal e que o uso das tecnologias da informação, e o desenvolvimento de ferramentas eletrônicas de avaliação e monitoramento para apoio ao planejamento e à gestão em saúde precisam ser fomentados para um Sistema Único de Saúde mais integral, integrado e resolutivo.

Referências

1. Furtado JP. Avaliação de programas e serviços. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva* – São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.
2. Carvalho AO. Tecnologias da informação na gestão da saúde. *RAP* 1998; 2(2): 195-205.
3. Pinochet LHC. Tendências de Tecnologia de Informação na Gestão da Saúde Pública. *O Mundo da Saúde* 2011; 35(4): 382-394.
4. Donabedian A. The quality care. How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260:1743-8.
5. Felisberto E, Bezerra LCA, Costa JMBS, Alves CKA. Institucionalização da avaliação em Saúde. In: Goes PSA, Moysés SM. *Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde Bucal*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2012. p.149-156.
6. Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: What do they mean? *Am. J. Public. Health* 1981; 71(4): 409-412.
7. 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): 259-67.
8. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Júnior GA et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28.supl: s81-s89.
9. Magalhães BG, Oliveira RS, Gaspar GS, Figueiredo N, Goes PSA. Avaliação do Cumprimento de Atenção Secundária em Saúde Bucal. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada* 2012; 12(1): 107-112.

10. Santos LX, Almeida DRS, Souza-Silva J, Rizental ACMF, Goes PSA, Figueiredo N. A Web-Based Tool for Monitoring and Evaluating Health Care Services: An Analysis of Centers for Dental Specialties Webpage. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada* 2018; 18(1): 1-13.
11. Pedrazzi V; Dias KRHC, Rode SM. Oral Health in Brazil – Part II: Dental Specialty Centers (CEOs). *Braz Oral Res*; 22: 18-23.
12. Ribeiro-Sobrinho C, Souza LEPE, Chaves SCL. Avaliação da cobertura do Serviço Odontológico da Polícia Militar da Bahia em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad saúde pública* 2008; 24(2): 295-302.
13. Silva FR, Padilha EZ, Baldani MH. Serviços odontológicos especializados nas cidades médias não metropolitanas do estado do Paraná, entre 2003 e 2010: estudo exploratório. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2013; 22: 641-650.
14. Celeste RK, Moura FRR, Santos CP, Tovo MF. Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem centros de especialidades odontológicas no Brasil em 2010. *Cadernos de saúde pública* 2014; 30(3): 511-521.
15. Magalhães BG, Oliveira RS, Goes PSA, Figueiredo N. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. *Cad. saúde colet.* 2015; 23 (1): 76-85.
16. Machado FCA, Silva JA, Ferreira MAF. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Cienc Saude Coletiva* 2015; 20(4): 1149-65.
17. Costa GD, Cotta RMM, Franceschini SCC, Batista RS, Gomes AP, Martins PC et al. Avaliação em saúde: reflexões inscritas o paradigma sanitário contemporâneo. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 2008; 18 (4): 705-726, 2008.

18. Martelli PJJ. *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*. Recife. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2010.
19. Santos LX. *Avaliação inicial do uso de uma ferramenta eletrônica webased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em Pernambuco*, 2014. Recife. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Federal de Pernambuco; 2015.

Avaliação da qualidade da gestão e gerência dos serviços

Danilo Rodrigues de Souza Almeida

Jéssica dos Santos Alves Barbosa

Edson Hilan Gomes de Lucena

Nilcema Figueiredo

Neste capítulo abordaremos os resultados da avaliação de qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) sobre as questões contidas no Componente de Qualidade (CQ) Gestão e Gerência do Portal CEO – módulo direcionado aos Gerentes que ocorreu durante a execução da pesquisa *“Avaliação de efetividade de uma ferramenta webbased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)”* desenvolvida pelo GestBucal na Universidade Federal de Pernambuco (Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal – CECOL/UFPE), cuja metodologia encontra-se descrita no capítulo 02 deste livro.

A Gestão e Gerência do Serviço foi um dos Componentes de Qualidade do Portal CEO melhor avaliado, com Nota Média Geral (NMG) de 8,56 (notas variando entre 8,09 e 9,0).

Foram realizadas análises inferenciais entre as classificações do CQ Gestão e Gerência em função de variáveis estruturais dos estabelecimentos de saúde e contextuais dos municípios. Permitiu-se identificar que, quanto ao Tipo de CEO, os do Tipo III apresentaram melhor classificação quando comparado aos do Tipo I e II. Para aqueles serviços com menor tempo de implantação (<5 anos) se concentraram os resultados satisfatórios (Tabela 01).

Em municípios com menor cobertura populacional estimada de Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESB/ESF)

(<50%), bem como em municípios de pequeno porte populacional (<30 mil habitantes) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) $\leq$ 0,7 a classificação satisfatória foi mais observada. Todavia, as diferenças encontradas não apresentaram significância estatística para todas as análises realizadas (Tabela 01).

Tabela 01 – Relação entre características avaliativas estruturais dos serviços e contextuais do município nos CEO de Pernambuco segundo Classificação Geral dos CEO do Componente de Qualidade Gestão e Gerência. Avaliação dos Gerentes – Portal CEO, nov/14 - dez/15.

Características Avaliativas	Classificação Geral dos CEO								
	Insatisfatório		Satisfatório		Total		Valor x2	Valor p	
	<7,0		≥7,0						
	n	%	n	%	n	%			
Estruturais									
Tipo de Centro de Especialidades Odontológicas									
I	1	5,9	16	94,1	17	100,0	0,803	0,669	
II	3	13	20	87,0	23	100,0			
III	-	-	2	100,0	2	100,0			
Tempo de Implantação (em anos)									
< 5 anos	1	4,8	20	95,2	21	100,0	1,105	0,293	
≥ 5 anos	3	14,3	18	85,7	21	100,0			
Contextuais									
Cobertura Populacional Estimada de ESB/ESF (%)									
<50	1	5,6	17	94,4	18	100,0	0,576	0,448	
≥50	3	12,5	21	87,5	24	100,0			

Características Avaliativas	Classificação Geral dos CEO							
	Insatisfatório		Satisfatório		Total		Valor	Valor
	<7,0		≥7,0					
	n	%	n	%	n	%	x ²	p
Porte populacional (habitantes)								
Até 30.000	-	-	7	100,0	7	100,0	4,241	0,237
30.001-50.000	2	28,6	5	71,4	7	100,0		
50.001-100.000	1	12,5	7	87,5	8	100,0		
>100.000	1	5,0	19	95,0	20	100,0		
IDH Municipal								
<0,7	-	-	4	100,0	4	100,0	0,465	0,495
≥0,7	4	10,5	34	89,5	38	100,0		

Fonte: Elaborada pelos autores.

A análise das questões do CQ Gestão e Gerência mostrou que havia Coordenador Municipal de Saúde Bucal para a maioria dos municípios dos estabelecimentos de saúde investigados (95,2%). Destes, a maioria possuía algum tipo de formação em gestão/gerência (60,0%), além do que, foi informado que estes em sua maioria receberam algum tipo de treinamento ou formação nos doze meses anteriores (72,5%) (Tabela 02).

No que diz respeito a caracterização dos Gerentes, os dados evidenciaram que os municípios apresentam, em sua maioria, profissionais responsáveis pela gerência do CEO, porém o responsável pelo CEO acumula o cargo de Coordenador Municipal de Saúde Bucal na maior proporção dos estabelecimentos de saúde (42,9%). Apenas um serviço não apresentou profissional responsável pela gerência do CEO (2,4%) (Tabela 03). Destes, 48,8% possui formação em gestão e gerência e 64,3% dos Gerentes receberam treinamento

ou formação em gestão/gerência nos últimos 12 meses; entretanto, 2,4% não sabia/não informou.

Tabela 02 – Caracterização do Coordenador Municipal de Saúde Bucal dos CEO de Pernambuco segundo classificação do Componente de Qualidade Gestão e Gerência. Avaliação dos Gerentes – Portal CEO, nov/14 - dez/15.

Questão	Sim		Não		Não sabe/ informou		Total	
	n	%	Não	%	n	%	n	%
Existência da Coordenação Municipal de Saúde Bucal	40	95,2	2	4,8	-	-	42	100
Formação em gestão/gerência	24	60,0	14	35,0	2	5,0	40	100
Treinamento ou formação em gestão/gerência nos últimos 12 meses	29	72,5	9	22,5	4	5,0	40	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 03 – Caracterização da Gerência de CEO. Avaliação dos Gerentes – Portal CEO, nov/14 - dez/15.

	Sim, o coordenador de SB*		Sim, o CD** exclusivo		Sim, o CD** (+ funções clínicas)		Sim, mas não o CD**		Não		Não sabe/ Não informou		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Existência de profissional responsável pela gerência do CEO	18	42,9	11	26,2	9	21,4	3	7,1	1	2,4	-	-	42	100,0

Fonte: Elaborada pelos autores.

* SB – Saúde Bucal

** CD – Cirurgião-Dentista

A avaliação sobre o comprometimento do Secretário Municipal de Saúde em relação às questões do CEO mostrou que a maioria dos

Gerentes considera o comprometimento “Indiferente” (52,4%), seguido de “Comprometido” (40,5%), “Descomprometido” (4,8%) e “Pouco comprometido” (2,4%). Nenhum Secretário obteve a classificação “Muito comprometido” durante a avaliação.

Discussão

A noção de gerência, usualmente utilizada como sinônimo de administração [1], tem suas atribuições básicas traduzidas em planejar, dirigir, organizar, comandar e coordenar, bem como lidar com pessoas, sendo responsável por atingir os objetivos da organização [1-4]. Dessa forma, o resultado satisfatório para o Componente de Qualidade Gestão e Gerência do Serviço sugere que os Coordenadores Municipais de Saúde Bucal e os Gerentes de CEO estejam cumprindo com os objetivos de suas funções.

Todavia, uma vez que o desempenho da função gerencial perpassa por várias dimensões que vão além da formação técnica, é possível perceber a necessidade de haver formação adequada para este cargo. Dessa forma, o ator que desempenha esta função deve ser capaz de administrar lidando com os eventuais problemas que possam surgir, tais como financeiros e conflitos de interesses pessoais e políticos, bem como tomar as decisões oportunas com vistas a atingir objetivo da organização [3,5]. Assim, os resultados obtidos sobre formação/treinamento em gestão foram importantes pois apontaram que a maioria dos Coordenadores e a maior proporção dos Gerentes pode ter atributos necessários à realização desta função tão necessária à administração pública. Este resultado vai de encontro ao estudo realizado por Deitos (2009) [6], onde apontou que apenas 30,19% das pessoas que trabalham com gestão em saúde bucal participou de algum curso sobre Gerência de CEO, a qual sugeriu que a saúde bucal pudesse estar sendo conduzida “com certo ‘amadorismo’”. O que se assemelha ao encontrado por Lucena (2016) [7] onde um pouco mais de um terço (33,3%) dos Gerentes

dos CEO possuíam uma formação complementar em gestão pública (14,7%) ou em saúde coletiva (18,6%). Ademais, Silva (2007) [8] traz o Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que propõe que “os cargos de gerência ou coordenação de saúde bucal sejam ocupados por cirurgiões-dentistas com formação em saúde pública, gestão em saúde e/ou odontologia coletiva”.

Todavia, foi encontrada parcela de profissionais não Cirurgiões-Dentistas exercendo a gerência de CEO (7,1%), a qual nos remete ao fato de que, apesar do amplo espectro envolvido na formação de um gestor, esta formação deve possuir perfil técnico adequado à instituição gerenciada [3,5]. Este resultado se mostra de acordo com resultados anteriores [9]. Somado a estas considerações, este achado não condiz com a proposição posta pelo Relatório Final da 3ª CNS [8], a qual pode demonstrar que a condução da saúde bucal possa estar ocorrendo por indicação política, e não por competência profissional.

Rizzotto et al. (2014) [10] já identificavam a necessidade de fortalecimento de parcerias entre as instituições formadoras e a gestão de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando a construção de meios destinados à qualificação dos profissionais da saúde pública e coletiva, visto que existem vários estudos publicados que abordam o perfil de formação profissional em gestão/gerência [6,8-11].

A avaliação sobre o comprometimento do Secretário Municipal de Saúde sobre as questões relativas aos CEO traz importante reflexão sobre a sustentabilidade do serviço especializado em saúde bucal e, por conseguinte da política pública de saúde bucal em nível municipal, uma vez que a maioria (52,4%) dos Secretários foi avaliada como “Indiferente”. Este resultado pode sugerir que, apesar dos esforços para colocar a saúde bucal na agenda política brasileira, é tangível que a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, instituída em 2004, não obteve no âmbito municipal a mesma importância dada a nível federal, conforme trazem Goes e Moysés

(2009) em seu trabalho [12]. Assim, Garcia (2006) [13] questiona a sustentabilidade futura do Brasil Sorridente, atribuindo esta centralidade na agenda do Ministério da Saúde ao grupo restrito de profissionais ali presente naquele governo.

Não obstante, Chaves e Vieira-da-Silva (2007) [14] realizaram um estudo que analisou a atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil. Este estudo investigou a realização de estratégias exitosas na reorganização de ações odontológicas públicas, e apontou que, nos municípios estudados, este êxito teve como principal fator de influência o apoio do governo local. Nessa mesma linha, Pires (2004) [15] apontou que o principal fator limitante da descentralização da saúde é a dependência do poder local.

A luz destes aspectos, podemos ainda considerar dois estudos que corroboram com a necessidade de posicionar uma determinada política na agenda de governo local. O primeiro estudo avaliou a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, e apontou que apesar de os centros de referências para saúde auditiva se encontrarem distribuídos de maneira desigual no território analisado, houve uma crescente concessão de aparelhos direcionados à surdez uma vez que a saúde auditiva se encontra na agenda de prioridades do governo [16]. O segundo estudo avaliou a importância da expansão do cuidado à saúde mental, e trouxe que atingir este objetivo só se torna possível através do comprometimento da gestão em âmbito local [17].

Ademais, para um aprofundamento do tema as análises inferenciais entre a classificação do CQ Gestão e Gerência e variáveis exploratórias mostraram que CEO Tipo III, com tempo de implantação < 5 anos; cidades com cobertura populacional estimada <50% de ESB/ESF, menor porte populacional e menor IDH apresentaram melhores resultados. Estes resultados foram semelhantes aos encontrados por Santos et al. (2018) [9], porém um pouco diferentes se comparados aos resultados obtidos por Lucena (2016) [7], onde os CEO que alcançaram o maior número de metas de produção

estavam localizados em municípios com alto IDH ($>0,7$), de grande porte populacional (>100.000) e com cobertura populacional estimada de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família menor que 63%. Ademais, por se perceber divergências ainda quando confrontado com as análises inferenciais da NMG, pois foi achado que CEO tipo II, com maior tempo de implantação, em cidades com maior cobertura de ESB/PSF, menor IDH e de porte populacional entre 50-100 mil habitantes do estado obtiveram melhores classificações. Apesar de não ter tido significância estatística, sugere-se a importância das análises mais detalhadas que podem demonstrar que as mesmas variáveis exploratórias podem influenciar diferentemente os Componentes de Qualidade avaliados permitindo melhor compreensão dos fenômenos observados, o que pode explicar os diferentes resultados encontrados nos estudos.

Considerações finais

O resultado satisfatório para o Componente de Qualidade Gestão e Gerência sugere que os Coordenadores Municipais e os Gerentes de CEO tenham formação adequada e apresentem os atributos necessários ao desempenho desta função, como habilidades técnica, de administração e de cunho social.

Se faz necessário o comprometimento do Secretário Municipal de Saúde tendo em vista a sustentabilidade da Política Pública de Saúde Bucal, uma vez que o funcionamento dos serviços e a continuidade das ações e intervenções de saúde têm como principal fator de influência o apoio do governo local.

Ademais, os resultados das análises inferenciais entre a classificação do CQ e variáveis exploratórias foram diferentes dos encontrados a partir da Nota Média Geral, sugerindo a importância das análises detalhadas, uma vez que podem demonstrar a influência das variáveis exploratórias diretamente sobre os Componentes de Qualidades avaliados.

Referências

1. Braverman H. *Trabalho e Capital Monopolista*. Rio de Janeiro (RJ): Zahar Ed; 1981.
2. Mattos RA. *Desenvolvimento de Recursos Humanos e Mudança Organizacional*. Rio de Janeiro (RJ): LTC/ANFUP; 1985.
3. Junqueira LAP. Gerência dos Serviços de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 1990; 6(3):247-59.
4. Carnut L, Narvai PC. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. *Saúde Soc* 2016; 25(2): 290-305.
5. Santos AS, Silveira RE, Mendonça FTNF, Buso ALZ, Silva SGF, Silva DD. Perfil de gerentes da atenção primária à saúde de um município de Minas Gerais, Brasil. *Rev Enfermagem Atenção Saúde [online]* 2016; 5(1): 3-11.
6. Deitos AR. *Avaliação na Atenção Especializada em Saúde Bucal*. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Odontologia]. Faculdade de Odontologia da USP; 2009.
7. Lucena EHG. *Centros de Especialidades Odontológicas (CEO): Análise a partir dos relatos de planejamento e resultados dos indicadores no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO)*. Brasília. Tese [Doutorado em Ciências da Saúde]. Universidade de Brasília; 2016.
8. Silva HM. *O perfil dos municípios e dos coordenadores de saúde bucal pertencentes à região de Bauru (DIR-X) em relação à atenção básica à saúde (SUS)*. Bauru. Dissertação [Mestrado em Odontologia]. Universidade de São Paulo; 2007.
9. Santos LX, Almeida DRS, Souza-Silva J, Rizental ACMF, Goes PSA, Figueiredo N. A Web-Based Tool for Monitoring and Evaluating Health Care Services: An Analysis of Centers for Dental

Specialties Webpage. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada* 2018; 18(1): 1-13.

10. Rizzoto MLE, Gil CRR, Carvalho M, Fonseca ALN, Santos MF. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. *Saúde Debate* 2014; 38(especial): 237-251.
11. Pequeno LL, Pinheiro FMC, Pessoa GCO. A Formação dos Coordenadores Municipais de Saúde Bucal do Estado do Ceará. *Suplemento Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação [online]* 2014; supl. 3.
12. Moysés SM, Góes PSA, organizadores. *Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde Bucal*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2012. p. 157-166.
13. Garcia DV. *A construção da política nacional de saúde bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação*. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
14. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(5): 1119-1131.
15. Pires FS. *A municipalização da saúde sob a ótica do poder local: estudo de caso nos municípios de Embu, Jandira, Santana de Parnaíba e Taboão da Serra – SP*. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Ciências]. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2004.
16. Vieira GI, Mendes BCA, Zupelari MM, Pereira IMTB. Saúde auditiva no Brasil: análise quantitativa do período de vigência da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. *Distúrbios Comun.* 2015; 27(4):725-740.

17. Trapé LL, Campos RO. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Rev Saúde Pública* 2017; 51(19).

Avaliação da qualidade da estrutura dos Centros de Especialidades Odontológicas

Josevan de Souza-Silva

Danilo Rodrigues de Souza Almeida

Cindy Avani Silva Ceissler

Edson Hilan Gomes de Lucena

Nilcema Figueiredo

Achados sobre a estrutura do CEO

Nesse capítulo abordaremos os principais aspectos da avaliação de qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) sobre as questões contidas no Componente de Qualidade (CQ) Estrutura do Portal CEO – módulo direcionado aos Gerentes que ocorreu durante a execução da pesquisa *“Avaliação de efetividade de uma ferramenta webbased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)”* desenvolvida pelo GestBucal na Universidade Federal de Pernambuco (Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal – CECOL/UFPE), cuja metodologia encontra-se descrita no capítulo 02 deste livro.

A população do estudo foi constituída por estabelecimentos de saúde bucal em Pernambuco que funcionam como CEO há no mínimo um ano e que aderiram voluntariamente à pesquisa, compondo uma amostra de 42 CEO. Para a coleta de dados utilizou-se o Portal CEO enquanto ferramenta eletrônica de avaliação durante o período de dezembro de 2014 a dezembro de 2015.

Ressalta-se que neste capítulo passaremos desde a estrutura física propriamente dita até a organização dos recursos humanos dentro do serviço, uma vez que os investimentos nessa área podem representar uma melhoria na qualidade do serviço [1].

Dito isto, de acordo com dados do Portal CEO, em relação ao cálculo da média diária de profissionais por especialidade nos CEO, observa-se que apenas a especialidade de Endodontia possui mais de um Cirurgião-Dentista (CD) por dia, durante a semana (1,19). Em contraste, as demais especialidades não alcançaram a média de pelo menos um CD/dia/semana, no período de novembro de 2014 a dezembro de 2015.

Em uma visão semanal, a especialidade Endodontia apresenta a maior média de profissionais por semana (8,6), seguido de Cirurgia (3,9), Portadores de Necessidades Especiais (PNE) (3,9), Periodontia (4,1) e Estomatologia (2,6), com a menor média (Tabela 01).

Tabela 01 – Média semanal de profissionais por especialidade nos CEO de Pernambuco segundo classificação do Componente de Qualidade Estrutura. Avaliação dos Gerentes – Portal CEO, nov/14 – dez/15.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
PNE	42	,00	10,00	3,9048	2,58334
Estomatologia	42	,00	12,00	2,6190	2,72256
Periodontia	42	,00	12,00	4,1667	2,62183
Cirurgia	42	,00	12,00	3,9762	2,45435
Endodontia	42	,00	24,00	8,6190	6,10459

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tal retrato demonstra preocupação e nos faz levantar algumas hipóteses, mesmo que sejam por ora incipientes. Assim, parece que a Endodontia é o nó crítico do serviço, pois, apesar de apresentar a maior média de profissionais, ao mesmo tempo apresenta a maior fila de espera, assim como o maior número de pacientes referenciados de forma incorreta, como mostrou a Avaliação Externa do CEO de Pernambuco [2]. Ou seja, se tratando desta especialidade, o fato de ter o maior número de profissionais não garantirá o acesso rápido ao tratamento, muito menos a conclusão dele.

Ainda assim, cabe fazer uma consideração, já que essa especialidade possui um ritmo de trabalho diferente (em algumas situações), uma vez que demanda mais de uma sessão clínica. Nesse contexto, faz-se necessária a padronização do protocolo clínico desse serviço, visando a unificação das práticas clínicas e otimização do tempo de serviço. Técnicas outras mais rápidas – até de sessão única – já são usadas e amplamente amparadas em referencial teórico, como as técnicas rotatórias. Em estudo recente, Campos (2015) descreveu que, em relação ao tempo clínico, o sistema rotatório Protaper apresentou-se com menor tempo que as técnicas manual e manual-híbrida, com aproximadamente metade do tempo de trabalho, tornando a terapia mais ágil proporcionando assim, além de vantagens para o operador, sessões curtas aos pacientes, atribuindo mais conforto no tratamento [3]. Vale lembrar também que as sessões únicas reduzem a quantidade de deslocamentos dos usuários ao serviço para concluir o tratamento, o que pode reduzir as barreiras de acesso e aumentar a adesão ao tratamento.

Quanto à estrutura física propriamente dita, os conjuntos odontológicos (cadeira, equipo odontológico fixo, unidade auxiliar, refletor e mocho) estão completos em 95,2% dos serviços, muito embora, o quantitativo de conjuntos odontológicos em funcionamento pleno é de 85,7%. Ou seja, parece existir problemas na manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, uma vez que, embora estejam completos, nem todos estão em pleno funcionamento.

Sobre o tipo de serviço de manutenção preventiva ou reparadora dos equipamentos odontológicos no CEO, a maioria (90,5%) é realizada por empresa terceirizada e 9,5% por serviço próprio do município.

Finalmente, em relação ao suprimento e abastecimento de materiais e insumos odontológicos fornecidos pela secretaria de saúde ao CEO, em geral nota-se uma satisfação em relação ao que foi avaliado, já que todos os componentes obtiveram resultados satisfatórios (Tabela 02).

Tabela 02 – Avaliação do suprimento e abastecimento de materiais e insumos odontológicos fornecidos aos CEO de Pernambuco segundo classificação do Componente de Qualidade Estrutura. Avaliação dos Gerentes – Portal CEO, nov/14 – dez/15.

	Ruim		Regular		Bom		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
EPI	-	-	8	19,0	34	81,0	42	100,0
Material de Consumo	2	4,8	11	26,2	29	69,0	42	100,0
Instrumentais Odontológicos	-	-	9	21,4	33	78,6	42	100,0
Equipamentos Odontológicos Periféricos	1	2,4	9	21,4	32	76,2	42	100,0
Impressos	-	-	13	31,0	29	69,0	42	100,0

Fonte: Elaborada pelos autores.

Avaliação de estrutura: visão de alguns autores

Ante os dados, pode-se dizer que, em geral, a estrutura física nesses serviços está satisfatória. Entretanto, Vuori (1991) [4] afirma que uma boa estrutura não implicará necessariamente em um bom processo ou resultado. Em outras palavras, apesar da boa estrutura na visão desses atores, não há garantia de resolutividade na maioria das especialidades ofertadas (como poderá ser visto no estudo dos demais Componentes de Qualidade do Portal CEO).

Santos (2015) e Santos et al. (2018) [5,6] apresentam resultados similares, visto que em relação aos componentes Gestão e Gerência, Estrutura e Avaliação e Monitoramento foi observado um alto percentual de classificação satisfatória.

Para compreender melhor a complexidade da estrutura de um serviço e os motivos para se avaliar a mesma, propõe-se o diálogo da tríade estrutura-processo-resultado, proposta por Donabedian [7] e com outros autores. Assim, a *estrutura* diz respeito a aspectos como as características estáveis dos provedores, os instrumentos, recursos e as condições físicas e organizacionais. Pode ser conhecer até onde foram aplicados corretamente os recursos a fim de obter

os resultados desejados ou, ainda, quando em uma situação se atinja melhores resultados quando se tem condições prévias adequadas do que quando não se tem. Por fim, é através da avaliação da estrutura que é possível tomar conhecimento sobre as ações implantadas, a cobertura populacional e o desempenho dos serviços com o uso de elementos como padronização dos procedimentos, sistemas de informação, produção de serviços, recursos humanos, estrutura física e equipamentos [4,8-10].

Por outro lado, o *processo* corresponde ao conjunto de atividades realizadas na relação profissional-usuário. Ao processo estão associadas as atividades, bens e serviços prestados e a forma como isto se faz. Contandriopoulos et al. (2002) [9] colocam que a abordagem de processo visa saber até onde os serviços são adequados para se conseguir os resultados almejados.

Por fim, o *resultado* verifica o impacto obtido através dos objetivos propostos pela avaliação, que são as mudanças ocorridas na saúde dos pacientes, conhecimento, comportamento ou satisfação deles e dos profissionais em decorrência de um cuidado prévio. Assim procura-se saber se o que foi obtido era o que se esperava [10]. Em contraste, Vuori (1991) [4] se baseia na criação de indicadores do nível de saúde e na verificação da satisfação dos usuários para achar os resultados.

Assim, no modelo *donabediano* a avaliação tem caráter normativo e quantitativo. Subentende-se no modelo que os componentes estruturais (como por exemplo os recursos humanos, organizacionais, financeiros, etc.) podem influenciar os dados de processo (consultas, internações, exames, etc.) e de resultado das práticas (mortalidade, morbidade, tempo de internação, etc.) [11]. Este modelo, apesar de seu largo uso, é alvo de críticas. Mesmo o seu criador avalia que o ideal seria que se escolhesse um grupo de indicadores para cada um dos componentes da tríade.

Para Vuori (1991) [4] em todos os três elementos há falhas: na estrutura a fragilidade está nos seus pressupostos de validade

(não necessariamente uma boa estrutura implicará em um bom processo ou resultado); no processo, não se pode determinar uma relação de causa entre os procedimentos utilizados e a melhoria na saúde dos indivíduos; no resultado, não é possível a correção das ações. Donabedian (1984) [9], por sua vez, considera esta etapa de processo como o melhor caminho para a qualidade, enquanto Vuori (1991) [4] acredita que é melhor o caminho da etapa resultado. Tanaka & Melo (2004) [12] propõem iniciar as avaliações pelo processo. Silva & Formigli (1994) [13] também fazem algumas críticas ao modelo *donabediano*, como a inclusão de fenômenos distintos dentro de uma mesma categoria (a exemplo dos recursos humanos e materiais que compõem a estrutura); a sugestão que a tríade obedece a uma ordem direcionada, quando na verdade isso não necessariamente ocorre; além da baixa especificidade dos termos. Questiona-se o fato de ser dada prioridade ao aspecto do processo e também a cientificidade do modelo, já que em seu reducionismo não são consideradas as relações entre a intervenção e o seu contexto [10].

Apesar das limitações do modelo *donabediano*, ele é ainda o mais utilizado devido às vantagens apresentadas de utilidade e simplicidade, ainda o defendem afirmando que toda teoria possui limitações e é incapaz de dar conta de toda a complexidade dos serviços e sistemas de saúde. Mesmo com as críticas sofridas, este modelo tem uma boa aceitação por ser compatível com a lógica dos programas e serviços de saúde. Todavia, surge uma nova dificuldade: o modelo tem um enfoque curativo e não se aplica em programas com um enfoque diferente, como ocorre na Estratégia de Saúde da Família [14].

Considerações finais

Diante dos dados apresentados notou-se resultados satisfatórios quanto a estrutura física, em contrapartida a quantidade de

profissionais parece ficar aquém da capacidade do serviço e principalmente para atender a necessidade da população, apesar da notável complexidade em organizar os recursos humanos dentro do serviço. Quanto ao diálogo com outros autores, ressalta-se que avaliar a estrutura de um serviço é, antes de tudo controverso, a depender do referencial teórico a ser utilizado, sobretudo de onde se parte e de onde se pretende chegar com a avaliação.

Assim, é indispensável avaliar a estrutura dos serviços de saúde, em particular os CEO, seja para confirmar sua relação com os processos e resultados, seja para negá-los. Todavia, deve-se ter o principal objetivo de identificar os problemas do serviço para resolvê-los e ofertar maior qualidade e resolutividade para população assistida.

Referências

1. Celeste RK, Moura FRR, Santos CP, Tovo MF. Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem centros de especialidades odontológicas no Brasil em 2010. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30(3).
2. Souza-Silva J. *Avaliação Externa dos Centros de Especialidades de Pernambuco: Primeira Rodada*. Relatório Final do Projeto de Iniciação Científica, CNPq/PROPESQ/UFPE. 2016.
3. Campos A. *Estudo comparativo na utilização de limas manuais e limas Protaper nos casos de retratamento endodôntico*. Porto Velho. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade São Lucas; 2015.
4. Vuori HV. A qualidade da saúde. *Divulgação em Saúde para debate* 1991; 3; 17- 24.
5. Santos LX. *Avaliação inicial do uso de uma ferramenta eletrônica webbased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em Pernambuco, 2014*.

Recife. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Federal de Pernambuco; 2015.

6. Santos LX, Almeida DRS, Souza-Silva J, Rizental ACME, Goes PSA, Figueiredo N. A Web-Based Tool for Monitoring and Evaluating Health Care Services: An Analysis of Centers for Dental Specialties Webpage. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada* 2018; 18(1):1-13.
7. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988 Sep 23-30;260(12):1743-8
8. Calvo MCM, Henrique F. Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema. In: Lacerda JT, Traebert JL. *A Odontologia e a estratégia saúde da família*. Tubarão: Unisul; 2006. p. 115-139
9. Donabedian A. *La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación*. México, DF: La Prensa Mexicana, 1984.
10. Contandriopoulos AP et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 29-46.
11. Goes PSA, Figueiredo N, Rocha RACP. Aspectos Teóricos e Metodológicos da Avaliação de Serviços e Programas em Saúde Bucal. In: Pereira AC (org.). *Tratado de saúde Coletiva em Odontologia*. Nova Odessa: Napoleão, 2009.
12. Tanaka O, Melo C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção de abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi MLM; Mercado FJ (org.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.
13. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de saúde pública* 1994; 10(1): 80-91.

14. Frias PG et al. Atributos da Qualidade em Saúde. In: Samico I et al (org.). *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais* – Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 196p.



Avaliação da qualidade da Gestão de Pessoas

Cindy Avani Silva Ceissler

Danilo Rodrigues de Souza Almeida

Raquel Santos de Oliveira

Nilcema Figueiredo

O cenário nacional do sistema de saúde brasileiro aponta para uma série de desafios, no que se refere à gestão do trabalho em saúde. Estudos em âmbito nacional revelam que a baixa remuneração, a falta de motivação dos profissionais, a precariedade/flexibilidade dos vínculos empregatícios e as dificuldades na implementação de estratégias para a redução da rotatividade dos trabalhadores vêm se tornando obstáculo no processo de implementação e consolidação das políticas de saúde, em virtude do papel estratégico dos trabalhadores para seu pleno desenvolvimento [1,2].

Desde suas origens, a Odontologia esteve longe de se constituir como uma profissão dos serviços públicos de saúde, caracterizando um modo de intervenção principalmente voltado aos grupos populacionais com elevado poder de compra. Os Cirurgiões-Dentistas (CD), originalmente e até a segunda metade do século passado, eram predominantemente proprietários de seus locais de trabalho e definiam em espaços privados as normas que regiam suas relações com a sua clientela [3].

Todavia, o modelo de exercício liberal desta profissão sofre transformações importantes oriundas da forma como as atividades de mercado passaram a influenciar as práticas das profissões de saúde de um modo geral [3]. O mercado de trabalho odontológico sofreu profundas alterações que vão além do mero crescimento do número de profissionais, sendo possível observar uma complexificação

desse mercado, com o surgimento de diversas modalidades de inserção [4], tais como: trabalho parcial temporário, terceirizado, subcontratado e variações do trabalho por conta-própria [2].

No Brasil, além das transformações de mercado, a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) fomentou a abertura de postos de trabalho no setor público para os CD. Faz necessário, entretanto, destacar que o setor público é o maior empregador da força de trabalho em saúde, onde em 2009 do total de 1.436.987 ocupações inseridas nos serviços de saúde, 91,9% estão vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) [5].

Considerando a importância da Gestão do Trabalho enquanto área estratégica para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), o presente capítulo objetivou analisar essa temática especificamente na atenção especializada odontológica, a partir dos resultados do uso de uma ferramenta eletrônica *webased*, o Portal CEO, e sua relação com variáveis estruturais do serviço – tipo de CEO e tempo de implantação – e contextuais do município – cobertura de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESB/ESF), porte populacional e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) – onde se encontra.

Este estudo faz parte da pesquisa “*Avaliação de efetividade de uma ferramenta webased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)*”, desenvolvida pelo GestBucal na Universidade Federal de Pernambuco (Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal – CECOL/UFPE). A população do estudo foi constituída por estabelecimentos de saúde bucal em Pernambuco que funcionam como CEO há no mínimo um ano e que aderiram voluntariamente à pesquisa, compondo uma amostra de 42 CEO. Para a coleta de dados utilizou-se o Portal CEO enquanto ferramenta eletrônica de avaliação durante o período de dezembro de 2014 a dezembro de 2015. Informações relacionadas aos métodos da pesquisa podem ser encontradas no capítulo 02 deste livro.

As questões avaliativas do Portal CEO foram agregadas em seis Componentes de Qualidade (CQ): Gestão e Gerência dos Serviços, Estrutura, Critérios Organizacionais, Gestão de Pessoas, Controle Social e Financiamento, e Avaliação e Monitoramento. A nota de cada componente de qualidade foi categorizada em $\geq 7,0$ e $< 7,0$, classificando os CEO em Satisfatórios ou Insatisfatórios, respectivamente.

As questões pontuadas pelo Componente Gestão de Pessoas envolvem o tipo de vínculo e o monitoramento da carga horária dos profissionais; a existência de incentivo ou gratificação por atendimento; a existência de plano de cargos, carreiras e salários institucionalizado; a avaliação da satisfação dos profissionais e o reconhecimento de críticas e sugestões no planejamento de ações.

Resultados encontrados e discussão

O CQ Gestão de Pessoas do Portal CEO foi um dos avaliados como insatisfatório (média geral $< 7,0$), visto que atingiu Nota Média Geral de 6,23 para o período estudado (notas variando entre 5,83 e 6,67).

A Tabela 01 apresenta a análise inferencial entre as variáveis estruturais dos serviços e contextuais do município segundo classificação do CQ estudado. Em consideração às variáveis estruturais, os resultados demonstram que a maior proporção dos CEO tipos I e II obtiveram classificação insatisfatória. Todavia, quanto aos serviços do tipo III, um obteve média menor que 7,0 e o outro, maior. Os dados acerca do tempo de implantação apresentaram-se estatisticamente significante ($p = 0,050$), indicando que o maior tempo de implantação leva à pior avaliação dos serviços.

Em relação às variáveis contextuais, os dados evidenciam que, independente da cobertura populacional ESB/ESF dos municípios, a maioria dos serviços foi avaliado como insatisfatório. Dados semelhantes podem ser observados no resultado do Componente de Qualidade para porte populacional e IDH municipal.

Tabela 01 – Relação entre variáveis estruturais dos serviços e contextuais do município nos CEO de Pernambuco segundo Classificação Geral dos CEO do Componente de Qualidade Gestão de Pessoas. Avaliação dos Gerentes – Portal CEO, nov/14 - dez/15.

Classificação Gestão de Pessoas dos CEO								
Características avaliativas	Insatisfatório		Satisfatório		Total		Valor	Valor
	< 7,0		≥ 7,0					
	n	%	n	%	n	%	x2	p
Estruturais								
Tipo de Centro de Especialidades Odontológicas								
I	14	82,4	3	17,6	17	100,0	3,198	0,202
II	13	56,5	10	43,5	23	100,0		
III	1	50,0	1	50,0	2	100,0		
Tempo de Implantação (em anos)								
< 5 anos	11	52,4	10	47,6	21	100,0	3,857	0,050 ¹
≥ 5 anos	17	81,0	4	19,0	21	100,0		
Contextuais								
Cobertura populacional de ESB/ESF (%)								
<50	10	55,6	8	44,4	18	100,0	1,750	0,186
≥50	18	75,0	6	25,0	24	100,0		
Porte populacional (habitantes)								
Até 30.000	5	71,4	2	28,6	7	100,0	4,859	0,182
30.001-50.000	7	100,0	-	-	7	100,0		
50.001-100.000	5	62,5	3	37,5	8	100,0		
>100.000	11	55,0	9	45,0	20	100,0		

¹ significância estatística (p ≤ 0,05)

Características avaliativas	Classificação Gestão de Pessoas dos CEO							
	Insatisfatório		Satisfatório		Total		Valor	Valor
	< 7,0		≥ 7,0					
	n	%	n	%	n	%	x2	p
IDH municipal								
<0,7	3	75,0	1	25,0	4	100,0	0,138	0,710
≥0,7	25	65,8	13	34,2	38	100,0		

Fonte: Elaborada pelos autores.

O CQ Gestão de Pessoas é composto por seis questões voltadas para o profissional da atenção odontológica especializada. Uma análise da frequência de resposta das variáveis investigadas indica que em 52,4% dos 42 serviços estudados os profissionais recebem algum tipo de *incentivo/gratificação por atendimento no CEO* (Tabela 02). Estes resultados foram semelhantes aos encontrados por Santos et al. (2018) [6]. Em estudo conduzido em Natal/RN observou-se que 19% dos profissionais de CEO não recebiam gratificação mas aguardavam o pagamento do benefício, visto que este estava garantido por meio de lei complementar municipal [7]. Outro estudo, porém de abrangência nacional, realizado com 56 serviços indicou que na grande maioria dos CEO não existiam gratificações para os profissionais por estarem trabalhando com especialidades, onde apenas 16,07% dos centros gratificavam cirurgiões-dentistas e 12,5% auxiliares de saúde bucal [8].

Em estudo conduzido em serviços da região metropolitana de Recife-PE, observou-se que a média salarial de dois terços dos entrevistados tenha se situado entre R\$ 1.000,00 a R\$ 1.999,00 por 20 horas semanais. Esses valores foram relatados pelos entrevistados como muito baixos tendo em vista suas qualificações, atribuindo o seu descompromisso em razão, principalmente, das baixas remunerações [9]. Logo, os incentivos financeiros devem ser utilizados principalmente como estímulo e ponte para a introdução de uma mudança ampla de direção e organização [10], além de ter papel

não apenas de variável econômica, mas também de recompensa ou fator motivacional nos ambientes de trabalho [11].

Em acréscimo, Ramos (2014) defende que o repasse de incentivos financeiros ligado diretamente ao número de procedimentos é considerado injusto por alguns autores, que acreditam que o fato do registro dos dados estar relacionado diretamente ao pagamento dos incentivos pode implicar em alterações dos dados para que o repasse não seja suspenso [12].

Outra questão abordada pelo CQ demonstra que 69% dos profissionais relataram a não existência de *planos de cargos, carreiras e salários* (PCCS) institucionalizados contemplando os profissionais do CEO (Tabela 02), semelhante ao achado por Santos et al. (2018) [6]. Estudo realizado na região metropolitana de Recife-PE afirma que os cirurgiões-dentistas realizam suas atividades profissionais à mercê de PCCS [9].

O PCCS é um conjunto de normas que orienta e disciplina a trajetória do trabalhador em sua carreira, bem como a respectiva remuneração, promovendo oportunidades de qualificação profissional. Nesse sentido, para além da perspectiva de direitos, entende-se que o plano de carreiras é uma potente ferramenta de gestão [1].

Segundo as diretrizes fixadas pela Norma Operacional Básica (NOB/RH-SUS) para a área de recursos humanos no Sistema Único de Saúde (RH-SUS), o PCCS é considerado um instrumento de ordenação do trabalho, devendo ser incorporado em cada nível de gestão do SUS [1] e teve Diretrizes no âmbito do SUS aprovadas em 2006 [13]. De acordo com a Lei Complementar da Saúde nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, a composição de comissão de elaboração do PCCS que contemple os profissionais é um dos requisitos indispensáveis para que os Municípios, Estados e Distrito Federal recebam os recursos financeiros provenientes do Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

A avaliação deste Componente de Qualidade ainda demonstra que em 83,3% dos estabelecimentos a gerência avalia o nível de

satisfação do profissional com o trabalho, levando em consideração críticas e sugestões no planejamento das ações (Tabela 02). Em estudo conduzido com CD dos oito CEO de Recife-PE indicou que os profissionais destes serviços estão satisfeitos com o exercício da profissão. Esta pesquisa utilizou a Escala de Satisfação Profissional [14] e indicou que os dentistas dos CEO de Recife estão satisfeitos com a profissão, sendo esta satisfação influenciada pelo tipo de serviço, idade, tempo de formação, sexo e especialidade [15].

Frias et al. (2010) ponderam a importância de considerar a satisfação dos profissionais, uma vez que a motivação para o desempenho das tarefas e a satisfação com o trabalho tem se mostrado aspectos difíceis de gerenciar e influenciam fortemente no resultado final das ações de saúde. Neste sentido, destaca-se que o primeiro usuário de todo programa são os profissionais envolvidos com o seu desenvolvimento, daí a relevância da sua adesão para o êxito da intervenção [16].

Em pesquisa conduzida com 03 gestores e 07 Cirurgiões-Dentistas do CEO de uma cidade de Minas Gerais, relatou-se a construção de uma gerência participativa como a maneira adequada de administração dos serviços do SUS e identificou-se a necessidade de reuniões entre os profissionais envolvidos no processo para discussão e resolução conjunta das dificuldades identificadas [17].

Além das questões acima mencionadas, o Portal CEO avaliou os tipos de *vínculo empregatício* dos profissionais em atuação no serviço. Observou-se que 47,6% apresentaram como regime de trabalho estatutário/CLT (Consolidação das Leis do Trabalho). Os outros tipos de vínculos relatados foram cooperado (42,9%) e contrato temporário (9,5%).

A forma de vinculação predominante encontrada em outros estudos foi o estatutário [7,8,12]. Ramos (2014) indica que 94% dos profissionais dos CEO da Grande Florianópolis/SC possuem vínculo estatutário com o serviço. Deitos (2009) relata que apenas 35,71% de 56 CEO de seis estados brasileiros não apresentam cirurgiões-dentistas concursados.

Tabela 02 – Aspectos relacionados aos Profissionais dos CEO de Pernambuco segundo classificação do Componente de Qualidade Gestão de Pessoas. Avaliação dos Gerentes – Portal CEO, nov/14 - dez/15.

Questão	Sim		Não		Não sabe/ informou		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Os profissionais recebem algum tipo de incentivo/gratificação por atendimento no CEO?	22	52,4	20	47,6	-	-	42	100
Existe planos de cargos, carreiras e salários institucionalizado, contemplando os profissionais do CEO?	13	31	29	69	-	-	42	100
A gerência avalia o nível de satisfação dos profissionais do CEO com o trabalho?	35	83,3	7	16,7	-	-	42	100
Esta avaliação leva em consideração críticas e sugestões no planejamento das ações?*	35	83,3	x	x	x	x	42	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

* Para esta questão 07 serviços (16,7%) foram dados perdidos.

Entretanto, outros estudos evidenciam a flexibilização dos vínculos trabalhistas. No que diz respeito à forma de contratação, pesquisa na região metropolitana de Recife, quanto ao universo dos 118 CD, mais da metade (56%) possuíam contrato temporário [9]. Figueiredo e Goes (2009), em pesquisa realizada em 26 CEO em Pernambuco, constataram uma predominância do contrato por tempo determinado (60,6%), incluindo os contratos temporários, a prestação de serviços, os cargos comissionados e outras formas de contratação [18]. Cabe esclarecer e ressaltar que os contratos temporários ou por tempo determinado são, sim, trabalho precário, pois são em sua essência instáveis, pois deve-se levar em conta na temporalidade do contrato o sentido de que, quando o trabalhador não tem garantia de estabilidade de vínculo, ele fica exposto aos riscos inerentes às oscilações da dinâmica do mercado de trabalho [2].

O trabalho precário em saúde tem sido identificado como obstáculo para o desenvolvimento do SUS, o que compromete a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados pelo mesmo [8]. É um processo social constituído pela amplificação e institucionalização da instabilidade e da insegurança, expressas nas novas formas de organização do trabalho, onde a terceirização, subcontratação ocupa um lugar central e no recuo do papel do Estado como regulador do mercado de trabalho e da proteção social através de inovação da legislação do trabalho e previdenciária e tem levado a crescente degradação das condições de trabalho, saúde e vida dos trabalhadores e da vitalidade da ação sindical [4].

Desde a PNSB, bem como de medidas que a antecederam, colocou-se um cenário no qual estavam postas as condições macroestruturais que resultariam no processo de flexibilização e de precarização do trabalho. Pode-se afirmar, portanto, que a política de saúde bucal nasceu no contexto do trabalho precário, subcontratado, sem proteção social. A oferta inadequada das condições de trabalho que se consubstanciaria na instabilidade dos vínculos, na falta de garantia dos direitos sociais e em salários incompatíveis com a qualificação profissional, em vez de atrair os profissionais para o exercício responsável, tem resultado em sua desresponsabilização ante os objetivos dessa política. Outros autores mencionam que os efeitos da flexibilização sobre a força de trabalho em saúde tem sido causa de insatisfação e diminuição com o compromisso público, de baixa estima, de fragmentação do trabalho e de descontinuidade na prestação de ações de saúde [9].

Por fim, o último aspecto investigado, o *monitoramento do cumprimento da carga horária profissional*, foi realizado por todos os CEO estudados. Em 88,1% dos serviços é utilizado o livro de ponto, enquanto que o ponto eletrônico é encontrado em 4,8%. Outras formas de monitoramento também foram relatadas por 7,1% dos serviços.

Ramos (2014) analisando os dados obtidos por meio da observação direta, dos questionários com usuários e das entrevistas com os profissionais, verificou-se que a maioria dos CEO cumpre e ultrapassa a carga horária mínima para seu tipo de CEO, com apenas um dos CEO não cumprindo a norma [12]. Medeiros (2007) também observou esse fato, com alguns CEO de Natal/RN não cumprindo o mínimo estipulado, enquanto outros ultrapassam bastante a carga-horária mínima semanal e a pesquisadora constatou que os atendimentos são acumulados para o início da manhã e começo da tarde [7]. Santos et al. (2018) encontraram resultados semelhantes ao deste estudo [6].

O monitoramento do cumprimento da carga horária profissional se faz importante, uma vez que os consultórios odontológicos dos CEO devem ser utilizados para a realização de procedimentos clínicos por, no mínimo, 40 horas semanais, independentemente do número de CD que nele atuem. A carga horária semanal total destes profissionais deve ser de 120 h/semanais para o CEO tipo I, 160 h/semanais para o CEO de tipo II, e 280 h/semanais no CEO de tipo III [19].

Acrescenta-se que o CD, além de ocupar 20 horas (CEO) ou 40 horas (ESF) do seu tempo semanal de trabalho dedicado ao serviço odontológico público, ainda empreende trabalho privado em clínicas ou consultórios. Assim, relaciona-se a remuneração salarial insuficiente no serviço público, a formação para uma profissão de caráter liberal e o sofrimento relacionado à sobrecarga de trabalho, além do paradoxo atestado pela satisfação velada no trabalho público [20]. Portanto, múltiplas jornadas de trabalho devem ser consideradas nas discussões sobre o cumprimento da carga horária dos profissionais do CEO.

Considerações finais

O Componente de Qualidade Gestão de Pessoas da ferramenta Portal CEO apresentou associação com o tempo de implantação do CEO, sendo insatisfatório em serviços implantados há mais de 05 anos.

Os serviços estudados demonstraram fragilidade na valorização da força de trabalho dos CEO, diante da precarização dos vínculos de trabalho, não existência de Planos de Cargos, Carreiras e Salários, não inclusão de incentivos e gratificação para os profissionais.

Dessa forma, os estudos da qualidade de Centros de Especialidades Odontológicas devem favorecer o desenvolvimento de estratégias que incluam o olhar do profissional. Devem ainda ser desenvolvidas estratégias que garantam a estabilidade profissional de forma a fomentar a adesão dos profissionais às propostas da Política Nacional de Saúde Bucal, refletindo no cuidado em saúde bucal no SUS.

Referências

1. Vieira SP, Pierantoni CR, Magnago C, França T, Miranda RG. Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. *Saúde debate [Internet]*. 2017; 41(112): 110-121.
2. Moraes, HMM, Oliveira RS. O trabalho em saúde e os desafios para o SUS. In.: Moysés SM, Góes PSA, organizadores. *Planejamento, gestão e avaliação em Saúde Bucal*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2012. p. 93-102.
3. Oliveira RS, Moraes HMM, Goes PSA. A prática Odontológica Ontem e Hoje: Origens e Desenvolvimento da Assistência Odontológica no Brasil. In.: Kriger L, Moysés SJ, Moysés ST, organizadores. *Gestão da Prática em Saúde Bucal*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2014. p. 13-24.
4. Bleicher L. O dentista e o Mercado de Trabalho. In.: Chaves SCL, organizadora. *Política de Saúde bucal no Brasil*. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 255-272.
5. Oliveira RS, Moraes HMM, Goes PSA, Botazzo C, Magalhães BG. Relações contratuais e perfil dos cirurgiões-dentistas em

centros de especialidades odontológicas de baixo e alto desempenho no Brasil. *Saúde soc.* 2015; 24(3): 792-802.

6. Santos LX, Almeida DRS, Souza-Silva J, Rizental ACMF, Goes PSA, Figueiredo N. A Web-Based Tool for Monitoring and Evaluating Health Care Services: An Analysis of Centers for Dental Specialties Webpage. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada* 2018; 18(1): 1-13.
7. Medeiros E. *Os Centros de Especialidades Odontológicas como suporte da atenção básica: uma avaliação na perspectiva da integralidade*. Natal. Dissertação [Mestrado em Odontologia]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007.
8. Deitos AR. *Avaliação na Atenção Especializada em Saúde Bucal*. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Odontologia]. Faculdade de Odontologia da USP; 2009.
9. Oliveira RS, Moraes HMM. Flexibilização dos vínculos de trabalho na atenção secundária: limites da Política Nacional de Saúde Bucal. *Trab. Educ. Saúde*, 2016; 14(1): 119-137.
10. Ditterich RG; Moysés SJ. A gestão da saúde baseada em resultados e processos de contratualização. In.: Moysés SJ, Góes PSA, organizadores. *Planejamento, gestão e avaliação em Saúde Bucal*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 2012. p. 114-124.
11. Noronha, MSM. Riscos ocupacionais e patologias em cirurgiões-dentistas de centro de especialidades odontológicas. *RFO* 2013; 18(3): 316-320.
12. Ramos ED. *Centros de Especialidades Odontológicas da Grande Florianópolis: Estrutura, Organização do Trabalho e Satisfação dos Usuários*. Florianópolis. Dissertação [Mestrado em Odontologia]. Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.
13. Brasil, MS. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Protocolo nº 006/2006. Aprova as Diretrizes Nacionais para*

a instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde - PCCS - SUS. Brasília: MS, 2006.

14. Michel-Crosato, E. *Perfil da Força de Trabalho Representada pelo Cirurgião-Dentista: Análise Epidemiológica dos Profissionais que Exerciam suas Atividades na Prefeitura Municipal de São Paulo*, 2007. São Paulo. Tese. Universidade de São Paulo, 2008.
15. Ceissler CAS. *Avaliação da Satisfação Profissional em Centros de Especialidades Odontológicas*. Recife. Especialização [Trabalho de Conclusão de Residência em Odontologia em Saúde Coletiva. Secretaria de Saúde do Recife; 2017.
16. Frias PG, Costa JMBS, Figueiró AC, Mendes MFM, Vidal SA. Atributos da Qualidade em Saúde. In.: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 43-55.
17. Almonde DT, Rodrigues SM, Siqueira S, Fernandes ETP. O Centro de Especialidades Odontológicas de um município mineiro na visão dos gestores e dos profissionais. *Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG* 2013 1(1): 29-30.
18. 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):259-67.
19. Brasil, MS. Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. *Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1(58), 2006.
20. Gomes D, Gonçalves ASR, Pereira LS, Tavares RS, Pires DEP, Ramos, FVS. Satisfação e sofrimento no trabalho do cirurgião-dentista. *RFO* 2010; 15(2): 104-110.

Avaliação da qualidade dos Critérios Organizacionais

Rafaela Cardoso Mendes Campelo da Paz

Josevan de Souza-Silva

Danilo Rodrigues de Souza Almeida

Silvia Carréra Austregésilo Rego

Nilcema Figueiredo

Nesse capítulo apresentaremos os principais aspectos do Componente de Qualidade (CQ) Critérios Organizacionais no estudo dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) pela ferramenta Portal CEO. Este estudo faz parte da pesquisa “*Avaliação de efetividade de uma ferramenta webbased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)*”, desenvolvida pelo GestBucal na Universidade Federal de Pernambuco (Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal – CECOL/UFPE), cuja metodologia encontra-se descrita no capítulo 02 deste livro.

A população do estudo foi constituída por estabelecimentos de saúde bucal em Pernambuco que funcionam como CEO há no mínimo um ano e que aderiram voluntariamente à pesquisa, compondo uma amostra de 42 CEO. Para a coleta de dados utilizou-se o Portal CEO enquanto ferramenta eletrônica de avaliação durante o período de dezembro de 2014 a dezembro de 2015.

As questões avaliativas do Portal CEO foram agregadas em seis Componentes de Qualidade (CQ): Gestão e Gerência dos Serviços, Estrutura, Critérios Organizacionais, Gestão de Pessoas, Controle Social e Financiamento, e Avaliação e Monitoramento. A nota de cada componente de qualidade foi categorizada em $\geq 7,0$ e $< 7,0$, classificando os CEO em Satisfatórios ou Insatisfatórios, respectivamente.

O CQ Critérios Organizacionais trata dos mecanismos de acesso aos serviços, em relação ao processo de marcação de consultas dos usuários; da garantia de exames complementares; do processo de referência e contrarreferência; além da presença ou não de listas de espera para as diferentes especialidades ofertadas; como também verifica o número de usuários que entraram no serviço, tratamentos concluídos e faltas ao agendamento nos serviços avaliados.

A ampliação do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde apresenta-se atualmente como um dos principais desafios do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa qualidade deve, necessariamente, compreender os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social [1].

A construção da integralidade em saúde bucal requer a valorização da atenção secundária e sua implementação é considerada um grande desafio no SUS, sendo necessário o desenvolvimento do fluxo de referência e contrarreferência, onde as informações e os usuários trafegam no sistema. As dificuldades apresentadas nesse sentido são os entraves da integralidade e, superá-las e/ou amenizá-las, pode encurtar o caminho para a resolução das necessidades em saúde bucal [2,3].

Na saúde bucal, o acesso aos serviços e a continuidade do cuidado são desafios enfrentados pelos gestores [4] e, para uma efetiva utilização dos serviços de saúde, não basta apenas uma maior disponibilidade de oferta, sendo necessário analisar determinados fatores como a distribuição geográfica, a facilidade de acesso ao atendimento odontológico, as mudanças do perfil epidemiológico e as características da gestão do serviço [5].

Resultados e discussão

A avaliação do Componente Critérios Organizacionais identificou importantes achados com relação ao acesso, utilização e fluxo de atendimentos nos CEO de Pernambuco, sendo um dos

componentes que obteve avaliação insatisfatória, com Nota Média Geral (NMG) 6,12 (notas variando entre 3,0 e 10,0).

As análises inferenciais entre o CQ Critérios Organizacionais e as variáveis exploratórias permitem mostrar que somente o CEO tipo III esteve relacionado com classificação satisfatória, apresentando significância estatística ($p < 0,05$) e os CEO Tipo I e II apresentaram classificação insatisfatória em 76,5% e 78,3%, respectivamente (Tabela 01).

Tabela 01 –Relação entre variáveis estruturais dos serviços e contextuais do município nos CEO de Pernambuco segundo Classificação Geral dos CEO do Componente de Qualidade Critérios Organizacionais. Avaliação dos Gerentes – Portal CEO, nov/14 - dez/15.

Características avaliativas	Classificação Geral dos CEO							
	Insatisfatório		Satisfatório		Total		Valor	Valor
	<7,0		≥7,0					
	n	%	n	%	n	%	x2	p
Estruturais								
Tipo de Centro de Especialidades Odontológicas								
I	13	76,5	4	23,5	17	100,0	5,934	
II	18	78,3	5	21,7	23	100,0		,051
III	0	0,0	2	100,0	2	100,0		
Tempo de Implantação (em anos)								
< 5 anos	16	76,2	5	23,5	21	100,0	,123	,726
≥ 5 anos	15	71,4	6	28,6	21	100,0		
Contextuais								
Cobertura populacional de ESB/ESF (%)								
<50	13	72,2	5	27,8	18	100,0	,041	,839
≥50	18	75,0	6	25,0	24	100,0		

Características avaliativas	Classificação Geral dos CEO							
	Insatisfatório		Satisfatório		Total		Valor	Valor
	<7,0		≥7,0					
	n	%	n	%	n	%	x ²	p
Porte populacional (habitantes)								
Até 30.000	4	57,1	3	42,9	7	100,0	4,034	,258
30.000-50.000	7	100,0	0	0,0	7	100,0		
50.001-100.000	5	62,5	3	37,5	8	100,0		
>100.000	15	75,0	5	25,0	20	100,0		
IDH municipal								
<0,7	3	75,0	1	25,0	4	100,0	,003	,955
>0,7	28	73,7	10	26,3	38	100,0		

Fonte: Elaborada pelos autores.

O acesso aos CEO de Pernambuco, em sua maioria, acontece por demanda espontânea e referenciada (57,1%), sendo o restante unicamente por demanda referenciada (42,9%). Nas regiões de Campi-
nas, todos os atendimentos realizados nas especialidades foram re-
ferenciados, não havendo demanda espontânea para os mesmos [3].

Ao avaliar a marcação de consultas no CEO, observou-se que, em 76,2% dos serviços participantes, o usuário é o responsável pela marcação de consultas, enquanto que a equipe da Unidade Básica/Unidade de Saúde da Família (UBS/USF) se responsabiliza pela marcação das consultas em apenas 16,7%. Outras formas de marca-
ção das consultas foram identificadas em 7,1% dos serviços. Estes agendamentos para as consultas no CEO são realizados na maioria dos serviços por hora marcada (Tabela 02).

Estes resultados diferem de outros estudos, em que os indivíduos foram referenciados aos CEO de várias formas, sendo a maioria encaminhada pelos profissionais da USB/USF [6,7,8]

Atender a demanda por saúde bucal que emerge na atenção primária e exige linhas de cuidado, incluindo outros níveis de atenção, é um problema para a maioria dos municípios [4]. Essa relação entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção não deve se restringir a fluxos e sim a processos que devem ser dinâmicos, democráticos e fundados na equidade. É relevante destacar que entre os níveis de atenção deve haver interface, a qual deve configurar-se como o lugar privilegiado para a ocorrência das mudanças necessárias à implementação da atenção secundária em saúde bucal [3].

Ao ser encaminhado ao CEO pelo dentista da Atenção Básica a chance de o usuário retornar a este nível de atenção é consideravelmente maior em relação à ausência dessa referência. Percebe-se então que a forma de encaminhamento é fator decisivo para a contrarreferência, e que a referência dada pelo dentista da UBS/USF contribui para a integralidade na atenção em saúde bucal [6].

Em relação ao acesso aos serviços especializados, a maioria dos Gerentes afirmou que há garantia dos serviços de referência e contrarreferência. Além disso, observou-se que há também garantia de exames complementares na maioria dos serviços e, destes, 56,8% informaram ser suficientes para as suas necessidades. Quanto ao quesito garantia de referência e contrarreferência para os serviços de maior complexidade ou apoio diagnóstico, a maioria dos Gerentes afirma que existe garantia e, destes, 63,3% afirmaram que essa garantia é suficiente em seu território (Tabela 02).

Apesar desses dados encontrados, em Pernambuco, Sobrinho et al. [9] demonstraram em estudo anterior que não vem sendo cumprida a recomendação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de que haja garantia de fluxos definidos na rede de atenção à saúde. Semelhante ao achado por Santos et al. (2018) [10], estes autores constataram uma indefinição dos fluxos de referência e contrarreferência dos usuários para os CEO na maioria das especialidades e entre os diversos pontos de atenção, limitando a integralidade do cuidado.

Nesse contexto, achados semelhantes foram encontrados em Piracicaba/SP [2], onde a maioria dos usuários relatou não encontrar dificuldades no acesso aos procedimentos especializados, porém um importante contingente não retornou à unidade básica de origem, constituindo um entrave ao princípio da integralidade uma vez que não há continuidade da atenção. Chaves et al. [11] ao comparar dois municípios de médio porte na Bahia também identificaram que, ainda que a atenção primária encaminhasse o usuário, não havia retorno através do processo de contrarreferência, apontando mais uma vez a não continuidade do cuidado nesse nível de atenção.

Esse acompanhamento do paciente referenciado que muitas vezes não retorna à unidade de origem para seguimento ou conclusão do tratamento também fora discutido por Pimentel et al. [12]. Além disso, estes autores evidenciaram dificuldades a respeito da referência dos pacientes aos serviços de média e alta complexidade no município de Recife/PE, tanto na falta de pactuação para alguns serviços, quanto na clara demanda acumulada, principalmente para a especialidade de endodontia.

Já em estudo recente, realizado na cidade de João Pessoa/PB [8], dos pacientes que chegaram a este serviço mais da metade afirmam pretender voltar para a UBS/USF que os referenciaram.

Tabela 02 – Questões avaliativas dos Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco segundo classificação do Componente de Qualidade Critérios Organizacionais. Avaliação dos Gerentes – Portal CEO, nov/14 - dez/15.

	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Agendamento por hora marcada	26	61,9	16	38,1	42	100
Garantia de exames complementares	36	85,7	06	14,3	42	100
Garantia de referência e contrarreferência para serviços de maior complexidade ou apoio diagnóstico	30	71,4	12	28,6	42	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Cabe deixar claro que apesar da falta de protocolo clínico especializado – como explicitado no capítulo da avaliação externa – sabe-se que as consultas de contrarreferência em Cirurgia Oral Menor se resumem à remoção de sutura de tecidos, portanto, consulta altamente rápida e, por conseguinte, resolutiva.

A existência de lista de espera para as especialidades ofertadas também fez parte da avaliação desta ferramenta eletrônica. Dentre as cinco especialidades ofertadas, a maior lista de espera, segundo a visão dos Gerentes, ocorre nos serviços de endodontia (90,5%), seguida da cirurgia oral menor (40,5%), periodontia especializada (23,8%) e atendimento a portadores de necessidades especiais (23,8%). No entanto, diagnóstico bucal (com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal) é o serviço que apresenta menor fila de espera com um percentual de 4,8% dos 42 serviços analisados (Tabela 03).

Tabela 03 – Existência de lista de espera para as especialidades ofertadas pelos Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco segundo classificação do Componente de Qualidade Critérios Organizacionais. Avaliação dos Gerentes – Portal CEO, nov/14 - dez/15.

Especialidades	Sim		Não		Não sabe		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Estomatologia	2	4,8	40	95,2			42	100
Periodontia	10	23,8	30	71,4	2	4,8	42	100
Cirurgia	17	40,5	25	59,5			42	100
Endodontia	38	90,5	4	9,5			42	100
PNE	10	23,8	32	76,2			42	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Quando as especialidades são analisadas em relação ao tempo médio para início do tratamento, desde o encaminhamento da atenção

básica até a primeira consulta na atenção secundária, a endodontia foi a especialidade com maior espera [8,13,14,15].

Esses resultados diferem de outros estudos, como o de Rangel et al. [7] que, ao avaliar o acesso dos usuários aos serviços de atenção secundária ofertados pelos CEO de João Pessoa/PB, observaram uma maior espera para as especialidades de cirurgia seguida de endodontia e o menor tempo de espera para atendimento foi encontrado para a especialidade de periodontia. No entanto, no que se refere à especialidade mais procurada para atendimento, os autores observaram que a endodontia foi a mais procurada, seguida da cirurgia.

Ao avaliar os diferentes modelos de Atenção Básica em saúde bucal no município de Marília/SP (modelo tradicional de atenção e modelo de vigilância em saúde proposto pela Saúde da Família) através de informações referentes à atenção secundária, Bulgareli et al. [16] observaram que os resultados são, de forma generalizada, semelhantes no que diz respeito ao acesso, faltas, abandono e resolutivezade, porém tanto o número de agendamentos quanto a demanda reprimida para especialidade endodontia foram maiores na ESF.

Para diminuição de filas e do tempo de espera por consulta, economia de recursos, otimização e melhoria na qualidade do serviço Saliba et al. [5] apontam que os encaminhamentos devem basear-se em critérios pactuados com a equipe de saúde.

Analizando a dinâmica de acesso e utilização dos CEO, tomando como referência o último mês pesquisado, observa-se que as especialidades que apresentaram maiores quantidades de usuários que entraram nos serviços foram endodontia (média 44,52), cirurgia oral menor e periodontia. Essas mesmas especialidades apresentaram maiores médias de usuários que tiveram tratamento concluído, com a cirurgia oral menor apresentando maior média (29,14). No que se refere às faltas ao agendamento, cabe destaque à especialidade endodontia com maior média de faltosos (11,79) (Tabela 04).

Nesse sentido, Machado et al. (2015) [17] apontam que o não comparecimento ao atendimento odontológico secundário pode

ser considerado multifatorial e é um problema significativo na organização dos serviços. Estes autores apontam como possíveis causas de não comparecimento o tempo na fila de espera, sendo considerado um forte preditor de faltas e, mais especificamente na endodontia, a percepção do paciente de um atraso na obtenção de tratamento especializado poderia levar à busca pelo tratamento endodôntico no setor privado ou mesmo à extração do dente, principalmente em casos envolvendo dor.

Especificamente no caso da endodontia, nota-se um grande paradoxo, uma vez que é a especialidade que tem o maior número de pacientes, ou seja, de procura, tem o maior número de especialistas, entretanto não apresenta o maior número de casos concluídos (Tabela 04). Essa discussão será aprofundada no capítulo de Avaliação Externa.

Tabela 04 – Acesso e Utilização dos Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco segundo classificação do Componente de Qualidade Críticos Organizacionais. Avaliação dos Gerentes – Portal CEO, nov/14 – dez/15.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Usuários que entraram no serviço					
Estomatologia	42	0	60	11,24	16,755
Periodontia	42	0	150	34,12	33,372
Cirurgia	42	0	150	37,90	31,058
Endodontia	42	0	250	44,52	53,177
PNE	42	0	250	24,17	39,220
Usuários que tiveram tratamento concluído					
Estomatologia	42	0	40	8,07	13,136
Periodontia	42	0	140	20,90	27,330
Cirurgia	42	0	130	29,14	28,410
Endodontia	42	0	120	26,50	25,900
PNE	42	0	50	8,62	11,978

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Usuários que faltaram ao agendamento					
Estomatologia	42	0	32	2,31	5,774
Periodontia	42	0	65	7,86	11,932
Cirurgia	42	0	46	7,38	9,213
Endodontia	42	0	59	11,79	13,457
PNE	42	0	48	6,31	9,220

Fonte: Elaborada pelos autores.

Resultados semelhantes foram encontrados na análise da organização da demanda odontológica em um CEO do Estado de São Paulo por meio dos prontuários dos pacientes. Com relação ao número de procedimentos registrados, verificaram que endodontia, periodontia e cirurgia oral menor apresentaram maiores registros nos prontuários analisados. Cirurgia oral menor obteve também maior número de casos finalizados, enquanto que o maior percentual de evasão durante o tratamento ocorre principalmente nas especialidades de periodontia e endodontia [5]. Em Campinas/SP, a especialidade endodontia foi a mais ofertada nas eedes administrativas de saúde [3].

Considerações finais

Avaliar mecanismos de acesso aos CEO para melhoria de sua qualidade mostra-se como um desafio no cotidiano dos serviços, principalmente no que diz respeito à interface entre os níveis de atenção. Contudo, o monitoramento e avaliação destas questões críticas, como a lista de espera, principalmente no que diz respeito à endodontia, assim como a garantia de referência e contrarreferência apresentam-se fundamentais para nortear a tomada de decisão e contribuir para a garantia da integralidade, princípio caro do nosso sistema de saúde.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Textos Básicos de Saúde: Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas - AMAQ – CEO*. Série B. Brasília, 2013
2. Borghi GN, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Guerra LM, Bulgareli JV, Pereira AC. A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia. *RFO UPF* 2013; 18(2): 154-159.
3. Vazquez FL, Guerra LM, Vítor ES, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Meneghim MC et al. Referência e Contrarreferência na atenção Secundária em odontologia em Campinas, SP, Brasil. *Ciênc. Saúde de coletiva* 2014; 19(1): 245-256.
4. Aguilera SLVU, França BHS, Moysés ST, Moysés SJ. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *RAP* 2013; 4(4): 1021-1040.
5. Saliba NA, Nayme JGR, Moimaz SAS, Cecilio LPP, Garbin CAS. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. *Rev. odontol. UNESP*. 2013; 42(5): 317-323.
6. Souza GC, Sousa LMLD, Roncalli AG, Medeiros-Júnior A, Clara-Costa IC. Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. *Rev. salud pública* 2015; 17(3): 416-428.
7. Rangel ML, Limeira RRT, Silva SM, Junior RCM, Ribeiro ILA, Castro RD. Perfil socioeconômico, educacional e de acesso aos serviços ofertados pelos Centros de Especialidades Odontológicas de João Pessoa-Paraíba, Brasil. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social* 2017; 5(supl 1): 118-124.
8. Kitamura ES, Bastos RR, Palma PV, Leite ICG. Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas

- da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2016;25(1):137-148.
9. Sobrinho JEL, Martelli PJJ, Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF. Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. *Saúde debate* 2015; 39(104): 136-146.
 10. Santos LX, Almeida DRS, Souza-Silva J, Rizental ACMF, Goes PSA, Figueiredo N. A Web-Based Tool for Monitoring and Evaluating Health Care Services: An Analysis of Centers for Dental Specialties Webpage. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada* 2018; 18(1): 1-13.
 11. Chaves SCL, Soares FF, Rossi TRA, Cangussu MCT, Figueiredo ACL, Cruz DN et al. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. *Ciênc. Saúde coletiva* 2012; 17(11): 3115-3124.
 12. Pimentel FC, Martelli PJJ, Araújo Junior JLAC, Acioli RML, Macedo CLSV. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). *Ciênc. saúde coletiva* 2010; 15(4): 2189-2196.
 13. Ferreira T. *Satisfação dos usuários e profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas do Município de Florianópolis, Santa Catarina*. Florianópolis Monografia [Graduação em Odontologia]. Universidade Federal de Santa Catarina; 2016.
 14. Laroque MB, Fassa AG, Castilhos ED de. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal do Centro de Especialidades Odontológicas de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2015; 24(3): 421-430.
 15. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, Borges PK de O, Baldani MH. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde debate* 2014; 38(spe): 140-157.

16. Bulgareli JV, Faria ET, Ambrosano GMB, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Meneghim M de C et al. Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. *Rev. odontol. UNESP* 2013; 42(4): 229-236.
17. Machado AT, Werneck MAF, Lucas SD, Abreu MHNG. Who Did not appear? First dental visit absences in secondary care in a major Brazilian city: a cross-sectional study. *Ciência e Saúde coletiva* 2015; 20 (1): 289-298.

Avaliação de qualidade do controle social e financiamento

Samuel Rodrigo de Andrade Veras

Leila Christiane Lima Carneiro Batista

Danilo Rodrigues de Souza Almeida

Paulo Sávio Angeiras de Goes

Gabriela da Silveira Gaspar

Nilcema Figueiredo

Neste capítulo abordaremos os resultados da avaliação de qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) sobre as questões contidas no Componente de Qualidade (CQ) Controle Social e Financiamento do Portal CEO – módulo direcionado aos Gerentes que ocorreu durante a execução da pesquisa *“Avaliação de efetividade de uma ferramenta webbased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)”* desenvolvida pelo GestBucal na Universidade Federal de Pernambuco (Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal – CECOL/UFPE), cuja metodologia encontra-se descrita no capítulo 02 deste livro.

A população do estudo foi constituída por estabelecimentos de saúde bucal em Pernambuco que funcionam como CEO há no mínimo um ano e que aderiram voluntariamente à pesquisa, compondo uma amostra de 42 CEO. Para a coleta de dados utilizou-se o Portal CEO enquanto ferramenta eletrônica de avaliação durante o período de dezembro de 2014 a dezembro de 2015.

As questões avaliativas do Portal CEO foram agregadas em seis Componentes de Qualidade (CQ): Gestão e Gerência dos Serviços, Estrutura, Critérios Organizacionais, Gestão de Pessoas, Controle Social e Financiamento, e Avaliação e Monitoramento. A

nota de cada componente de qualidade foi categorizada em $\geq 7,0$ e $< 7,0$, classificando os CEO em Satisfatórios ou Insatisfatórios, respectivamente.

Considerando os resultados obtidos neste Componente específico, os CEO de Pernambuco foram avaliados como insatisfatórios, com Nota Média Geral (NMG) 5,82 (notas variando entre 2,0 e 10,0).

Foram realizadas análises inferenciais entre as classificações do CQ em função de variáveis estruturais dos serviços – tipo de CEO e tempo de implantação – e contextuais dos municípios – cobertura populacional de Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESB/ESF), porte populacional e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Desta forma, identificou-se que, quanto ao Tipo de CEO, os CEO Tipo III têm pior classificação comparado aos CEO Tipo I e II. Em relação ao tempo de implantação, aqueles serviços com menor tempo (< 5 anos) concentraram os resultados insatisfatórios (Tabela 01).

Tabela 01 –Relação entre variáveis estruturais dos serviços e contextuais do município nos CEO de Pernambuco segundo Classificação Geral dos CEO do Componente de Qualidade Controle Social de Financiamento. Avaliação dos Gerentes – Portal CEO, nov/14 - dez/15.

Características Avaliativas	Classificação Geral dos CEO							
	Insatisfatório		Satisfatório		Total		Valor	Valor
	$<7,0$		$\geq7,0$					
	n	%	n	%	n	%	x2	p
<i>Estruturais</i>								
Tipo de Centro de Especialidades Odontológicas								
I	12	70,6	5	29,4	17	100,0	0,973	0,615
II	18	78,3	5	21,7	23	100,0		
III	2	100,0	-	-	2	100,0		

Características Avaliativas	Classificação Geral dos CEO							
	Insatisfatório		Satisfatório		Total		Valor	Valor
	<7,0		≥7,0					
	n	%	n	%	n	%	x2	p
Tempo de Implantação (em anos)								
< 5 anos	18	85,7	03	14,3	21	100,0	2,100	0,147
≥ 5 anos	14	66,7	07	33,3	21	100,0		
Contextuais								
Cobertura Populacional de ESB/ESF (%)								
<50	17	94,4	1	5,6	18	100,0	1,786	0,016
≥50	15	62,5	9	37,5	24	100,0		
IDH Municipal								
<0,7	2	50	2	50,0	4	100,0	1,672	0,196
≥0,7	30	78,9	8	21,1	38	100,0		

Fonte: Elaborada pelos autores.

Na análise das variáveis contextuais (tempo de implantação e cobertura), identificou-se que em municípios com menor cobertura ESB/ESF (<50%), bem como IDH $\geq$ 0,7 a classificação insatisfatória foi mais observada. Todavia as diferenças encontradas não apresentaram significância estatística para todas as análises realizadas (Tabela 01).

As frequências de respostas obtidas nos questionários do Componente de Qualidade em relação à avaliação e consideração de sugestões e reclamação; à realização do monitoramento do grau de satisfação de usuários; ao recebimento de recursos financeiros referentes à Portaria MS/GM nº 1.464/2011 no último mês; ao recebimento da contrapartida financeira estadual no último mês; e sobre o acompanhamento do controle orçamentário pela Coordenação

de Saúde Bucal sobre os recursos financeiros do Ministério da Saúde (MS) para os CEO podem ser visualizadas na Tabela 02.

Tabela 02 – Frequências de respostas obtidas através dos questionários do Componente de Qualidade Controle Social e financiamento dos CEO. Portal CEO, nov/14 - dez/15.

Aspectos abordados nos questionários do CQ controle social e financiamento	Sim		Não		Não sabe		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Avaliação e consideração pela gerência de sugestões e reclamações encaminhadas para melhoria da gerência do CEO	42	100	-	-	-	-	42	100
Utilização de mecanismos para realização do monitoramento do grau de satisfação dos usuários do CEO pela gerência do CEO	31	73,8	11	26,2	-	-	42	100
Recebimento de recursos financeiros referentes à Portaria MS/GM 1.464/2011 no último mês de acordo com Gerente de CEO	22	52,4	1	2,4	19	45,2	42	100
Recebimento de recursos financeiros referentes à contrapartida estadual no último mês de acordo com Gerente de CEO	8	19	17	40,5	17	40,5	42	100
Acompanhamento do controle orçamentário pela CSB sobre recursos financeiros do MS para CEO na visão da Gerência do CEO	23	54,8	6	14,3	13	31	42	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Discussão

De forma geral, a expressão “controle social” é empregada para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais. Na teoria política, o significado de controle social é ambíguo, podendo ser concebido em sentidos

diferentes a partir de concepções de Estado e de sociedade civil distintamente. Tanto é empregado para designar o controle do Estado sobre a sociedade quanto para designar o controle da sociedade (ou de setores organizados na sociedade) sobre as ações do Estado [1].

A prática do controle social e participação social é fundamental no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo os conselhos de saúde e as conferências de saúde os principais espaços para do seu exercício visando à implantação e implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo. Desse modo, esta prática atua como mecanismo essencialmente democrático, onde através dos conselhos e das conferências a sociedade se organiza para a efetiva proteção da saúde como direito de todos e dever do Estado [2].

Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 abriu oficialmente a porta para que a sociedade participasse da gestão do sistema de saúde. Dois anos depois, as Leis Orgânicas da Saúde reforçaram a importância dessa participação. A partir de então, a atuação da sociedade no sistema de saúde ganhou uma nova dimensão, foi ampliada, democratizada e passou a ser qualificada por “controle social”. Ou seja, controle da sociedade sobre a política de saúde. Com isso, a lógica tradicional do controle social exercido exclusivamente pelos governos era invertida. A sociedade começou, efetivamente, a participar da gestão do sistema de saúde [2].

Dessa forma, o controle social, ao influir nas políticas e nas decisões de gestão, a sociedade e o Estado passam a estabelecer uma corresponsabilidade para que, em tese, prevaleça o interesse público, tendo em vista que para conferir sentido à esfera coletiva de decisão é necessário que seja preservada a condição de igualdade e liberdade de opinião entre os atores e esta seja baseada na construção de consensos que visam o melhor para a coletividade [3].

Com o passar do tempo, várias mudanças ocorreram com relação à participação da sociedade no setor da saúde, as quais foram

fundamentais para a existência de um controle social cada vez mais qualificado, deliberativo, independente e representativo. Essa democratização das políticas de saúde mostra, por sua vez, os avanços viabilizados pelo controle social [2].

Para Abers e Keck (2008) [4], o novo modelo de democracia participativa que se configura com a participação social privilegia a capacidade dos indivíduos e grupos sociais se organizarem coletivamente e influírem constitutivamente no Estado. Trata-se da concepção de cidadania ativa, na qual os representantes são politicamente iguais e capazes de trazer para o interior dos fóruns de participação as diferentes “expressões de diversidade” da sociedade. Esse formato diferenciado de organização, que não se fundamenta em partidos políticos, mas em modelos de organização social diferenciados, tais como associações de bairro, entidades ou movimentos sociais, devem ser “espaços vivos para a produção de novas definições e práticas para a resolução de problemas”.

Nesse contexto, a presença da sociedade civil exercendo papel ativo e propositivo deve ser valorizada na pressão necessária que esta deve fazer sobre o Estado. Sobre as relações entre sociedade e governo, desde o advento do Estado Nacional o que prevalece é que a obrigação do governo é proteger a liberdade da sociedade, mesmo que para isso haja necessidade do uso da força. A participação dos cidadãos na esfera pública, qualquer que seja a forma de governo, é necessária para manter a liberdade porque o Estado, que necessariamente precisa dispor de meios de força, precisa ser controlado pelos governados no exercício dessa força [5].

Assim, a partir da criação do SUS, as despesas com saúde tenderam a crescer, principalmente porque a transferência de recursos federais para os estados e municípios passou a ser realizada de forma direta (transferência fundo-a-fundo). A partir do processo de descentralização, os Municípios começaram a ter mais autonomia de gestão, assumindo de maneira amplamente participativa o financiamento das ações e dos serviços de saúde [6].

Em relação ao modelo de financiamento da saúde no Brasil, este é apresentado como a combinação de origens de recursos públicos e privado, mas que ainda contam/podem contar com as subvenções diretas e indiretas do Estado. Ou seja, as ações e serviços de saúde implementados pelos estados, municípios e Distrito Federal são financiados com recursos da União, próprios e de outras fontes suplementares todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social. Esses recursos, por sua vez, são passados por meio de transferências regulares e automáticas, remuneração por serviços produzidos, convênios, contratos de repasses e instrumentos similares [7].

Nessa perspectiva, uma das mudanças no processo de financiamento compartilhado do SUS se passou pelo Pacto pela Saúde, o qual estabeleceu um conjunto de reformas institucionais, pactuado entre as três esferas de gestão, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, para alcançar maior eficiência e qualidade no Sistema. Este Pacto também redefiniu as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca de equidade. Ele englobou o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão [8].

Para Faveret (2009) [9], o modelo brasileiro de pacto federativo apresenta uma característica de descompasso entre as capacidades financeiras e as atribuições das três esferas de governo. Por um lado, estados e municípios demandam maior participação nas receitas públicas para a saúde, com excessiva ingerência da União sobre a autonomia do gasto público. Por outro, a União, em função de uma distribuição inadequada de encargos entre os níveis de governo e de uma perda de receita, decorrente da execução de dispositivos constitucionais, promove uma recentralização fiscal e busca redefinir os rumos da descentralização das políticas, especialmente de caráter social.

Deste modo, baseado no desenvolvimento de pactuação intergestores, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS

204/2007, que regulamentou o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde, em forma de blocos de financiamento, com seu respectivo monitoramento e controle. Foram definidos seis deles: atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e investimentos na rede dos serviços de saúde [10].

Atualmente, os recursos financeiros para a sustentação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) concentram-se basicamente nos blocos de atenções básica e de média e alta complexidade e dos investimentos na rede de serviços de saúde [11]. Para Lorena Sobrinho e Espírito Santo (2015) [12], apesar dos notáveis avanços na saúde bucal a partir da PNSB, há um descompasso entre as ações e os serviços propostos aos municípios e a sua potencialidade em financiá-los.

Os Centros de Especialidades Odontológicas se configuram como os principais estabelecimentos de saúde bucal no nível de média complexidade, variando sua classificação em função da estrutura física. Para a sua implantação e o seu custeio mensal o Ministério da Saúde repassa recursos financeiros aos estados e municípios pelo Bloco de Financiamento de Média e Alta Complexidade. Os valores foram definidos pelas Portarias 1.571, de 29 de julho de 2004; 600, de 23 de março de 2006 e 1.341, de 13 de junho de 2012 [13].

Em conjunto aos CEO, os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) são importantes serviços especializados de reabilitação oral no qual o financiamento é realizado pela produção de próteses dentárias mensais, sendo que dispositivos legais específicos definem os valores próprios. Atualmente, embora os procedimentos tenham valores individuais, o repasse financeiro aos municípios e estados, referente às próteses dentárias, se dá de acordo com a faixa de produção/mês [14].

Dessa forma, podemos constatar a importância de reconhecer que os recursos financeiros destinados aos serviços de saúde

podem ser otimizados com um planejamento voltado para o atendimento das necessidades de saúde da população.

Dentro desse cenário, convém ressaltar a necessidade uso de métodos de pesquisa capazes de avaliar a qualidade dos serviços, como a prática do controle social e a gerência dos recursos financeiros. Nessa perspectiva, sabe-se que avaliar a qualidade dos serviços de saúde tem sido um campo de estudo de diversos pesquisadores e uma necessidade dos diversos contratantes de serviços. Existem diversos sistemas de avaliação tanto nacionais quanto internacionais que se prestam a tarefa de avaliar e emitir um parecer objetivo sobre a qualidade do serviço prestado pela instituição avaliada [15].

Durante a avaliação do CQ controle social e financiamento, 05 quesitos são levados em consideração, a seguir a descrição de cada um deles:

A – Sugestões e reclamações

Segundo o decreto de lei nº 135/99, de 22 de abril, com as alterações introduzidas pelo decreto de lei nº 73/2014, de 13 de maio, os serviços e organismos da Administração Pública estão ao serviço do cidadão e devem considerar os princípios da qualidade, da proteção da confiança, da comunicação eficaz e transparente, da simplicidade, da responsabilidade e da gestão participativa. A lei prevê mecanismos de audição e participação dos cidadãos, destacando entre estes o sistema de elogios, sugestões e reclamações [16].

Os elogios, sugestões e reclamações dos usuários relativos aos serviços prestados por um serviço público e às pessoas que o tenham prestado, bem como em relação a procedimentos administrativos, são feitos online por meio de plataformas próprias disponibilizadas na internet. Estes serviços devem divulgar, de forma visível, a existência de livro de reclamações nos locais onde seja efetuado atendimento ao público.

A audição dos usuários, com vista a aferir a qualidade dos serviços públicos, concretiza-se através de:

1. Elogios e opiniões, por meio das quais se pretende conhecer o que o usuário pensa do modo como é atendido e da qualidade, adequação, tempo de espera e custo do serviço que lhe é prestado;
2. Sugestões, através das quais se pretende que o usuário faça propostas concretas de melhoria a introduzir no funcionamento dos serviços públicos;
3. Outros contributos escritos para a modernização administrativa, por meio dos quais o usuário possa manifestar o seu desacordo ou a sua divergência em relação à forma como foi atendido, como lhe foi prestado determinado serviço ou ainda como a lei ou regulamento lhe impõe formalidades desnecessárias.

B – Grau de Satisfação dos usuários

A prática do controle social é de fundamental importância para o fortalecimento da participação da comunidade no cenário da saúde no Brasil, pois esta prática reafirma os princípios relativos e direitos individuais e de cidadania de cada indivíduo. Quando se busca informações sobre a satisfação do usuário obtém-se um julgamento sobre as características dos serviços e, consequentemente, sobre sua qualidade. Dessa maneira, é possível utilizar essas informações fornecidas para completar e equilibrar a qualidade dos serviços através da gestão.

Em sua tese, “Avaliação da satisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro”, Gouveia (2009) [15] afirma que é possível encontrar diversas linhas de análise da satisfação. Por exemplo, para os economistas, verificar a satisfação do usuário é uma representação de qualidade; no entanto, para psicólogos é utilizada

a percepção e/ou expectativa como um fator precedente à satisfação. Ainda nesse estudo, a autora cita Anderson, Fornell e Lehman (1992) [17], os quais argumentam que o nível de satisfação dos usuários serve como uma medida para se verificar o desempenho global do sistema em relação às suas expectativas. Nesse contexto, a relação entre os benefícios recebidos pelo cliente (usuário) e os custos ou sacrifícios incorridos para sua obtenção geram uma função que vai ser definida como satisfação.

Gouveia (2009) [15] defende que o conceito de satisfação pode ser entendido como o acúmulo de experiências vividas em relação aos serviços utilizados juntamente com a projeção das expectativas dos usuários em relação ao desempenho e a qualidade do sistema. Ainda em seu estudo, a autora menciona um estudo de Vieira-da-Silva e Formigli, os quais argumentam que o grau de satisfação ou de insatisfação pode decorrer das relações interpessoais entre o profissional e o paciente e que também pode estar relacionado com aspectos da infraestrutura material dos serviços e, também, com as representações do usuário sobre o processo saúde-doença. O modo como os usuários entendem seus direitos e estruturam suas expectativas frente aos serviços de saúde vai definir o grau de satisfação de uma determinada população.

Com o surgimento dos Centros de Especialidades Odontológicas surgiu também a necessidade de avaliação do grau de satisfação dos seus usuários, pois, por serem serviços de saúde, devem ser monitorados e avaliados para controle de qualidade e melhor atuação da gestão sobre eles.

Em seu estudo, Lima, Cabral e Vasconcelos (2010) [18] realizaram uma avaliação do grau de satisfação do usuário nos CEO do Recife, nos quais foram contempladas sete dimensões da qualidade para a avaliação de serviços sob a ótica dos usuários: relações humanas, eficácia, acessibilidade, qualidade técnico-científica, aceitabilidade, ambiente físico e resolutividade. Ainda neste estudo, os resultados positivos da avaliação pelo usuário coincidiram com os

resultados positivos de uma avaliação normativa. Segundo os autores, para os participantes da pesquisa, a atenção do profissional e o tempo de duração da consulta podem ter originado uma associação positiva, sendo influenciada ou influenciando a comunicação estabelecida entre profissional e paciente. Por outro lado, longas filas de espera, necessidade de chegar muito cedo para obtenção de uma ficha e favorecimento de vagas no serviço de saúde, assim como cobertura insuficiente, demanda reprimida e o fato de ser usuário exclusivo da rede pública podem estar intimamente relacionados à percepção do usuário sobre a dificuldade para obtenção de uma vaga para o atendimento.

C – Recursos financeiros

Com o intuito de melhorar a saúde bucal da população brasileira e resolver a demanda reprimida por assistência em procedimentos odontológicos de média complexidade, complementando e servindo de referência para as Unidades Básicas de Saúde já existentes no país, foram criados os CEO. Para estes serviços, o financiamento foi definido através da portaria ministerial 1571 de 29 de julho de 2004. Os dois primeiros artigos da portaria dispõem sobre as duas modalidades de CEO passíveis de financiamento, ou seja, para os CEO Tipo I, o incentivo financeiro seria de R\$ 79.200,00; já para os CEO Tipo II o investimento seria de R\$ 105.600,00. Para um pleno funcionamento, o Fundo Nacional de Saúde (FNS) adotou medidas para transferência, regularização e automatização, dos valores mensais para o fundo estadual e para os fundos municipais de saúde correspondentes, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média complexidade, em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos) dos respectivos valores [19].

Além disso, a portaria ministerial 283 de 22 de fevereiro de 2005 ainda estabelece que os incentivos financeiros para implantação

dos CEO de modalidades I e II poderão ser recebidos já a partir da solicitação e aprovação do credenciamento. Em adição, ainda é definido pela portaria que os recursos devem ser aplicados na contratação de pessoal, compra de insumos e de material de uso permanente (instrumental) [20].

D – Contrapartida do estado

Considerando que o adequado aporte de recursos financeiros é um dos fatores importantes para a gestão local, pode-se afirmar que a publicação da Política Nacional de Saúde Bucal assegurou um aumento nos repasses dos recursos financeiros da União aos estados e municípios, para as ações e os serviços de saúde bucal [21]. Porém, tal incremento nos recursos financeiros ainda não é capaz de garantir uma mudança substancial na realidade de gestão das ações e dos serviços de saúde bucal a nível nacional, em virtude do modelo brasileiro de pacto federativo [14].

Essa indução federal para que os municípios assumam responsabilidades crescentes na assistência à saúde, no entanto, desconsidera as restrições do pacto federativo e vem se tornando motivo de preocupação dos gestores municipais, sobretudo na área da gestão de pessoas, dado o impacto da folha de pagamentos nas contas públicas municipais de saúde [22].

Na estrutura orçamentária, os recursos destinados à saúde advêm principalmente de contribuições sobre o faturamento e o lucro líquido, mas a Emenda Constitucional n. 29 também estabeleceu um percentual das receitas de impostos arrecadados pelos municípios (no mínimo 15%) e estados (no mínimo 12%). A Lei Complementar 141/2012, que regulamenta a EC 29, indicando a participação das três esferas de governo no SUS, manteve o cálculo anterior da participação do governo federal (valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB), não tendo sido aprovada a introdução de um percentual de 10% sobre a

Receita Corrente Bruta (RCB), conforme defendido há anos pelas entidades associadas à saúde pública no país. O gasto com ações e serviços de saúde do governo federal como percentual de sua receita vem diminuindo: em 1995 era de 11,72% e, em 2011, passou para apenas 7,3% [23].

Diante deste quadro, foram definidos os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde, pela Lei Complementar 141, de 3 de janeiro de 2012. Também por meio desta legislação, foram estabelecidos os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo [24].

E – Acompanhamento e controle orçamentário

Para Moimaz (2008) [7], o gestor precisa ter a consciência da construção dos instrumentos de gestão financeira do SUS que integre as funções planejar, orçar, executar, acompanhar, fiscalizar e avaliar os recursos aplicados em saúde, com sistemas de informação orientados para a sua transparência, expresso em leis e atos normativos, que garantam o compromisso dos mesmos com a manutenção de fontes estáveis, e que possibilitem o controle social sobre todas as etapas como é demonstrado a seguir: planejamento (agenda de saúde, plano de saúde, Plano Plurianual — PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias — LDO); orçamento (LOA — Lei Orçamentária Anual compatível com o planejamento); execução orçamentária e financeira (fundo de saúde); acompanhamento e fiscalização (relatório de gestão, Conselho de Saúde, controle social).

O repasse financiamento dar-se-á mediante a elaboração PPA e agenda de saúde. O PPA é elaborado no primeiro ano de mandato do governante e encaminhado para a aprovação do Poder Legislativo até 31 de agosto, para vigência no 2º, 3º e 4º anos do seu mandato, e no 1º do mandato do seu sucessor. Este instrumento

contém as metas de governo e toma por base a agenda de saúde e as metas plurianuais contidas nos planos de saúde. É com base no PPA que é elaborada a LDO, contendo as orientações para a preparação do orçamento [25].

Em relação ao controle social, a Emenda Constitucional nº 29/2000 diz que os recursos depositados nos fundos de saúde devem ser acompanhados e fiscalizados pelos Conselhos de Saúde. A atividade de acompanhamento deve ser exercida por quem tem essa competência, de forma proativa, ou seja, em obediência a uma ação planejada que visa orientar a execução de forma correta e coibir os atos de má gestão [25]. Os espaços políticos de representação definidos para usuários, profissionais e dirigentes de unidades de saúde, que certamente detêm uma parcela importante de informação e da inteligência sobre a dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde, estão restritos à participação nos conselhos de Saúde [26].

Teixeira e Teixeira (2003) [27] relatam que a promoção da cidadania de grande parcela da população depende da eficiência do setor público na provisão adequada de ações e serviços de saúde. Esse desafio mostra-se particularmente difícil em um contexto de demanda crescente e restrição orçamentária. Os recursos são escassos, as possibilidades de utilização de subterfúgios de administração financeira, corriqueiros em períodos inflacionários, são limitadas, e por isso é preciso planejar as ações a serem desenvolvidas. Portanto, um planejamento eficaz do gasto e a adequada gestão dos limitados recursos disponíveis são imprescindíveis.

Considerações finais

A Avaliação em atenção secundária na Saúde Bucal é imprescindível, visto a necessidade de melhorias e adequações do serviço, além de orientações para tomada de decisão por parte dos gestores. Dessa maneira, através da utilização da ferramenta eletrônica

(Portal CEO), é possível avaliar dentre outros componentes o Controle Social e Financiamento. Este, por sua vez, durante as avaliações obteve nota insatisfatória. Nesse contexto, conclui-se que é preciso continuar as avaliações e o monitoramento, mas que há uma necessidade de motivação e intervenção nos CEO onde não foi observada nenhuma mudança positiva após notificação via ferramenta eletrônica.

Referências

1. Correia MVC. Que controle social. *Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 35-61, 2000.
2. Brasil. Ministério da Saúde. *Para entender o controle social na saúde/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 178, 2013.
3. Costa AM, Vieira NA. Participação e controle social em saúde. In Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. 2013; 3: 237-271.
4. Abers RN, Keck M. Representando a diversidade: estado, sociedade e “relações fecundas” nos conselhos gestores. *Caderno CRH*, Salvador. 2008; 21(52).
5. Arendt H. *O que é Política?* Editora Ursula Ludz. 6ª ed. — Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, p. 240, 2006.
6. Nóbrega CB, Hoffmann RH, Pereira AC, Meneghim MC. Financiamento do setor saúde: uma retrospectiva recente com uma abordagem para a odontologia. *Cienc. Saúde Colet*. 2010; 15(1): 1763 – 72.

7. Moimaz SAS, Garbin CAS, Garbin AJI, Ferreira NF, Gonçalves PE. Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa. *Rev Adm Pública* 2008; 42(6):1121-35.
8. Brasil. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 29 dez. 2000.
9. Faveret AC. *Federalismo fiscal e descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000*. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva]. Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2002.
10. Brasil. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 31 jan. 2007.
11. Pucca Júnior GA, Hilan E. Financiamento das ações de saúde bucal – limites e possibilidades. In: Goes PS, Moysés SJ (org.). *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. Porto Alegre: Artes Médicas. 2012.
12. Lorena Sobrinho JE, Martelli PJJ, Araújo Júnior JLCA. Financiamento em dez anos da política Brasil Sorridente: marcos legais e valores aplicados. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2015; 39(2): 339-55.
13. Brasil. Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 02 jul. 2012.
14. Neves MAB. Avaliação da qualidade da prestação de serviços de saúde: um enfoque baseado no valor para o paciente. *III Congresso Consad de Gestão Pública*, 2010.
15. Gouveia GC. *Avaliação da satisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro*. Recife. Tese [Doutorado em Ciências]. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.

16. Decreto-Lei n.º 73/2014 de 13 de maio. 2014. *Diário da República*. Disponível em: <<https://dre.pt/application/file/a/25343790>>. Acesso em: 6 out. 2017.
17. Anderson EW, Fornell C, Lehmann DR. Perceived quality, customer satisfaction, market share, and profitability. *Working Paper. Michigan: National Quality Research Center, The University of Michigan*, 1992.
18. Lima ACS de, Cabral ED, Vasconcelos MMVB. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(5): 991-1002.
19. Brasil. Portaria nº 1.571, de 29 de julho de 2004. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 30 jul. 2004.
20. Brasil. Portaria nº 283, de 22 de fevereiro de 2005. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 23 fev. 2005.
21. Brasil. Ministério da Saúde. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
22. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Cienc Saúde Colet*. 2011; 16(6): 2753-62.
23. Barbosa EC. 25 anos do Sistema Único de Saúde: conquistas e desafios. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS* 2013; 2(2): 85-102.
24. Brasil. Lei complementar nº 141, de 03 de janeiro de 2012. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 16 jan. 2012.
25. Brasil. *Gestão financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico*. Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2003.

26. Santos MAB, Gerschman S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil — arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9(3): 793-806.
27. Teixeira HV, Teixeira MG. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 8(2):379- 391.

Avaliação e monitoramento das Ações do CEO

Thaírla Natanny da Silva Souto

Danilo Rodrigues de Souza Almeida

Juliana Peixoto Silva

Carolina Dantas Rocha Xavier de Lucena

Nilcema Figueiredo

Neste capítulo abordaremos os resultados da avaliação de qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) sobre as questões contidas no Componente de Qualidade (CQ) Avaliação e Monitoramento das Ações do CEO do Portal CEO – módulo direcionado aos Gerentes que ocorreu durante a execução da pesquisa “*Avaliação de efetividade de uma ferramenta webbased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)*” desenvolvida pelo GestBucal na Universidade Federal de Pernambuco (Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal – CECOL/UFPE), cuja metodologia encontra-se descrita no capítulo 02 deste livro.

A população do estudo foi constituída por estabelecimentos de saúde bucal em Pernambuco que funcionam como CEO há no mínimo um ano e que aderiram voluntariamente à pesquisa, compondo uma amostra de 42 CEO. Para a coleta de dados utilizou-se o Portal CEO enquanto ferramenta eletrônica de avaliação durante o período de dezembro de 2014 a dezembro de 2015.

As questões avaliativas do Portal CEO foram agregadas em seis Componentes de Qualidade: Gestão e Gerência dos Serviços, Estrutura, Critérios Organizacionais, Gestão de Pessoas, Controle Social e Financiamento, e Avaliação e Monitoramento. A nota de cada CQ

foi categorizada em $\geq 7,0$ e $< 7,0$, classificando os CEO em Satisfatórios ou Insatisfatórios, respectivamente.

O monitoramento e a avaliação têm sido cada vez mais considerados práticas úteis na melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Como atividades institucionais e, portanto, permanentes, a avaliação e o monitoramento têm custo e consomem esforço da equipe. Consequentemente, o seu papel deve ser bem entendido, assim como a sua contribuição para a melhoria do desempenho da equipe, para a qualidade dos serviços por ela prestados e para o aumento da satisfação que seus membros possam ter com o seu trabalho [1].

Segundo o Ministério da Saúde (MS) [2], a avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde, e deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham corresponsabilidades.

O conceito de monitoramento comumente utilizado refere-se ao acompanhamento rotineiro de informações relevantes. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento de indicadores de saúde e da execução de políticas, ações e serviços, visando à obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar tomadas de decisão, a identificação, encaminhamento de solução e redução de problemas, bem como a correção de rumos [2-4].

Autores [5] expressam a institucionalização da avaliação com o sentido de integrá-la em um sistema organizacional que seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação, ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas.

Mendes (2011) [6] relata que os pontos de atenção necessitam de que suas ações sejam planejadas a partir de um correto diagnóstico de necessidades em saúde que considere a diversidade e extensão do território brasileiro. Diz, ainda, que para isso as mudanças deverão fazer-se por meio de alguns grandes movimentos, entre eles: da decisão baseada em opinião para a decisão baseada em evidência.

Os sistemas de informação em saúde têm sido considerados como ferramentas importantes para o diagnóstico de situações de saúde com vistas à produção de intervenções sobre as necessidades da população [7].

Nesse sentido, a avaliação torna-se fundamental, na medida em que possibilita um olhar crítico sobre o que está sendo feito e uma comparação com o que deveria estar ocorrendo [8]. Assim, tem o potencial de criar uma cultura democrática de participação efetiva no processo de tomada de decisão, bem como proporcionar um espaço de formação técnica e política para gestores, profissionais de saúde, avaliadores e usuários. Com isso, acreditamos que a avaliação terá papel primordial na consolidação de um sistema público universal, integral e de qualidade [9].

Resultados e discussão

A Avaliação e Monitoramento das Ações foi um dos Componentes de Qualidade do Portal CEO mais bem avaliado, com Nota Média Geral (NMG) de 8,73 (notas variando entre 8,42 e 9,0).

As análises do CQ dos CEO segundo a Avaliação e Monitoramento em função de variáveis estruturais dos estabelecimentos de saúde e contextuais dos municípios foram realizadas. Assim, tornou-se possível identificar, neste estudo, que, quanto ao Tipo de CEO, os CEO Tipo III têm melhor classificação quando comparado aos CEO Tipo I e II. Naqueles serviços com maior tempo de implantação (≥ 5 anos) se concentraram os resultados satisfatórios (Tabela 01).

Em municípios com menor cobertura de Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESB/ESF) ($< 50\%$), bem como em municípios de pequeno porte populacional (< 30 mil habitantes) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) $\leq 0,7$ a classificação satisfatória foi mais observada. Todavia, as diferenças encontradas não apresentaram significância estatística para todas as análises realizadas (Tabela 01).

Tabela 01 – Relação entre características avaliativas estruturais dos serviços e contextuais do município nos CEO de Pernambuco segundo Classificação Geral dos CEO do Componente de Qualidade Avaliação e Monitoramento. Avaliação dos Gerentes – Portal CEO, nov/14 - dez/15.

Características Avaliativas	Classificação Geral dos CEO							
	Insatisfatório				Satisfatório			
	<7,0		≥7,0		Total		Valor	Valor
	n	%	n	%	n	%	x2	p
Estruturais								
Tipo de Centro de Especialidades Odontológicas								
I	3	17,6	14	82,4	17	100,0	1,031	0,597
II	2	8,7	21	91,3	23	100,0		
III	-	-	2	100,0	2	100,0		
Tempo de Implantação (em anos)								
< 5 anos	4	19,0	17	81,0	21	100,0	2,043	0,153
≥ 5 anos	1	4,8	20	95,2	21	100,0		
Contextuais								
Cobertura Populacional de ESB/ESF (%)								
<50	3	16,7	15	83,3	18	100,0	0,681	0,409
≥50	2	8,3	22	91,7	24	100,0		
Porte populacional (habitantes)								
Até 30.000	1	14,3	6	85,7	7	100,0	0,148	0,986
30.000-50.000	1	14,3	6	85,7	7	100,0		
50.001-100.000	1	12,5	7	87,5	8	100,0		
>100.000	2	10,0	18	90,0	20	100,0		
IDH Municipal								
<0,7	1	25,0	3	75,0	4	100,0	0,723	0,395
≥0,7	4	10,5	34	89,5	38	100,0		

Fonte: Elaborada pelos autores.

Valeria ressaltar a importância da avaliação do cumprimento de metas de produção que foi instituído desde a implantação dos primeiros CEO como mecanismo de avaliação normativa. Porém, apesar do dado parecer positivo, o qual mostrou que dos 42 serviços estudados 83,3% realizavam a avaliação do cumprimento das metas de produção dos procedimentos especializados fundamentada pela portaria nº1464/11 GM, estudos apontam desafio na análise do desempenho, que parece piorar ao longo do tempo [9,10] (Tabela 02).

Dentre os CEO que avaliam as metas, 64,1% realizam reunião, discussão e planejamento sobre os resultados das metas (Tabela 02). Quanto à existência de reunião, os dados deste estudo apresentaram divergência quando comparados com os questionários aplicados previamente, onde 53,5% dos profissionais alegam que são poucos convocados para reuniões. Não foi possível, neste estudo, identificar se tal ação melhorou no decorrer do tempo ou se ocorreu tal divergência devido à última ser respondida pelo gerente, estando mais presentes em atividades junto à gestão.

Quando questionados sobre a utilização das informações como instrumento de gestão, avaliação e planejamento, 81,6% responderam positivamente. A partir dos resultados obtidos podemos constatar que se tem uma expansão de serviços utilizando informações como instrumento de gestão, avaliação e planejamento. (Tabela 02). Terrari e Garcia (2001) [11] afirmam que o processo de descentralização da saúde tem ampliado a utilização dos sistemas de informação como instrumentos de planejamento e gestão. Entretanto, as informações só podem contribuir para o desenvolvimento de modelos de atenção à saúde mediante a análise dos seus dados, se há um adequado preenchimento dos instrumentos, registro e armazenamento seguros, fluxo de dados até o processamento no tempo estabelecido, sua consolidação, análise e difusão [12].

Tabela 02 – Questões avaliativas nos CEO de Pernambuco segundo classificação do Componente de Qualidade Avaliação e Monitoramento. Avaliação dos Gerentes –Portal CEO, nov/14 - dez/15.

	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Avaliação das Metas de desempenho	35	83,3	7	16,7	42	100
Realização de reunião, discussão e planejamento sobre os resultados das metas	25	64,1	14	35,9	39	100
Informações utilizadas como instrumento de gestão, avaliação e planejamento	31	81,6	7	18,4	38	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Além das questões sobre o cumprimento da avaliação normativa ora propostas aos CEO, o Componente de Qualidade Avaliação e Monitoramento do Portal CEO possibilitou a avaliação do gerente em relação ao grau de comprometimento dos profissionais com os CEO. Observou-se que, para a maioria dos quesitos avaliados, o grau de comprometimento foi considerado bom. O quesito melhor avaliado foi o Relacionamento profissional-usuário com 100% para bom comprometimento; seguido de Relacionamento profissional-gerência/outras profissionais (90,5%); Assiduidade (88,1%); Organização dos serviços (73%); e, Pontualidade (71,4%) (Tabela 03).

O relacionamento profissional-usuário tem sido enfocado por diversos pesquisadores quando sustentam que a profissão de Cirurgião-Dentista (CD) vai além da habilidade técnica para realizar procedimentos clínicos e que é preciso saber lidar com pessoas. Logo, uma relação tecnocrática, isto é, que envolve uma interação do tipo sujeito-objeto, não contribui para a formação de comportamentos que favoreçam a manutenção da saúde bucal [13,14]. O relacionamento profissional-usuário é, em geral, reforçado como satisfatório pelos usuários de todos os serviços analisados [15,16]. Tais estudos mostram que os usuários, em sua maioria, consideram-se

muito satisfeitos com a atuação do CD, pois afirmaram ter confiança nesse profissional e demonstraram-se satisfeitos com a relação profissional/usuário.

Tabela 03 – Avaliação do grau de comprometimento dos profissionais nos CEO de Pernambuco segundo classificação do Componente de Qualidade Avaliação e Monitoramento. Avaliação dos Gerentes – Portal CEO, nov/14 - dez/15.

Grau de comprometimento dos profissionais em relação a	Ruim		Regular		Bom		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Assiduidade	-	-	5	11,9	37	88,1	42	100
Pontualidade	-	-	12	28,6	30	71,4	42	100
Cumprimento de metas	2	4,8	22	52,4	18	42,9	42	100
Organização dos serviços	-	-	11	26,3	31	73,8	42	100
Relacionamento profissional-usuário	-	-	-	-	42	100	42	100
Relacionamento profissional-gerência/outras profissionais	-	-	4	9,5	38	90,5	42	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Ademais, a comunicação em saúde é fator primordial para o sucesso da Promoção de Saúde, sendo necessário considerar a importância da atitude dos profissionais da saúde como aliados na valorização do senso comum e da experiência empírica das populações, beneficiando-se assim a incorporação do saber técnico de utilidade pública sem prejuízo do patrimônio cultural que está na base da identidade e da saúde desses grupos [17]. O quesito Relacionamento profissional-gerência/outras profissionais evidencia a importância do desenvolvimento de habilidades comunicativas como meio de se atingir a eficácia e o sucesso na dinâmica de trabalho organizacional [18].

A assiduidade e pontualidade de cada membro que se mostrou com bom comprometimento influem no desempenho de todos no

grupo. Dessa forma, o respeito aos compromissos assumidos com o grupo dever-se-á ser compreendido como algo de responsabilidade coletiva. Propõe-se que as datas e horários sejam agendadas com antecedência, conforme as rotinas dos serviços de saúde e horários de trabalho da equipe profissional, assim como, na medida do possível, na disponibilidade dos demais participantes [19].

A estrutura e organização das práticas de saúde na atenção secundária dizem respeito ao modo como estão estabelecidas as práticas de atenção à saúde, contemplando as políticas, princípios e normas que regem seu funcionamento. Inclui-se rotinas de trabalho, em termos de quantidade e duração das consultas por dia, jornada de trabalho e oferta de especialidades [20]. Em nosso estudo, tal quesito Organização dos Serviços foi classificado com “bom” em 73,8% dos entrevistados.

Ainda visando à melhoria de qualidade desses serviços, em relação aos profissionais, a qualificação do processo de trabalho seria fundamental de ser instituída, com ações de educação permanente e criação de residência em atenção secundária para formação de habilidades e competências voltadas aos CEO. Outro aspecto importante seria a avaliação de tecnologias e procedimentos próprios a estes estabelecimentos, podendo ser conduzido mediante o estabelecimento de Rede de Pesquisas Clínicas para atenção secundária e ainda, a realização de pesquisa sobre o impacto sobre a implantação do CEO no Brasil. Os CEO tipo III tiveram melhores resultados para o desempenho e cumprimento das metas, enquanto que, nos municípios de menor porte populacional e desenvolvimento humano, piores desempenhos foram encontrados anteriormente [10].

Contudo, o quesito Cumprimento de Metas dentro da Avaliação do grau de comprometimento dos profissionais do CEO, foi avaliado como Regular por um maior número de Gerentes com percentual de 52,4%. Além disso, foi o único quesito que recebeu classificação ruim (4,8%). Estes resultados podem estar relacionados com um sistema de remuneração fixa presente nos serviços especializados

onde pode levar ao não cumprimento de metas mínimas de oferta de serviços pela falta de entusiasmo dos profissionais [21].

Considerações finais

Conclui-se que é relevante o uso de ferramentas de avaliação e monitoramento como componente de qualidade para subsidiar as decisões tomadas por todos os entes envolvidos no processo de assistência à saúde. Além disso, tal componente agrega qualidade à gestão e desempenho dos programas que tem como base a informação e análise de dados.

Referências

1. Campos FCC, Faria HP, Santos MA. *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Subsídio para o 2º Encontro*. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEPP, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Brasília: Cadernos DEMAGS; 2009.
4. Garcia RC. *Subsídio para Organizar Avaliações da Ação Governamental*. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2001. 64p.
5. Hartz MAZ, Vieira LMS, organizadoras. *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, Fiocruz; 2005.

6. Mendes EAV. *As Redes de atenção à saúde*, Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011.
7. Abouzahr A, Boerma T, OMS. *Bulletin of the World Health Organization. Health information systems: the foundations of public health*. WHO – World Health Organization. Genebra (Suíça), 2005.
8. Sarti TD, Lima RCD, Silva MZ, Maciel ELN. A institucionalização da avaliação na atenção básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da estratégia saúde da família. *UFES Rev Odont* 2008; 10(1): 63-69.
9. Thomaz EBAF, Sousa GMC, Queiroz RCS, Coimbra LC. Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde [online]* 2016; 25(4): 807-818.
10. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Junior GAP, Rosales MS. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28: 81-89.
11. Terreri ALM, Garcia WG. A Contribuição dos bancos de dados sobre desenvolvimento social e saúde para a reorganização do modelo municipal de saúde bucal. *Revista Brasileira de Odontologia e Saúde Coletiva* 2001; 2:25-33.
12. Mota E, Carvalho DM. Sistemas de Informação em Saúde. In: Rouquaryol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e Saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p.505-521.
13. Ramos FB. Como o paciente se sente ao ser atendido por um aluno de odontologia? *Rev CROMG* 2001;7(1):10-5.
14. Teixeira R. Entendendo a relação paciente profissional. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2000; 54(4): 267-78.

15. Ferreira T. *Satisfação dos usuários e profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas do Município de Florianópolis, Santa Catarina*. 2016.
16. Rozemberg B. O saber local e os dilemas relacionados à validação e aplicabilidade do conhecimento científico em áreas rurais. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(1): 97-So5.
17. Lima ACS, Cabral ED, Vasconcelos MMVB. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2010; 26(5): 991-1002.
18. Santos MC, Bernardes A. Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. *Rev Gaúcha Enferm* 2010; 31(2): 359-66.
19. Santos LM, Ros MAD, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40(2): 346-352.
20. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]* 2013.
21. 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.

Avaliação da qualidade dos CEO de Pernambuco através do Módulo Profissional

Hélio de Assis Sá

Melanie Caroline Ferreira Barbosa

Danilo Rodrigues de Souza Almeida

Raquel Santos de Oliveira

Nilcema Figueiredo

Neste capítulo abordaremos os resultados da avaliação de qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) de Pernambuco através do módulo direcionado aos Profissionais de CEO, utilizando como base o recorte transversal da utilização da ferramenta Portal CEO compreendido entre novembro/2014 e fevereiro/2016. Este estudo faz parte da pesquisa “*Avaliação de efetividade de uma ferramenta webbased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)*”, desenvolvida pelo GestBucal na Universidade Federal de Pernambuco (Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal – CECOL/UFPE). A população do estudo foi constituída por estabelecimentos de saúde bucal em Pernambuco que funcionam como CEO há no mínimo um ano e que aderiram voluntariamente à pesquisa, compondo uma amostra de 30 CEO.

Para o módulo Profissional a avaliação apresentou metodologia diferente em relação ao módulo Gerente. As questões avaliativas do Portal CEO foram agregadas em dois Componentes de Qualidade (CQ): Estrutura e Processo. As notas foram categorizadas em $\geq 7,0$ e $< 7,0$, classificando os CEO em Satisfatórios ou Insatisfatórios, respectivamente. O módulo estudado tinha uso semestral e seu uso resultou em no mínimo 03 avaliações por CEO. Além destes aspectos, foram investigados também análises em relação aos

estabelecimentos (tipo de CEO e tempo de implantação) e características contextuais do município (cobertura de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família – ESB/ESF, porte populacional, e Índice de Desenvolvimento Humano – IDH).

Nesse contexto, analisando os estabelecimentos segundo Tipo de CEO observou-se que a maioria dos CEO era do Tipo II (66,7%), seguido do Tipo I (26,7%) e apenas dois eram do Tipo III (6,7%) e que o tempo médio de implantação dos estabelecimentos foi de 5,23 anos (mínimo de 01 e máximo de 11 anos). Feito isso, a categorização pelo tempo de implantação mostrou que 56,7% foi implantado há mais de 5 anos e 43,3% foi implantado há menos de 05 anos.

Analisando-os de acordo com sua distribuição geográfica no Estado de Pernambuco, a maioria dos CEO (70,0%) está localizada na Macrorregião 1 (Metropolitana), seguido de 20,0% na Macrorregião 2 (Agreste). A Macrorregião 4 (Vale do São Francisco e Araripe) apresentou 6,7% dos CEO e a menor concentração esteve na Macrorregião 3 (Sertão), com 3,3%.

Em relação às características municipais, os CEO estudados estão predominantemente implantados em municípios com porte populacional acima de 100 mil habitantes (60%), enquanto que as demais distribuições foram, a saber: 50-100 mil (23,3%); 30-50 mil (10%); e <30 mil (6,7%). Foi tido ainda que a maioria dos municípios (60%) apresenta baixo Índice de Desenvolvimento Humano ($IDH < 0,7$) (60%); e metade (50%) tinha cobertura ESB/ESF superior a 50%.

Ao longo dos meses de monitoramento do período avaliado foram respondidos 30 questionários e os CEO apresentaram *qualidade satisfatória* com Nota Geral Média 7,94 (variando entre 6,0 e 10,0). Apesar desta avaliação geral, pode ser observado que o Componente de Qualidade Estrutura foi melhor avaliado que o Processo (Tabela 01).

Analisando em separado os serviços, a distribuição segundo a categorização Satisfatória e Insatisfatória mostrou que a maioria

dos CEO (86,7%) foi classificado como Satisfatório para a Nota Geral e apenas 04 serviços avaliados como Insatisfatório (13,3%). Tomando como base específica os Componentes de Qualidade, a grande maioria dos serviços (90%) obteve avaliação satisfatória para Estrutura, enquanto que para Processo a relação se deu ao inverso, onde a maior proporção (56,7%) foi considerada insatisfatória (Tabela 02).

Tabela 01 – Notas Mínimas, Máximas e Médias dos CEO de Pernambuco segundo Componente de Qualidade e Nota Geral do Serviço. Avaliação dos Profissionais – Portal CEO, nov/14-fev/16.

Componente de Qualidade	N	Notas Médias			
		Nota mínima	Nota máxima	Média	Desvio Padrão
Estrutura	30	6,0	10,0	8,79	1,133
Processo	30	5,0	10,0	7,09	1,363
Nota Geral	30	6,0	10	7,94	1,054

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 02 – Distribuição dos serviços segundo Classificação dos CEO de Pernambuco para Componente de Qualidade e Nota Geral do Serviço. Avaliação dos Profissionais – Portal CEO, nov/14-fev/16.

Componente de Qualidade	Classificação do CEO					
	Insatisfatório		Satisfatório		Total	
	<7,0		≥7,0			
	N	%	N	%	N	%
Estrutura	3	10,0	27	90,0	30	100,0
Processo	17	56,7	13	43,3	30	100,0
Nota Geral	4	13,3	26	86,7	30	100,0

Fonte: Elaborada pelos autores.

Foram testadas, ainda, as associações entre as variáveis estruturais dos serviços e contextuais dos municípios com as classificações das Notas Gerais obtidas nas avaliações do CEO. Observou-se que, em relação às variáveis estruturais, os CEO Tipo I e com mais de 05 anos de implantados tiveram piores resultados. Para as variáveis contextuais, as piores avaliações foram obtidas em relação ao porte populacional às cidades de 50 a 100 mil habitantes e com IDH maior 0,7. Entretanto, todas as análises inferenciais exploratórias não obtiveram significância estatística (Tabelas 03 e 04).

Tabela 03 – Relação entre características avaliativas estruturais dos serviços nos CEO de Pernambuco segundo a Classificação Geral dos Centros de Especialidades Odontológicas. Avaliação dos Profissionais – Portal CEO, nov/14-dez/16.

Características Avaliativas dos Serviços	Classificação Geral dos CEO							
	Insatisfatório				Satisfatório			
	<7,0				≥7,0			
	Total		Valor		Valor		Valor	
(estruturais)	N	%	N	%	N	%	X ²	P
Tipo de Centro de Especialidade Odontológica								
I	2	25,0	6	75,0	8	100,0	1,442	0,486
II	2	10,0	18	90,0	20	100,0		
III	0	0,0	2	100,0	2	100,0		
Tempo de Implantação (em anos)								
< 5 anos	2	11,8	15	88,2	17	100,0	0,084	0,773
≥5 anos	2	15,4	11	84,6	13	100,0		

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 04 – Relação entre características avaliativas contextuais dos municípios nos CEO de Pernambuco segundo a Classificação Geral dos Centros de Especialidades Odontológicas. Avaliação dos Profissionais – Portal CEO, nov/14-dez/16.

Características avaliativas	Classificação Geral dos CEO							
	Insatisfatório		Satisfatório		Total		Valor	Valor
	<7,0		≥7,0					
	N	%	N	%	N	%	X2	P
Contextuais								
Cobertura populacional de ESB/PSF (%)								
<50	2	13,3	13	86,7	15	100,0	0,000	1,000
≥50	2	13,3	13	86,7	15	100,0		
Porte populacional (mil habitantes)								
<30	0	0,0	2	100	2	100,0	1,429	0,699
30-50	1	33,3	2	66,7	3	100,0		
50-100	1	14,3	6	85,7	7	100,0		
>100	4	13,3	26	86,7	30	100,0		
IDH municipal								
<0,7	2	11,1	16	88,9	18	100,0	0,192	0,661
≥0,7	2	16,7	10	83,3	12	100,0		

Fonte: Elaborada pelos autores.

Ademais, apesar de o resultado desta pesquisa evidenciar que as avaliações foram, no geral, satisfatórias, foi constatado que a maioria dos serviços (60,0%) avaliou o CEO através do Portal CEO apenas uma vez; 26,7% responderam ao questionário duas ou três

vezes; e 23,3% mais de três vezes. Essas informações evidenciam o pouco uso da ferramenta por parte dos profissionais de CEO durante o estudo.

Discussão

Neste estudo, como pôde ser observado, de uma maneira geral os profissionais fizeram boa avaliação dos CEO, onde a Nota Média Geral para o estado de Pernambuco foi de 7,94, correspondendo assim a um resultado satisfatório. Porém, quando decompostas as análises por Componentes de Qualidade, correspondentes a Estrutura e Processo, o resultado obtido foi melhor e satisfatório para o componente Estrutura, enquanto que foi considerado insatisfatório para o critério Processo.

As questões avaliativas sobre estrutura versavam sobre as condições de trabalho (infra-estrutura, material, insumos etc) ofertadas para o pleno funcionamento do estabelecimento de saúde, assim, pôde-se perceber que em geral é oferecida uma boa condição de trabalho nos CEO. Dessa forma, o bom resultado para o componente Estrutura é importante por reforçar que os problemas enfrentados nestes serviços não dizem respeito à questão estrutural, que na maior parte das vezes é satisfatória. Este dado corrobora com o resultado obtido em estudo anterior que observou avaliação de desempenho dos serviços e que constatou que o melhor desempenho estava associado ao processo de trabalho e não à estrutura ou densidade tecnológica do CEO (o desempenho havia sido superior nos CEO tipo I) [1].

Para Vuori (1991) [2] uma boa estrutura necessariamente não se traduz em um bom processo ou resultado; o nó crítico dos serviços parece estar relacionado ao componente Processo, em acordo com o achado de Machado, Silva e Ferreira (2015) [3]. Assim, é oportuno então dar maior ênfase na discussão sobre problemas e dificuldades referentes ao processo de trabalho, como recomendam Frias et

al. (2010) [4] para a superação de problemas que são obstáculos à obtenção de qualidade [2-4].

Especificamente no tocante ao Portal CEO, as questões sobre processo abordavam a relação de referência e contrarreferência (interface da atenção básica e especializada), a avaliação da gerência do CEO do ponto de vista do profissional e a oferta de educação continuada pela gestão.

Dentre as dificuldades encontradas e relacionadas ao processo de trabalho, a referência e contrarreferência ganha destaque na discussão, visto que esse critério organizacional vem sendo analisado em diversos estudos de avaliação em saúde [5-9].

Estudos demonstram que o grande desafio para o alcance da integralidade na atenção à saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) refere-se ao processo de implementação da atenção secundária, sendo necessário o desenvolvimento do fluxo de referência e contrarreferência, através do qual as informações e os usuários trafegam no sistema. As dificuldades encontradas nesse trajeto são definitivamente os entraves da integralidade. Superá-las e/ou amenizá-las, pode encurtar o caminho para a resolução das necessidades em saúde bucal [6,9].

Assim, uma grande demanda por serviços especializados odontológicos associada a uma baixa capacidade de oferta acaba por comprometer o estabelecimento de um adequado sistema de encaminhamento, como aponta a Organização Pan-americana de Saúde (2006) e consequentemente também comprometem a integralidade da assistência [10].

O processo de trabalho necessita estruturar-se coletivamente e não mais de forma hegemônica como antes. O foco da produção passou a ser o indivíduo e não mais a doença; como era anteriormente difundido, principalmente na área da odontologia, cujo padrão de formação profissional era tecnicista e curativista [11].

Desta forma, para que haja o alcance da integralidade, é necessária a organização do processo de trabalho dentro desses modelos.

A estruturação do sistema de referência e contrarreferência ainda está num estágio de pouco desenvolvimento tanto em relação aos seus possíveis sentidos teóricos, quanto no que se refere à efetivação e divulgação de experiências exitosas ou não, a qual têm importância crucial nesse processo [12].

Não obstante, problemas que dificultam a qualidade como a resistência a mudanças nas práticas profissionais e a não consideração da perspectiva dos usuários podem ser superados e melhores resultados obtidos através de um maior enfoque no tema processo de trabalho e mais investimento na capacitação dos recursos humanos [2].

A fim de verificar as dificuldades encontradas para a melhoria da qualidade nos serviços do SUS, o Ministério da Saúde tem desenvolvido algumas estratégias, entre elas encontra-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) [1].

O PMAQ-CEO surge com o objetivo de enfrentar o desafio de uma realidade que impõe limitações, visando qualificar a atenção especializada em odontologia, em que se verifica a necessidade de melhoria na estrutura física e ambiência dos CEO, onde há problemas com a qualidade dos materiais e insumos para o desenvolvimento das atividades profissionais, inadequadas condições de trabalho (gerando insatisfação) e rotatividade dos profissionais com precarização do vínculo, deficiências no processo de gestão, grande demanda pelo serviço com longo tempo de espera para o atendimento, ausência de protocolos clínicos para tratamento especializados, assim como de protocolos de referência e contrarreferência dos usuários entre os demais níveis de atenção (com a má integração entre os profissionais na rede) e finalmente, a insuficiência na disponibilidade de recursos financeiros [13].

Como fator limitante deste estudo, o baixo número de avaliações obtidas deve ser considerado, bem como sua baixa frequência durante o período avaliado. De pronto, sugere-se que houve uma

menor preocupação por parte dos profissionais em responder a ferramenta eletrônica. Porém esta perspectiva, foi antevista, pois antes da operacionalização do Portal foi avaliado o conhecimento da percepção sobre avaliação em saúde e suas expectativas em relação ao uso do portal CEO no qual apontou os piores resultados para este tipo de ator social [1]. Outro fator determinante para a menor frequência foi a ausência deste ator nas oficinas de implantação do Portal CEO e ainda o risco que este ator não fosse procurado/solicitado pelo gerente participante da pesquisa para repassar a tarefa (o que foi pactuado).

Considerações finais

Os resultados da análise do Portal CEO segundo os profissionais mostraram uma nota média geral de 7,94, demonstrando que os profissionais avaliaram positivamente os serviços. O componente Estrutura teve avaliação satisfatória, o que não aconteceu com o componente Processo, indicando a existência de problemas referentes ao processo de trabalho. Apesar deste resultado, a ferramenta foi subutilizada pelos profissionais de CEO, o qual já era previsto com base nos aspectos caracterizados ao início de sua utilização.

Este estudo chama a atenção para a importância do caráter reflexivo da avaliação e do seu potencial transformador da ferramenta, fazendo com que os atores sociais possam tomar decisões fundamentadas, repensem a sua prática e mudem de opinião, o que pode mostrar o caminho para a superação de problemas identificados, acarretando no melhoramento da qualidade do serviço ofertado.

Referências

1. Santos LX. *Avaliação Inicial do Uso de uma Ferramenta Webasad para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades odontológicas (CEO) em Pernambuco, 2014*. Recife.

Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva]. Universidade Federal de Pernambuco; 2015.

2. Vuori HV. A qualidade da saúde. *Divulgação em Saúde para Debate* 1991; 3: 17-24.
3. Machado FCA, Silva JV, Ferreira MAF. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Ciênc. Saúde Coletiva [internet]*. 2015; 20(4): 1149-63.
4. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Jr GA, Rosales MS. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28: 81-89.
5. Vasquez FL, Guerra LM, Vítor ES, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Meneghim MC, Pereira AC. Referência e contrarreferência na atenção secundária em odontologia em Campinas, SP, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 2014; 19(1): 245-255.
6. Saliba NA, Nayme JGR, Moimaz SAS, Cecilio LPP, Garbin CAS. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. *Rev. odontol. UNESP [online]*. 2013; 42(5): 317-323.
7. Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho e saúde. *Trabalho, educação e saúde*. 2003; 1(1): 75-91.
8. Borghi GN, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Guerra LM, Bulgareli JV, Pereira AC. A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia. *RFO UPF*. 2013; 18(2): 154-159.
9. Colussi CF, Calvo MCM. Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura. *Saúde & Transformação Social* 2012; 3(1): 92-100.

10. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa de Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(11): 2727-2739.
11. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli, A. Referência e Contrarreferência: Contribuição para a Integralidade em Saúde. *Cienc Cuid Saude* 2008; 7(1): 65-72.
12. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7: 401-12.
13. Oliveira RS, Moraes HMM, Goes PSA, Botazzo C, Magalhães BG. Relações contratuais e perfil dos cirurgiões-dentistas em centros de especialidades odontológicas de baixo e alto desempenho no Brasil. *Saúde Soc.* 2015; 24(3): 792-802.

Avaliação externa dos Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco

Josevan de Souza-Silva

Danilo Rodrigues de Souza Almeida

Nilcema Figueiredo

Avaliação externa em saúde bucal: onde estamos?

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), enquanto serviço, já foram amplamente caracterizados nos capítulos anteriores. Ante o exposto, cabe a este capítulo o diálogo entre a literatura especializada sobre o tema e os dados – agora informação – obtidos através de visitas *in loco* nos CEO do estado de Pernambuco.

No Brasil, as avaliações em saúde bucal entram na agenda nacional após a institucionalização do Programa de Melhoria ao Acesso e da qualidade (PMAQ), primeiramente com o específico na atenção Básica (AB) [1], o que contemplara as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica (PMAQ-AB), e só mais tarde apareceria a modalidade voltada ao serviço de atenção especializada em saúde bucal, nesse caso, o PMAQ-CEO [2].

Já as Avaliações Externas (AE) surgem institucionalizadas em paralelo a esses programas, uma vez que são uma das fases – dentre as quatro – do próprio PMAQ. São elas: 1) Adesão e Contratualização; 2) Desenvolvimento; 3) Avaliação Externa; e 4) Recontratualização [1].

Dentro desse contexto, as avaliações externas – no âmbito da atenção básica – despontam com o objetivo realizar o Censo de todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Brasil, que aderiram ou não ao PMAQ. No caso do PMAQ-CEO o Ministério da Saúde

determinou que a AE dos CEO deverá avaliar o serviço a partir de um instrumento-espelho ao que foi usado na subfase da autoavaliação (dentro da fase 2, explicitado no parágrafo anterior), sendo utilizado o instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade do CEO – AMAQ-CEO [1,2]. Assim, na avaliação externa dos serviços especializados de saúde bucal pelo PMAQ-CEO, buscou-se realizar a observação de aspectos referentes à infraestrutura do CEO, entrevistas com o responsável pela gerência do CEO, com um profissional e também com usuários.

O Portal CEO, por sua vez, ferramenta eletrônica outrora apresentado no capítulo segundo, também tem um papel protagonista na Avaliação dos CEO e sua história é paralela a do PMAQ-CEO, muito embora, diversos aspectos fazem diferenciar os dois. Seja sua origem, sendo o PMAQ institucionalizado e o Portal CEO vinculado à um grupo de pesquisa acadêmico; seja pelo *feedback* mensal que o Portal CEO emite para os serviços, com o escopo primordial de orientar as atividades conjuntas para impulsionar as tomadas de decisões com o objetivo de melhorar o serviço, e por consequente, o atendimento ao usuário.

Porquanto, esse capítulo terá o objetivo principal de apresentar a Avaliação externa dos CEO de Pernambuco que estão vinculados ao Portal CEO.

Os caminhos do método da avaliação externa via Portal CEO

Sabendo da importância de dar robustez às informações vinculadas às avaliações externas e tendo em mente a incipiência das atitudes avaliativas em saúde bucal, sobretudo na atenção secundária, buscou-se visitar cada serviço cadastrado no Portal CEO em Pernambuco, sendo assim entrevistado o Gerente do serviço, um (01) profissional do CEO e no mínimo dez (10) usuários (sendo essa última categoria apresentada no capítulo a seguir: Satisfação do Usuário), além da observação da estrutura do CEO.

A amostra reuniu 35 serviços dos 38 que estavam cadastradas à época no Portal CEO, tendo como pré-requisito o mínimo de 04 meses de operacionalização da ferramenta eletrônica pelo serviço, sendo realizada entre os meses de abril de 2015 e maio de 2016. Foram utilizados como instrumentos para coleta de dados três questionários, sendo os dois primeiros semelhantes aos respondidos na autoavaliação do Portal CEO e o terceiro voltado à observação da estrutura do serviço.

Para visitar os serviços, houve o apoio institucional da Secretaria Estadual de Saúde, através da Coordenadoria Estadual de Saúde Bucal, além do financiamento através do projeto denominado “*Avaliação de efetividade de uma ferramenta webased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)*”, edital PP-SUS APQ-0026-4.00/13. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, CCS-UFPE, sob o N° 399.931, em respeito às recomendações contidas na resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). As análises estatísticas foram realizadas através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17 e tabelados no Microsoft Office Excel.

Nesse sentido, a AE vai a campo para diminuir as incertezas da autoavaliação e de alguma forma, verificar *in loco* se as tomadas de decisões estão sendo realizadas via recomendação mensal do Portal CEO. Também, vai ao sentido contrário da avaliação prescritiva e puramente burocrática, sendo ela – a AE – dinâmica, uma vez que mais atores sociais estão interagindo e trocando saberes e contatos reais. Para além, a narração do avaliador externo pode dar outro olhar para os problemas de saúde bucal, já que se distancia do dado puramente secundário e imprime o empirismo na escrita.

Concordando com isso, Santos e Bezerra (2014) [3] em capítulo dedicado à análise crítica do PMAQ no livro “Produtivismo na Saúde” dizem que: “não analisar com profundidade as questões complexas que perpassam pela avaliação do serviço de saúde,

podem fazer cair as iniciativas avaliativas dentro da lógica produtivista, sendo essa, consequência do modelo capitalista, que transforma o serviço em empresas e usuários em clientes”. Por conseguinte, essa avaliação externa pretendeu dar ouvidos aos profissionais, gerentes e usuários, mesmo com as limitações do estudo quantitativo.

Por fim, é preciso fazer uma observação importante: a AE avaliou *in loco* 36 serviços, aplicando 03 questionários, distribuídos da seguinte forma: 36 questionários voltados para estrutura; 32 voltados ao gerente; e 31 voltados para o profissional. A diferença quantitativa entre gerentes, profissionais e quantidade de CEO pode ser explicada pelo esvaziamento do serviço em horário de trabalho, ou seja, quando não foi possível encontrar nem o gerente, nem o profissional.

Também se faz importante deixar claro que, nenhum ator social é imparcial, portanto a escrita aqui fincada estará baseada unicamente na procura incessante pela excelência da oferta do serviço, em outras palavras, procurando dar explicações e levantando hipóteses sobre as dinâmicas da atenção secundária em saúde bucal.

AE: o diálogo entre os dados, a literatura e a observação do avaliador externo

Gestão e gerência dos serviços

No Gráfico 01 verifica-se a análise da Gestão e Gerência do serviço, em que se procurou conhecer o perfil da gestão e gerência (se há coordenador de saúde bucal, gerência de CEO e o grau de comprometimento do secretário de saúde com as questões do CEO).

Foi observado que a maioria dos serviços possuíam coordenador de saúde bucal (96,9%), sendo que 43,6% não tinham formação para gerência e/ou gestão, muito embora 59,4% desses estavam ou fizeram algum curso de aperfeiçoamento em gestão nos últimos 12

meses. Outro dado relevante, é que cerca de 59,4 % assumiram o cargo há menos de 04 anos.

Todos os dados descritos acima e codificados no gráfico abaixo expressam o retrato dos cargos de gestão, que estão atrelados sobretudo à indicação política, como ratifica o dado de tempo em média de permanência de um gerente do CEO que coincide com o tempo de 01 mandato do executivo, ou seja, 04 anos.

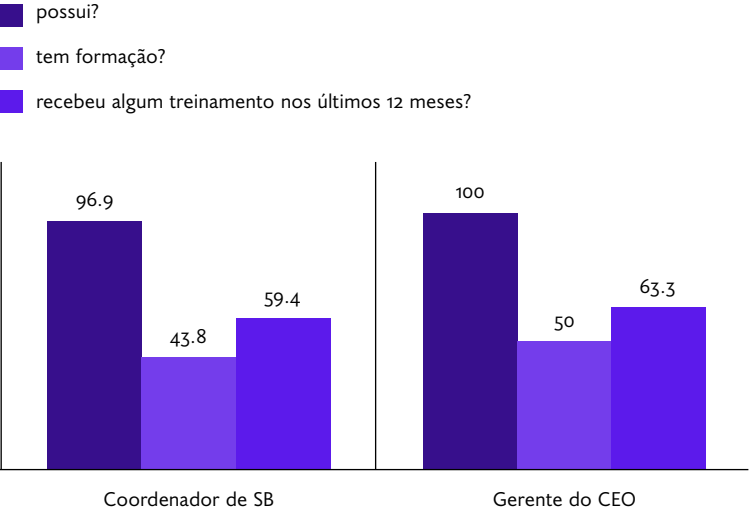
Apesar da indicação política para os cargos de coordenação de saúde bucal dos municípios e gerência de CEO, verificou-se que a maioria deles eram ocupados por Cirurgiões-Dentistas (CD) pós-graduados. É importante conhecer o perfil dos gestores, já que se fazem essenciais para a reorganização do modelo de atenção à saúde, por compreenderem as realidades locais e poderem assim executar ações que possam modificar esta realidade a favor da população [4,5].

No que se refere ao Gerente do CEO, o Gráfico 01 mostra que todos os serviços visitados possuíam um gerente, sendo que, 50% desses, não tinha formação para gerência. Outro fator importante é que parte dos Gerentes de CEO acumulavam a função de Coordenador Municipal de Saúde Bucal e profissional do serviço (50%). Ou seja, tal fato sugere uma dinâmica complexa no trabalho do Cirurgião-D, uma vez que os cargos de gestão parecem ser um apêndice do vínculo que o profissional já tem como especialista no serviço.

Tais achados contrastam a análise realizada por Lima e Castro (2016) [6], onde traçaram o perfil dos gerentes dos serviços de saúde da atenção básica de saúde, quando 69% dos gestores relataram ter pós-graduação *latu sensu*. Em vista disso, os autores defendem que o investimento na qualificação dos gerentes pode tornar um facilitador e, ao mesmo tempo, incentivador para a implantação de políticas de educação permanente. Já na atenção especializada em odontologia, Santos (2016) [4] avaliou a gerência do serviço e conceituou como satisfatória. Por sua vez, Costa e Araújo (2011) [7], em estudo que analisou as principais dificuldades do CD no campo

da Saúde Coletiva, concluíram que esses profissionais tinham deficiências no exercício profissional no setor público, principalmente nas atividades ligadas à gestão e planejamento, justificado pela falta de compromisso, despreparo e falta de interesse em lidar com a burocracia dos serviços de saúde ao exercerem atividades ligadas à gestão e gerência.

Gráfico 01 - Caracterização dos atores sociais da gestão e gerência dos CEO. Brasil, 2017



Fonte: Elaborado pelos autores.

Assim, é preciso reconhecer que, apesar das mudanças curriculares induzidas pelas novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do ensino Odontológico, o profissional da saúde bucal, muitas vezes não interioriza o conhecimento sobre a gestão de serviços públicos, outrossim, a formação ainda é concentrada no diagnóstico e no tratamento de doenças, reforçando ainda a visão biomédica, influenciada, portanto, pela raiz liberal do trabalho [8,9].

Ainda se faz necessário compreender o processo formativo desses gestores, resultante de uma formação caracteristicamente biomédica e odontocentrada, não contribuindo para o desenvolvimento de competências e entendimentos do campo da saúde coletiva, como planejamento, gestão e avaliação, minimizando atuação na administração dos CEO. Para superar esta realidade, sugere-se o desenvolvimento de atividades de educação permanente, assim como o reconhecimento de outras categorias que são egressos de graduações com perfil para gestão, como o bacharelado em Saúde Coletiva/Pública, uma vez que existe um arcabouço teórico e robustez nas práticas, tornando-se imprescindível a presença desse ator social nos serviços de saúde, protagonizando mudanças que o “campo” requer em seu cotidiano [6].

Gestão de pessoas

Colaborando com os dados encontrados no tópico anterior, mais da metade dos municípios não tinham um Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos (PCCV) que abrangesse os profissionais da atenção especializada, muito embora recebam algum tipo de gratificação (53%), como mostra a Tabela 01. Parte desses profissionais já recebem o bônus salarial, graças ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas – já falado nesse capítulo – que pode acoplar ao salário uma porcentagem específica para cada nível de qualidade do serviço.

Outro dado relevante é que apenas 40,6 % dos CD dos CEO tinham vínculos estatutário com o serviço, enquanto que os demais variavam desde contratos temporários aos mais diversos vínculos precários de trabalho. Essa informação dialoga com os achados no estudo de Machado (2005), onde na atenção básica a maioria dos CD são contratados via prestação de serviço/autônomo, sobretudo nos municípios menos de 50 mil habitantes. Um dado importante é que 47% dos CD tem contrato precário, sendo considerados os

contratos temporários, comissionados e os chamados sem “vínculos formais”. O que não difere do contexto de outras profissões da saúde, já que os efeitos da flexibilização contratual no SUS gerou mais de quinhentas mil situações de trabalho em condições precárias, contrariando a constituição, assim como, levando a insegurança à prestação do serviço [10,11].

Tabela 01 – Gestão de Pessoas dos CEO de Pernambuco segundo a Avaliação Externa do Portal CEO. Brasil, 2017.

	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Recebem alguma Gratificação?	17	53,1	14	46,9	32	100
Existe PCC?	13	40,6	19	59,4	32	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Diante desse contexto de manifestação dos vínculos flexíveis de trabalho no campo da saúde, em particular, no núcleo da saúde bucal, faz-se necessário um aprofundamento dessa discussão. Afinal, o modo de trabalho flexibilizado tem sido uma preocupação mundial, com nítidas repercussões no Brasil, principalmente após a década de noventa, quando os pressupostos da política neoliberal alicerçada no processo de desregulamentação dos mercados de capitais e do trabalho se fortaleceram [12,13].

Nesse sentindo, entende-se como flexibilização um processo que tem condicionantes macroeconômicos e sociais derivados de uma nova fase de mundialização do sistema capitalista. Porém, esse tipo de fenômeno não só contamina a economia, mas a sociedade em conjunto, inclusive o mundo do trabalho, sendo ela – a flexibilização – observada no mercado de trabalho, nas leis trabalhistas e nos sindicatos, sobretudo nos novos padrões de gestão de trabalho [14]. Já a precarização do trabalho pode ser considerada

como o mais alto grau praticável da flexibilização, com o único e absoluto intuito de aumentar as perspectivas de acumulação lucrativa do capital [12,13,15].

A precarização compreende, portanto, um processo social constituído pela amplificação e institucionalização da instabilidade e insegurança nas organizações do trabalho, onde a subcontratação e/ou terceirização ocupa lugar central em detrimento do papel do Estado Regulador do mercado de trabalho e da proteção social, através de legislações do trabalho e previdência. Em outras palavras, a precarização estaria ligada não apenas à ausência de direitos trabalhistas ou previdenciários, mas também, com a instabilidade temporal dos vínculos, além dos baixos salários [12-14].

Critérios organizacionais

Foi possível observar que metade dos serviços recebe demanda espontânea (50%), e além disso, 71,9% deles dão a responsabilidade da marcação para o usuário, mostrando a ausência de um sistema integrado de informação entre as atenções de cuidado, além de ser um fator dificultador para o usuário. Convergindo para o aumento da dificuldade ao acesso, as consultas em 46,9% dos serviços não são por hora marcada, ou seja, o usuário precisa perder um turno inteiro de trabalho e/ou de outros afazeres, contribuindo assim para a evasão.

A Tabela 02 caracteriza os critérios organizacionais do CEO e leva em consideração a média do último mês disponível de cada serviço. Também é preciso deixar claro que a análise da fila de espera desse serviço não pretende dar um olhar positivista com vistas ao produtivismo na saúde, pelo contrário, pretende entender melhor a demanda e a oferta no serviço com o único objetivo de tornar o CEO mais resolutivo.

Ante o exposto, podemos observar que as especialidades que menor têm profissionais são a Estomatologia, Periodontia e Cirurgia.

Em contraste, a Endodontia tem o maior número de profissionais e paradoxalmente possui o menor índice de tratamento concluídos, além do segundo maior índice de evasão.

Tabela 02 – Organização dos recursos Humanos, fila de espera e faltas à consulta nos CEO de Pernambuco segundo a Avaliação Externa do Portal CEO. Brasil, 2017.

Especialidades		Estomatologia	Periodontia	Cirurgia	Endodontia	Pac. Espec.
n		32	32	32	32	32
Nº de profissionais	Min	0	0	0	0	0
	Max	12	12	12	24	8
	Média	2,22	3,59	3,64	7,18	2,7
	Desvio Padrão	2,66	2,62	3,1	5,5	2,0
Usuários que entraram no serviço	Min	0	1	0	5	1
	Max	99	158	239	200	156
	Média	46,25	61,53	70,75	73,06	51,63
	Desvio Padrão	42,467	40,231	50,195	44,268	42,639
Tiveram o tratamento concluído	Min	0	0	0	0	0
	Max	99	158	145	99	165
	Média	59	51,25	59,16	48,50	54,22
	Desvio Padrão	44,907	46,820	43,886	39,759	48,743
Faltaram ao Agendamento	Min	0	0	0	0	0
	Max	99	99	99	99	99
	Média	51,69	42,84	45,13	46,19	40,78
	Desvio Padrão	47,936	43,176	45,959	43,760	45,415

Fonte: Elaborada pelos autores.

Nota-se que não existe um protocolo clínico padronizado para as ações endodônticas nos CEO. Tal ausência pode explicar o menor índice de tratamentos concluídos, uma vez que o tratamento é realizado – quase sempre – em múltiplas sessões. Muito embora existam protocolos que diminuem o número de sessões no tratamento endodôntico, como por exemplo, o sistema rotatório Protaper, que tem menor tempo clínico, se comparado aos manuais. Assim, com aproximadamente metade do tempo de trabalho, tornando a terapia mais ágil, proporcionando vantagens para o CD, sessões curtas aos usuários e atribuindo mais conforto no tratamento [16,17].

Quanto à evasão do usuário na especialidade de Endodontia, pode-se notar um alto percentual, e, a partir disso, sugerir-se que a fila de espera dessa especialidade seja grande, enquanto a de Cirurgia, menor, portanto, mais resolutive, assim podendo haver uma migração natural entre as especialidades. Em outras palavras, o encaminhamento da Atenção Básica para o CEO ditava o tratamento endodôntico, mas pela dinâmica da fila de espera para essa especialidade o usuário não conseguiu manter o dente na boca, podendo optar por um tratamento mais imediatista, reforçando o perfil biomédico e odontocentrado do Cirurgião-Dentista [18].

Quanto à relação de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e a especializada, vê-se que 29% desses serviços não garantem a contrarreferência dos usuários. A Tabela 03 ainda mostra que quase metade (45,1%) dos usuários encaminhados para atenção especializada pela atenção básica chegam clinicamente despreparados.

Para corroborar esse resultado, na visão dos profissionais, a especialidade que se destaca no encaminhamento “não ideal” é a endodontia (45%). Nesse sentido, confirma a necessidade de um protocolo de tratamento específico para essa especialidade e a inserção de técnicas rotatórias [16,17], visto sua problemática nas filas de espera, evasão e encaminhamento incorreto.

Tabela 03 – Aspectos sobre o processo de trabalho dos CEO de Pernambuco segundo a Avaliação Externa do Portal CEO. Brasil, 2017.

	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Recebe o referenciamento correto?	28	90,3	3	9,7	31	100
Clinicamente preparado?	17	54,8	14	45,1	31	100
Garantia de contrarreferência?	22	71	9	29	31	100

Fonte: Elaborado pelos autores.

Sabe-se, pois, que essa dinâmica de não garantia de referenciamento clínico correto, de contrarreferenciamento e das filas de espera demasiadas geram por si sozinhas a falta de integralidade nas ações de saúde bucal ofertadas por esse serviço, em outras palavras, uma interface não ideal [19].

A interface ideal entre atenção primária e secundária em saúde bucal se daria por meio de quatro características: a) acesso indiscriminado e sem barreiras à atenção especializada após encaminhamento; b) sistema de referência, em que todo serviço não disponível na atenção primária é ofertado na atenção secundária; c) encaminhamento ágil e adequado, com contrarreferência para a atenção primária ao final do tratamento especializado; d) retorno facilitado ao nível secundário sempre que necessário [20].

Entende-se que o modo de implantação dos CEO em Pernambuco não tem um sentido lógico, nem normativo, uma vez que não necessariamente as cidades sedes de região de saúde sediaram o serviço de saúde bucal especializado, tampouco há uma avaliação da Atenção Básica da cidade que vai receber o CEO – mesmo sabendo que AB é a coordenadora do cuidado.

Sobre essa lacuna, faz-se necessário saber que a implantação de CEO em municípios nos quais a AB não está adequadamente estruturada não é recomendada. A atenção secundária estaria exposta às pressões da livre demanda e à execução de procedimentos típicos de atenção primária, desviando-se do seu objetivo central, conforme a atual política nacional, de garantir a integralidade na saúde bucal, oferecendo procedimentos de maior densidade tecnológica [19].

Controle social e financiamento

Quanto ao controle social, este estudo mostra que grande parte dos gerentes dos CEO (43,8%) não avaliam a satisfação dos usuários, oposto aos resultados encontrados pelas avaliações nos módulos direcionados aos Gerentes, onde mais de 70% dos gerentes de CEO afirmara utilizar mecanismos para realizar monitoramento do grau de satisfação dos usuários (capítulo 09). Deve-se preconizar a participação do usuário nas avaliações, uma vez que esta participação pode modificar as práticas de saúde tornando-as mais humanas, acolhedoras e resolutivas [4,21].

A Tabela 04 parece mostrar que existe um desconhecimento por parte dos gerentes sobre o financiamento dos CEO, além disso, muitos dos coordenadores de saúde bucal (40,7%) não participam ativamente do controle orçamentário do município. Esse dado é alarmante, uma vez que ressignifica o papel do Coordenador de Saúde Bucal, dando para ele o status de gerente, sem poder de gestão e tomada de decisão orçamentária.

Também é possível observar que praticamente inexistente a contrapartida financeira estadual aos serviços, concordando com as avaliações pelos gerentes de CEO (capítulo 09), ou seja, sem a premissa do modelo de financiamento tripartite pode-se acarretar no comprometimento do desempenho dos serviços [4,5].

Tabela 04 – Caracterização do Controle social e Financiamento dos CEO de Pernambuco segundo a Avaliação Externa do Portal CEO. Brasil, 2017.

	Sim		Não		Não sabe		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Avaliação de sugestões dos usuários pela gerência de CEO	31	96,9	1	3,1	-	-	32	100
Monitoramento do grau de satisfação dos usuários pela gerência de CEO	18	56,3	14	43,8	-	-	32	100
Recebimento de contrapartida financeira federal	17	53,1	6	18,8	9	28,2	32	100
Recebimento de contrapartida financeira do estado	3	9,4	18	56,3	11	34,4	32	100
Controle do orçamento pela coordenação de saúde bucal	19	59,4	13	40,7	-	-	32	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Avaliação e monitoramento das ações do CEO

Nesse Componente de Qualidade é possível perceber os reflexos da ausência de reuniões em conjunto no serviço, uma vez que a maioria dos serviços (65,6%) não planejam metas. Muito embora, os dados sugerem que 65,6% dos serviços avaliam a produção do CEO (Tabela 05). Porém, o resultado satisfatório para o componente Avaliação e monitoramento parece indicar o uso da avaliação pelos serviços, o que é um aspecto positivo, mas espera-se que esse processo possa amadurecer no interior das instituições conduzindo a uma maior reflexão e diálogo em um momento posterior de avaliação das ações [4].

Chama-se a atenção para a importância do caráter reflexivo da avaliação e do seu potencial transformador, fazendo com que os atores sociais possam tomar decisões fundamentadas, repensar a sua prática e mudar de opinião [4,23].

Tabela 05 – Avaliação e Monitoramento das Ações dos CEO de Pernambuco segundo a Avaliação Externa. Brasil, 2017.

	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Avaliação da produção	21	65,6	11	34,4	32	100
Planejamento de metas	11	34,4	21	65,6	32	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Estrutura do serviço

Os dados aqui apresentados farão uma análise comparativa entre a avaliação estrutural realizada pelo observador *in loco* e as perguntas voltadas ao tema de estrutura para os profissionais e gerentes do serviço.

A Tabela 06 levou em consideração os seguintes aspectos para classificar “condições físicas”, foram elas: iluminação; ventilação, ou seja, a circulação de ar; conservação de pisos, paredes e teto; instalações elétricas; portas; extintor; janelas; instalações físicas e equipamentos de procedimentos, como consta na regulamentação sanitária; disposição de resíduos líquidos e sólidos; e abastecimento de água.

Isto dito, em geral, a estrutura mostra-se em condições satisfatórias, com uma tendência para aspectos regulares pela avaliação do observador externo. Muito embora, sabe-se que o melhor desempenho não estará associado à estrutura ou densidade tecnológica do CEO. Em outras palavras, uma boa estrutura não implicará necessariamente em um bom processo ou resultado, tampouco a integridade e integralidade do serviço [4, 23]. Apesar da boa estrutura na visão desses atores, ela não garante a resolutividade na maioria das especialidades ofertadas, vide a fila de espera e a taxa de evasão alta, apresentadas nesse capítulo.

No que se refere à presença ou não de materiais e equipamentos no CEO, pode-se afirmar que 100% dos serviços possuem equipamentos odontológicos completos, canetas odontológicas de alta e baixa rotação. Porém, o fato que chama mais atenção é que 74,3% dos serviços não possuem barreira protetora de chumbo ou em alvenaria nos espaços de execução de radiografias odontológicas.

As Diretrizes de Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico Médico e Odontológico estabelecem parâmetros para construção de ambientes que empregam os Raios-X ou aparelhos de diagnósticos [24]. Apesar da dose pequena de radiação que o Raios-X intra-oral odontológico pode emitir, o contato em longos períodos pode ser prejudicial, uma vez que o efeito radioativo é acumulativo. Outro complicador é a existência de serviços que não usam protetor de tireóide durante os exames radiográficos nos seus usuários. Já se sabe, inclusive, que a ausência do protetor de tireóide pode favorecer o aparecimento de tumores de glândulas salivares e na própria tireóide, uma vez que são órgãos sensíveis e ficam desprotegidas durante o exame [25].

Tabela 06 – Condições Físicas dos CEO de Pernambuco segundo a Avaliação Externa. Brasil, 2017.

	Bom		Regular		Ruim		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Avaliador externo	16	45,7	16	45,7	3	8,6	35	100
Profissional	16	51,6	12	38,7	3	9,7	31	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Cerca de 23% dos serviços não são adaptados para Pessoa com Deficiência. Tal configuração retrata uma realidade contraditória, uma vez que o serviço oferece a especialidade de Pacientes Especiais,

para além, contraria ainda as determinações da Política Nacional de Pessoa com Deficiência [26].

Tabela 07 – Materiais e equipamentos do Centro de Especialidades Odontológicas de Pernambuco. Brasil, 2017.

Materiais/Equipamentos	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cadeira Odontológica	33	94,3	2	5,7	35	100
Equipo Completo	35	100	-	-	35	100
Unidade Auxiliar	34	97,1	1	2,9	35	100
Refletor	35	100	-	-	35	100
Mocho	35	100	-	-	35	100
Compressor	35	100	-	-	35	100
Baixa Rotação e Contra-ângulo	35	100	-	-	35	100
Alta rotação	35	100	-	-	35	100
Fotopolimerizador	31	88,6	4	11,4	35	100
Estufa	12	34,3	23	65,7	35	100
Autoclave	33	94,3	2	5,7	35	100
Amalgamador	31	88,6	4	11,4	35	100
Jato de bicarbonato	30	85,7	5	14,3	35	100
Aparelho Raio-x Odont.	34	97,1	1	2,9	35	100
Avental de chumbo	34	97,1	1	2,9	35	100
Protetor para tireóide	30	85,7	5	14,3	35	100
Barreira protetora de radiação	9	25,7	26	74,3	35	100
Câmara escura/ sala ou portátil	30	85,7	5	14,3	35	100
Negatoscópio	34	97,1	1	2,9	35	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Quanto ao suprimento, abastecimento e qualidade dos insumos dos CEO, a Tabela 08 mostra um cenário bastante parecido nas

percepções dos gerentes e profissionais. Muito embora, a avaliação do gerente, em geral, parece ser um pouco mais otimista.

Tabela o8 – Análise comparativa entre a percepção dos gerentes e profissionais sobre suprimento e abastecimento nos CEO de Pernambuco segundo a Avaliação Externa. Brasil, 2017.

	Gerente								Profissional							
	Bom		Regular		Ruim		Total		Bom		Regular		Ruim		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
EPI	26	81,3	6	18,8	-	-	32	100	21	67,7	7	22,6	3	9,7	31	100
Material de Consumo	22	68,8	8	25	1	6,2	32	100	21	67,7	9	29	1	3,2	31	100
Instrumentos Odontológicos	25	78,1	7	21,9	-	-	32	100	20	64,5	7	22,6	4	12,9	31	100
Equipamentos Periféricos	24	75	8	25	-	-	32	100	24	77,4	6	19,4	1	3,2	31	100
Impressos	23	71,9	6	18,8	3	9,4	32	100	21	67,7	9	29	1	3,2	31	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tais fatores sugerem que não se justifica a ausência de atendimento nos serviços por falta de material de consumo/insumos e instrumentais, uma vez que os serviços parecem ser abastecidos com qualidade. E reforça ainda mais que a qualidade do serviço não se relaciona diretamente com a estrutura disponível [4,23].

Considerações finais

Apesar da indicação política, a maioria dos cargos de gestão eram ocupados por Cirurgiões-Dentistas, onde metade deles não tinham formação para gestão/gerência. É notada a existência da flexibilização nos processos de trabalho no CEO, já que a maioria dos serviços tinham CD vinculados com sub-acordos de trabalho, sejam eles temporários ou precarizados.

Apareceram vários fatores dificultadores que podem favorecer a falta de integralidade nas ações do CEO, foram eles: alta taxa de evasão, falta de garantia de contrarreferência e referenciamento clínico não adequado. A especialidade de Endodontia parece ser o nó crítico dentro desse aspecto, uma vez que tem o maior número de profissionais, porém a maior procura, a maior fila de espera, a segunda menor resolutividade e o maior número de referenciamento não adequado.

O grau de satisfação do usuário não é levado em consideração, podendo causar um prejuízo na montagem das práticas de cuidado. Para além, a figura do Coordenador de Saúde Bucal parece ter um papel mais de gerência do que de gestão propriamente dita, uma vez que esse ator não pode tomar decisão, não tem autonomia gestora e nem financeira. Em geral, a estrutura parece ser satisfatória, porém, alguns dados são alarmantes, como os problemas sérios de adequação de sala de Raio-X e falta de acessibilidade para pessoa vivendo com alguma deficiência, em parte dos serviços.

Tudo isto posto, pode-se dizer que as dificuldades encontradas não são estruturais, estando muito mais relacionadas ao processo e organização do trabalho, ao acesso aos serviços e a problemas na referência-contrarreferência, como debatido anteriormente. De uma maneira geral, os aspectos mais críticos parecem estar relacionados aos componentes Gestão de Pessoas, Critérios Organizacionais e Controle Social e Financiamento, ou seja, aparentemente todos os serviços demonstram dificuldades a nível de organização do

processo de trabalho. Estes resultados corroboram com as avaliações dos módulos direcionados ao Gerentes realizadas via remota.

A partir dos dados encontrados e aqui discutidos, este capítulo pretendeu contribuir para o debate no campo da avaliação, não, portanto, com o objetivo de esgotar os argumentos sobre o mesmo, pelo contrário. Para além, esse estudo é direcionado para os gestores e profissionais do serviço, para que o mesmo sirva de base para reflexões sobre o processo de trabalho e a prática odontológica dentro do SUS, em particular, nos serviços especializados de odontologia.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); manual instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 62p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 261, de 21 de fevereiro de 2013. *Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal*.
3. Santos, WS, Bezerra, AFB. Programa de Melhoria ao Acesso e Qualidade da Atenção Básica: Reflexões à Luz da Teoria Anti-utilitarista. In: Martins PH, Falangola A, Silva AS, Sousa IC (coord.). *Produtivismo na Saúde*. 1.ed. Recife: Editora UFPE, 2014. 81p.
4. Santos LX. *Avaliação inicial do uso de uma ferramenta eletrônica webased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em Pernambuco*, 2014. Recife. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Federal de Pernambuco; 2015.

5. Martelli PJJ. *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*. Recife. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2010.
6. Lima RRT, Castro JL. Estudo acerca do perfil: uma contribuição para as políticas de valorização profissional. In: Castro JL, Vilar RLA, Oliveira NHS. *As trilhas e os desafios da gestão do trabalho e da educação na saúde*. 1.ed. Natal: Una; 2016. p. 129-147.
7. Costa ICC, Araújo MNT. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público. *Ciência & saúde coletiva* 2011; 16(publ.1): 1181-1189.
8. Freitas SFT, Calvo MCM, Lacerda JT. Saúde coletiva e novas diretrizes curriculares em odontologia: uma proposta para graduação. *Trab. educ. saúde* [online] 2012; 10(2): 223-234.
9. Moysés SJ. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. *Revista da ABENO* 2001; 4(1): 30-7.
10. Brasil. Ministério da Saúde. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Programa Saúde da Família: flexibilidade e precarização no trabalho*; Núcleo de Estudos em Saúde Bucal Coletiva, Observatório RH NESC/UFRN. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
11. Machado MH. Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: Lima NT (coord.). *Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS*. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 70p.
12. Oliveira RS. *Precarização e intensificação do trabalho na atenção à saúde bucal: um estudo com cirurgiões-dentistas dos centros de especialidades odontológicas*. Recife. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Federal de Pernambuco; 2010.

13. Oliveira RS, Morais HMM, Goes PSA, Botazzo C, Magalhães BG. Analysis of contractual relations and profile of dentista t dental specialty centers of low and high performance in Brazil. *Saúde Soc.* 2015; 24(3): 792-802.
14. Druck G, Thébaud-Mony A. Terceirização: a erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil In: Druck G, Franco T (orgs.). *A perda da Razão Social do Trabalho: Terceirização e Precarização*. 1 ed., São Paulo: Boitempo, 2007.
15. Mészáros I. O desafio e o fardo do tempo histórico: o socialismo no século XXI. *Boitempo*, 2007
16. Campos AP. *Estudo comparativo na utilização de limas manuais e limas protaper nos casos de retratamento e tratamento endodôntico*. Porto Velho. Dissertação [Mestrado em Odontologia] – Universidade de São Lucas. 2015
17. Cohen S, Averbach RE, Bentkover SK, Brown CE, Burns RC, Camp JH. *Caminhos da Polpa*, 10ª ed. (Português). Editora Guanabara Koogan S.A, Rio de Janeiro, p. 807-866, 2012
18. Botazzo C. *Diálogos sobre a boca*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, p. 92, 2013
19. Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev Saude Publica* 2010; 44(6): 1005-1013.
20. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *British Dental J.* 2001; 191(12): 666-70.
21. COSTA GD. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2008; 18(4): 705-726.

22. Silva RS; Brandão D. Construção da capacidade avaliativa em organizações da sociedade civil. *Instituto Fontes* 2003.
23. Vuori HV. A qualidade da saúde. *Divulgação em Saúde para debate* 1991; 3; 17-24.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 453, de 01 de junho de 1998. *Institui, as Diretrizes de Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico Médico e Odontológico*.
25. Guerra NOM. *Avaliação da dose na tireóide e nas glândulas salivares em radiologia odontológica utilizando dosimetria termoluminescente*. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Energia Nuclear] – Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2011.
26. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência*. Brasília, 2010. 60p.

Análise da satisfação dos usuários de Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco

Edvaldo Florêncio de Araújo Filho

Danilo Rodrigues de Souza Almeida

Bruno Gama Magalhães

Raquel Santos de Oliveira

Nilcema Figueiredo

Neste capítulo serão abordados os resultados da avaliação da satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) do estado de Pernambuco que ocorreu durante a execução da avaliação externa da pesquisa “*Avaliação de efetividade de uma ferramenta webbased para planejamento, gestão, e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)*”. Este trabalho contribui ao cenário bibliográfico em saúde bucal à temática estudos sobre estudos relativos ao CEO, representando tema de grande relevância política, econômica e social.

A satisfação do usuário de serviços de saúde

A avaliação dos serviços de saúde é entendida como recurso que favorece o processo de tomada de decisões e ações dos gestores em saúde através de melhor entendimento da realidade estudada [1].

Para Oliveira et al. (2015) [2], os constantes estudos de monitoramento da qualidade da atenção à saúde devem ser realizados para garantir o bom funcionamento dos serviços. Uma das formas de pôr em prática esse monitoramento é com a avaliação do grau de satisfação dos usuários. A obtenção de informações acerca da satisfação ou da insatisfação dos usuários e as razões que levaram uma a outra são elementos essenciais para orientar qualquer ação na direção da garantia da qualidade.

Quando o vocábulo satisfação é usado, refere-se ao atendimento dos desejos, das necessidades e das expectativas dos usuários que fazem parte de uma comunidade, no intuito de que todos os questionamentos sejam de fato atendidas e traduzidas em ofertas de ações e serviços, ou seja, tal sentimento traz um julgamento sobre as características dos serviços e, portanto, sobre sua qualidade [3].

Moimaz et al. (2010) [4] afirmaram que diversos estudos têm sido realizados, buscando avaliar o grau de satisfação de usuários dos serviços de saúde. Um dos principais pontos discutidos nesse caminho é a crescente e cada vez mais consensual opinião de que a maioria das ações de saúde não tem levado em consideração a concordância e a aceitação do paciente.

A satisfação do usuário do serviço de saúde possui natureza multidimensional, ou seja, o indivíduo pode estar satisfeito com um ou mais aspectos de um serviço e/ou consulta e simultaneamente estar insatisfeito com outras dimensões do serviço. Dessa maneira, o grau de satisfação alcançado reflete um conjunto de fatores que extrapolam o âmbito eminentemente clínico, perpassando por dimensões tais como estrutura do ambiente, processo da prestação do serviço (atendimento) e resultados obtidos com o tratamento, conforme preconizado pelo modelo Donabedian [5]. Assim, a melhor maneira de se avaliar a qualidade do cuidado é utilizar um instrumento que contemple indicadores representativos das três dimensões, de modo que os resultados consigam refletir os efeitos de todos os insumos do cuidado, podendo servir de indicador para a avaliação indireta da qualidade tanto da estrutura quanto do processo [6].

A satisfação do usuário é perseguida pelos profissionais do serviço, pesquisadores e gestores. Alguns fatores parecem comuns a todos os cenários, como viver próximo ao Centro de Saúde e ter menor remuneração. Os usuários geralmente demonstram maiores índices de satisfação em relação a médicos e menores em relação a exames; geralmente, a insatisfação se relaciona à medicação

fornecida nas unidades ou na demora em serviços de propedêutica. Mesmo em relação aos profissionais de saúde, a maioria das queixas se refere a problemas de comunicação, e menos em relação a sua competência profissional [7].

O papel do usuário como protagonista do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria do serviço. Assim, é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento [8].

A avaliação da satisfação dos usuários dos CEO de Pernambuco

Foram entrevistados 91 usuários coletados de 26 CEO, distribuídos em 23 municípios de Pernambuco durante a Avaliação Externa do Porta CEO. Como resultado dos dados demográficos, obtivemos que 82,4% dos entrevistados foram do sexo feminino, 60,4% com idades variando de 31 a 50 anos, 40,7% possuem o segundo grau completo e em sua maioria casados (50,5%). Com relação aos indicadores socioeconômicos de renda, observou-se que mais da metade da amostra é composta por indivíduos com renda mensal menor que dois salários mínimos (63,7%), que fazem parte de famílias com renda total superior ou igual a dois salários mínimos (50,5%), e moram em casas próprias (73, 6%) (Tabela 01).

Quando distribuimos o número de usuários por especialidades odontológicas dentro dos CEO, foi observado que mais da metade (52,7%) dos atendimentos são de procedimentos endodônticos, seguidos por periodontia (19,8%) e cirurgia (16,5%) (Tabela 02).

A avaliação do grau de satisfação do usuário do CEO corresponde a várias dimensões avaliadas. Quanto a Disponibilidade dos serviços, a obtenção da vaga é considerada muito fácil/fácil para 49,4% dos entrevistados. Os participantes consideram curto/muito curto o intervalo entre as consultas (44%) e o tempo de espera (47,2%). Para a dimensão “resolutividade” 97,8% acreditam que seu

problema foi resolvido e 89% dos usuários estão satisfeitos com a aparência dos dentes tratados (Tabela 03).

Tabela 01 – Frequência das variáveis independentes (sexo, idade, residência/local de moradia, estado marital, renda do respondente, renda familiar, casa/tipo de moradia, escolaridade) dos usuários dos CEO de Pernambuco. Análise de Satisfação dos Usuários. Brasil, 2015.

Variáveis independentes	Total	
	n	%
Sexo		
Masculino	16	17,6
Feminino	75	82,6
Total	91	100,0
Idade		
18 – 30 anos	21	23,1
31 – 50 anos	55	60,4
Acima de 51 anos	15	16,5
Total	91	100,0
Estado Marital		
Solteiro (não mora com ninguém)	37	40,7
Casado (mora com alguém)	46	50,5
Divorciado/separado	4	4,4
Viúvo	4	4,4
Total	91	100,0
Renda do respondente		
≤ 2 Salários Mínimos (SM)	18	19,8
> 2 SM	58	63,7
Sem renda	15	16,5
Total	91	100,0
Renda Familiar		
≤ 2 SM	46	50,5
> 2 SM	41	45,1
Sem renda	4	4,4
Total	91	100,0

Variáveis independentes	Total	
	n	%
<i>Casa/tipo de moradia</i>		
Alugada	12	13,2
Emprestada	4	4,4
Cedida	4	4,4
Própria	67	73,6
Própria/Financiada	4	4,4
Total	91	100,0
<i>Escolaridade</i>		
Analfabeto	6	6,6
1º grau incompleto	19	20,9
1º grau completo	8	8,8
2º grau incompleto	9	9,9
2º grau completo	37	40,7
Universidade incompleta	7	7,6
Universidade completa	2	2,2
Pós-graduação	3	3,3
Total	91	100,0

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 02 – Distribuição dos usuários por especialidades ofertadas pelos CEO de Pernambuco. Análise de Satisfação dos Usuários. Brasil, 2015.

Especialidade	Total	
	n	%
Cirurgia	15	16,5
Endodontia	48	52,7
Pacientes Especiais	2	2,2
Periodontia	18	19,8
Prótese	4	4,4
Não relacionada	4	4,4

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 03 – Disponibilidade dos serviços e resolatividade na satisfação dos usuários dos CEO de Pernambuco. Análise de Satisfação dos Usuários. Brasil, 2015.

Dimensão de qualidade	Satisfação dos usuários					
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Dimensão 1 – Disponibilidade dos serviços</i>						
Obtenção de vaga	Muito Fácil 9 (9,9)	Fácil 36 (39,5)	Nem difícil nem fácil 13 (14,3)	Difícil 22 (24,2)	Muito Difícil 11 (12,1)	Total 91 (100)
Intervalo entre consultas	Muito Longo 8 (8,8)	Longo 14 (15,4)	Nem longo nem curto 29 (31,8)	Curto 35 (38,5)	Muito Curto 5 (5,5)	Total 91 (100)
Tempo de espera	Muito Curto 5 (5,5)	Curto 38 (41,7)	Nem longo nem curto 26 (28,6)	Longo 14 (15,4)	Muito Longo 8 (8,8)	Total 91 (100)
<i>Dimensão 2 – Resolatividade</i>						
Resolatividade do problema	Não resolvido 1 (1,1)	Mal resolvido 1 (1,1)	Resolvido 13 (14,3)	Resolvido 44 (48,3)	Muito bem resolvido 32 (35,2)	Total 91 (100)
Aparência dos dentes tratados	Totalmente Satisfeito 18 (19,8)	Muito Satisfeito 22 (24,2)	Satisfeito 41 (45,0)	Um pouco Satisfeito 8 (8,8)	Insatisfeito 2 (2,2)	Total 91 (100)

Fonte: Elaborada pelos autores.

Considerando o ambiente físico do serviço e limpeza os CEO foram bem avaliados. A recepção ou sala de espera foi considerada boa/excelente por 90,1% dos usuários, consultório por 90,7% e os banheiros por 87%. Quando se tratou de confortabilidade, 71,4% dos usuários se mostraram confortáveis dentro dos centros (Tabela 04).

Na temática relações humanas, o tratamento prestado pelos profissionais da recepção e outros profissionais de saúde mostraram bom/excelente para 87,9% e 94,8% dos entrevistados, respectivamente. Analisando o grau de atenção prestado pelo cirurgião-dentista, 97,8% se mostraram satisfeitos (conceito bom/excelente) e confiam no trabalho do profissional (Tabela 04).

Tabela 04 – Ambiente físico do serviço-limpeza e relações humanas na satisfação dos usuários dos CEO de Pernambuco. Análise de Satisfação dos Usuários. Brasil, 2015.

Dimensão de qualidade	Satisfação dos usuários					
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Dimensão 3 – Ambiente físico do serviço-limpeza</i>						
Limpeza da sala de espera	Excelente 37 (40,6)	Boa 45 (49,5)	Regular 6 (6,6)	Ruim 2 (2,2)	Péssima 1 (1,1)	Total 91 (100)
Limpeza do consultório	Péssima 0 (0)	Ruim 0 (0)	Regular 3 (3,3)	Boa 51 (56,1)	Excelente 37 (40,6)	Total 91 (100)
Limpeza dos banheiros	Excelente 24 (44,4)	Boa 23 (42,6)	Regular 5 (9,3)	Ruim 2 (3,7)	Péssima 0 (0)	Total 54* (100)
Conforto no serviço	Desconfortável 6 (6,6)	Um pouco confortável 20 (22,0)	Confortável 42 (46,1)	Muito confortável 13 (14,3)	Totalmente Confortável 10 (11,0)	Total 91 (100)
<i>Dimensão 4 – Relações humanas (relação com profissionais de saúde)</i>						
Tratamento recebido na recepção	Excelente 43 (47,2)	Boa 37 (40,7)	Regular 9 (9,9)	Ruim 1 (1,1)	Péssima 1 (1,1)	Total 91 (100)
Tratamento recebido dos outros profissionais de saúde	Péssima 0 (0)	Ruim 0 (0)	Regular 4 (5,2)	Boa 28 (36,4)	Excelente 45 (58,4)	Total 77** (100)
Informações recebidas pelos profissionais de saúde	Excelente 45 (58,4)	Boa 26 (33,8)	Regular 5 (6,5)	Ruim 1 (1,3)	Péssima 0 (0)	Total 77** (100)
<i>Dimensão 5 – Relações humanas (Dentista/paciente)</i>						
Atenção dada pelo dentista	Excelente 60 (65,9)	Boa 29 (31,9)	Regular 2 (2,2)	Ruim 0 (0)	Péssima 0 (0)	Total 91 (100)
Grau de confiança no dentista	Péssima 0 (0)	Ruim 0 (0)	Regular 2 (2,2)	Boa 34 (37,4)	Excelente 55 (60,4)	Total 91 (100)

Fonte: Elaborada pelos autores.

* 37 usuários não usaram os banheiros;

** 14 usuários não tiveram acesso a outros profissionais.

No eixo eficiência, levando em consideração a relação custo-benefício, a maior parte dos entrevistados (92,3%) acredita que “valeu a pena” ter utilizado os serviços de saúde bucal, mesmo diante de todas as dificuldades/barreiras que eles possam ter enfrentado para acessar o serviço – acesso, transporte, alimentação, entre outros (Tabela 05).

Na dimensão eficácia observou-se que 93,5 % dos usuários afirmou que os profissionais utilizaram equipamentos de proteção individual (EPI), durante seu atendimento. Ainda na mesma dimensão, observou-se que 81,3% dos pacientes não sentiram desconforto durante o atendimento (Tabela 05).

Por fim, na dimensão “aceitabilidade” foi observado que 70,3% dos usuários informou que os cirurgiões-dentistas sempre explicam os procedimentos a serem realizados. Um ponto desfavorável é que 59,3% informaram que nunca foram perguntados sobre opinião de dia para marcação (Tabela 5).

Tabela 05 – Eficiência, eficácia e aceitabilidade na satisfação do usuário dos CEO de Pernambuco. Análise de Satisfação dos Usuários. Brasil, 2015.

Dimensão de qualidade	Satisfação dos usuários					
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Dimensão 6 – Eficiência</i>						
Custo-benefício	Não valeu a pena o (0)	Pouquíssimo o (0)	Mais ou Menos 7 (7,7)	Muito 34 (37,4)	Até demais 50 (54,9)	Total 91 (100)
<i>Dimensão 7 – Eficácia</i>						
Frequência de uso de Equipamentos de Proteção Individual	Sempre 85 (93,4)	Quase sempre 5 (5,5)	Não me lembro 0 (0)	Às vezes 0 (0)	Nunca 1 (1,1)	Total 91 (100)
Desconforto durante a consulta	Senti total desconforto o (0)	Senti muito desconforto o (0)	Senti desconforto 6 (6,6)	Senti muito pouco desconforto 11 (12,1)	Não senti nada 74 (81,3)	Total 91 (100)

Dimensão de qualidade	Satisfação dos usuários					
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Dimensão 8 – Aceitabilidade</i>						
Explicação do tratamento	Nunca me explica nada	Raras vezes me explica	Não me lembro	Na maioria das vezes me explica	Sempre me explica tudo	Total
	6 (6,6)	4 (4,4)	1 (1,1)	16 (17,6)	64 (70,3)	91 (100)
Opinião para dia de marcação	Sempre pede a minha opinião	Na maioria das vezes pede	Não me lembro	Raras vezes pede a minha opinião	Nunca pede a minha opinião	Total
	23 (25,3)	8 (8,8)	1 (1,1)	5 (5,5)	54 (59,3)	91 (100)

Fonte: Elaborada pelos autores.

Discussão

No momento presente, treze anos após sua implantação, a Política Nacional de Saúde Bucal, com o conteúdo atenção secundária relacionada diretamente ao CEO, apresenta ainda um crescimento ameno na literatura quando comparado a outras áreas da odontologia, ressaltando a importância de maior aprofundamento no assunto [9].

É notório que houve um aumento considerável na quantidade de CEO no Brasil [3], contudo Celeste et al. (2014) [10] reconhecem que um mínimo de estrutura é necessário, contudo não é apenas infraestrutura que irá garantir cuidados de elevada qualidade, que podem ter impacto em indicadores de processo (taxas de procedimentos), por isso é requerida a ampliação destes serviços com vistas a consolidação da estratégia de fortalecimento a atenção secundária em saúde bucal à garantia da integralidade da atenção.

Ao abordar o papel do usuário como protagonista do sistema de saúde observa-se que existe um impacto direto na melhoria do serviço avaliado [11], visto que a medida da satisfação do usuário é uma avaliação da qualidade dos serviços de saúde [12]. Para Brunhauser

et al. (2012) [13] o grau de adesão ao tratamento ou às ações preventivas pode ser influenciado pelas relações interpessoais no cuidado, melhorando o desfecho terapêutico. Com base nisso, torna-se importante incorporar a avaliação da satisfação do usuário como um dos componentes da qualidade do serviço.

Em estudos que avaliaram a satisfação dos usuários que utilizaram o instrumento do QASSAB [3,13-16] observa-se que a satisfação dos usuários esteve mais relacionada à maneira como eles são tratados do que com os aspectos técnicos da assistência propriamente ditos.

A satisfação do usuário em Pernambuco mostrou uma boa avaliação dos serviços de saúde bucal dos Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco em 2015, onde os pacientes se mostraram satisfeitos na quase totalidade das dimensões avaliadas, corroborando com o que propôs Kitamura e colaboradores (2016) [16] no seu trabalho. No entanto alguns aspectos devem ser levados em consideração para uma melhor interpretação dos resultados.

No presente estudo, observou-se a maior prevalência de usuários do sexo feminino em concordância com outros estudos [3,6,12,14,17-19], isso porque as mulheres apresentam maior proporção de uso do serviço público, quando procurado, enquanto homens utilizaram mais o privado [20]. Arelado ao fato de que o grande número de mulheres no atendimento odontológico deve-se a um comportamento mais preventivo e voltado para a reabilitação oral apresentado por elas [21].

No estudo de Magalhães et al. (2015) [3] a maior parte da população estudada foi de baixa renda e com pouca escolaridade, em contrapartida esse estudo apresentou isonomia entre os pesquisados. Observou-se que o acesso aos CEO foi igualitário, independente da renda, ressaltando o princípio da equidade do Sistema Único de Saúde.

Embora a avaliação tenha sido positiva para a maioria das dimensões investigadas a análise carece de olhar mais apurado. Os

usuários acreditam na resolutividade dos seus problemas (83,5%) e estão satisfeitos com a aparência dos dentes tratados (89%). Porém Lima et al. (2010) [14] acreditam que a positividade na avaliação dos usuários advém do receio de sanção no atendimento e a impossibilidade de acesso a outro serviço, ou a proximidade do centro. Atrelado ao viés de gratidão (*gratitude bias*), ou seja, o sentimento de gratidão do usuário pelo serviço gratuito [3], sendo essa uma possível justificativa para os valores encontrados. Kitamura et al. (2016) [16] ressaltam ainda que a ausência de escuta de gestores e profissionais da saúde e a falta de avaliação da infraestrutura do serviço dificulta uma visão mais crítica do usuário sobre o atendimento recebido.

Outra possibilidade é que o acesso seria um contribuidor para tal problemática. Quando foi abordado a tônica acessibilidade, referencia-se um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde [22]. Rangel et al. (2017) [19] afirmam que os usuários com maior facilidade no acesso geográfico ao serviço especializado apresentam-se com mais chance de alcance da integralidade na saúde bucal em relação aos demais usuários. Rocha (2008) [23] reitera que quando o acesso efetivo é alcançado é visto como principal aspecto à melhoria na satisfação do usuário.

Os resultados encontrados indicaram que o contexto relações humanas, sejam elas, paciente – profissionais da saúde/paciente – cirurgião-dentista, são satisfatórias. As altas satisfações em algumas experiências, no entanto, podem estar relacionadas ao baixo nível de expectativa dos pacientes [24], o que pode levantar a questão de que o paciente tem somente a expectativa de obter acesso ao serviço.

O ambiente físico emerge como meio ativo e participativo do processo de cuidar, desenvolvendo estados emotivos positivos em relação às expectativas do tratamento [6]. Atrelado a isso, foi observado que as condições de infraestrutura e limpeza (o ambiente

físico) dos Centros de Especialidades Odontológicas não mostraram ser um empecilho para o bom funcionamento dos mesmos, visto o bom resultado que apresentaram.

Nosso estudo entrevistou um total de 91 usuários, apresentando uma média de 3,5 usuários por centro visitado, a qual foi abaixo do número esperado para amostra, que deveriam ser de 10 usuários por serviço e de outros estudos existentes. Magalhães et al. (2015) [3] avaliaram 156 usuários dos CEO do estado de Pernambuco, tendo média de 5,2 usuário por serviço e Lima et al. (2010) [14] utilizaram 272 usuários no seu estudo sobre os CEO do Recife (68 usuários por CEO). Kitamura et al. (2013) [16] obtiveram, por sua vez, uma amostra de 256 pacientes igualmente distribuídos: 32 respondentes de cada município pesquisado da macrorregião Sudeste de Minas Gerais. Visto isso, se faz necessário buscar subsídios para refletir o baixo número de usuários encontrado.

O acesso a Atenção Básica no serviço de saúde pode ser entendido como a “porta de entrada”, o local de acolhimento do usuário, quando expressa sua necessidade, e os caminhos percorridos por ele no sistema, em busca da resolutividade do seu caso [25]. Chaves et al. (2010) [26] caracterizam que a interface ideal entre atenção primária e secundária na saúde bucal deve possuir um acesso indiscriminado e sem barreiras à atenção especializada após encaminhamento, tais aspectos podem estar gerando maior dificuldade ao acesso e utilização dos serviços. O serviço odontológico é considerado o de mais alta demanda nas unidades de saúde e não se verificou em nenhum dos municípios avaliados estratégias de acolhimento adequadas para a humanização do acesso às ações reparadoras de saúde bucal [27], ressaltando sua importância.

Ao abordar o objeto de um modelo ideal, notou-se que, no Brasil, pouco se tem pesquisado sobre os serviços de atenção secundária em saúde bucal [28]. Entretanto Morris et al. (2001) [29], no seu estudo, acredita que os problemas com a interface entre atendimento odontológico primário e secundário são múltiplos e

complexos, contudo existe como formar um modelo de atenção em saúde bucal ideal.

Um fator que poderia ser levado em consideração para o baixo número de usuários encontrados seria o absenteísmo, fato demonstrado para fortalecer esta ideia é o resultado encontrado para dimensão aceitabilidade, especificamente quando o usuário foi indagado sobre a opinião para o dia da marcação. 64,8% dos usuários informaram não ser perguntados sobre o melhor horário para atendimento, sendo esse um possível ponto para o absenteísmo dos pacientes.

Melo et al. (2011) [30] asseguram a existência de índices cada vez mais expressivos de absenteísmo dos usuários nos serviços que trabalham com o agendamento prévio de consultas e Pinto et al. (2014) [31] identificam que a constante falta de pacientes é um aspecto importante para a falta do êxito esperado pela assistência dos CEO, sendo necessário a reorganização do fluxo de pacientes e dos processos de trabalho nos serviços de atenção secundária poderia incluir redução de barreiras organizacionais. Nesse contexto, o diálogo com o usuário acerca de sua rotina diária antes do agendamento da consulta odontológica certamente reduziria as faltas às consultas [17].

Assim, ressalta-se a importância de uma adequada administração, de uma gestão participativa. Para Moimaz et al. (2010) [4], a burocracia gera dificuldades administrativas que se refletem na qualidade do serviço, onde a administração pública está sob constante observância e deve procurar meios eficientes para trabalhar, pois o usuário é o primeiro a sentir os seus resultados.

No entanto, a satisfação quanto a disponibilidade dos serviços pode mascarar situação para dificuldade em acesso e utilização do serviço. O resultado que pode ser considerado positivo, visto que apresentou quase a metade (49,4%) dos usuários estando satisfeitos com a obtenção das vagas, mascara que outra metade não se sentiu satisfeita fortalecendo o argumento que o pouco número de

usuários encontrados está mais relacionado aos aspectos de acesso e utilização do que necessariamente absenteísmo.

No trabalho de campo, durante a realização da pesquisa, os centros foram visitados em diferentes horários, Manhã e tarde, em diferentes dias da semana (segunda a sexta). Foi observado a ausência de profissionais em alguns Centros, atrelado a escalas de trabalhos que competem turnos de curta duração, deixando muitas vezes o CEO sem usuário e vazio.

Alguns estudos [3,15] mostraram facilidade no acesso ao CEO. Magalhães et al. (2015) [3] ressaltaram a obtenção de vaga como uma condição importante para a utilização dos serviços de saúde e para a avaliação que os usuários fazem dos referidos serviços. Em contrapartida, nos estudos de Lima et al. (2010) [14] e Oliveira et al. (2009) [12] a obtenção de uma vaga foi considerada difícil pela maioria dos usuários.

A ausência de um sistema de regulação ou um funcionamento ineficaz é uma das causas desse resultado. A regulação adequada de uma rede de ações e serviços de saúde requer que se conte com apoio de sistema de informações. A inexistência ou o mau funcionamento de sistema de informação desse tipo dificulta o encaminhamento dos pacientes, seu acesso aos serviços, assim como a capacidade do gestor de controlar e avaliar o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos [32].

Todavia não se pode passar despercebida como pano de fundo ou contexto do CEO a sua organização de processo de trabalho onde a participação dos profissionais também merece destaque.

Preconizado pela Portaria nº 1.341/GM [31], os CEO têm um quadro de funcionários que é variável de acordo com o tipo de CEO, porém todos devem funcionar durante 40 horas semanais [33], mas essa realidade não é vivenciada.

Campos et al. (2008) [34], em seu estudo, apresentaram que os profissionais do Programa de Saúde da Família Município de São Paulo, quanto ao número de vínculos empregatícios, 56,8%

declararam possuir dois ou mais vínculos. Tal dado é importante ao se considerar que a jornada estabelecida para o programa é de 40 horas semanais. Essa é a realidade de muitos Cirurgiões-Dentistas, que justifica a falta de usuários e de atendimentos.

Outro estudo, particularmente nos CEO, também expressa esta realidade da situação de trabalho dos profissionais desses centros. No seu estudo, Oliveira et al. (2015) [2] sustentaram que 67,6% dos profissionais do CEO da região Nordeste tinham vínculos precários com os seus respectivos municípios, ou seja, no que diz respeito à forma de contratação, possuíam de contratos temporários, cargos comissionados de contratos verbais informais, cooperado ou de prestação de serviços. Esse fato corrobora para a multiplicidade de vínculos dos profissionais.

Um fator limitante ao estudo foi não investigar os indivíduos que não chegaram ao CEO, mas apenas aqueles que chegaram, e talvez este dado potencializasse os resultados sobre disponibilidade, podendo apontar ainda para um acesso seletivo, como no estudo de Chaves et al. (2010) [26]. Ainda há muito a ser trabalhado quanto a tônica CEO, buscando efetivamente qualificar o atendimento e alcançar a integralidade, equidade e a resolutividade, contribuindo para a concretização de um modelo humanizado, centrado nas necessidades do usuário.

Ainda sobre esse assunto, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos CEO (PMAQ-CEO) surge com o objetivo de enfrentar o desafio de uma realidade que impõe limitações, visando qualificar a atenção especializada em odontologia, em que se verifica a necessidade de melhoria na estrutura física e no contexto geral do CEO. Na etapa da avaliação externa, o usuário também é avaliado com o objetivo de verificar a percepção e satisfação dos mesmos quanto ao CEO no que se refere ao seu acesso e utilização. Com base nos resultados atuais, a ferramenta do PMAQ pode contribuir para a melhoria da qualidade do serviço, cooperando com o contexto [35].

Contudo, este estudo mostrou-se de suma importância por retratar a realidade vivenciada nos CEO do estado de Pernambuco no ano de 2015, através da avaliação da satisfação do usuário como um componente de qualidade do serviço. Além de buscar esclarecimentos do número de usuários encontrados durante a avaliação externa e contribuir para enriquecer a temário CEO no ambiente bibliográfico odontológico.

De maneira em geral, a avaliação da satisfação não deve servir apenas como um meio de mensurar a qualidade dos serviços, e sim permitir que sejam realizadas transformações nos serviços a fim se adquirir a qualidade desejada. Em suma, a Política Nacional de Saúde Bucal, ao mesmo tempo em que permite acesso a todas as classes sociais, garante mais acesso a quem possui maior nível de necessidades (clínicas), promovendo equidade vertical e horizontal [22].

Considerações finais

A satisfação do usuário em Pernambuco mostrou uma boa avaliação dos serviços de saúde bucal dos Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco em 2015, onde os pacientes se mostraram satisfeitos na quase totalidade das dimensões avaliadas.

A quantidade de usuários encontrados foi abaixo da média esperado para amostra, abrindo especulações das possíveis causas: gestão dos Centros, absenteísmo e multiplicidade de vínculos profissionais.

Este estudo mostrou-se de suma importância por retratar a realidade vivenciada nos CEO do estado de Pernambuco no ano de 2015, através da avaliação da satisfação do usuário como um componente de qualidade do serviço. Além de buscar esclarecimentos do número de usuários encontrados durante a avaliação externa e contribuir para enriquecer a temário CEO no ambiente bibliográfico odontológico.

Concluimos que, de maneira em geral, a avaliação da satisfação não deve servir apenas como um meio de mensurar a qualidade dos

serviços, e sim permitir que sejam realizadas transformações nos serviços a fim se adquirir a qualidade desejada.

Referências

1. Bastos GAN, Fasolo, LR. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda. *Rev Bras Epidemiol.* 2013; 16(1): 114-124.
2. Oliveira RS, Moraes HMM, Góes PSA, Botazzo C, Magalhães BG. Relações contratuais e perfil dos cirurgiões-dentistas em centros de especialidades odontológicas de baixo e alto desempenho no Brasil. *Saúde Soc.* 2015; 24(3): 792-802.
3. Magalhães BG, Oliveira RS, Goes PSA, Figueiredo N. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. *Cad. Saúde Colet.* 2015; 23(1): 76-85.
4. Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS: sobre o serviço público de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva.* 2010; 20(4): 1419-1440.
5. Brito MJ; Cappelle MCA, Naves CR, Oliveira SB. A gestão de pessoas em análise: disciplina e subjetividade no espaço organizacional. *Revista Eletrônica de Gestão Organizacional* 2012; 4(1): 2-14.
6. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin* 1992; 18(1): 356-360.
7. Savassi LCM. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. *R. bras. Med. Fam. e Comun.* 2010; 5(17): 3-5.
8. Dias OV, Ramos LH, Costa, SM. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde na Perspectiva da Satisfação dos Usuários. *Revista Pró-univerSUS* 2010; 1(1): 11-26.

9. Colussi CF, Calvo MCM. Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura. *Sau. & Transf. Soc.* 2012; 3(1): 92-100.
10. Celeste RK, Moura FRR, Santos CP, Tovo MF. Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem centros de especialidades odontológicas no Brasil em 2010. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(3): 511-521.
11. Ramos DD, Lima MAD. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2003; 19(1): 27-34.
12. Oliveira RS, Magalhães BG, Gaspar GS, Rocha RACP, Góes PSA. Avaliação do grau de satisfação dos usuários nos serviços de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde* 2009; 11(4): 34-38.
13. Brunhauser AL, Magro ML, Neves M. Avaliação de serviços de saúde bucal: um estudo comparativo. *RFO* 2012; 17(3): 319-325.
14. Lima ACS, Cabral ED, Vasconcelos MMVB. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(5): 991-1002.
15. Oliveira OR, Martins EP, Santana JLB, Bezerra SRS, Dourado AT. Avaliação dos usuários sobre a qualidade do atendimento odontológico prestado por alunos de odontologia. *RFO* 2012; 17(3): 319-325.
16. Kitamura ES, Bastos RR, Palma PV, Leite ICG. Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2016; 25(1): 137-148.
17. Gonçalves CA, Vazquez FL, Abrosano GMB, Mialhe FL, Pereira AC, Sarracini KLM, Guerra LM, Cortellazzi KL. Estratégias para o

- enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015; 20(2): 449-460.
18. Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS: sobre o serviço público de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2010; 20(4): 1419-1440.
19. Rangel M, Limeira RRT, Silva SM, Moraes Junior RC, Ribeiro ILS, Castro RD. Perfil socioeconômico, educacional e de acesso aos serviços ofertados pelos Centros de Especialidades Odontológicas de João Pessoa-Paraíba, Brasil. *REFACS* (online). 2017; 5(Supl 1): 118-124.
20. Soares FF, Chaves SCL, Cangussu MCT. Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização. *Cad. Saúde Pública* 2015; 31(3): 586-596.
21. Paganelli APC, Lima AS, Freitas K, Beloti AM. Avaliação qualitativa das necessidades odontológicas dos pacientes da clínica integrada de adulto do curso de odontologia. *Iniciação Cient Ce-sumar* 2003; 5(1): 35-40.
22. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad. Saúde de Pública* 2008; 24(12): 2871-2880.
23. Rocha RACP. *Determinantes de acesso aos serviços de Saúde Bucal em Campina Grande – Paraíba*. Camaragibe. Dissertação [Mestrado em Odontologia]. Universidade de Pernambuco; 2008.
24. Brandão A, Giovanella L, Campos C. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Cienc. Saúde Coletiva* 2013; 18(1): 103-114.

25. Costa JLBm. *Análise dos serviços de atenção secundária na especialidade de endodontia de municípios de Minas Gerais: percepções de usuários e endodontistas*. Belo Horizonte. Dissertação [Mestrado em Odontologia]. Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
26. Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev. Saúde Pública* 2010; 44(6): 1005-1013.
27. Chaves SCL, Silva LMV. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cadernos de Saúde Pública* 2007; 23(5): 1119-31.
28. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Jr GA, Rosales MS. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28: S81-S89.
29. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *Br Dent J*. 2001; 191(12): 666-70.
30. Melo ACBV, Braga CC, Forte FDS. Acessibilidade ao Serviço de Saúde Bucal na Atenção Básica: Desvelando o Absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2011; 15(3): 309-318.
31. Pinto VPT, Teixeira AH, Santos PR, Araújo MWA, Moreira MAG, Saraiva SRM. Avaliação da acessibilidade ao Centro de Especialidades Odontológicas de abrangência macrorregional de Sobral, Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(7): 2235-2244.
32. Gonçalves CS; Almeida PHR. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(3): 3579-3586.

33. Saliba NA, Nayme JGR, Moimaz SAS, Cecilio LPP, Garbina CAS. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. *Rev. odontol. UNESP [online]* 2013; 42(5): 317-323.
34. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *RAP* 2008; 42(2): 347-368.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 261, de 21 de fevereiro de 2013. *Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO)*. 2013.

Percepção sobre o uso do Portal CEO após operacionalização da ferramenta

Ângela Cristina Maia Franco Rizental

Danilo Rodrigues de Souza Almeida

Nilcema Figueiredo

Neste capítulo serão apresentados os principais resultados da percepção dos atores sociais da pesquisa sobre uso do Portal CEO após operacionalização da ferramenta eletrônica. Este estudo fez parte da pesquisa *“Avaliação de efetividade de uma ferramenta webbased para planejamento, gestão, e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)”*.

Os dados foram obtidos a partir da aplicação de 2 (dois) tipos de questionário semiestruturado direcionados a coordenação municipal de saúde bucal e aos gerentes do CEO, totalizando 47 participantes (Apêndices I e J). Destes 21 (44,7%) eram coordenadores municipais de saúde bucal e 26 (55,3%) gerentes de CEO. Preferencialmente, optou-se pela apresentação dos resultados comuns investigados aos coordenadores de saúde bucal e gerentes. Conquanto, nas tabelas os resultados serão diferenciados por ator social.

A percepção sobre o uso do Portal CEO é descrita na tabela 1. Houve certa discordância sobre realização da alimentação mensal do Portal CEO, onde a maioria dos coordenadores de saúde bucal (52,4%) afirmou que não ocorreu a alimentação mensal, enquanto a maioria dos gerentes não apontou falhas sobre a alimentação do Portal, pois afirmaram que a fizeram (53,8%). Investigado o local de acesso e horário preferencial a alimentação, foi maior proporção dos gerentes (38,5%) que fizeram a alimentação no local de trabalho;

seguidos por 26,9% que fizeram em casa e 26,9% em ambos locais; 3,8% que usou outro local e 3,8% não souberam responder. Onde 50% fizeram a alimentação no horário de trabalho, 30,8% fora deste horário e 19,2% em ambos.

A ampla maioria dos participantes fez o monitoramento das notas ao módulo gerente através do Portal, porém metade dos gerentes afirmou não monitorar as notas do módulo profissional.

Parece ser evidenciado que houve efeito do Portal à melhoria da gestão dos serviços, pois para maioria tanto de coordenadores de Saúde bucal (95,2%) quanto gerentes (73,1%) o Portal tem sido útil no redirecionamento da sua conduta e melhoria da qualidade do CEO. Foi verificado o efeito de melhoria ao componente estrutura do CEO para 62,0% dos coordenadores de saúde bucal e 65,4% dos gerentes. E melhor efeito ao componente processo do CEO, observado para 81,0% dos coordenadores de SB e 61,5% para gerentes. Ademais, houve reunião para discussão dos resultados avaliativos do Portal, percebido tanto para maioria dos coordenadores de SB (71,4%) e quanto gerentes (53,8%).

Contudo, a ampla maioria dos participantes, 85,7% dos coordenadores e 88,5% dos gerentes, apontou a importância da continuidade do uso do Portal CEO na avaliação cotidiana do serviço especializado em saúde bucal, após a operacionalização do Portal em pesquisa.

Na tabela 2, foi verificado os principais limites ao uso do Portal, bem como, sugestões ao aperfeiçoamento da ferramenta. Para maioria dos atores, não houve dificuldade para operacionalização do Portal CEO (vide por ator na Tabela 2). Também foi observado que a maioria dos atores não fez sugestão de aperfeiçoamento ao Portal CEO (vide por ator na Tabela 2). Entretanto, para aqueles que fizeram sugestão, 40,4% do grupo total, indicaram: aperfeiçoamento ao componente tecnologia (38,1%), ao conteúdo das questões avaliativas do questionário (38,1%); 14,3% para ambos os componentes; e, 9,5% não souberam responder. No entanto, a ampla maioria não julgou irrelevante alguma questão do Portal CEO.

Tabela 1: Percepção dos participantes sobre uso do Portal CEO, 2014

	Coordenação Saúde Bucal						Gerente CEO					
	Sim		Não		Não soube responder		Sim		Não		Não soube responder	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alimentação mensal do Portal CEO	10	47,6	11	52,4	-	-	14	53,8	12	46,2	-	-
Monitoramento das notas do Portal CEO -Gerência	16	76,2	4	19,0	1	4,8	21	80,8	5	19,2	-	-
Monitoramento das notas Portal CEO - Profissional	14	66,7	6	28,6	1	4,8	12	46,2	13	50,0	1	3,8
Percebeu a utilidade do Portal CEO à gerência	20	95,2	-	-	1	4,8	19	73,1	4	15,4	3	11,5
O uso do Portal induziu a melhoria da estrutura	13	62,0	4	19,0	4	19,0	17	65,4	4	15,4	5	19,2
O uso do Portal induziu a melhoria do processo	17	81,0	2	9,5	2	9,5	16	61,5	5	19,2	5	19,2
Reunião de discussão sobre dados Portal CEO	15	71,4	6	28,6	-	-	14	53,8	12	46,2	-	-
Continuidade para uso do Portal CEO	18	85,7	1	4,8	3	9,5	23	88,5	1	3,8	2	7,7

Fonte: Elaborada pelos autores

Sobre a adequabilidade da periodicidade de alimentação do Portal CEO, a maioria aprovou a alimentação utilizada, que teve o caráter mensal (vide por ator na Tabela 2). Todavia, para aqueles que discordaram, 44,7% do grupo total, apontou-se a maioria sugeriu

alimentação trimestral da ferramenta 85,7%, seguidos de alimentação bimestral 9,5%, e 4,8 para alimentação quadrimestral, não houve sugestão para alimentação semestral.

Tabela 2: Limites e sugestões ao aperfeiçoamento do Portal CEO, 2014

	Coordenação Saúde Bucal						Gerente CEO					
	Sim		Não		Não soube responder		Sim		Não		Não soube responder	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dificuldades para operacionalização do Portal CEO	7	33,3	14	66,7	-	-	11	42,3	15	57,5	-	-
Sugestão de aperfeiçoamento do Portal CEO	9	42,9	11	52,4	1	4,8	10	38,5	15	57,7	1	3,8
Julgou irrelevante alguma questão do Portal CEO	2	9,5	19	90,5	-	-	3	11,5	23	88,5	-	-
Adequabilidade da periodicidade de alimentação do Portal CEO	12	57,1	9	42,9	-	-	14	53,8	12	46,2	-	-

Fonte: Elaborada pelos autores

Discussão

A discussão aqui aventada tentará fazer relação com investigação inicial junto aos participantes, a qual buscou investigar a percepção sobre avaliação em saúde e expectativas em relação ao uso do Portal CEO (Capítulo 3), além de estabelecer outras hipóteses sobre o efeito do uso Portal CEO. Terá um caráter muito mais exploratório do que a busca do estabelecimento das relações com a literatura, visto que não terá caráter comprobatório nem conclusivo.

Os resultados desta investigação demonstraram um efeito positivo do uso do Portal CEO para a gestão e tomada de decisão

em saúde bucal, no âmbito dos Centros de Especialidades Odontológicas pela análise de todas as categorias investigadas, apenas à alimentação mensal do Portal CEO houve certa divergência entre os atores.

Na investigação inicial junto aos participantes, mostrou-se que, muito embora houvesse o uso da avaliação e o reconhecimento de sua importância e de suas finalidades, as reuniões eram escassas para debater sobre o assunto, denotando que a prática operativa não é frequente.

Desta vez a situação melhorou, foi verificada a ocorrência de reuniões para discussão dos resultados do Portal CEO, advindos do monitoramento das notas, bem como, houve indícios de indução para melhoria dos componentes estrutura e processo. A utilização dos resultados da avaliação, tem seu papel estratégico, através do Portal CEO, tem sido útil no redirecionamento da conduta e melhoria da qualidade do estabelecimento de saúde. Este fator é muito relevante, pois uso das avaliações, ou seja, a utilização dos resultados das avaliações deveria ser a preocupação para todos avaliadores, principal fator no estabelecimento da institucionalização das ações avaliativas [1-2].

O estabelecimento destes espaços de discussão é essencial para que haja a interação entre os envolvidos no processo avaliativo e participação na tomada de decisão [3], além de ser também importante para a sua aprendizagem e empoderamento [4]. A participação dos implicados na avaliação é o fator responsável pela garantia do seu uso [5].

No início da pesquisa, foi observado que se havia familiaridade dos participantes com uso de ferramentas eletrônicas, fato este considerado positivo para a operacionalização do Portal CEO. Porém, foi informado que havia pouca infraestrutura computacional e de rede nos CEO, podendo ser considerada barreira à operacionalização do Portal CEO. Inclusive houve certa evasão dos participantes ao longo da pesquisa.

Na investigação final, percebeu-se que apesar do local e horário de trabalho serem preferenciais ao uso do Portal CEO, houve considerável percentual de participantes que requereram o uso fora do horário e local de trabalho. A limitação ao uso pode estar associada à não compreensão de sua capacidade como ferramenta ou ao temor da mudança que a sua utilização pode trazer [4], mas isto não foi verificado e parece que a limitação estrutural permaneceu como barreira ao uso. A não disponibilização de infraestrutura mínima consistiu num fator que corroborou com a dificuldade da execução da pesquisa tanto nos aspectos do uso sistemático quanto na implantação da ferramenta eletrônica para novos usuários em alguns locais.

A situação de escassez estrutural no âmbito do SUS é comum e a implementação do uso de Tecnologia da Informação (TI) é um dos desafios a ser enfrentado neste cenário. O da TI na área da saúde pode colaborar para uma maior eficiência dos serviços facilitando o processo de trabalho, além de servir como apoio à gestão [5].

O uso da TI na saúde ainda traz como vantagens a facilidade de acesso à informação a qualquer momento, a confiabilidade da informação para a tomada de decisão, o menor tempo gasto para a recuperação da informação, e o uso das bases de dados para avaliação da efetividade de serviços de saúde [4]. Somado a isto, tem ainda a função social de servir para o fortalecimento dos direitos humanos, para auxiliar na erradicação da miséria e das desigualdades sociais [6].

O fato de os gerentes e profissionais não disporem de acesso ao uso de TI em seus trabalhos indica a necessidade de implementação de tecnologias e de capacitação dos recursos humanos para a sua utilização. Entretanto, a simples participação neste trabalho propiciou a possibilidade de vivência e aproximação no tocante à utilização da Tecnologia da Informação para gestão. Atualmente já se verifica a utilização destas ferramentas na saúde, tais como o *eSUS* e o *telessaúde*, que, assim como o Portal CEO, constituem-se em alternativas para o melhoramento da qualidade dos serviços [7].

Contudo, destaca-se como resultado principal desta investigação, particularmente ao uso do Portal, que a ampla maioria dos participantes apontou a importância para a continuidade do uso do Portal CEO na avaliação cotidiana do serviço especializado em saúde bucal. Sendo assim, iniciativas como o Portal CEO deveriam ser estimuladas e difundidas para uso no âmbito do SUS, fortalecendo sua efetividade ao planejamento, gestão e avaliação dos CEO.

O Portal CEO, por gerar instantaneamente avaliação e recomendações para mudanças, ser de fácil manuseio e carecer de recursos tecnológicos mínimos (computador com acesso à rede de internet) pode ser considerado como ferramenta para gestão da informação que permite tomada de decisão imediata. Ademais, podem prestar grande contribuição no apoio ao planejamento/gestão à identificação de aspectos críticos do serviço que prejudicam a qualidade, tendo forte potencial para servir como apoio institucional a outros tipos de avaliação, como por exemplo ao Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ/CEO) [8].

Quanto aos resultados observados sobre os limites e sugestões ao aperfeiçoamento do Portal CEO, observou-se que não houve dificuldades a operacionalização, tampouco sugestões, pela maioria dos participantes. No entanto, alguns destaques podem ser considerados para pesquisas futuras e aperfeiçoamento do Portal, quanto a tecnologia, conteúdo e periodicidade ao uso.

De fato, como ação de continuidade da pesquisa, projeto interinstitucional denominado “Adaptação do “Portal Eletrônico de Monitoramento e Avaliação do CEO®” para plataforma livre do Moodle®: Uma proposta de avaliação continuada e qualificação dos Centros de Especialidades Odontológicas” tem sido implementado, desde 2018, no qual se prevê o aperfeiçoamento da ferramenta como solução tecnológica, bem como, sua metodologia ao uso, com vistas, a amplificação do uso do Portal CEO como ferramenta a gestão dos CEO em São Paulo e Pernambuco. Este projeto é fruto de cooperação técnica e científica entre o grupo de pesquisa GestBucal

da Universidade Federal de Pernambuco e o Grupo de pesquisa *Saúde Bucal Coletiva* da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - USP.

Considerações finais

Diante dos resultados apresentados neste trabalho, pode ser observado o efeito positivo do uso do Portal CEO, como solução tecnológica, tanto a indução da melhoria de qualidade dos componentes avaliados, estrutura e processo, quanto à utilização destes resultados, pela melhoria das práticas operativas, como a realização de reunião para discussão dos resultados. Estas ações se retroalimentam e fortalecem a institucionalização da avaliação em saúde bucal e, consequentemente no SUS.

Sugere-se que haja o incentivo e a facilitação do emprego de tecnologias voltadas à saúde, particularmente ao campo da gestão de serviços, que tenham o potencial de colaborar para o seu melhor desempenho e qualidade, assim como o Portal CEO apresenta-se como possibilidade à gestão dos CEO.

Referências

1. Felisberto E, Bezerra LCA, Costa JMBS, Alves CKA Institucionalização da avaliação em Saúde. In: Goes PSA, Moysés SJ. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 2012. p. 149-156
2. Felisberto E, Alves CKA, Bezerra LCA. Institucionalização da Avaliação. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. *Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MEdBook, 2010. p. 143-160
3. Morais IHS, Santos SFRE. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. *Inf. Epidemiol. SUS* 2001; 2001(1).

4. Kusma S, Moysés ST, Moysés SJ. Avaliação de ações de promoção da saúde bucal. In: Goes PSA, Moysés SJ. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 2012. 248p.
5. Tanaka OY; Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17(4): 821-828.
6. Carvalho AO. Tecnologias da informação na gestão da saúde. *RAP* 1998; 2(2): 195-205.
7. Pinochet LHC. Tendências de Tecnologia de Informação na Gestão da Saúde Pública. *O Mundo da Saúde* 2011; 35(4): 382-394.
8. Morais IHS. *Política, tecnologia e informação em saúde – a utopia da emancipação*. Rio de Janeiro: Editora Casa da Qualidade; 2002.
9. Santos LX, Almeida DRS, Souza-Silva J, Rizental ACMF, Goes PSA, Figueiredo N. A Web-Based Tool for Monitoring and Evaluating Health Care Services: An Analysis of Centers for Dental Specialties Webpage. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada* 2018; 18(1): 1-13.

Apêndices

A – Questionário portal CEO – Gerente

Componente de qualidade Cobertura do serviço

1- Descreva as Características da atenção básica municipal:

	Total do Município	Sob Referência deste CEO
Número de USF c/ESB		
Número de USF s/ESB		
Unidade Básica de Saúde (UBS)		

2- Este serviço é referência para outros municípios?

- 1 - Sim
- 2- Não

3- Para quantos municípios?

4- Qual a cobertura populacional deste CEO? (nº de pessoas)

5- Qual o papel deste serviço no PDR\ Colegiado de Gestão Regional?

- Referência macrorregional
- Referência microrregional

Referência municipal
Não Sabe/Não Informou

6- Onde foi realizada a pactuação deste CEO como serviço de referência?

Colegiado de gestão regional
Consórcio
Não Sabe/Não Informou

7- Qual o modelo de gestão deste serviço?

Público
Organização Social (OS)
Fundação estatal de direito privado
Outros

Componente de qualidade gestão e gerência do serviço

8- O Município possui coordenador municipal de saúde bucal?

1 - Sim
2 - Não
Não Sabe/Não Informou

9- Há quanto tempo o mesmo exerce esta função?

Ano(s) mês(es)

10- Tem formação em gestão/gerência?

1 - Sim
2 - Não
Não Sabe/Não Informou

11- Recebeu algum tipo de treinamento ou formação em gestão e gerência nos últimos 12 meses?

1 - Sim
2 - Não
Não Sabe/Não Informou

12- Há um profissional responsável pela gerência do CEO?

- Sim, o coordenador de SB exerce a função de gerente do CEO
- Sim, cirurgião-dentista exclusivo (sem exercer funções clínicas no local)
- Sim, cirurgião-dentista (mas exerce funções clínicas no local)
- Sim, mas não cirurgião-dentista
- Não
- Não Sabe/Não informou

13- Há quanto tempo o gerente exerce este cargo/função ?

Ano(s) mês(es)

14- Tem formação em gestão/gerência?

- 1 - Sim
- 2 - Não
- Não Sabe/Não Informou

15- Recebeu algum tipo de treinamento ou formação em gestão/gerência nos últimos 12 meses?

- 1 - Sim
- 2 - Não
- Não Sabe/Não Informou

16- Como você avalia o comprometimento do secretário de saúde em relação às questões do CEO?

- Descomprometido
- Pouco comprometido
- Indiferente
- Comprometido
- Muito comprometido

Componente de qualidade Estrutura do CEO

17- Preencha o quadro abaixo com o número de profissionais em cada especialidade segundo turno de atendimento:

Especialidade	Segunda			Terça			Quarta			Quinta			Sexta			Sábado		
	Turnos			Turnos			Turnos			Turnos			Turnos			Turnos		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Compulsórias gerar indicador de horas/cadeira																		
Estomatologia																		
Periodontia																		
Cirurgia oral menor																		
Endodontia																		
Portadores de Necessidades Especiais																		

18- Existem quantos conjuntos odontológicos completos?

19- Quantos consultórios NÃO estão em funcionamento?

20- Há quanto tempo os conjuntos odontológicos não estão em funcionamento?

Menos de 1 semana

De 1 a 2 semanas

Mais de 2 semanas

Não se aplica

21- Descreva as razões pelas quais os equipamentos não estão funcionando:

22- Por qual tipo de serviço é feita a manutenção preventiva ou reparadora dos equipamentos odontológicos do CEO?

Serviço próprio municipal

Serviço terceirizado

Misto

Não é feita

23- Há um auxiliar de saúde bucal (ASB) para desenvolvimento de atividade em cada conjunto odontológico?

1 - Sim

2 - Não

24-Como você classifica o suprimento e abastecimento dos itens fornecidos pela secretaria de saúde ao CEO? Responda para cada uma das questões abaixo:

Equipamento de proteção individual (EPI)

Ruim

Regular

Bom

Material de consumo

Ruim

Regular

Bom

Instrumentais odontológicos

Ruim

Regular

Bom

Equipamentos odontológicos periféricos

Ruim

Regular

Bom

Impressos

Ruim

Regular

Bom

Componente de qualidade gestão de pessoas

25- Os profissionais recebem algum tipo de incentivo/gratificação por atender no CEO?

- 1 - Sim
- 2 - Não
- Não Sabe/Não Informou

26- Qual a principal forma de vínculo empregatício dos profissionais do serviço?

- Estatutário/CLT
- Bolsa
- Cargo comissionado
- Contrato informal/verbal
- Contrato temporário
- Cooperado
- Prestação de Serviços
- Outros
- Não informou

27- Existe plano de cargos, carreiras e salários institucionalizado, contemplando os profissionais do CEO?

- 1 - Sim
- 2- Não
- Não Sabe/Não Informou

28- Como é monitorado o cumprimento da carga horária profissional?

- Livro de ponto
- Ponto eletrônico
- Não há monitoramento
- Outros

29- A gerência avalia o nível de satisfação dos profissionais do CEO com o trabalho?

Sim

Não

30- Esta avaliação leva em consideração críticas e sugestões no planejamento das ações?

Sim

Não

Componente de qualidade critérios organizacionais

31- Como se dá o acesso ao CEO?

Apenas demanda espontânea

Apenas demanda referenciada

Demanda espontânea e demanda referenciada

Não Sabe/Não Informou

32- Como são feitas as marcações de consulta ao CEO?

A equipe da Unidade Básica/USF se responsabiliza pela marcação

O usuário é o responsável, fazendo a marcação

Outras

33- O agendamento da consulta para o usuário é por hora marcada?

Sim

Não

34- Há garantia de exames complementares para as necessidades do CEO?

Sim

Não

Não Sabe/Não Informou

35- Caso positivo na questão anterior:

Suficiente
Insuficiente

36- Há garantia de referência e contra referência para serviços de maior complexidade ou de apoio diagnóstico?

Sim
Não
Não Sabe/Não Informou

37- Caso positivo na questão anterior:

Suficiente
Insuficiente

38- Dentre as especialidades ofertadas, existe lista de espera ao CEO?

Diagnóstico bucal (com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal)

Sim
Não
Não Sabe/Não Informou

Periodontia especializada

Sim
Não
Não Sabe/Não Informou

Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros

Sim
Não
Não Sabe/Não Informou

Endodontia

Sim

Não

Não Sabe/Não Informou

Atendimento a portadores de necessidades especiais

Sim

Não

Não Sabe/Não Informou

39- Quantos usuários entraram no serviço no ultimo mês (ingresso)?

Diagnóstico bucal (com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal)

Periodontia especializada

Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros

Endodontia

Atendimento a portadores de necessidades especiais

40- Quantos usuários tiveram tratamentos concluídos no último mês?

Diagnóstico bucal (com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal)

Periodontia especializada

Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros

Endodontia

Atendimento a portadores de necessidades especiais

41- Quantos usuários faltaram ao agendamento no ultimo mês?

Diagnóstico bucal (com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal)

Periodontia especializada

Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros

Endodontia

Atendimento a portadores de necessidades especiais

Componente de qualidade controle social e financiamento

42- O gestor e/ou gerente avalia e considera as sugestões e reclamações encaminhadas, para melhoramento da organização do CEO?

Sim

Não

43- A gestão municipal de saúde bucal estabelece ou utiliza mecanismos para o monitoramento do grau de satisfação dos usuários do CEO?

Sim

Não

44- Houve recebimento dos recursos financeiros referentes à Portaria MS/GM 1464/11 no último mês?

Sim

Não

Não sabe

45- Houve recebimento dos recursos financeiros da contra partida do estado no último mês?

Sim

Não

Não sabe

46- Há acompanhamento/controle orçamentário pela coordenação de SB sobre os recursos financeiros recebidos do MS para o CEO?

Sim
Não
Não sabe

Componente de qualidade avaliação e monitoramento das ações no CEO

47- Como você avalia o grau de comprometimento dos profissionais que trabalham neste CEO?

Assiduidade

Ruim
Regular
Bom

Pontualidade

Ruim
Regular
Bom

Cumprimento de metas

Ruim
Regular
Bom

Organização dos serviços

Ruim
Regular
Bom

Relacionamento profissional-usuário

Ruim
Regular
Bom

Relacionamento profissional-gerencia/outras profissionais

Ruim

Regular

Bom

48- Realizou-se a avaliação da produção do CEO segundo as metas de desempenho propostas pela Portaria Nº 1464/11 GM?

Sim

Não

49- A gerência reuniu-se e discutiu os resultados encontrados e planejou as metas do CEO com os profissionais do serviço no último mês?

Sim

Não

50- Estas informações foram utilizadas como instrumento de gestão, avaliação e planejamento?

Sim

Não

B – Questionário Portal CEO – Profissional

Componente de Qualidade Estrutura

1- Como estão as condições físicas de trabalho: iluminação, ventilação (circulação de ar), conservação de pisos, paredes e teto, instalações elétricas, portas, janelas, vidros e extintor, de acordo com a regulamentação sanitária (instalações físicas, equipamentos e procedimentos) e ainda abastecimento de água, disposição dos resíduos líquidos e sólidos, etc.?

Bom: Cumpre todos os requisitos.

Regular: Quando não cumpre pelo menos 2 dos requisitos.

Ruim: Quando não cumpre mais de 3 dos requisitos.

2-Faça uma avaliação no quesito qualidade e disponibilidade de cada item em função dos últimos seis meses:

	Classificação quanto a qualidade			Disponibilidade	
	Bom	Regular	Ruim	Suficiente	Insuficiente
Equipamento de proteção					
Equipamentos odontológicos					
Impressos					
Instrumentais odontológicos					
Materiais de consumo e insumos					
Equipamentos periféricos					

3- Os profissionais deste serviço foram imunizados para Hepatite B, Influenza H1N1 ou outras doenças?

Sim

Não

4- Este CEO possui uma unidade de saúde de referência para testar HIV em casos de acidentes com perfuro cortantes?

Sim

Não

5- Usa-se algum tipo de prontuário clínico neste serviço?

Sim

Não

6- Os prontuários estão organizados?

Sim

Não

7- São preenchidos corretamente?

Sim

Não

8- Diariamente?

Sim

Não

9- O preenchimento dos Boletins Diários de Atendimento é realizado diariamente?

Sim

Não

10- Há disponibilidade de protocolo clínico ao atendimento de especialidades odontológicas?

Sim, Ministério da Saúde

Sim, próprio

Não

11- Há o cumprimento deste protocolo clínico?

Sim

Não

Componente de Qualidade Processo

12- O CEO recebe o usuário referenciado da unidade de saúde portando termo escrito com descrição do caso, critérios clínicos conforme formulário instituído?

Sim

Não

13- Marque a melhor descrição para proporção de casos que são devidamente referenciados da atenção primária para a especialidade, ou seja, casos que de fato necessitavam da atenção secundária:

Especialidade	Todos	Maioria	Alguns	Minoria	Nenhum
Estomatologia					
Periodontia					
Cirurgia oral menor					
Endodontia					
Pacientes especiais					
Opções para outras especialidades					

14- Os usuários referenciados foram devidamente preparados clinicamente para receber o tratamento especializado?

Sim

Não

15- Após a conclusão do tratamento o usuário volta para a unidade de saúde com as informações necessárias (termo escrito) para continuidade do tratamento? (contra referência).

Sim

Não

16- São realizadas reuniões/atividades conjuntas entre os profissionais da atenção primária e secundária em relação a:

Educação permanente

Sim

Não

Análise dos casos de referência e contra referência

Sim

Não

Intervenção em casos na situação de saúde doença

Sim

Não

Apoio diagnóstico e terapia

Sim

Não

Discussão de casos clínicos

Sim

Não

17- Ocorreu reunião ou discussão para a gestão da informação do período avaliado?

Sim

Não

18- Como você avalia o grau de relacionamento gerente deste CEO?

Assiduidade

Ruim

Regular

Bom

Pontualidade

Ruim

Regular

Bom

Gerenciamento do cumprimento de metas

Ruim

Regular

Bom

Organização dos serviços

Ruim

Regular

Bom

Relacionamento Gerente/Usuário

Ruim

Regular

Bom

Relacionamento Gerente/Profissional;

Ruim

Regular

Bom

19- Nos últimos seis meses houve alguma forma de educação continuada/permanente para o profissional do CEO?

Sim

Não

20- Qual?

Atualização profissional

Aperfeiçoamento profissional

Curso de especialização

Mestrado

Doutorado

Outros

C – Regra de decisão



Universidade Federal de Pernambuco

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Medicina Social

Centro Colaborador em Vigilância da Saúde Bucal do Ministério da Saúde

Grupo de Pesquisa GestBucal

Proposta regra de decisão

Introdução

O estabelecimento da regra de decisão é o modelo norteador para determinar a *versão preliminar* de avaliação/classificação dos Centros de Especialidades Odontológicas do Portal CEO modo gerente e modo profissional. Salienta-se que a inclusão de dados do primeiro módulo é de caráter mensal e do segundo, semestral. Após a implantação do Portal CEO e sua operacionalização para todo o estado pretende-se o aperfeiçoamento da ferramenta nos aspetos técnicos, conteúdo e regra de decisão aumentando em complexidade.

Com o estabelecimento da *versão preliminar*, poder-se-á classificar com nota geral e para cada componente de qualidade avaliativo

para cada estabelecimento de saúde, que deverá permitir visualização após inclusão e envio de dados, além da construção de tendência. As notas devem ser relativizadas em caráter decimal, ou seja, a nota geral e notas por abas, valem de 0-10 de acordo com pontuação.

No entanto, vale lembrar, que o Portal CEO deverá permitir a visualização dos resultados em nível nacional (módulo GestBucal), por estado (módulo gestor estadual) e municípios (módulo gestor municipal).

Para tal, seria importante, se possível, acrescentar para comparabilidade entre serviços, o estabelecimento de um parâmetro nacional (nota nacional resultaria da média aritmética dos resultados dos serviços disponíveis) e parâmetro estadual (nota estadual resultaria da média aritmética dos resultados dos serviços disponíveis).

Para todas estas sumarizações de dados que serão utilizadas na ferramenta Portal CEO (visualizações pelos usuários do Portal CEO), dar-se-ia preferência à apresentação em modelo de gráfico de tendência, forma ilustrativa facilmente entendida por gestores/gerentes e profissionais do CEO para uso do Portal como ferramenta de gestão.

Faz-se necessário também estabelecer como se dará a extração dos dados para todas as categorias dos questionários a fim de se fazer análises complementares.

Segue abaixo descrição detalhada da pontuação das questões à regra de decisão segundo análise dos questionários gerente e profissional, segundo aba.

1 +- Questionário Gerente CEO – Pontuação varia de 0-51 (6+13+4+10+5+13)

$$\Sigma[8+12+16] + [19+22+23+24] + [25+27+28+29] + [31+32+33+34+36+38] + [42+43+44+45+46] + [47+48]$$

Componente de Qualidade Cobertura do serviço – não entrará na contagem

Componente de Qualidade Gestão e Gerencia dos Serviços – pontuação varia de 0-6, 0=nota 0 a 6= nota 10,0

Questão 8 (O município possui coordenador de SB?)

1 = 1

2 = 0

não sabe/não respondeu = 0

Se nota geral= 0, então recomendar que: A gestão da atenção à saúde bucal de um município é uma atividade administrativa que requer conhecimento de gestão, mas também de Odontologia, e exige a nomeação de profissional devidamente capacitado com o objetivo de administrar com competência, responsabilidade, eficiência e capacidade técnica todas as questões de saúde bucal nos três níveis de complexidade da rede de atenção à saúde. Caso o seu município não tenha o coordenador de saúde bucal na estrutura organizacional, leve essa demanda para o secretário de saúde demonstrando a importância desse cargo de gestão, para que entre na agenda política e aperfeiçoe a gestão e a organização da atenção em saúde bucal no município.

Questão 12

1, 2, 3 e 4 = 1 ponto;

NÃO e NÃO SABE/NÃO INFORMOU (5 e 6) = 0.

Se nota geral = 0, então recomendar: A gerência de qualquer serviço de saúde pressupõe e exige a designação de profissional especificamente nomeado para exercer esta atividade administrativa, com vistas a aperfeiçoar a gestão e organizar o serviço. Caso o seu serviço não tenha instituído esse agente público no organograma dos CEO, leve essa demanda para a coordenação de saúde bucal demonstrando a importância desse cargo de gestão, para que entre na agenda política e aperfeiçoe a gestão e a organização da atenção especializada em saúde bucal no município.

Questão 16 – Varia de 0-4 (Como você avalia o comprometimento do secretário de saúde em relação às questões do CEO?)

Descomprometido = 0

Pouco comprometido = 1

Indiferente = 2

Comprometido = 3

Muito comprometido = 4

Se nota geral ≤ 2 , então: É importante que o secretário de saúde tome conhecimento das questões relativas ao CEO e seja sensibilizado quanto à importância do investimento na atenção especializada em saúde bucal.

Componente de Qualidade estrutura – pontuação varia de 0 – 13,
0= nota 0,0 a 13= nota 10,0

Questão 19 (Quantos consultórios não estão em funcionamento?)

0 = 1

#1 = 0

Se nota geral = 0, então recomendar: É importante evitar a suspensão prolongada dos atendimentos causada por defeitos nos equipamentos odontológicos que venha a comprometer o atingimento das metas de produção estabelecidas pela Portaria GM/MS Nº 1464/2011.

Questão 22 (Por qual tipo de serviço é feita a manutenção preventiva ou reparadora dos equipamentos odontológicos do CEO?)

Serviço próprio municipal ou Serviço terceirizado ou Misto 1

Não é feita o

Se nota geral = 0, então recomendar: É importante que a secretaria de saúde mantenha contrato de manutenção preventiva e reparadora

dos consultórios odontológicos com empresas especializadas de modo a evitar a suspensão prolongada dos atendimentos causada por defeitos nos equipamentos.

Questão 23 (Há um auxiliar de saúde bucal (ASB) para desenvolvimento de atividade em cada conjunto odontológico?)

Sim = 1

Não= 0

Se nota geral = 0, então recomendar: Considerando a Portaria GM/MS Nº 599/2006, cada consultório odontológico do CEO deverá ser acompanhado por um ASB.

Questão 24 – varia de 0 – 10 (Como você classifica o suprimento e abastecimento dos itens fornecidos pela secretaria de saúde ao CEO?)

Equipamento de proteção individual (EPI) Material de consumo
Instrumentais odontológicos Equipamentos odontológicos periféricos Impressos

Ruim = 0

Regular = 1

Bom = 2

RECOMENDAÇÕES

Se nota ≤ 5 , então: É fundamental a aquisição de insumos e equipamentos de boa qualidade e em quantidade suficiente para garantir o bom funcionamento do serviço, o cumprimento das metas de produção e das normas de biossegurança estabelecidos na Portaria GM/MS nº 1464/2011 e na publicação Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos (ANVISA, 2006),

respectivamente. A falta de alguns dos itens detalhados sugere uma inadequada organização do processo de distribuição, comprometendo o abastecimento dos materiais e inviabilizando o atendimento ao paciente.

Obs.: Se possível chamar atenção para cada item com nota ≤ 1 .

Componente de Qualidade Gestão de Pessoas – Pontuação varia de 0-4, sendo 0 = 0,0 a 4=10,0

Questão 25 (Os profissionais recebem algum tipo de incentivo/gratificação por atender no CEO?)

Sim = 1

Não = 0

não sabe/não respondeu = 0

Se nota geral = 0, então recomendar: Considerando o seu potencial poder motivador para o profissional, recomenda-se pactuar junto ao secretário de saúde a possibilidade de acréscimo de incentivo/gratificação à remuneração dos profissionais do CEO.

Questão 27 (Existe planos de cargos, carreiras e salários institucionalizado, contemplando os profissionais do CEO?)

Sim = 1

Não = 0

não sabe/não respondeu = 0

Se nota geral = 0, então recomendar: É importante que haja normatização e criação de planos de cargos, carreiras e salários afim de promover seguridade aos profissionais do CEO e em cumprimento ao Inciso VI, do Art. 4º da Lei Federal Nº 8142/1990.

Questão 28 (Como é monitorado o cumprimento da carga horária profissional?).

Livro de ponto ou Ponto eletrônico = 1

Não há monitoramento ou Outros = 0

Se nota geral = 0, então recomendar: É importante monitorar o cumprimento da carga horária do profissional de modo que cada consultório seja utilizado para a realização de procedimentos odontológicos por, no mínimo, 40 horas semanais, conforme preconiza a Portaria GM/MS nº 599/2006.

Questão 29 (A gerência avalia o nível de satisfação dos profissionais do CEO com o trabalho?)

Sim = 1

Não = 0

Se nota geral = 0, então recomendar: É importante que a gerência avalie o nível de satisfação dos profissionais do CEO com o trabalho para que necessárias, pertinentes e possíveis atitudes possam ser tomadas oportunamente.

Componente de Qualidade Critérios organizacionais – pontuação varia de 0-10, sendo 0=0,0 a 10=10,0

Questão 31 (Como se dá o acesso ao CEO?) (

Apenas demanda espontânea ou Não Sabe/Não Informou = 0

Apenas demanda referenciada ou Demanda espontânea e demanda referenciada = 1

Se nota geral = 0, então recomendar: É importante que a gerência tome conhecimento da demanda do CEO, fomente a integração efetiva entre Atenção Básica e Atenção Especializada em Saúde Bucal, e formalize a referência e contra-referência junto aos profissionais.

Questão 32 (Como são feitas as marcações de consulta ao CEO?)

A equipe da Unidade Básica/USF se responsabiliza pela marcação 1
O usuário é o responsável, fazendo a marcação ou Outras o

Se nota geral = 0, então recomendar: É importante que a atenção primária em saúde bucal realize o encaminhamento, bem como a marcação das consultas do CEO, de modo a garantir a integralidade na atenção à saúde bucal do município.

Questão 33 (O agendamento da consulta ao usuário é por hora marcada?)

Sim = 1

Não = 0

Se nota geral = 0, então recomendar: É aconselhável que o agendamento da consulta ao CEO seja por hora marcada de forma a otimizar a organização do serviço e diminuir o tempo de espera do paciente na recepção, contribuindo para o aumento da satisfação do usuário.

Questão 34 (Há garantia de exames complementares para as necessidades do CEO?)

Sim = 1

Não = 0

não sabe/não respondeu = 0

Se nota geral = 0, então recomendar: É importante a participação do gerente, do coordenador de saúde bucal e do secretário de saúde nas instâncias de negociação e pactuação dos serviços e exames complementares municipais, regionais e/ou estaduais, de modo a garantir a oferta desses serviços à população adscrita.

Questão 36 (Há garantia de referência e contra-referência para serviços de maior complexidade ou de apoio diagnóstico?)

Sim = 1

Não = 0

não sabe/não respondeu = 0

Se nota geral = 0, então recomendar: É importante a participação do gerente, do coordenador de saúde bucal e do secretário de saúde, nas instâncias de negociação e pactuação dos serviços que servirão de referência para a saúde bucal municipal nas CIR, CIB e até CIT, se for o caso, de modo a garantir a oferta dos serviços de maior complexidade à população adscrita.

Questão 38 – varia 0-5 (Dentre as especialidades ofertadas, existe lista de espera ao CEO?)

Sim ou não sabe/não respondeu = 0

Não = 1

RECOMENDAÇÕES

Diagnóstico bucal

(com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal)

Se nota geral = 0, então recomendar: Considerando a existência de uma lista de espera em qualquer uma das especialidades deve-se recomendar o fortalecimento do diagnóstico e o monitoramento de pacientes oriundos da atenção básica, ou seja, a mesma deve encaminhar adequadamente, segundo um protocolo existente e acompanhar o fluxo do paciente na rede. As atribuições específicas de cada nível de atenção deverão ser baseadas nos protocolos clínicos definidos pelo Ministério da Saúde e reforçadas pela gestão local. É fundamental a melhoria na integração entre os níveis de atenção primário e secundário.

Deve-se evitar que a população seja submetida a um tempo longo de espera para que não ocorra descrença em relação ao serviço e evasão ao tratamento.

Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros

Se nota geral= o, então recomendar: Considerando a existência de uma lista de espera em qualquer uma das especialidades deve-se recomendar o fortalecimento do diagnóstico e o monitoramento de pacientes oriundos da atenção básica, ou seja, a mesma deve encaminhar adequadamente, segundo um protocolo existente e acompanhar o fluxo do paciente na rede. As atribuições específicas de cada nível de atenção deverão ser baseadas nos protocolos clínicos definidos pelo Ministério da Saúde e reforçadas pela gestão local. É fundamental a melhoria na integração entre os níveis de atenção primário e secundário.

Deve-se evitar que a população seja submetida a um tempo longo de espera para que não ocorra descrença em relação ao serviço e evasão ao tratamento.

Periodontia

Se nota geral= o, então recomendar: Considerando a existência de uma lista de espera em qualquer uma das especialidades deve-se recomendar o fortalecimento do diagnóstico e o monitoramento de pacientes oriundos da atenção básica, ou seja, a mesma deve encaminhar adequadamente, segundo um protocolo existente e acompanhar o fluxo do paciente na rede. As atribuições específicas de cada nível de atenção deverão ser baseadas nos protocolos clínicos definidos pelo Ministério da Saúde e reforçadas pela gestão local. É fundamental a melhoria na integração entre os níveis de atenção primário e secundário.

Deve-se evitar que a população seja submetida a um tempo longo de espera para que não ocorra descrença em relação ao serviço e evasão ao tratamento.

Atendimento a portadores de necessidades especiais

Se nota geral= o, então recomendar: Considerando a existência de uma lista de espera em qualquer uma das especialidades deve-se recomendar o fortalecimento do diagnóstico e o monitoramento de pacientes oriundos da atenção básica, ou seja, a mesma deve encaminhar adequadamente, segundo um protocolo existente e acompanhar o fluxo do paciente na rede. As atribuições específicas de cada nível de atenção deverão ser baseadas nos protocolos clínicos definidos pelo Ministério da Saúde e reforçadas pela gestão local. É fundamental a melhoria na integração entre os níveis de atenção primário e secundário.

Deve-se evitar que a população seja submetida a um tempo longo de espera para que não ocorra descrença em relação ao serviço e evasão ao tratamento.

Endodontia

Se nota geral = o, então recomendar: Considerando a existência de uma lista de espera em qualquer uma das especialidades deve-se recomendar o fortalecimento do diagnóstico e o monitoramento de pacientes oriundos da atenção básica, ou seja, a mesma deve encaminhar adequadamente, segundo um protocolo existente e acompanhar o fluxo do paciente na rede. As atribuições específicas de cada nível de atenção deverão ser baseadas nos protocolos clínicos definidos pelo Ministério da Saúde e reforçadas pela gestão local. É fundamental a melhoria na integração entre os níveis de atenção primário e secundário.

Deve-se evitar que a população seja submetida a um tempo longo de espera para que não ocorra descrença em relação ao serviço e evasão ao tratamento.

Componente de Qualidade Controle Social e Financeiro – pontuação varia 0-5, sendo 0=0,0 a 5=10,0

Questão 42 (O gestor e/ou gerente avalia e considera as sugestões e reclamações encaminhadas, para melhoramento da organização do CEO?)

Sim = 1

Não = 0

Se nota geral= 0, então recomendar: É importante que o gestor e/ou gerente monitore as reclamações e sugestões encaminhadas e crie um espaço de discussão interna, para melhoria na organização do CEO.

Questão 43 (A gestão municipal de SB estabelece ou utiliza mecanismos para o monitoramento de grau de satisfação dos usuários do CEO?)

Sim = 1

Não = 0

Se nota geral= 0, então recomendar: É importante que a gestão municipal de SB estabeleça a utilização de mecanismos para o monitoramento do grau de satisfação dos usuários do CEO para que haja redirecionamento de processos de trabalho equivocados e melhoria da qualidade dos serviços.

Questão 44 (Houve um recebimento dos recursos financeiros referentes à portaria MS/GM 1464/11 no último mês?)

Sim = 1

Não = 0

não sabe/não respondeu = 0

Se nota geral= o, então recomendar: A gestão/gerência deve estar informada sobre o recebimento de recursos financeiros, bem como procurar a prefeitura e MS a fim de obter esclarecimento quanto ao não recebimento dos recursos financeiros, tendo em vista a importância do financiamento adequado para o cumprimento das atividades e metas previstas na Portaria GM/MS nº 1464/2011.

Questão 45 (Houve recebimento dos recursos financeiros da contra-partida do estado no último mês?)

Sim = 1

Não = 0

não sabe/não respondeu = 0

Se nota geral= o, então recomendar: A gestão/gerência deve estar informada sobre o recebimento de recursos financeiros, bem como procurar a prefeitura e o Estado a fim de obter esclarecimento quanto ao não recebimento dos recursos financeiros, tendo em vista a importância do financiamento adequado para o cumprimento das atividades e metas previstas na Portaria GM/MS nº 1464/2011.

Questão 46 (Há acompanhamento/controlado orçamentário pela coordenação de SB sobre os recursos financeiros recebidos do MS para o CEO?)

Sim = 1

Não = 0

não sabe/não respondeu = 0

Se nota geral= o, então recomendar: Considerando a importância do financiamento adequado para o cumprimento das atividades e metas previstas na legislação que rege a atenção especializada em saúde bucal, a gestão/gerência deve estar informada sobre o recebimento de recursos financeiros e buscar a abertura de um canal de comunicação com a coordenação de SB e com o gestor municipal de

modo a assegurar o aporte dos recursos financeiros necessários ao bom funcionamento do CEO

Componente de Qualidade Avaliação e monitoramento das ações do CEO – Pontuação varia de 0-13, sendo 0=0,0 a 13=10,0

Questão 47 – Varia de 0-12 (Como você avalia o grau de comprometimento dos profissionais que trabalham neste CEO?)

Assiduidade + Pontualidade + Cumprimento de metas + Organização dos serviços + Relacionamento profissional-usuário + Relacionamento profissional-gerencia/outros profissionais (é importante que seja analisado bem como estimulado pela gestão/gerência o grau de comprometimento dos usuários que trabalham neste CEO)

Ruim = 0

Regular = 1

Bom = 2

RECOMENDAÇÕES

Assiduidade

Se nota ≤ 1 , então recomendar: A gerência deverá monitorar a assiduidade de cada profissional e cobrar o cumprimento da carga horária estabelecida nos contratos de trabalho ou na legislação dos servidores públicos, conforme o caso, segundo pressupõe a sua atribuição de gerente, com foco no cumprimento das metas de produção estabelecidas na Portaria GM/MS nº 1464/2011.

Pontualidade

Se nota ≤ 1 , então recomendar: A gerência deverá monitorar a pontualidade de cada profissional e cobrar o cumprimento da carga horária estabelecida nos contratos de trabalho ou na legislação dos servidores públicos, conforme o caso, segundo pressupõe a sua

atribuição de gerente, com foco no cumprimento das metas de produção estabelecidas na Portaria GM/MS nº 1464/2011 e na manutenção da organização do serviço.

Cumprimento de metas

Se nota ≤ 1 , então recomendar: Considerando que a Portaria GM/MS nº 1464/2011 estabelece metas de produção a serem cumpridas e a suspensão do repasse financeiro em caso de não alcance das metas, a gerência deverá monitorar cada profissional quanto ao atingimento das metas individuais com foco no alcance das metas do serviço e dar feedback quando necessário.

Organização dos serviços

Se nota ≤ 1 , então recomendar: Nos casos em que o comportamento dos profissionais interfira negativamente na organização dos serviços, é necessário que a gerência intervenha e converse com os mesmos evidenciando que esse comportamento prejudica diretamente o processo de trabalho e, conseqüentemente, o cumprimento global das metas estabelecidas na Portaria GM/MS nº 1464/2011.

Relacionamento profissional-usuário

Se nota ≤ 1 , então recomendar: O acolhimento ao paciente é uma diretriz do modelo tecno-assistencial orientada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que propõe, principalmente, reorganizar o serviço, no sentido da garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado. Com isso, estabelece-se o vínculo profissional-usuário, diminuindo a chance de evasão e garantindo, por consequência, o cumprimento das metas de produção estabelecidas pela legislação. Recomenda-se, portanto, monitorar o relacionamento dos profissionais do CEO com os usuários do serviço a fim de identificar possíveis condutas contrárias à ideia de acolhimento e oferecer-lhes feedback sempre que necessário.

Relacionamento profissional-gerencia/outras profissionais:

Se nota ≤ 1 , então recomendar: Um bom ambiente de trabalho gera um maior bem estar aos que nele frequentam com consequências positivas diretas na produtividade. A valorização profissional é outro aspecto que tende a alavancar o comprometimento com o trabalho e, por conseguinte, a produção de serviços. Recomenda-se a realização de reuniões periódicas com os funcionários para a discussão dos problemas do serviço, valorização das sugestões positivas, ressaltando a importância do ambiente de trabalho saudável. Problemas de relacionamentos específicos deverão ser tratados em particular apenas com os envolvidos. Feedback positivo também é muito recomendado. Atentar para os casos de indisciplina passíveis de punição pelo código de ética no serviço público.

Questão 48 (Realizou-se a avaliação da produção do CEO segundo as metas de desempenho propostas pela portaria N° 1464/11 GM?)

Sim = 1

Não = 0

Se nota geral = 0, então recomendar: É importante que haja avaliação da produção do CEO segundo as metas de desempenho propostas pela Portaria GM/MS N° 1464/11, de modo a evitar a suspensão do repasse dos recursos pelo MS, conforme o Art. 1º, inciso IV, da citada Portaria.

2. - Questionário Avaliação Profissional – pontuação varia de 0 – 81 (29+52)

$$\Sigma[1+2+5+9]+[12+13+14+15+16+17+18+19]$$

Componente de Qualidade Estrutura – Pontuação varia 0-29, sendo 0=0,0 a 29=10,0

Questão 1 – varia de 0-2 (Como estão as condições físicas de trabalho: iluminação, ventilação (circulação de ar), conservação de pisos, paredes e teto, instalações elétricas, portas, janelas, vidros e extintor, de acordo com a regulamentação sanitária (instalações físicas, equipamentos e procedimentos) e ainda abastecimento de água, disposição dos resíduos líquidos e sólidos, etc?)

Ruim = 0

Regular = 1

Bom = 2

Se nota geral ≤ 1 , então recomendar: é importante para o serviço que o profissional comunique à gestão/gerência sobre o mau funcionamento de equipamentos e condições físicas de trabalho e que a estrutura física do estabelecimento de saúde respeite as determinações da RDC ANVISA nº 50/2002)

Questão 2 – varia de 0-24 (Faça uma avaliação no quesito qualidade e disponibilidade de cada item em função dos últimos seis meses)

Equipamento de proteção + Equipamentos odontológicos + Impressos + Instrumentais odontológicos + Materiais de consumo e insumos + Equipamentos periféricos

Ruim = 0

Suficiente = 2

Regular = 1 +

Bom = 2

Insuficiente = 1

Se nota geral ≤ 12 , então recomendar: Levando em consideração que o bom funcionamento do CEO também está atrelado à qualidade dos seus insumos, o profissional deverá pleitear junto à gerência do serviço a aquisição de produtos de boa qualidade. Para tanto, e considerando que as compras na Administração Pública deverão respeitar a Lei Federal nº 8666/1993 e afins, que tratam de licitações e contratos, os cirurgiões-dentistas poderão ajudar a gerência na elaboração dos termos de referência dos insumos odontológicos

a serem licitados com especificações que levem à aquisição de produtos de boa qualidade. E aproveitando a sua participação na etapa da elaboração do termo de referência, recomenda-se prever o suprimento no quantitativo suficiente para o regular abastecimento do serviço. Um serviço com insumos, materiais e equipamentos de qualidade e em quantidade suficiente para a sua demanda facilmente cumprirá as metas de produção estabelecidas na Portaria GM/MS nº 1464/2011 e também as normas de biossegurança estabelecidas pelo Ministério da Saúde e ANVISA (2006) como medidas de controle de infecção nos consultórios odontológicos.

Questão 5 (Usa-se algum tipo de prontuário clínico neste serviço?)

Sim = 1

Não = 0

Se nota geral = 0, então: Segundo o Art. 9º, inciso X, do Código de Ética Odontológica (aprovado pela Resolução CFO-118/2012), é dever do cirurgião-dentista e importante para respaldo do profissional e do paciente frente a possíveis futuras questões legais, além de estabelecer critérios organizacionais para melhor funcionamento burocrático, elaborar e manter atualizados os prontuários na forma das normas em vigor, incluindo os prontuários digitais.

Questão 9 (O preenchimento dos Boletins Diários de Atendimento é realizado diariamente?)

Sim = 1

Não = 0

Se nota geral = 0, então: Para o efetivo controle da produção realizada e a adequada organização do serviço, é importante o preenchimento dos Boletins Diários de Atendimento).

Questionário 10 (Há disponibilidade de protocolo clínico ao atendimento de especialidades odontológicas?)

Se nota geral ≠ 0, então recomendar: Considerando a existência de protocolos clínicos elaborados pelo Ministério da Saúde voltados à atenção especializada em saúde bucal (NOME DO DOCUMENTO E ANO), é importante para o bom funcionamento do serviço a disponibilização desses protocolos aos profissionais como fonte de apoio à conduta clínica.

Sim, Ministério da Saúde ou Sim, próprio = 1

Não = 0

Componente de Qualidade Processo – pontuação varia de 0 – 52, Sendo 0=0,0 a 52=10,0

Questão 12 (O CEO recebe o usuário referenciado da unidade de saúde portando termo escrito com descrição do caso, critérios clínicos conforme formulário instituído?)

Sim = 1

Não = 0

Se nota geral ≠ 0, então recomendar: Com vistas à otimização do atendimento, é importante que o usuário referenciado compareça ao CEO portando termo com descrição do caso e critérios clínicos, conforme preconizado na Portaria GM/MS nº 2488/2011

Questão 13 – era 0-24 varia de 0-30 (Marque a melhor descrição para proporção de casos que são devidamente referenciados da AP para a especialidade, ou seja, casos que de fato necessitavam da atenção secundária)

Estomatologia + Periodontia + Cirurgia oral menor + Endodontia + Pacientes especiais + outras especialidade

Todos = 5

Maioria = 3

Alguns = 2

Minoria = 1

Nenhum = 0

Se nota geral ≤ 16 recomendar: Recomenda-se criar espaços de discussão e interação entre a atenção secundária e a primária, reforçando a importância do cumprimento dos protocolos clínicos do Ministério da Saúde - e aqueles do próprio serviço, caso existam, bem como a necessidade da atenção primária executar as ações precípuas do primeiro nível de atenção à saúde. A partir do momento em que os protocolos clínicos são seguidos pelos profissionais da atenção básica, a chance de referenciamento inadequado diminui sensivelmente.

Questão 14 (Os usuários referenciados foram devidamente preparados clinicamente para receber o tratamento especializado?)

Se nota geral = 0, então recomendar: é importante que o profissional comunique à gerência sobre a ocorrência de ruptura na hierarquização entre os níveis de atenção à saúde bucal por parte da atenção básica ao referenciar pacientes que não foram devidamente preparados clinicamente para o atendimento especializado e pleiteie que o assunto seja discutido junto à coordenação de saúde bucal, com vistas à reorganização do processo de trabalho em cada nível de atenção, em respeito à alínea b, do inciso IX, do Art. 7º da Lei Federal nº 8080/1990.

Sim = 1

Não = 0

Questão 15 (Após a conclusão do tratamento o usuário volta para a unidade de saúde com as informações necessárias (termo escrito) para continuidade do tratamento? (contra-referência))

Sim = 1

Não = 0

Se nota geral = 0, então recomendar: Em respeito à forma de organização do SUS, que preconiza o sistema de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção à saúde, visando à integralidade da atenção à saúde bucal do usuário, o fortalecimento da integração entre a atenção básica e a atenção especializada, e no combate à evasão do paciente após o tratamento especializado, é importante que ele seja formalmente contrarreferenciado à sua unidade de saúde original na atenção básica, portando termo escrito com informações necessárias à continuidade do tratamento.

Questão 16 – varia de 0-5 (São realizadas reuniões/atividades conjuntas entre profissionais da APS e secundária em relação a:

Educação permanente +Análise dos casos de referência e contra-referência+Intervenção em casos na situação de saúde doença+Apoio diagnóstico e terapia+ Discussão de casos clínicos)

Sim = 1

Não = 0

Se nota geral < 4, então: A ausência de reuniões ou atividades que envolvam conjuntamente a atenção primária e secundária e a abordagem de algum destes aspectos causa problemas nesta interface, dificultando o pleno entendimento e entrosamento entre as partes, complicando o processo de trabalho e prejudicando a eficácia do tratamento dos pacientes.

Questão 17 (Ocorreu reunião ou discussão para a gestão da informação do período avaliado?)

Sim = 1

Não = 0

Se nota geral = 0, então recomendar: Considerando a importância da gestão participativa nos processos de trabalho é importante que ocorram reuniões periódicas entre a equipe de profissionais e a

gerência afim de discutirem o período avaliado com o objetivo de contextualização dos pontos fracos e proposição de modificações oportunas no processo de trabalho que possibilitem a melhoria da qualidade dos serviços prestados, das condições de trabalho, tendo também como resultado a valorização profissional.

Questão 18 – varia 0-12 (Como você avalia o grau de relacionamento com o gerente deste CEO?)

Assiduidade + Pontualidade + Gerenciamento do cumprimento de metas + Organização dos serviços + Relacionamento Gerente/Usuário + Relacionamento Gerente/Profissional

Ruim = 0

Regular = 1

Bom = 2

Assiduidade/Pontualidade

Se nota geral ≤ 1 , então: A presença do gerente é determinante para o seu bom funcionamento, já que lhe cabe a administração direta do serviço, além de que também serve como exemplo para os profissionais (o descompromisso do gerente também interfere na motivação dos profissionais).

Gerenciamento do cumprimento de metas

Se nota geral ≤ 1 , então: Uma vez que o gerente deixa de fazer o gerenciamento do cumprimento de metas do CEO, não tem como exigir dos profissionais que cumpram com as suas atividades e melhorem os seus resultados, assim pode haver consequências como a perda de recursos para o serviço e também a perda de qualidade na assistência.

Organização dos serviços

Se nota geral ≤ 1 , então: Cabe principalmente ao gerente a manutenção da organização do serviço, uma vez em que falhe neste aspecto

há o comprometimento de todo o processo de trabalho e funcionamento, podendo acarretar em deficiência no desempenho do serviço e na insatisfação geral de trabalhadores e usuários.

Relacionamento gerente/usuário

Se nota geral ≤ 1 , então: Um bom gerente deve ser capaz de ouvir as necessidades e expectativas do usuário do serviço, pois é a ele que se destina. Fazer isto propicia direcionar e planejar melhor as ações, refletindo na melhoria do atendimento.

Relacionamento gerente/profissional

Se nota geral ≤ 1 , então: O gerente que estabelece uma boa relação com os profissionais de seu serviço consegue obter destes os seus melhores resultados e conta sempre com a sua disponibilidade para buscar este aprimoramento.

Questão 19 (Nos últimos seis meses houve alguma forma de educação continuada/permanente para o profissional do CEO?)

Sim = 1

Não = 0

Se nota geral = 0, então recomendar: É importante que haja educação continuada/permanente para o profissional do CEO afim de melhorar a sua prática profissional, em respeito ao previsto no parágrafo único do Art. 14 da Lei Federal nº 8080/1990.

D – Cartilha de acesso rápido para o coordenador municipal

Objetivo da pesquisa e utilização do Portal CEO

Esta pesquisa avaliará a efetividade (uso) de uma ferramenta webbased, denominada Portal Eletrônico de Monitoramento e Avaliação do CEO, para o processamento automatizado de dados que permitirá melhor gestão e gerência desses serviços para tomada de decisão em saúde bucal baseada em evidências científicas, além de proporcionar visibilidade das políticas públicas às questões de saúde bucal que contribuirão a constante melhoria no tocante a qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Fontes financiadoras:

- 1- FACEPE 13/2012 - PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE: PPSUS – REDE MS/CNPq/FACEPE/SES.
- 2 - MCT/CNPq/MS – SOTIE – Decit N° 101-2012 – Pesquisa em Saúde Bucal



Endereço e Contatos
Quarta Travessa Professor Artur de Sá,
S/N,
Cidade Universitária.

Telefones:
81-99075-1011
81-99076110

GESTBUCAL/CECOL/UFPE

Manual Rápido Coordenador Municipal

Portal CEO

O Portal Eletrônico para Avaliação e Monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (Portal CEO) foi elaborado pelo grupo de pesquisa GestBucal, como um dos produtos da pesquisa:

"Avaliação, monitoramento e gestão dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) do Brasil", Projeto de Fortalecimento da Odontologia no Brasil e em Cuba (financiada pela Agência Brasileira de Cooperação Internacional-ABC; Organização Panamericana de Saúde-OPAS e Ministério da Saúde - MS).

Esta ferramenta webbased tem como finalidade o Processamento Automatizado de Dados. Sua validade de face foi realizada após apresentação e discussão em 5 (cinco) seminários macrorregionais do Brasil, com representatividade dos gestores, gerentes e profissionais dos CEO.

O Portal CEO contém perguntas avaliativas, bem como, critérios para avaliação de qualidade dos serviços por tema.

Além da possibilidade de inclusão de dados, para avaliação e monitoramento remoto dos serviços, o próprio programa gera relatórios avaliativos que apontam a classificação dos serviços em relação às questões avaliativas servindo de instrumento de (auto) avaliação para gestão, planejamento e tomada de decisão imediata.

Veja como é fácil acessar o Portal CEO

Acesse o portal através do endereço www.gestbucal.com.br. No menu principal clique no link "Portal CEO". Em seguida o site do GestBucal irá direcioná-lo para a tela de login do Portal CEO (Figura 1).

O coordenador municipal de saúde bucal é o responsável pelo cadastramento dos dados do (s) CEO de seu município no Portal CEO. Se depois deste passo os demais usuários poderão utilizar esta ferramenta webbased como instrumento de avaliação. Então, para o primeiro acesso, o coordenador deve clicar no botão **GESTÃO** e escolher **GESTÃO MUNICIPAL**.

Na tela do Gestor municipal do CEO, o usuário terá total acesso podendo incluir ou modificar tanto seus dados pessoais, como deve fazer o cadastro de cada serviço, gerente e profissional que fazem parte do CEO e irão realizar as avaliações. Basta clicar nos botões contidos na barra inferior da tela e indicar um dos comandos tais como: "Novo", "Atualizar", "Salvar", e "Descartar".

Na mesma tela, o usuário poderá ter acesso aos resultados das avaliações. Para dar início a visualização das avaliações basta clicar no botão **PONTUAÇÃO**.

Na tela das PONTUAÇÕES aparecerá a listagem das classificações dos CEOs avaliados.

Pode-se fazer a busca a partir de filtros. Depois da seleção escolhida basta clicar no botão **PESQUISA**.

Coordenadora Responsável:
Profa. Dra. Nilcema Figueiredo Departamento de Medicina Social / Centro de Ciências da Saúde / Universidade Federal de Pernambuco (CNS/COS/UFPE).

E – Cartilha de acesso rápido para o gerente

Objetivo da pesquisa e utilização do Portal CEO

Esta pesquisa avaliará a efetividade (uso) de uma ferramenta webbased, denominada Portal Eletrônico de Monitoramento e Avaliação do CEO, para o processamento automatizado de dados que permitirá melhor gestão e gerência desses serviços para tomada de decisão em saúde bucal baseada em evidências científicas, além de proporcionar visibilidade das políticas públicas às questões de saúde bucal que contribuirão a constante melhoria no tocante a qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Fontes financiadoras:

- 1- FACEPE 13/2012 - PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE PPSUS - REDE MS/CNPq/FACEPE/SES.
- 2 - MCT/CNPq/MS - SCTIE - Decit Nº 10-2012 - Pesquisa em Saúde Bucal



Endereço e Contatos
Quarta Travessa Professor Artur de Sá,
S/N,
Cidade Universitária.

Telefones:
81-99071-1015
81-99678-6110

GESTBUCAL/CECOL/UFPE

Manual Rápido Gerência

Portal CEO

O Portal Eletrônico para Avaliação e Monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (Portal CEO) foi elaborado pelo grupo de pesquisa GestBucal, como um dos produtos da pesquisa:

"Avaliação, monitoramento e gestão dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) do Brasil", Projeto de Fortalecimento da Odontologia no Brasil e em Cuba (financiada pela Agência Brasileira de Cooperação Internacional-ABC; Organização Panamericana de Saúde-OPAS e Ministério da Saúde - MS).

Esta ferramenta webbased tem como finalidade o Processamento Automatizado de Dados. Sua validade de face foi realizada após apresentação e discussão em 5 (cinco) seminários macrorregionais do Brasil, com representatividade dos gestores, gerentes e profissionais dos CEO.

O Portal CEO contém perguntas avaliativas, bem como, critérios para avaliação de qualidade dos serviços por tema.

Além da possibilidade de inclusão de dados, para avaliação e monitoramento remoto dos serviços, o próprio programa gera relatórios avaliativos que apontam a classificação dos serviços em relação as questões avaliativas servindo de instrumento de (auto) avaliação para gestão, planejamento e tomada de decisão imediata.

Veja como é fácil acessar o Portal CEO

1. Acesse o portal através do endereço www.gestbucal.com.br. No menu principal clique no link "Portal CEO". Em seguida o site do GestBucal irá direcioná-lo para a tela de login do Portal CEO (Figura 1).

2. Uma vez acessando a tela de login, basta se identificar inserindo seu login e sua senha nos campos correspondentes e indicando o nível de acesso correspondente ao seu usuário: Gestor Estadual, Gestor Municipal, Gerente CEO, Profissional CEO ou Gestbucal.

3. Na tela de Gerente do CEO, o usuário terá total acesso podendo modificar tanto seus dados pessoais quanto incluir e alterar os dados de cadastro dos profissionais que fazem parte do CEO. Basta clicar nos botões contidos na barra inferior da tela e indicar um dos comandos tais como: "Novo", "Atualizar", "Salvar", e "Descartar". O comando indicado dará a possibilidade de inserir os dados para o cadastro dos profissionais. No mesmo menu, o usuário poderá ter acesso ao questionário que deverá responder para que estas informações sejam utilizadas para compor o banco de dados utilizado na pesquisa (Figura 2).

4. Para dar início a uma avaliação basta clicar no botão AVALIAÇÕES.

5. Figura 5 - Tela com resultado das avaliações segundo gerente e profissional.

O formulário de avaliação é segmentado por abas com suas telas que irão variar de acordo com o nível de acesso do usuário. Após o seu preenchimento o usuário deverá SALVAR, caso não tenha finalizado seu preenchimento, ou EXIMIR os dados ao finalizar o preenchimento (Figura 3).

A tela seguinte irá apresentar uma lista com todas as avaliações preenchidas e enviadas (não pode fazer modificação) e lista das Classificações do CEO (Figura 4).

O Gerente também poderá contar o detalhamento dos resultados das avaliações clicando no botão PONTUAÇÃO (Figura 5).

Também encontrará os resultados da classificação segundo profissional.

Coordenadora Responsável:
Profa. Dra. Nilciana Figueiredo Departamento de Medicina Social / Centro de Ciências da Saúde / Universidade Federal de Pernambuco (DMS/CCS/UFPE).

F – Cartilha de acesso rápido para o profissional

Objetivo da pesquisa e utilização do Portal CEO

Esta pesquisa avaliará a efetividade (uso) de uma ferramenta webbased, denominada Portal Eletrônico de Monitoramento e Avaliação do CEO, para o processamento automatizado de dados que permitirá melhor gestão e gerência desses serviços para tomada de decisão em saúde bucal baseada em evidências científicas, além de proporcionar visibilidade das políticas públicas às questões de saúde bucal que contribuirão a constante melhoria no tocante a qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Fontes financiadoras:

- 1- FACEPE 13/2012 - PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE PPSUS - REDE MS/CNPq/FACEPE/SES.
- 2- MOT/CNPq/MS - SCITE - Deoit N° 101-2012 - Pesquisa em Saúde Bucal



Endereço e Contatos
 Quarta Travessa Professor Artur de Sá,
 S/N
 Cidade Universitária.

Telefones:
 81-99875-101
 81-99618-6110

GESTBUCAL/CECOL/UFPE

5

Manual Rápido Profissional

Portal CEO

O Portal Eletrônico para Avaliação e Monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (Portal CEO) foi elaborado pelo grupo de pesquisa GestBucal, como um dos produtos da pesquisa:

"Avaliação, monitoramento e gestão dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) do Brasil e em Cuba (financiada pela Agência Brasileira de Cooperação Internacional-ABC; Organização Panamericana de Saúde-OPAS e Ministério da Saúde - MS).

Esta ferramenta webbased tem como finalidade o Processamento Automatizado de Dados. Sua validade de face foi realizada após apresentação e discussão em 5 (cinco) seminários macrorregionais do Brasil, com representatividade dos gestores, gerentes e profissionais dos CEO.

O Portal CEO contém perguntas avaliativas, bem como, critérios para avaliação de qualidade dos serviços por tema.

Além da possibilidade de inclusão de dados, para avaliação e monitoramento remoto dos serviços, o próprio programa gera relatórios avaliativos que apontam a classificação dos serviços em relação às questões avaliativas servindo de instrumento

Veja como é fácil acessar o Portal CEO



Assessor o portal através do endereço www.gestbucal.com.br. No menu principal clique no link "Portal CEO". Em seguida o site do GestBucal irá direcioná-lo para a tela de login do Portal CEO.

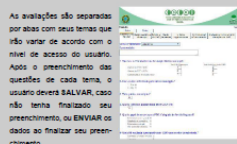
Uma vez acessando a tela de login, basta se identificar inserindo seu login e sua senha nos campos correspondentes e indicando o nível de acesso correspondente ao seu usuário: Gestor Estadual, Gestor Municipal, Gestor CEO, Profissional CEO ou GestBucal.



Na tela de Profissional do CEO, o usuário terá total acesso aos seus dados, podendo modificá-los ou atualizá-los.

Para isso basta preencher os campos solicitados na tela e clicar no "Salvar" localizado na barra do menu inferior localizado na tela. No mesmo menu, o usuário poderá ter acesso ao questionário que deverá responder para que estas informações sejam utilizadas para compor o banco de dados utilizado na pesquisa.

Para dar início a uma avaliação basta clicar no botão AVALIAÇÃO.



As avaliações são separadas por temas com seus temas que irão variar de acordo com o nível de acesso do usuário. Após o preenchimento das questões de cada tema, o usuário deverá SALVAR, caso não tenha finalizado seu preenchimento, ou ENVIAR os dados ao finalizar seu preenchimento.

A tela seguinte irá apresentar uma lista com todas as avaliações preenchidas e enviadas (não pode fazer modificação) e lista das Classificações do CEO.

O profissional também poderá contar o detalhamento dos resultados das avaliações clicando no botão PONTUAÇÃO.

Coordenadora Responsável:
 Profa. Dra. Nicene Figueiredo Departamento de
 Medicina Social / Centro de Ciências da Saúde /
 Universidade Federal de Pernambuco (IMB/CCS/
 UFPE).

G – Questionário sobre a percepção sobre avaliação em saúde e expectativas em relação ao uso do Portal CEO



Universidade Federal de Pernambuco

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Medicina Social

Centro Colaborador em Vigilância da Saúde Bucal do Ministério da Saúde

Grupo de Pesquisa GestBucal

Seja bem vindo (a) a pesquisa Portal Eletrônico para Avaliação e Monitoramento do CEO (Portal CEO). Você está convidado (a) a responder este formulário que objetiva conhecer sua percepção sobre avaliação em saúde e suas expectativas em relação ao uso do Portal CEO. Para isso é necessário que você responda todas as questões propostas, onde não há respostas certas ou erradas. Desde já agradecemos a sua colaboração, Equipe GestBucal/CECOL/UFPE.

Identificação

Nome:

Sexo:

1- Masculino

2- Feminino

Idade:

Formação:

Tempo de formação:

Possui alguma pós-graduação?

- 1- Sim
- 2- Não
- Qual?

Cargo ocupado:

- 1- Coordenador de Saúde Bucal
- 2- Gerente de CEO
- 3- Coordenador e gerente de CEO
- 4- Profissional de CEO

Município:

Questionário

1. Como você observa o uso da avaliação de serviços (considerando a avaliação como um instrumento capaz de ajudar na tomada de decisão) pelo seu município?

- 1- utiliza sempre
- 2- utiliza raramente
- 3- não utiliza
- 9- não sei

2. O quanto você considera que a avaliação pode contribuir para uma melhor tomada de decisão?

- 1- Muito
- 2- Pouco

- 3- Em nada
- 9- não sei

3. O quanto você considera que a avaliação pode contribuir para melhorar o serviço?

- 1- Muito
- 2- Pouco
- 3- Em nada
- 9- não sei

4. O quanto você considera que a avaliação possa promover uma maior integração e acordo entre os diversos atores (gestores, profissionais e usuários)?

- 1- Muito
- 2- Pouco
- 3- Em nada
- 9- não sei

5. O quanto você considera que a avaliação dos serviços pode ajudar na capacitação dos envolvidos (gestores, profissionais, usuários)?

- 1- Muito
- 2- Pouco
- 3- Em nada
- 9- não sei

6. O quanto você é convocado a participar de reuniões de discussão de processos avaliativos em seu trabalho?

- 1- Muito
- 2- Pouco
- 3- Em nada
- 9- não sei

7. O município aderiu ao PMAQ – AB?

- 1- Sim
- 2- Não

8. O município aderiu ao PMAQ – CEO?

- 1- Sim
- 2- Não

9. O quanto você está familiarizado com o uso de tecnologias eletrônicas como tablet, smartphone, computador etc?

- 1- Muito
- 2- Pouco
- 3- Em nada
- 9- não sei

10. O quanto você está familiarizado com o uso de ferramentas eletrônicas (no âmbito do trabalho no SUS)?

- 1- Muito
- 2- Pouco
- 3- Em nada
- 9- não sei

11. O quanto você considera que o Portal CEO poderá melhorar a qualidade do serviço ofertado?

- 1- Muito
- 2- Pouco
- 3- Em nada
- 9- não sei

H – Roteiro para observação de estrutura do CEO – Dirigido ao serviço (gerência)

1 - Roteiro para observação de estrutura do CEO

Dirigido ao serviço (gerência)

Observador(a):

A - Data de Início ____/____/____

Parte 1 – Identificação do CEO

1 – Nome Fantasia:

Parte 2 – Espaço físico (observar)

2 – Espaço de Entrada no Serviço

2.1 Existe sala de recepção?

1 – Sim

2 – Não

Caso Negativo, pular para a questão 3

2.2 Computador

1 – Sim

2 – Não

2.3 Arquivo

1 – Sim

2 – Não

2.4 Balcão

1 – Sim

2 – Não

2.5 Sala de espera

- 1 – Sim
- 2 – Não Caso Negativo, pular para a questão 3

2.6 TV

- 1 – Sim
- 2 – Não

2.7 Ventilador

- 1 – Sim
- 2 – Não

2.8 Condicionador de ar

- 1 – Sim
- 2 – Não

2.9 Cadeiras

- 1 – Sim
- 2 – Não

3 – Como estão as condições físicas de trabalho: iluminação, ventilação, conservação de pisos, paredes e teto, instalações hidráulicas, instalações elétricas, portas, janelas, vidros e extintor, de acordo com a regulamentação sanitária (instalações físicas, equipamentos e procedimentos) e ainda abastecimento de água, disposição dos resíduos líquidos e sólidos, etc.?

- 1. BOM: cumpre todos os requisitos
- 2. REGULAR: quando não cumpre pelo menos 2 dos requisitos.
- 3. RUIM: quando não cumpre mais de 2 dos requisitos.

4 – Quantas salas para atendimento odontológico existem neste CEO?

5 – O serviço é adequado e adaptado para receber usuários com deficiências locomotoras?

1 – Sim

2 – Não

Parte 3 – Estrutura do CEO

O CEO dispõe dos seguintes materiais e equipamentos para atendimento da população? (OBSERVAR)			Se SIM perguntar: Quantos estão em condições de uso?
	1 - Sim	2 - Não	
6.Cadeira odontológica	1	2	☐ ☐
7.Equipos odontológicos completos fixos (com terminais para peças de alta e baixa rotação)	1	2	☐ ☐
8.Unidade auxiliar	1	2	☐ ☐
9.Refletor	1	2	☐ ☐
10.Mocho	1	2	☐ ☐
11.Compressor	1	2	☐ ☐
12.Pé de mão de baixa rotação - micromotor e contra-ângulo	1	2	☐ ☐
13.Pé de mão de alta rotação	1	2	☐ ☐
14.Aparelho fotopolimerizador	1	2	☐ ☐
15.Estufa	1	2	☐ ☐
16.Autoclave	1	2	☐ ☐
17.Amalgamador	1	2	☐ ☐
18.Aparelho de profilaxia com jato de bicarbonato	1	2	☐ ☐
19.Aparelho de raio-x odontológico	1	2	☐ ☐
20.Avental de chumbo	1	2	☐ ☐
21.Protetor de chumbo para tireóide	1	2	☐ ☐

O CEO dispõe dos seguintes materiais e equipamentos para atendimento da população? (OBSERVAR)			Se SIM perguntar: Quantos estão em condições de uso?
	1 - Sim	2 - Não	
22.Barreira protetora de radiação (biombo de chumbo ou sala com paredes baritadas, alvenaria)	1	2	☐ ☐
23.Câmara escura - sala ou portátil	1	2	☐ ☐
24.Negatoscópio	1	2	☐ ☐
Observar a adequação visual do ceo, em cumprimento à portaria GM/MS nº 1570, de 29/07/2004 (Art. 7º)			
	1 - Sim	2 - Não	
25.Placa de identificação para fachada Tam. Mínimo: 1,50 mX1,0 m 	1	2	
26.Placa de identificação para recepção 	1	2	
27.Placa de identificação para consultórios 	1	2	
28.Placa de inauguração (no caso de unidades novas) 	1	2	

Observar a adequação visual do ceo, em cumprimento à portaria GM/MS nº 1570, de 29/07/2004 (Art. 7º)

	1 - Sim	2 - Não
29. Jalecos Bolso Esquerdo: 	1	2
30. Móviles 	1	2

I - Questionário sobre a percepção dos participantes da Pesquisa após Utilização do Portal CEO (Coordenadores)



Questionário coordenador municipal de saúde bucal

CEO:

Município:

Nome:

Idade:

Sexo:

1- Masculino

2- Feminino

Formação:

Tempo de formação:

Formação em gestão/gerência:

() Sim

() Não

Data: ____/____/____

1) O Portal CEO está sendo alimentado mensalmente pela(s) gerência(s) do(s) CEO do seu município?

() Sim

() Não. Justifique:

2) O Portal CEO tem sido útil para a(s) gerência(s) do(s) CEO?

() Sim

() Não. Justifique:

3) Você acha que o uso do Portal CEO desencadeou melhoria da qualidade da estrutura do serviço?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe responder

3.1) Caso positivo, indique qual(is) o(s) elementos de estrutura em que houve melhoria:

- ☐ Condições físicas de trabalho
- ☐ EPI
- ☐ Equipamentos e instrumentais odontológicos
- ☐ Materiais de consumo
- ☐ Equipamentos periféricos
- ☐ Outro. Especifique:

4) Você acha que o uso do Portal CEO desencadeou melhoria da qualidade dos processos de trabalho no cotidiano do serviço?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe responder

4.1) Caso positivo, indique qual(is) o(s) elementos de processo em que houve melhoria:

- ☐ Relação interpessoal
- ☐ *Feedback* coordenador-gerente
- ☐ *Feedback* gerente-profissional
- ☐ Ambiência
- ☐ Organização do serviço nos CEO
- ☐ Padronização de procedimentos – uso de protocolos
- ☐ Fortalecimento da interface com a atenção básica (referência e contrarreferência, etc.)
- ☐ Outro. Especifique:

5) Você tem monitorado os resultados alcançados pelos CEO do seu município através do Portal CEO (segmento gerente)?

☐ Sim

☐ Não. Justifique:

6) Você tem monitorado as notas alcançadas pelo CEO sob sua gerência através do Portal CEO no segmento de profissional?

☐ Sim

☐ Não. Justifique:

7) Houve troca de Coordenador de Saúde Bucal no seu município nos últimos 6 (seis) meses?

☐ Sim

☐ Não

8) Caso você tenha assumido a coordenação municipal de saúde bucal após o início da pesquisa Portal CEO, você foi orientado a dar continuidade à pesquisa?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não se aplica

9) Nos últimos seis meses ocorreu alguma reunião ou discussão com o(s) gerente(s) do(s) CEO do seu território para a gestão da informação do período avaliado?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe responder

9.1) Caso positivo, houve a participação dos profissionais que atuam nos CEO?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe responder

10) Você fomenta a articulação sistemática e periódica entre a Atenção Primária e a Atenção Secundária em Saúde Bucal para a melhoria da interface entre elas e o aperfeiçoamento do sistema de referência e contrarreferência no município?

☐ Sim

☐ Não. Justifique:

11) Você sentiu alguma dificuldade no processo de cadastramento do município e do(s) CEO no Portal CEO?

☐ Sim:

☐ Operacional 1(pouco domínio de tecnologias da informação)

☐ Operacional 2 (acesso ruim à internet e/ou precariedade de equipamentos de informática no local de trabalho)

☐ Pouca clareza nas perguntas do Portal CEO

☐ Não

12) Você tem alguma sugestão para o aperfeiçoamento do Portal CEO?

☐ Sim

☐ Não. Justifique:

13) Você sentiu alguma dificuldade no processo de alimentação do Portal CEO?

☐ Sim:

☐ Operacional 1(pouco domínio de tecnologias da informação)

☐ Operacional 2 (acesso ruim à internet e/ou precariedade de equipamentos de informática no local de trabalho)

☐ Pouca clareza nas perguntas do Portal CEO

☐ Não

14) Você tem alguma sugestão para o aperfeiçoamento do Portal CEO?

☐ Sim

☐ Não

14.1) Caso positivo, especifique se o aperfeiçoamento sugerido seria na tecnologia utilizada ou no conteúdo das perguntas.

15) Atualmente a frequência de preenchimento do questionário de gerente é mensal. Você acha essa periodicidade adequada?

☐ Sim

☐ Não

15.1) Caso você não concorde com a atual periodicidade de alimentação do Portal CEO - segmento gerente, qual periodicidade você considera mais adequada?

☐ Bimestral

☐ Trimestral

☐ Quadrimestral

☐ Semestral

16) Atualmente a frequência de preenchimento do questionário de profissional é semestral. Você acha essa periodicidade adequada?

☐ Sim

☐ Não

16.1) Caso você não concorde com a atual periodicidade de alimentação do Portal CEO - segmento profissional, qual periodicidade você considera mais adequada?

☐ Mensal

☐ Bimestral

☐ Trimestral

☐ Quadrimestral

☐ Outra. Qual?

17) Após um ano de uso, você gostaria de continuar utilizando o Portal CEO na avaliação cotidiana dos serviços especializados em saúde bucal sob sua coordenação?

- ☐ Sim
- ☐ Não. Por quê?
- ☐ Não sabe ☐ Tecnologia. Especifique:
- ☐ Conteúdo. Especifique:

14.2) Existe alguma pergunta no Portal CEO que você acha irrelevante e que, portanto, retiraria dos questionários de gerente e ou de profissional?

- ☐ Sim, no de gerente. Especifique:
- ☐ Sim, no de profissional. Especifique:
- ☐ Não

J - Questionário sobre a percepção dos participantes da Pesquisa após Utilização do Portal CEO (Gerentes)



Questionário de gerente de CEO

CEO:

Município:

Nome:

Idade:

Sexo:

1- Masculino

2- Feminino

Formação:

Tempo de formação:

Formação em gestão/gerência:

() Sim

() Não

Data: ____/____/____

1) O Portal CEO está sendo alimentado mensalmente pela gerência do seu serviço?

() Sim

() Não. Justifique:

2) Houve troca de gerente do CEO onde você trabalha nos últimos 6 (seis) meses?

() Sim

() Não

3) Caso você tenha assumido a gerência do CEO após o início da pesquisa Portal CEO, você foi orientado a dar continuidade à pesquisa?

- ☐ Sim
- ☐ Não

4) Em que local você acessa o Portal CEO?

- ☐ Trabalho
- ☐ Em casa
- ☐ Outro. Especifique:

5) Em que horário ocorre o uso do Portal CEO?

- ☐ Horário de trabalho
- ☐ Fora do horário de trabalho

6) Você tem monitorado as notas alcançadas pelo CEO sob sua gerência através do Portal CEO (segmento gerente)?

- ☐ Sim
- ☐ Não. Justifique:

7) Você está satisfeito com a classificação resultante do uso do Portal CEO alcançada pelo serviço sob sua gerência?

- ☐ Sim
- ☐ Não. Justifique:

8) Você percebeu a introdução de recomendações automatizadas no Portal CEO para apoiá-lo no aperfeiçoamento da sua gerência do serviço?

- ☐ Sim, desde a primeira avaliação.
- ☐ Sim, após a Oficina de agosto/2015.
- ☐ Não.

9) As recomendações do Portal CEO têm sido úteis no redirecionamento da sua conduta e melhoria da qualidade do seu processo de trabalho?

- ☐ Sim
- ☐ Não. Justifique:

10) Você acha que o uso do Portal CEO desencadeou melhoria da qualidade da estrutura do serviço?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe responder

10.1) Caso positivo, indique qual(is) o(s) elementos de estrutura em que houve melhoria:

- ☐ Condições físicas de trabalho
- ☐ EPI
- ☐ Equipamentos e instrumentais odontológicos
- ☐ Materiais de consumo
- ☐ Equipamentos periféricos
- ☐ Outro. Especifique:

11) Você acha que o uso do Portal CEO desencadeou melhoria da qualidade dos processos de trabalho no cotidiano do serviço?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe responder

11.1) Caso positivo, indique qual(is) o(s) elementos de processo em que houve melhoria:

- ☐ Relação interpessoal
- ☐ *Feedback* gerente-profissional
- ☐ Ambiência

- ☐ Organização do serviço
- ☐ Padronização de procedimentos – uso de protocolos
- ☐ Fortalecimento da interface com a atenção básica (referência e contrarreferência, etc.)
- ☐ Outro. Especifique:

12) Você já havia identificado os componentes de qualidade utilizados no Portal CEO como potenciais indutores da melhoria da qualidade do serviço prestado?

- ☐ Sim
- ☐ Não

13) Existem outros componentes de qualidade não utilizados no Portal CEO que você percebe como possíveis indutores da melhoria da qualidade dos serviços?

- ☐ Sim
- ☐ Não

13.1) Caso positivo, quais?

14) Nos últimos seis meses ocorreu alguma reunião ou discussão com a equipe de profissionais do CEO para a gerência da informação do período avaliado?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe responder

15) Houve alimentação do Portal CEO por algum profissional do seu serviço?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe responder

15.1) Caso positivo, quantas vezes?

- ☐ Uma
- ☐ Duas
- ☐ Três
- ☐ Mais de três.

15.1.1) Você tem monitorado as notas alcançadas pelo CEO sob sua gerência através do Portal CEO no segmento de profissional?

- ☐ Sim
- ☐ Não. Justifique:

16) Você sentiu alguma dificuldade no processo de alimentação do Portal CEO?

- ☐ Sim:
 - ☐ Operacional 1(pouco domínio de tecnologias da informação)
 - ☐ Operacional 2 (acesso ruim à internet e/ou precariedade de equipamentos de informática no local de trabalho)
 - ☐ Pouca clareza nas perguntas do Portal CEO
- ☐ Não

17) Você tem alguma sugestão para o aperfeiçoamento do Portal CEO?

- ☐ Sim
- ☐ Não

17.1) Caso positivo, especifique se o aperfeiçoamento sugerido seria na tecnologia utilizada ou no conteúdo das perguntas.

- ☐ Tecnologia. Qual(is)?
- ☐ Conteúdo. Qual(is)?

17.2) Existe alguma pergunta no Portal CEO que você acha irrelevante e que, portanto, eliminaria do questionário?

- ☐ Sim. Qual(is)?
- ☐ Não

18) Atualmente a frequência de preenchimento do questionário é mensal. Você está satisfeito com essa periodicidade?

☐ Sim

☐ Não

18.1) Caso você não esteja satisfeito com a atual periodicidade de alimentação do Portal CEO, qual periodicidade você consideraria mais adequada?

☐ Bimestral

☐ Trimestral

☐ Quadrimestral

☐ Semestral

19) Após um ano de uso, você gostaria de continuar utilizando o Portal CEO na avaliação cotidiana do serviço especializado em saúde bucal sob sua gerência?

☐ Sim

☐ Não. Por quê?

☐ Não sabe

K – Carta de anuência



Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Medicina Social
Centro Colaborador em Vigilância da Saúde Bucal do Ministério da Saúde
Grupo de Pesquisa GestBucal

Logomarca municipal/estadual

Carta de anuência

A coordenação municipal/estadual de Saúde Bucal de _____, no nome do seu Coordenador (a), _____, dá **ANUÊNCIA** para participação da pesquisa intitulada “Avaliação inicial do uso de uma ferramenta webased para o planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em Pernambuco, 2014”, sob a coordenação da professora adjunta **Dra. NILCEMA FIGUEIREDO** do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco (DMS/UFPE), com o objetivo *Avaliar o uso inicial de uma ferramenta webased, denominada Portal*

Eletrônico de Monitoramento e Avaliação do CEO, para o processamento automatizado de dados dos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil.

E ainda como objetivos específicos: Investigar a expectativa dos gerentes e profissionais de CEO sobre a utilização do Portal CEO; Avaliar a relação entre o desempenho obtido pelo serviço e a classificação da qualidade encontrada a partir do Portal CEO. Tendo como Hipótese: Verificar se existe associação entre o desempenho e a classificação da qualidade (serviços com melhores desempenhos também apresentariam melhor classificação de qualidade), esperando-se que a ferramenta tenha uma boa aceitação e que possa contribuir para resultados mais favoráveis.

Salienta-se que esta pesquisa foi aprovada em Chamada MCTI/CNPq/MS- SCTIE- Decit Nº 10/2012 – Pesquisa em Saúde Bucal, bem como, está concorrendo ao EDITAL FACEPE 13/2012 - PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE- PPSUS – REDE MS/CNPq/FACEPE/SES para o recorte Pernambuco.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Local, data - ano

L – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)



Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Medicina Social

Termo de consentimento livre esclarecido

Convidamos o (a) Sr. (a) a participar, como voluntário (a) da pesquisa intitulada Avaliação de efetividade de uma ferramenta web-based para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas, que está sob responsabilidade da pesquisadora NILCEMA FIGUEIREDO, residente a Rua José Bonifácio, 125/1602-Madalena/Recife, PE, CEP:50710-435, telefones: (81) 30490390 e (81) 99751015, email: nilcema@uol.com.br, para contato com pesquisador responsável (inclusive ligações a cobrar)

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr.(a) não será penalizado (a) de forma alguma. O (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem qualquer penalidade.

Informações sobre a pesquisa

- A pesquisa tem como objetivo avaliar os Centros de Especialidades Odontológicas e sua participação consistirá em responder a entrevista através de questionário sobre a qualidade destes serviços, a entrevista tem duração em média de 30 minutos.
- O estudo poderá trazer risco de possível constrangimento para o senhor (a) frente a alguns questionamentos acerca da qualidade dos estabelecimentos de saúde investigados, no entanto, como será mantido absoluto sigilo, se minimiza tal risco, não gerando prejuízos para a atuação profissional ou para o usuário ao serviço.
- Informamos que neste trabalho não há benefícios diretos, entretanto, como benefícios indiretos, as informações prestadas pelo (a) senhor (a) poderão contribuir melhoria da qualidade dos estabelecimentos de saúde estudados, os resultados serão encaminhados aos gestores do Sistema de Saúde, o que também servirá de base para melhoria das Políticas Públicas na área de Saúde Bucal Coletiva, quanto a acesso e oferta de serviços e consequentemente nível de saúde da população.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. As informações obtidas estarão sob absoluto sigilo e serão armazenados por no mínimo por 5 (cinco) anos, sob a guarda da pesquisadora responsável, armazenado no Laboratório de Gestão da Informação de Saúde Bucal do Centro Colaborador de Vigilância em Saúde Bucal/ Nucleo de Integração Ensino Serviço – LABGISB/CECOL/NIES/UFPE.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de despesas). Fica

também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura pesquisador

Consentimento da participação da pessoa como voluntário (a)

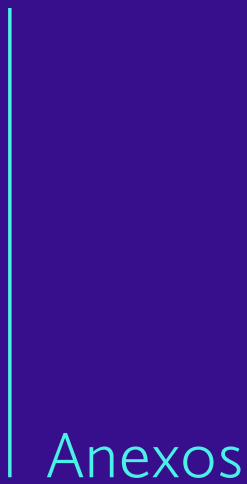
Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar da pesquisa intitulada Avaliação de efetividade de uma ferramenta webased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Local e data: _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do voluntário em participar. (o2 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:



A – Questionário para avaliação dos CEO – Dirigido ao usuário

Questionário para avaliação dos CEO

Dirigido ao usuário

Questionário sócio-demográfico

Data da entrevista:

Identificação

Nome:

Endereço atual:

Bairro:

Cidade:

Estado:

Tel.:

Cobertura PSF

1 - Sim

2- Não

Sexo:

1- M

2 - F

Idade:

Distrito Sanitário:

Estado Marital:

- 1) solteiro - não mora c/ninguém
- 2) casado – mora c/alguém
- 3) divorciado
- 4) viúvo

R. Mensal:

Resp.

- 1) 1/2 SM
- 2) 1 SM
- 3) 2SM
- 4) 3SM
- 5) 4SM
- 6) 5SM ou mais
- 7) NT
- 8) <1/2 SM

Familiar

- 1) 1/2 SM
- 2) 1 SM
- 3) 2SM
- 4) 3SM
- 5) 4SM
- 6) 5SM ou mais
- 7) NT
- 8) <1/2

SM - SM: Salário Mínimo

Casa:

- 1) alugada
- 2) emprestada
- 3) cedida
- 4) invadida
- 5) própria
- 6) própria em aquisição (financiada)

Escolaridade:

- 1) Analfabeto
- 2) 1º grau incompleto
- 3) 1º grau completo
- 4) 2º grau incompleto
- 5) 2º grau completo
- 6) Universidade incompleto
- 7) Universidade completa
- 8) Pós – graduação
- 9) Não sei

Instrumento – PNAD 2003 (IBGE, 2005)

o6) Qual o motivo da consulta a este serviço?

o7) Em qual especialidade você está sendo atendido?

o8) Qual o tratamento que está sendo realizado no Sr.(a)?

Instrumento saúde bucal (GOES, 2001)

o9) Como você classifica a sua saúde dos seus dentes e da sua boca?

- 1) Excelente
- 2) Muito Boa
- 3) Boa
- 4) Mais ou menos
- 5) Ruim

10) Você está satisfeito com a aparência dos seus dentes?

- 1) Muito satisfeito
- 2) Satisfeito
- 3) Aceitável
- 4) Insatisfeito

11) Você já teve dor de dente na sua vida?

- 1) Sim
- 2) Não (pule a 11)
- 9) Não sei, não me lembro (pule a 11)

12) Você teve dor de dente nos últimos seis meses?

- 1) Sim
- 2) Não (pule a 12)
- 9) Não sei, não me lembro (pule a 12)

13) Qual das palavras abaixo melhor pode descrever a sua dor de dente?

- 1) Leve
- 2) Estressante
- 3) Intolerável
- 4) Desconfortável
- 5) Horrível

Instrumento – PNAD 2003 (IBGE, 2005) Acesso aos serviços de saúde bucal

14) Quando --- foi ao dentista pela última vez?

- 1) Menos de 1 ano
- 2) De 1 a 2 anos
- 3) 3 anos ou mais
- 4) Nunca foi ao dentista

15) Qual o tipo de serviço odontológico (dentista) que você geralmente usa?

- 1) Particular
- 2) Plano de Saúde/ Convênio
- 3) Público (no PSF-USF)
- 4) Público (no Centro de Saúde)
- 5) Público (na UBS)
- 6) Público (na Faculdade de Odontologia)
- 7) Público (no Hospital Universitário)
- 8) Público (outros – carro móvel, campanhas políticas)
- 9) Não sei, não lembro

Roteiro para entrevista: Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal – QASSaB

QASSaB – Questionário de avaliação de serviços de saúde bucal (GOES, 2001)

Dimensão 1 Disponibilidade dos serviços		Níveis				
1. Como você considera a obtenção de uma vaga e/ou ficha para tratamento neste serviço?	Não se aplica	Muito Fácil	Fácil	Nem difícil nem fácil	Difícil	Muito Difícil
	0	5	4	3	2	1
2. Como você considera o intervalo de tempo de marcação entre uma consulta e outra?	Não se aplica	Muito Curto	Curto	Nem longo nem curto	Longo	Muito Longo
	0	5	4	3	2	1
3. Como você classifica o tempo de espera entre sua chegada e o atendimento neste serviço?	Não se aplica	Muito curto	Curto	Nem longo nem curto	Longo	Muito Longo
	0	5	4	3	2	1



Dimensão 2 Resolutividade		Níveis				
4. Como você classificaria a forma como foi resolvido o problema que lhe trouxe ao serviço?	Não se aplica	Muito bem resolvido	Resolvido	± Resolvido	Mal resolvido	Não resolvido
	0	5	4	3	2	1
5. O quanto você está satisfeito com a aparência dos dentes tratados?	Não se aplica	Totalmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Satisfeito	Um pouco Satisfeito	Insatisfeito
	0	5	4	3	2	1
6. O quanto você está satisfeito com o tratamento dos dentes posteriores (de trás), ou seja, com a sua capacidade de mastigação?	Não se aplica	Totalmente Satisfeito	Muito satisfeito	Satisfeito	Um pouco satisfeito	Insatisfeito
	0	5	4	3	2	1

Dimensão 3 Ambiente físico do serviço-limpeza		Níveis				
7. Como você classifica a limpeza da recepção/sala de espera?	Não se aplica	Excelente	Boa	Regular	Ruim	Péssima
	0	5	4	3	2	1
8. Como você classifica a limpeza do consultório ou da clínica?	Não se aplica	Excelente	Boa	Regular	Ruim	Péssima
	0	5	4	3	2	1
9. Como você classifica a limpeza dos banheiros?	Não se aplica	Excelente	Boa	Regular	Ruim	Péssima
	0	5	4	3	2	1
10. E com relação ao conforto, como você se sente em relação ao seu bem-estar neste serviço?	Não se aplica	Totalmente Confortável	Muito confortável	Confortável	Um pouco Confortável	Desconfortável
	0	5	4	3	2	1

Dimensão 4 Relações humanas (relação com profissionais de saúde)		Níveis				
11. Como você classifica a atenção ou tratamento recebido das pessoas que trabalham na recepção deste serviço?	Não se aplica	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
	0	5	4	3	2	1
12. Como você classifica a atenção ou tratamento recebido dos outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais etc.) deste serviço?	Não se aplica	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
	0	5	4	3	2	1
13. Como você classifica a qualidade das informações recebidas pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares, pessoal da recepção etc.) deste serviço?	Não se aplica	Excelente	Boa	Regular	Ruim	Péssima
	0	5	4	3	2	1
Dimensão 5 Relações humanas (relação dentista / paciente)		Níveis				
14. Como você classifica a atenção ou tratamento recebido do Dentista deste serviço?	Não se aplica	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
	0	5	4	3	2	1
15. Como você classifica o grau de confiança que você deposita no Dentista do CEO?	Não se aplica	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
	0	5	4	3	2	1

Dimensão 6 Qualidade técnico- científica dos equipamentos	Níveis					
	Não se aplica	Super Modernos	Moder-nos	Nem uma coisa nem outra	Desatu-alizados	Ultra-passado
16. Como você classifica os equipamentos odontológicos em relação à atualização tecnológica? Em outras palavras o quanto elas são modernas?	0	5	4	3	2	1
17. Como você classifica a conservação e manutenção dos equipamentos odontológicos?	Não se aplica	Excelente	Boa	Regular	Ruim	Péssima
	0	5	4	3	2	1

Dimensão 7 Eficiência	Níveis					
	Não se aplica	Até demais	Muito	Mais ou Menos	Pouquís-simo	Não valeu a pena
18. Levando em conta a qualidade dos serviços odontológicos executados e os recursos gastos por você com transporte e pagamento de taxas, mesmo assim, você acha que valeu a pena?	0	5	4	3	2	1

Dimensão 8 Eficácia	Níveis					
	Não se aplica	Sempre	Quase sempre	Não me lembro	Às vezes	Nunca
19. O seu Dentista usa roupas limpas e faz uso de luvas, gorro e máscara?	0	5	4	3	2	1
20. Durante o tratamento você sentiu algum desconforto do tipo, dor, pressão exagerada através das mãos do dentista ou fratura do dente?	Não se aplica	Não senti nada	Senti muito pouco desconforto	Senti descon-forto	Senti muito descon-forto	Senti total descon-forto
	0	5	4	3	2	1
21. Com que frequência seu dentista lhe ensina como você deve se prevenir das doenças bucais?	Não se aplica	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Rara-mente	Nunca
	0	5	4	3	2	1

Dimensão 9 Equidade		Níveis				
22. De acordo com as suas necessidades de saúde bucal, você acha que elas estão sendo igualmente atendidas, do mesmo modo que as pessoas de classe social mais alta que a sua?	Não se aplica	Igualmente atendidas	Parcialmente Atendidas.	Não me lembro	Diferentemente atendidas	Não são atendidas
	0	5	4	3	2	1

Dimensão 10 Aceitabilidade		Níveis				
23. O profissional lhe explica sobre o tratamento mais adequado ou mais correto para o seu problema de saúde bucal?	Não se aplica	Sempre me explica tudo	Na maioria das vezes me explica	Não me lembro	Raras vezes me explica	Nunca me explica nada
	0	5	4	3	2	1
24. O profissional costuma pedir a sua opinião quanto ao melhor horário, ou o melhor dia da semana pra lhe atender?	Não se aplica	Sempre pede a minha opinião	Na maioria das vezes pede	Não me lembro	Raras vezes pede a minha opinião	Nunca pede a minha opinião
	0	5	4	3	2	1

B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de efetividade de uma ferramenta webbased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Pesquisador: Nilcema Figueiredo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13381813.8.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 399.931

Data da Relatoria: 23/09/2013

Apresentação do Projeto:

Indicado na relatoria inicial.

Objetivo da Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indicado na relatoria inicial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Indicado na relatoria inicial.

Recomendações:

Recomendação:

Quando o pesquisado é analfabeto, pode ser usado a impressão digital, mas o correto é incluir no TCLE o seguinte: "Eu.....a rogo deque é analfabeto assino o presente documento(TCLE)....."

Assinatura.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

Fax: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Continuação do Parecer: 399.931

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado com recomendação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de Notificação e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado.

RECIFE, 19 de Setembro de 2013

Assinador por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

| Sobre os autores

Ângela Cristina Maia Franco Rizental

Sanitarista do Departamento Nacional de Auditoria do SUS do Ministério da Saúde (Denasus/SGEP/MS). Mestra em Saúde Coletiva pela UFPE. Especialista em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/PE). Cirurgiã-Dentista pela UFPE.

Bruno Gama Magalhães

Doutor e Mestre em Odontologia pela UFPE. Cirurgião-Dentista pela UPE.

Carolina Dantas Rocha Xavier de Lucena

Doutoranda em Saúde Pública pela Fiocruz/PE. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB). Especialista em Epidemiologia pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Especialista em Saúde da Família pela Faculdade Integrada de Patos (FIP). Cirurgiã-Dentista pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Cindy Avani Silva Ceissler

Cirurgiã-Dentista da Prefeitura do Jaboatão dos Guararapes (PE). Mestra em Saúde Coletiva pela UFPE. Residência em Odontologia

em Saúde Coletiva pela Secretaria de Saúde do Recife (SESAU/Recife). Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Cirurgiã-Dentista pela UFPE.

Danilo Rodrigues de Souza Almeida

Coordenador de Planejamento de São Lourenço da Mata (PE). Mestrando em Saúde Coletiva pela UFPE. Residência em Odontologia em Saúde Coletiva pela SESAU/Recife. Cirurgião-Dentista pela UFPE.

Edson Hilan Gomes de Lucena

Professor Adjunto da UFPB. Doutor e Mestre em Ciências da Saúde pela UnB. Cirurgião-Dentista pela UFPB.

Edvaldo Florêncio de Araújo Filho

Residente em Saúde da Família pelo Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira (IMIP). Mestre em Tecnologias Energéticas Nucleares (área de Radiobiologia) pela UFPE. Cirurgião-Dentista pela UFPE.

Gabriela da Silveira Gaspar

Professora Adjunta da UFPE. Doutora e Mestra em Odontologia pela UPE. Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande/PB (FCM). Cirurgiã-Dentista pela FOP.

Hélio de Assis Sá

Cirurgião-Dentista pela UFPE.

Jéssica dos Santos Alves Barbosa

Cirurgiã-Dentista pela UFPE.

Josevan de Souza-Silva

Mestrando em Medicina Preventiva (Saúde Coletiva) pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Cirurgião-Dentista pela UFPE.

Juliana Peixoto Silva

Residência em Odontologia em Saúde Coletiva pela SESAU/Recife. Cirurgiã-Dentista pela UPE.

Leila Christiane Lima Carneiro Batista

Residência em Odontologia em Saúde Coletiva pela SESAU/Recife. Cirurgiã-Dentista pela UPE.

Lia Ximenes Santos

Cirurgiã-Dentista da Prefeitura da Cidade do Recife. Mestre em Saúde Coletiva pela UFPE. Especialista em Saúde Pública pela UPE. Cirurgiã-Dentista pela UPE.

Melanie Caroline Ferreira Barbosa

Cirurgiã-Dentista e Fonoaudióloga pela UFPE.

Nilcema Figueiredo

Professora Associada da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Doutora e Mestra em Odontologia em Saúde Coletiva pela Universidade de Pernambuco (UPE). Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pela UPE. Cirurgiã-Dentista pela UPE.

Paulo César Oliveira Santos

Coordenador de Saúde Bucal do Estado de Pernambuco. Especialista em Administração de Serviços Públicos pela Fundação Oswaldo Cruz de Pernambuco (Fiocruz/PE). Especialista em Gestão de Micropolítica pela Universidade Fluminense. Especialista em

Preceptoria no Sistema Único de Saúde pelo Hospital Sírio Libanês.
Cirurgião-Dentista pela UFPE.

Paulo Sávio Angeiras de Goes

Professor Adjunto da UFPE. Doutor em Epidemiologia e Saúde Pública pela University of London. Mestre em Odontologia pela UPE.
Cirurgião-Dentista pela UFPE.

Rafaela Cardoso Mendes Campelo da Paz

Mestra em Saúde Coletiva pela UFPE. Especialista em Saúde da Família pela UPE e em Odontologia em Saúde Coletiva pela SESAU/Recife. Cirurgiã-Dentista pela UFPE.

Raquel Santos de Oliveira

Professora Adjunta da UFPE. Doutora em Odontologia pela UFPE.
Mestra em Saúde Coletiva pela UFPE. Cirurgiã-Dentista pela UPE.

Samuel Rodrigo de Andrade Veras

Residente em Odontopediatria com ênfase em Pacientes com Necessidades Especiais pelo IMIP. Cirurgião-Dentista pela UFPE.

Silvia Carréra Austregésilo Rego

Doutoranda em Saúde da Criança e do Adolescente pela UFPE.
Mestra em Saúde Coletiva pela UFPE. Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pela UPE. Cirurgiã-Dentista pela UFPE.

Thairla Natanny da Silva Souto

Residência em Odontologia em Saúde Coletiva pela SESAU/Recife.
Cirurgiã-Dentista pela UFPE.



Título Portal CEO: um experimento
em saúde digital à gestão dos Centros
de Especialidades Odontológicas
Organizadores Nilcema Figueiredo
Paulo Sávio Angeiras de Goes

Revisão Autores

Capa e projeto gráfico Adele Pereira
Tipografia Chaparral Pro e Joanna Sans Nova

DISQUE SAÚDE **136**

Auxílio financeiro



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Execução



ISBN 978-65-86732-55-9



9 786586 732559