



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE -
DOUTORADO

DANILSON FERREIRA DA CRUZ

**PROCESSO DE TRABALHO E GESTÃO DO CUIDADO NOS SERVIÇOS DE
ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL**

JOÃO PESSOA - PB

2024

DANILSON FERREIRA DA CRUZ

**PROCESSO DE TRABALHO E GESTÃO DO CUIDADO NOS SERVIÇOS DE
ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção do título de Doutor em Modelos de Decisão e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna

Orientador: Prof. Dr. Luiz Medeiros de Araújo Lima Filho

JOÃO PESSOA - PB

2024

Ata da Sessão Pública de Defesa de Tese de
Doutorado de **DANILSON FERREIRA DA
CRUZ**, candidato ao Título de Doutor em
Modelos de Decisão e Saúde, realizada em
27 de março de 2024.

Aos vinte e sete dias do mês de março do ano de dois mil e vinte e quatro, às 14h00min, por meio de videoconferência, instalou-se a banca examinadora de tese de Doutorado do(a) aluno(a) DANILSON FERREIRA DA CRUZ. A banca examinadora foi composta pelos professores Dr. RICARDO ALVES DE OLINDA, UEPB, examinador externo à instituição, Dra. ANA MARIA GONDIM VALENCA, UFPB, examinador externo ao programa, Dr. YURI WANDERLEY CAVALCANTI, UFPB, examinador externo ao programa, Dr. JOAO AGNALDO DO NASCIMENTO, UFPB, examinador interno, Dr. LUIZ MEDEIROS DE ARAUJO LIMA FILHO, UFPB, examinador interno, Dr. RODRIGO PINHEIRO DE TOLEDO VIANNA, UFPB, presidente. Dando início aos trabalhos, o presidente da banca cumprimentou os presentes, comunicou aos mesmos a finalidade da reunião e passou a palavra à candidata para que se fizesse, oralmente, a exposição do trabalho de tese intitulado “PROCESSO DE TRABALHO E GESTÃO DO CUIDADO NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL”. Concluída a apresentação, o candidato foi arguido pela Banca Examinadora que emitiu o parecer “**APROVADO**”. Sendo assim, após a candidato proceder às devidas correções exigidas pela Banca Examinadora no prazo máximo de **30 dias** e depositar as cópias finais da tese, deverá a Coordenação expedir uma declaração de conclusão do Programa e a Universidade Federal da Paraíba deverá expedir o respectivo diploma de Doutora em Modelos de Decisão e Saúde, na forma da lei. E, para constar, o Prof. Hemílio Fernandes Campos Coêlho, Sr. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, lavrou a presente Ata, que vai assinada por ele e pelos demais membros da Banca Examinadora. João Pessoa, 27 de março de 2024.

Prof. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna
Orientador e Presidente

Documento assinado digitalmente
 **RODRIGO PINHEIRO DE TOLEDO VIANNA**
Data: 10/04/2024 20:19:03-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof. João Agnaldo do Nascimento
Examinador Interno

Documento assinado digitalmente
 **LUIZ MEDEIROS DE ARAUJO LIMA FILHO**
Data: 10/04/2024 17:31:09-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof. Luiz Medeiros De Araujo Lima Filho
Examinador Interno

Prof. Yuri Wanderley Cavalcanti
Examinador Externo

Documento assinado digitalmente
 **ANA MARIA GONDIM VALENCA**
Data: 10/04/2024 17:37:07-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Profa. Ana Maria Gondim Valenca
Examinadora Externa

Prof. Ricardo Alves de Olinda
Examinador Externo à Instituição

Documento assinado digitalmente
 **RICARDO ALVES DE OLINDA**
Data: 11/04/2024 15:36:16-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Emitido em 16/04/2024

ATA Nº 03/2024 - PPGMDS (11.01.14.54)
(Nº do Documento: 3)

(Nº do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO)

(Assinado digitalmente em 16/04/2024 12:25)
JOAO AGNALDO DO NASCIMENTO
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
6331987

(Assinado digitalmente em 16/04/2024 14:35)
YURI WANDERLEY CAVALCANTI
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
2332212

Para verificar a autenticidade deste documento entre em <https://sipac.ufpb.br/documentos/> informando seu número: **3**,
ano: **2024**, documento (espécie): **ATA**, data de emissão: **16/04/2024** e o código de verificação: **7340739c09**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

C957p Cruz, Danilson Ferreira da.

Processo de trabalho e gestão do cuidado nos
serviços de atenção secundária em saúde bucal no Brasil
/ Danilson Ferreira da Cruz. - João Pessoa, 2024.
71 f. : il.

Orientação: Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna, Luiz
Medeiros de Araújo Lima Filho.

Tese (Doutorado) - UFPB/CCEN.

1. Saúde bucal - Interdisciplinaridade. 2. Avaliação
em Saúde - Odontologia. 3. Centros de especialidades
odontológica. 4. Sistema Único de Saúde - SUS. I.
Vianna, Rodrigo Pinheiro de Toledo. II. Lima Filho,
Luiz Medeiros de Araújo. III. Título.

UFPB/BC

CDU 616.31-083(043)

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna
Orientador (UFPB)

Prof. Dr. Luiz Medeiros de Araújo Lima Filho
Orientador (UFPB)

Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento
Membro Interno (UFPB)

Prof^a. Dra. Ana Maria Gondim Valença
Membro Interno (UFPB)

Prof^a. Dr. Ricardo Alves de Olinda
Membro Externo (UEPB)

Prof^a. Dr. Yuri Wanderley Cavalcanti
Membro Externo (UFPB)

Ao meu pai (Damião “Compadre”) e minha mãe (Marluce “Comadre”). Eu dedico não só esta Tese, mas todo amor possível pelo que vocês fizeram por mim em toda minha vida. Obrigado por tudo!

AGRADECIMENTOS

Início agradecendo à Gabi, minha esposa, por todo apoio e torcida nesta caminhada desde a graduação. Obrigado por tudo!

Aos meus filhos Pedro e Clara por existirem e me fazerem tão feliz nesta vida.

Aos meus queridos orientadores Professor Rodrigo Pinheiro e Professor Luiz Medeiros pelos ensinamentos e compreensão em todos os momentos deste percurso.

Aos meus irmãos Damildo, Deni e Danielson por sempre me apoiarem desde que parti de casa para esta infinita e boa jornada de aprendizagens.

À Professora Ana Maria Valença pelos ensinamentos e por ser uma pessoa tão ética e colaborativa na vida de todos.

Ao Professor Wilton Padilha por ter me guiado em tantos momentos de indecisões. Pelos eternos ensinamentos e por me apresentar o mundo da pesquisa científica.

Aos meus amigos e amigas professoras e colegas de trabalho da Saúde Coletiva da UFPE.

Aos amigos Professores Yuri Cavalcanti e Edson Hilan por toda ajuda e apoio na elaboração deste trabalho final.

Às discentes do LOD-PPGO/UFPB, Livian e Eduarda, pela importante colaboração na construção do APP G-CEO.

Aos tantos amigos e amigas que, de uma forma ou outra, me apoiaram e torceram por este momento. Sei o que cada um de vocês representam! Obrigado.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem o objetivo de possibilitar acesso mais democrático às ações e serviços de saúde norteado pelos princípios da integralidade, universalidade e equidade. No âmbito da saúde bucal, o SUS trouxe para a odontologia brasileira o desafio da reformulação de suas práticas para que tais princípios sejam assegurados. Em 2004, houve o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal, marco inicial de um extenso processo de debates e construção de estratégias que propuseram uma reorientação do modelo tecno-assistencial em vários componentes, sendo a estruturação da atenção secundária, a partir da criação dos Centros de Especialidades Odontológicas, componente estruturante desta política. Após uma década da implantação destes serviços, o Ministério da Saúde criou o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), qual teve o intuito de monitorar os serviços de saúde bucal e assegurar maior acesso e qualidade desses serviços à população. Nesse contexto, este estudo teve como objetivo avaliar a gestão dos Centros de Especialidades Odontológicas segundo os dados relacionados a organização do processo de trabalho das equipes dispostos no Módulo II do relatório final dos resultados do 2º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO II). Para tanto, realizou-se um estudo quantitativo, avaliativo e transversal. Os dados empregados nesta investigação foram extraídos do Módulo II de entrevistas da avaliação externa do PMAQ/CEO, que consiste no resultado da aplicação de um instrumento para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelos profissionais e pela gestão dos CEO. Foram utilizados os dados referentes às entrevistas com profissionais e gestores de 1042 CEO do Brasil, no ano 2018. Dois índices avaliativos foram desenvolvidos: Índice Avaliativo da Gestão Estratégica do CEO (IAGE-CEO), e Índice Avaliativo da Gestão Operacional do CEO (IAGO-CEO). Para o primeiro, foram identificadas perguntas relacionadas à gestão estratégica dos CEO, como planejamento, monitoramento, avaliação, apoio matricial e educação permanente em saúde. Para o Segundo índice, foram selecionadas questões relacionadas a gestão operacional dos serviços como a organização dos prontuários, caracterização da demanda, e organização da agenda e protocolos pactuados entre o CEO e a rede de atenção à saúde. Os dados foram tabulados e analisados no software Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS, v.24, IBM), sendo considerado o nível de significância de 5%. Os dados foram inicialmente analisados descritivamente. Correlações bivariadas foram analisadas pelo teste de correlação de Spearman. Variáveis que apresentaram coeficiente de correlação abaixo de 0,3 em relação ao IAGE-CEO foram excluídas da análise. Foram calculados o coeficiente alfa de Cronbach, a medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de adequação da amostragem, e a significância do teste de Bartlett. A análise fatorial exploratória definiu quais variáveis compuseram os principais componentes do IAGE-CEO. Para o IAGO-CEO, a análise fatorial exploratória foi utilizada e demandou da análise de 24 questões do questionário de avaliação externa do PMAQ-CEO (2º ciclo avaliativo). Destas, 16 variáveis foram incluídas no modelo final, que resultou em 4 fatores, a saber: Gestão da Lista de Espera, Absenteísmo, Prontuário Eletrônico, e Protocolos clínicos. Os resultados estão sistematizados separadamente por índices. A análise de componentes principais mostrou que 49.95% da variância do IAGE-CEO é explicada por dois componentes principais, sendo eles: a) planejamento em equipe e educação permanente em saúde e, b) gestão, avaliação e apoio matricial do CEO. Na análise de regressão, verificou-se que o índice IAGO-CEO, é responsável por explicar 20,3% da variância da nota de certificação do 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ-CEO. Apenas a componente gestão da lista de espera não apresentou associação estatística com a nota de certificação do CEO. Por fim, a partir da validação dos índices, este estudo, na perspectiva de construção de um Modelo de Decisão, desenvolveu um aplicativo denominado APP G-CEO, que contempla o conjunto de perguntas

validadas nos índices. O aplicativo foi testado entre os pares do trabalho e notou-se ser de fácil manuseio e de baixo custo para que os gestores possam desenvolver processos de avaliação e de monitoramento das ações de gestão dos CEO, uma vez que dispensará a presença de um avaliador presencialmente. Conclui-se que a formulação e validação de índices avaliativos possibilitou uma simplificação ao gerar um enfoque específico sobre as ações que o gestor pode intervir no âmbito da gestão destes serviços. A sistematização destes índices avaliativos na ferramenta APP G-CEO, constitui-se numa possibilidade para utilização por gestores para avaliarem os CEO e qualificarem seus processos de tomada de decisão com os resultados gerados.

Palavras chaves: Interdisciplinaridade; Saúde bucal; Processo de trabalho; Avaliação em saúde

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) aims to provide more democratic access to health actions and services, guided by the principles of integrality, universality and equity. In the field of oral health, the SUS has brought to Brazilian dentistry the challenge of reformulating its practices so that these principles are guaranteed. In 2004, the National Oral Health Policy was launched, the initial milestone in an extensive process of debate and the construction of strategies that proposed a reorientation of the techno-assistance model in various components, with the structuring of secondary care, based on the creation of Dental Specialty Centers, being a structuring component of this policy. A decade after the implementation of these services, the Ministry of Health created the Program for Improving Access and Quality of Dental Specialty Centers (PMAQ-CEO), which aimed to monitor oral health services and ensure greater access and quality of these services to the population. In this context, the aim of this study was to evaluate the management of the Dental Specialty Centers according to the data related to the organization of the teams' work process set out in Module II of the final report on the results of the 2nd Cycle of the National Program for Improving Access and Quality (PMAQ-CEO II). To this end, a quantitative, evaluative and cross-sectional study was carried out. The data used in this investigation was extracted from Module II of the PMAQ/CEO external evaluation interviews, which is the result of the application of an instrument to verify the standards of access and quality achieved by the professionals and management of the CEOs. We used data from interviews with professionals and managers from 1042 CEOs in Brazil in 2018. Two evaluation indices were developed: the CEO Strategic Management Evaluation Index (IAGE-CEO) and the CEO Operational Management Evaluation Index (IAGO-CEO). For the first, questions related to the strategic management of CEOs were identified, such as planning, monitoring, evaluation, matrix support and continuing health education. For the second index, questions related to the operational management of services were selected, such as the organization of medical records, characterization of demand, and organization of the agenda and protocols agreed between the CEO and the healthcare network. The data was tabulated and analyzed using the Statistical Package for Social Sciences software (IBM SPSS, v.24, IBM), with a significance level of 5%. The data was initially analyzed descriptively. Bivariate correlations were analyzed using Spearman's correlation test. Variables with a correlation coefficient below 0.3 in relation to the IAGE-CEO were excluded from the analysis. Cronbach's alpha coefficient, the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure of sampling adequacy and the significance of Bartlett's test were calculated. The exploratory factor analysis defined which variables made up the main components of the IAGE-CEO. For the IAGO-CEO, exploratory factor analysis was used and required the analysis of 24 questions from the PMAQ-CEO external evaluation questionnaire (2nd evaluation cycle). Of these, 16 variables were included in the final model, which resulted in 4 factors, namely: Waiting List Management, Absenteeism, Electronic Health Record and Clinical Protocols. The results are systematized separately by index. Principal component analysis showed that 49.95% of the variance in the IAGE-CEO is explained by two main components: a) team planning and continuing health education and b) management, evaluation and matrix support for the CEO. The regression analysis showed that the IAGO-CEO index was responsible for explaining 20.3% of the variance in the certification score for the 2nd cycle of external evaluation of the PMAQ-CEO. Only the waiting list management component showed no statistical association with the CEO certification score. Finally, based on the validation of the indices, this study, with a view to building a Decision Model, developed an application called APP G-CEO, which includes the set of questions

validated in the indices. This application is easy to use and low-cost so that managers can develop evaluation and monitoring processes for CEO management actions. The conclusion is that the formulation and validation of evaluation indices for DSCs helped to identify aspects that qualify the work process of service management beyond the physical structure of these services and that the systematization of these evaluation indices in the G-CEO APP tool is a possibility for managers to use to evaluate DSCs and qualify their decision-making processes with the results generated.

Key words: Interdisciplinarity; Oral health; Work process; Health evaluation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fases de Implantação do PMAQ-CEO.....	29
Figura 2 – Código QR para acesso direto ao link de download do APP G-CEO.....	48
Figura 3 – Layout APP G-CEO.....	48
Figura 4 – <i>Mockup</i> APP G-CEO.....	49
Figura 5 – Fluxograma do processo avaliativo pelo módulo APP G-CEO.....	49
Figura 6 – Tela inicial para acesso ao questionário de perguntas dos índices IAGE-CEO e IAGO-CEO do APP G-CEO.....	50
Figura 7 – Tela abertura de cadastro e questionário de questões da avaliação.....	51
Figura 8 – Tela com resultado da avaliação no APP G-CEO.....	51
Figura 9 – Tela com resultado da avaliação no e-mail do usuário.....	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Blocos de perguntas (Instrumento de AE, módulo II (PMAQ-CEO).....	31
Quadro 2: Escores de classificação dos CEO pelo APP G-CEO.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - frequências das respostas obtidas para as onze variáveis inicialmente consideradas para cálculo do IAGE-CEO.....	38
Tabela 2 - Correlações bivariadas entre as variáveis de estudo e o índice IAGE-CEO.....	39
Tabela 3 - Distribuição dos CEO conforme o total de pontos alcançados no IAGE-CEO.....	40
Tabela 4 - Análise de regressão para verificar a associação entre o IAGE-CEO e seus componentes com a nota de certificação do 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ-CEO.....	41
Tabela 5 – Variáveis incluídas na Amostra (Análise fatorial exploratória ajustada).....	42
Tabela 6 – Dados descritivos do índice IAGO e seus componentes.....	44
Tabela 7 – Correlações bivariadas entre o índice IAGO-CEO, seus componentes e a nota de certificação do 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ-CEO.....	45
Tabela 8 – Análise de regressão bivariada para verificar a associação entre o IAGO-CEO e seus componentes com a nota de certificação do 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ-CEO.....	47

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 JUSTIFICATIVA.....	16
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3.1 SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL.....	19
3.2 A GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E INTERDISCIPLINARIDADE.....	22
3.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE E O PMAQ-CEO.....	26
4 METODOLOGIA.....	31
4.1 DELINEAMENTO GERAL DO ESTUDO.....	31
4.2 PERCURSO DO ESTUDO.....	32
4.2.1 Índice Avaliativo de Gestão Estratégica do CEO (IAGE-CEO).....	33
4.2.1.1 Análise Estatística (IAGE-CEO).....	34
4.2.2 Índice Avaliativo de Gestão Operacional do CEO (IAGO-CEO).....	35
4.2.2.1 Análise Estatística IAGO-CEO.....	36
4.3 VALIDAÇÃO DOS ÍNDICES IAGE-CEO E IAGO-CEO.....	36
5 RESULTADOS.....	38
5.1 IAGE-CEO.....	38
5.2 IAGO-CEO.....	41
5.3 MODELO DE DECISÃO (APP G-CEO).....	47
5.3.1 Detalhando o fluxograma.....	50
6 DISCUSSÃO.....	53
7 CONCLUSÃO.....	57

REFERÊNCIAS.....	58
ANEXOS.....	65
ANEXO I - Instrumento De Apoio.....	65
ANEXO II - Índice para avaliação da qualidade das ações da gestão estratégica dos Centro de Especialidades Odontológicas do Brasil – Questionário consolidado.....	68
ANEXO III - Índice para avaliação da qualidade das ações da gestão operacional dos Centro de Especialidades Odontológicas do Brasil - Questionário consolidado.....	69

1 INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde bucal no Brasil foi reorganizado através da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), criada pelo Ministério da Saúde em 2003 (Brasil 2004; Chequer; Santos, 2021). Visando garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população, a PNSB permitiu o maior acesso aos serviços de odontologia. Por meio da criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), a assistência pública odontológica de média complexidade foi ampliada e qualificada para reduzir as iniquidades de acesso aos serviços odontológicos especializados (Brasil, 2004).

Os CEO são classificados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Clínica Especializada responsáveis pela assistência em saúde bucal de média complexidade (Machado; Silva; Ferreira, 2015; Chequer; Santos, 2021). Esses centros são organizados em 3 categorias de acordo com o número de cadeiras odontológicas: CEO tipo I (3 cadeiras odontológicas), CEO tipo II (4 a 6 cadeiras odontológicas) e CEO tipo III (7 ou mais cadeiras odontológicas) (Machado; Silva; Ferreira, 2015; Santos; Chequer, 2021). Devem funcionar por 40 horas semanais, oferecendo ações de diagnóstico bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor, endodontia e atendimento aos portadores de necessidades especiais, de acordo com as demandas da população (Machado; Silva; Ferreira, 2015; Santos; Chequer, 2021).

No âmbito da PNSB, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) foi criado para monitorar os serviços de saúde bucal e assegurar maior acesso e qualidade desses serviços à população (Brasil, 2017). Dentre os objetivos do programa está o estabelecimento da gestão por meio do acompanhamento dos processos e resultados dos CEO, procurando ampliar a capacidade das gestões federais, estaduais e municipais em ofertar serviços com acesso e qualidade adequados para as necessidades da população (Brasil, 2017).

As avaliações do desempenho dos CEO são importantes para melhorar a gestão e o planejamento da saúde bucal nos municípios, levando em consideração os determinantes sociais para estabelecer as prioridades de atendimento e organização da demanda dos serviços odontológicos (Thomaz et al., 2016; Gonçalves et al., 2018). A forma em que as políticas de saúde são implementadas, organizadas e geridas é importante para garantir qualidade na utilização dos serviços pela população que mais necessita (Gonçalves et al., 2018; Leal; Emmi; Araújo, 2021). Além disso, os indicadores de produção são importantes para o repasse de recursos relacionados ao PMAQ-CEO, contribuindo para que os padrões adequados de

qualidade de saúde sejam equivalentes em todos os contextos sociais do país (Thomaz et al., 2016; Leal; Emmi; Araújo, 2021).

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a gestão dos CEO segundo os dados relacionados a organização do processo de trabalho das equipes dispostos no Módulo II do relatório final dos resultados do 2º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO II).

1.1 JUSTIFICATIVA

A vida e o processo saúde-doença são bastante dinâmicos. As rotinas dos serviços de saúde também. Neste sentido, iniciativas como o PMAQ-CEO e estudos de avaliação dos CEO devem ser destacadas.

A avaliação em saúde, principalmente a que se refere aos serviços de saúde, requer um nível de monitoramento e avaliação mais institucionalizados, tendo em vista as dinâmicas que afetam o dia a dia dos trabalhadores, nas necessidades dos usuários e na rotina da gestão pública. Mudanças governamentais e de rumos na política pública de saúde no Brasil afetou-se a capacidade avaliativa dos serviços enquanto uma dinâmica de caráter permanente.

Ao considerarmos os componentes da avaliação propostos por Donabedian (estrutura, processo e resultados), A avaliação de processo configura-se na perspectiva de que a probabilidade de ocorrência de resultados favoráveis cresce quando tecnologias em saúde (sistemas organizacionais, provisão de cuidados, articulação entre sujeitos da ação), são aplicadas corretamente, à luz do conhecimento existente. Neste cenário, um dos pilares propostos pelo autor, o da otimização, sedimentou-se como uma justificativa necessária para a elaboração deste trabalho.

É urgente que os serviços públicos de saúde consigam criar formas de trabalho que considerem as reais necessidades dos sujeitos que os procuram, atendendo-os de forma mais humanizada, resguardando os princípios de equidade e integralidade. A prática da interdisciplinaridade deve ser considerada fundamental para a efetivação dos pressupostos estabelecidos pelo SUS. Essa mudança, que também representa disputa com o modelo hegemônico em saúde, só será possível diante da clareza da necessidade de novos arranjos de organização da gestão do cuidado em saúde vindouros de reflexões a partir dos processos de avaliação e monitoramento da organização do sistema, neste caso de uma política específica, a saúde bucal, sendo capaz de construir novos projetos com esforços solitários dos profissionais, gestores e usuários. Ela deve ser alicerçada pelo apoio institucional, que deve possibilitar

espaço de autonomia e de criatividade aos profissionais e alavancar os processos de qualificação e formação de equipes no interior dos serviços.

Sendo assim, este estudo contribui enquanto campo analítico para uma política que ainda em processo de institucionalização ao tempo que colaborara com um instrumento, mais enxuto, de baixo custo, pois não requer a presença do avaliador externo nos serviços, que seja de fácil preenchimento, mas no mesmo tempo de ampla potência para gerar informações capazes de favorecer processos de tomada de decisão pelos gestores e trabalhadores da rede especializada de saúde bucal.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a gestão dos Centros de Especialidades Odontológicas segundo os dados relacionados a organização do processo de trabalho das equipes dispostos no Módulo II do relatório final dos resultados do 2º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO II).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os fatores associados à organização do processo de trabalho nos CEO;
- Desenvolver e validar um índice de classificação do CEO, baseado em critérios de gestão estratégica, com ênfase no planejamento, avaliação, matriciamento e educação permanente em saúde;
- Desenvolver e validar um índice de classificação do CEO, baseado em critérios de gestão operacional, com ênfase no absenteísmo, gestão da fila de espera clínica, prontuários e protocolos clínicos;
- Construir uma ferramenta eletrônica de apoio aos gestores municipais e estaduais como possibilidade de qualificar a avaliação e monitoramento do processo de trabalho das equipes dos CEO.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

No século XX, o Brasil passou por grandes transformações no perfil demográfico e epidemiológico. Em 1950, aproximadamente 64% da população viviam em zona rural e 50 anos após, no ano 2000, essa porcentagem foi reduzida para 19%. O habitat de trabalho também sofreu mudanças, antes a maior concentração de trabalhadores era no campo, posteriormente passou a ser ambientes fechados, as grandes indústrias. Essas mudanças acarretaram em grande crescimento desordenado das cidades, criando, assim, um novo cenário para as práticas de saúde. Entretanto, esse crescimento das cidades não implicou, necessariamente, em melhoria das condições de vida da população. Uma parcela significativa da sociedade vive na pobreza, a qual se caracteriza como o principal fator de risco e vulnerabilidade às situações de descuido em saúde (Barreto et al., 2011).

Considerando os aspectos positivos e negativos desta urbanização o autor Eugênio Vilaça em seu livro “As redes de atenção em saúde”, revela que negativamente o processo de elevação das condições crônicas a partir das estratégias mercadológicas eficazes de produtos nocivos à saúde, especialmente aqueles provenientes das indústrias de cigarro, álcool e alimentos industrializados. Este movimento acaba por pressionar os serviços de saúde os sufocando especialmente por parte das populações pobres que vivem nas periferias dos grandes centros urbanos. Um aspecto positivo foi a tensão social para que o estado começasse a desenvolver políticas públicas para este enfrentamento. O SUS é produto desta tensão social também (Mendes, 2011.)

As décadas de 80 e 90 do século passado caracterizaram-se como um período de mudança significativa no modo de conceber e organizar os serviços de saúde no Brasil, entretanto, algumas áreas estratégicas necessitam de desenvolvimento mais rápido para fortalecer esse processo de qualificação do sistema de saúde, adequando-o ao que dispõem a Constituição Brasileira e as Leis Federais nº 8080/90 e nº 8142/90, como a garantia do acesso universal a todas as tecnologias de saúde e na sua integralidade. Faz-se necessários avanços na área de informação e informática em saúde, planejamento, acompanhamento, controle e avaliação, com a produção de tecnologias de gestão compatíveis com a racionalidade que fundamenta a estrutura que está em implantação, o Sistema Único de Saúde (Ferla, 2002).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem o objetivo de possibilitar acesso mais democrático às ações e serviços de saúde; esse sistema é norteado pelos princípios da integralidade,

universalidade e equidade (BRASIL, 1988). No âmbito da saúde bucal, o SUS trouxe para a Odontologia brasileira o desafio da reformulação de suas práticas para que os princípios do SUS sejam assegurados.

Apesar das mudanças importantes que aconteceram nas três últimas décadas do século XX, até 1998 12,5% da população urbana e 32% da rural nunca haviam recebido nenhum tipo de tratamento odontológico. No entanto, o fato dos demais usuários já terem ido ao dentista, não significa dizer que os mesmos foram cuidados nas suas necessidades de saúde (Oliveira, 2005).

As doenças bucais são um problema de saúde pública em escala mundial, impactando na saúde e na qualidade de vida das pessoas, sendo crianças, idosos e grupos em situação de pobreza os mais afetados, um desafio a ser enfrentado.

Em 2004, houve o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), marco inicial de um extenso processo de debates e construção de estratégias que propuseram uma reorientação do modelo assistencial, apoiada numa adequação do sistema de trabalho das Equipes de Saúde Bucal (ESB) para que englobassem ações de promoção e proteção da saúde. A ESB em conjunto com os demais setores da sociedade, deve participar da construção da consciência sanitária, numa movimentação política e social que transcende a dimensão técnica da Odontologia, para ampliar racionalmente o acesso a uma assistência em saúde bucal integralizada, onde as linhas de cuidado (da criança, do adolescente, do adulto e do idoso) tenham fluxos centrados no acolhimento, na informação, no atendimento e no encaminhamento seguro para que resultem em ações resolutivas (Brasil, 2004).

As ações prioritárias no âmbito da organização da rede de serviços em saúde bucal, a partir desta PNSB, foram: a ampliação das ESB na Estratégia Saúde da Família (ESF), onde evoluiu de 4.271 (ESB) em 2002 para aproximadamente 27.283 (ESB) até agosto de 2019; criação da rede secundária de atenção especializada através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), que juntos somam 2.803, sendo, destes 1100 CEO em todas as regiões do país em 2019 (Brasil, 2021).

Apesar destes números vale ressaltar que a cobertura das equipes de saúde bucal na atenção primária é de apenas 53%, ao considerar os CEO, o que representa uma proporção de um CEO para cada 217.596 habitantes, com maior concentração nas regiões Nordeste e Sudeste. Por tanto, faz-se necessário ampliar todas estas ofertas (Brasil, 2020).

Antes da implantação dos CEO, havia uma vultuosa disparidade na oferta entre procedimentos odontológicos básicos e especializados. Segundo dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) de 2002, apenas 3,5%, do total de procedimentos clínicos odontológicos realizados naquele ano, foram de especialidades (Brasil,

2020).

Cerca de 12% da população possui plano privado exclusivamente odontológico, com crescimento do número de usuários de 2,6 milhões em 2000 para 24,3 milhões em 2018, sendo que existe a convivência entre os sistemas público e privado quanto a sua regulação e com subsídios fiscais que favorecem o setor privado (Rossi; Chaves; Martelli, 2019).

Apesar de ter sido criado em 2004, e transformado positivamente a saúde bucal dos brasileiros, o programa Brasil Sorridente, não possuía sua regulamentação na Lei Orgânica da Saúde. A partir da “lei da saúde bucal”, a Lei Federal nº 14.572 de março de 2023, institui a PNSB como um conjunto de diretrizes que configuram um modelo de organização e atuação direcionado à atenção à saúde bucal no país e que se constitui em instrumento para orientar as ações direcionadas à produção social da saúde bucal e, especificamente, às ações odontológicas em todos os níveis de atenção à saúde no âmbito do SUS.

No entanto, ter um conjunto de serviços quantitativamente implantados não significa que se tenha uma rede de cuidados consolidada:

A organização e a estruturação dos novos modelos de atenção demandam desafios em diversas dimensões dos sistemas de saúde. Dentre esses, destaca-se a necessidade de reordenamento dos processos de trabalho em saúde, que exige cada vez mais a articulação de vários saberes e profissões, frente aos complexos problemas de saúde contemporâneos (Bispo Júnior; Moreira, 2017, p. 89).

Este movimento pode se dar a partir da organização dos sistemas locais em Linhas de Cuidado, nesse caso Linha de Cuidado em Saúde Bucal (LCSB) que deve estar respaldada numa rede de atenção à saúde bucal sendo fundamental articular as ações e serviços numa perspectiva de atuar a partir das necessidades de saúde de uma população, pois a linha de cuidado pressupõe produtos, clientela e qualidade da atenção, sendo alimentada por recursos/insumos que expressam as tecnologias a serem consumidas durante o processo de assistência ao usuário, funcionando de forma sistêmica e operando vários serviços de forma articulada. Um processo de trabalho vivo e conduzido por uma gestão para o cuidado dos seus usuários (Cruz et al., 2011; Oliveira, 2005; Campos, 2003; Merhy, 2003).

Para a busca da promoção da saúde, prevenção e o controle das doenças bucais, a partir de um modelo de gestão articulado com as demais áreas governamentais e a sociedade civil, uma Rede de Atenção à Saúde Bucal deve estar estruturada para possibilitar aos usuários uma

maior qualidade, eficiência e eficácia dos serviços públicos odontológicos. Alterar o conceito da assistência à saúde, feita de forma pontual e isolada, para o de atenção à saúde em que o sentido “cuidador” seja fortalecido, faz-se necessário e urgente.

3.2 A GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E INTERDISCIPLINARIDADE

O processo de trabalho em saúde bucal deve estar estruturado para proporcionar à população dos usuários uma maior qualidade, eficiência e eficácia dos serviços públicos odontológicos. Muda o conceito da assistência à saúde, feita de forma pontual e isolada, para o de atenção à saúde em que o sentido “cuidador” é fortalecido. Busca ainda estimular a promoção da saúde, prevenção e o controle das doenças bucais, a partir de um modelo de gestão articulado com as demais áreas governamentais e a sociedade civil.

Para analisarmos a interdisciplinaridade nos processos de trabalho em saúde, faz-se necessário regressar o conceito de disciplina e a sua instituição. De acordo com Morin (2001), disciplina é uma categoria organizadora dentro do conhecimento científico que institui a divisão e especialização do trabalho. A organização disciplinar aconteceu no século XIX, com a fundação das Universidades Modernas, aumentando no século XX, com o estímulo dado à pesquisa científica. Salienta-se que a produção do conhecimento está incorporada no modo de produção da sociedade. Podemos perceber que o capitalismo e a ampliação das indústrias produziu uma interrelação entre ciência e tecnologia, ou seja, o saber decorrente da fração dos objetos simples era convertido em tecnologia para atender os planos do modo de produção novo. Desta forma, se apreciava a especialização com a inovação de novas disciplinas. A disciplinaridade, permitiu a demarcação de uma área de competência, tornando concreto o conhecimento.

No que tange as práticas interdisciplinares, elemento importante para a gestão do cuidado em saúde, vale destacar que este é ao mesmo tempo metodologia para a gestão do trabalho e arranjo organizacional. Como método de trabalho, é um conjunto de conceitos sobre o modo de desenvolver o trabalho interprofissional em cogestão e de maneira compartilhada. Como arranjo organizacional, é caracterizado como lugar estrutural com base no qual se desempenha a função de apoio (Campos, 2014; Oliveira, 2015).

Para Ferreira (2008), trabalho é uma prática coordenada, de caráter físico e/ou intelectual, necessária à execução de qualquer atividade, serviço ou empreendimento. Albornoz (2000), aponta que o trabalho, tanto físico quanto intelectual não se produz de forma fracionada.

Por tanto, deve ser um processo reflexivo coletivo, onde, análise e problematização são

práticas rotineiras e as ligações de saber e de poder em seu interior a fim de edificar práticas mais efetivas e formas de trabalho mais justas para trabalhadores e usuários da saúde, sendo ponto primordial nos processos de saúde.

Refletir saúde é pensar numa edificação não continua e considerar que não há um produto final, mas que o cuidado, produto desta atividade, atravessa todas as fases do processo de trabalho. (Reis; Davis, 2010). Compreende-se que o principal destaque no processo de trabalho na saúde, é o trabalho vivo. É o ser humano no eixo da elaboração de cuidado, com o propósito de atender às demandas de outro ser humano (Franco; Merhy, 2007).

Segundo Morin (2011), na elaboração do trabalho em saúde, é o coletivo, com estrutura interdisciplinar que se coloca como base das práticas educativas. De acordo com Franco e Merhy (2007), a organização do trabalho da equipe, que embora possa ser, um “conjunto” de diversos profissionais com múltiplos saberes, “nada garante que haverá rompimento com a prática médico-centrada” (Franco; Merhy, 2007, p. 105). Essa averiguação, deve-se a realidade de que o programa altera a natureza, mas não aponta a ação dos microprocessos do trabalho em saúde, no dia-a-dia das práticas profissionais, que são em última instância os determinantes da assistência.

No cenário internacional, a discussão está centrada na troca de conhecimento entre profissionais e no atendimento compartilhado, especialmente no cuidado de doenças crônicas, como observado em experiências do Canadá (Madarnas et al., 2011) e do Reino Unido (Sheaff et al., 2015). Na análise empreendida por Oliveira e Campos (2015), observou-se que os congêneres da literatura internacional para trabalho interprofissional correspondem ao cuidado colaborativo (*collaborative care*) e cuidado compartilhado (*shared care*). Embora as evidências ainda sejam tímidas, os principais fatores que potencializam o cuidado colaborativo em outros países são a comunicação entre os profissionais, a existência de tecnologias de informações ágeis e a estrutura organizacional do sistema de saúde.

A interdisciplinaridade é a capacidade de integrar duas ou mais áreas de saberes para uma melhor atuação dos envolvidos. Como o conhecimento humano através do modelo tradicional se torna cada vez mais visível sua fragmentação é necessária usufruir das diversas dimensões e possibilidades que temos ao incluir essa estratégia pluridisciplinar no cuidado em saúde, uma vez que o cuidado em saúde abrange o indivíduo e sua integralidade ao trabalharmos o processo de saúde-doença (Velloso et al., 2016).

Ressalta-se que um processo de trabalho com ações planejadas coletivamente favorece a efetivação de um modelo de atenção à saúde coerente com a situação de saúde da população, fundamentando-o em princípios de compartilhamento de saberes, constituição de vínculo entre

os vários atores da rede, da vigilância à saúde, além da busca pela integralidade das ações de saúde (Godoi; Mello; Caetano, 2014).

No entanto, nos deparamos com o paradigma da atenção em saúde como uma perspectiva cuidadora, porém cerceada pelos conflitos cotidianos de práticas alienadas e tecnocráticas, sendo negligenciada em vários âmbitos gerenciais. A falta de comunicação entre os profissionais da atenção em saúde é um empecilho no entrave para o cuidado com a saúde da população. A rotatividade dos profissionais, muitas vezes produzida pela ausência planos de cargos e carreira, frágeis condições de trabalho e baixos salários também favorece o descuido em saúde, pois desconstrói as relações de vínculo entre estes e os usuários, aspecto fundamental para a produção do cuidado em saúde, além de favorecer a má distribuição dos profissionais concentrando-os em grandes centros urbanos. Em estudo que comparou a saúde bucal no Brasil e no Reino Unido revelou que, nestes dois sistemas universais de saúde, os profissionais recém formados tendem a considerar o setor público como um posto de trabalho temporário, para ganhar experiência antes do setor privado, sendo também fator de ampla rotatividade e reflexo de baixa empatia com atenção em saúde (Gabriel et al., 2020; Lima et al., 2021).

A interdisciplinaridade consegue estabelecer uma troca de conhecimentos entre os profissionais para melhor estabelecer relação entre o processo de saúde-doença da população em uma determinada localidade (Velloso et al., 2016).

No âmbito da gestão de serviços secundários de saúde bucal torna-se importante ressaltar que há uma dificuldade de ter profissionais em tempo integral para acompanhamento e desenvolvimento de práticas de apoio nos serviços. No estudo de Lucena et al. (2019), que avaliou condições associadas à atividade de planejamento nos CEO de todo o Brasil e que também identificou o perfil do gestor, apresentou que 50% dos serviços eram gerenciados por gestores que também acumulavam atividade clínica. Este mesmo estudo mostrou que todos os CEO do país quais foram avaliados pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), apenas 33,3% dos gestores tinham formação complementar em saúde coletiva ou gestão pública.

Este cenário nos faz refletir sobre a importância da necessidade de qualificar os processos de gestão do cuidado em saúde com formação voltada para a gestão dos serviços. A gestão dos serviços de saúde bucal não pode ser um paliativo funcional para o dentista. Logo, o apoio matricial enquanto uma ferramenta de ressignificação de práticas interdisciplinares no âmbito da atenção à saúde, pode sim estar presente e forte no âmbito da gestão enquanto um arranjo estrutural para romper com as fragilidades das formações da saúde tradicionais voltadas fortemente para a atividade clínica. Tais fragilidades podem sugerir implicações para o trabalho

no âmbito da atenção das ESB na atenção básica também, visto que esta ferramenta de trabalho tem como propósitos alargar as intervenções em direção à clínica ampliada, superar a lógica dos encaminhamentos que fragmenta o cuidado e potencializar a integração dialógica entre diferentes especialidades e profissões (Campos, 2014; Oliveira, 2015).

O estabelecimento de métodos para facilitar esse fluxo é primordial para que se faça um atendimento integral; porém, em todas as áreas da saúde, os métodos utilizados permanecem insuficientes, sobretudo no nível municipal (Fratini; Saupe; Massaroli, 2008).

Um estudo avaliou o fluxo de referência dos usuários que acessam os serviços prestados pelo Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) implantado em cidades de médio porte da Região Sudeste brasileira, constatou-se que existem fragilidades nos encaminhamentos tanto quanto a incompletude do preenchimento quanto à legibilidade. Os autores sugerem a adoção de prontuários padronizados e elaborados de forma a simplificar o preenchimento, sendo de grande importância para a melhoria da comunicação entre os diversos níveis de atenção. O apoio matricial, torna-se uma ferramenta favorável a esta necessidade (Rodrigues; Vieira; Leite, 2013).

Outro estudo, que buscou identificar os desafios para o Apoio Matricial com o NASF, do ponto de vista dos trabalhadores de saúde, identificou um conjunto de impasses acerca da implementação do apoio matricial que vão desde a escassez de profissionais com formação favorável (considerar que ainda é uma atividade nova no âmbito do SUS), à precarização do trabalho que eleva a rotatividade dos atores na rede de serviços. Contudo, os autores apontam que tais impasses podem ser reconhecidos essencialmente de ordem política e que sua superação depende da valorização dos trabalhadores da saúde e da retomada dos princípios da Reforma Sanitária (Pasquim; Arruda, 2013).

Esta formação isolada dos profissionais de saúde é pouco articulado aos princípios do SUS deve necessariamente ser repensada, porque não inclui as diretrizes do Apoio Matricial, é insuficiente para os profissionais atuarem como gestores que exercem práticas apoiadoras e não ressalta a importância da democratização das relações interprofissionais através da instituição de espaços de cogestão (Bezerra; Dimenstein, 2008; Onocko-Campos, et al., 2012).

A educação em saúde no Brasil ainda adota um modelo de ensino disciplinar, tendo as ciências biológicas como principal fonte de conhecimento. Na melhor das hipóteses, forma técnicos competentes, mas raramente se compromete com as políticas públicas e as mudanças sociais necessárias para promover condições de saúde adequadas. Na prática, os sujeitos formados nesse modelo mostraram que não sabiam, senão contra o SUS (Almeida Filho, 2013).

Torna-se imprescindível conectar a política de formação em serviço com as diretrizes

do Apoio Matricial para além de se repensar a formação académica em si. Alguns estudos apontam que essa prática ainda é incipiente ou, em muitos casos, nem adotada, o que dificulta e desmobiliza as mudanças no processo de trabalho possibilitando a coexistência da fragmentação do cuidado e da corresponsabilização (Dimenstein et al., 2009; Figueiredo; Onocko-Campos, 2009; Azevedo et al., 2013).

Por fim, Cruz et al. (2023) esclarece que fatores ligados ao perfil dos profissionais de saúde bucal, dos gestores dos serviços precisam ser campo de investigação e de análise crítica como possibilidade de se construir possibilidades institucionais tanto no campo da formação académica quanto no âmbito da gestão, sendo a interdisciplinaridade uma diretriz transversal que possa ser causa e consequência para um processo de trabalho capaz de cuidar com integralidade da população.

3.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE E O PMAQ-CEO

Os processos de avaliação em saúde no Brasil ainda são muito incipientes, apesar que no campo das políticas de saúde, a avaliação parece tomar um lugar central nas organizações, porém pouco incorporado as práticas cotidianas e com caráter mais burocrático (Brasil, 2005; Costa, 2007).

No entanto, faz-se importante analisar que há um interesse crescente em avaliação de políticas, programas e serviços de saúde. Isso é impulsionado por fatores como as mudanças nos procedimentos legais e administrativos na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS); a maior complexidade do perfil epidemiológico do país; e a exigência cada vez maior do controle dos gastos em saúde, entre outros (Figueiró; Thuler; Dias, 2008).

A avaliação em saúde é, por tanto, atividade/ação política, logo, só é realizada por meio da intencionalidade, baseada no plano institucional, que pode fomentá-la com políticas e projetos, mas também, e principalmente, com o desejo de cada profissional de aderir a esses projetos e de se engajar na construção da prática coletiva. (Tanaka; Tamaki, 2012). Estabelecer uma ruptura com a prática histórica de apoio ao corporativismo e inovar as práticas de gestão voltadas para reestruturação do processo de trabalho e para produção do cuidado significa, além de outras possibilidades, construir e partilhar práticas coletivas para estabelecimento de um pacto que envolva processos de planejamento, de avaliação e de monitoramento que viabilize a eficiência, a eficácia, a governança das ações do mundo do trabalho em saúde.

Neste sentido a avaliação em saúde, que também é parte importante do planejamento em saúde, é capaz de assumir papel fundamental na reformulação de políticas e programas de

saúde visando subsidiar processos de tomada de decisão para a qualificação dos serviços e de suas ofertas.

Com o interesse de avaliar a vigente política nacional de saúde bucal, particularmente um dos seus componentes, os CEO, o Ministério da Saúde (MS), instituiu, por meio da portaria nº 261, de 21 de fevereiro de 2013, que posteriormente foi revogada pela portaria nº 1.599, de 30 de setembro de 2015 no âmbito da PNSB, 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 (Brasil, 2013; Brasil, 2015).

O PMAQ-CEO busca garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção especializada em saúde bucal. O acesso e a qualidade do CEO, detalhados a partir dos padrões avaliados, são questões desafiadoras para o gerenciamento e devem ser abordados à medida que demonstram como as ações e serviços são praticados nos CEO e como os gerentes, trabalhadores e usuários estão envolvidos (Goes, 2018).

Constituem-se os seguintes objetivos do PMAQ-CEO:

- I – Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos (CEO);
- II – Construir parâmetros de qualidade dos CEO que sejam passíveis de comparação nacional, regional e local, considerando as diferentes realidades de saúde;
- III – fortalecer o processo de referência e contrarreferência de saúde bucal;
- IV – Estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelos CEO;
- V – Transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade, por meio do portal do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde;
- VI – Envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e Municipais, as equipes dos CEO e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção especializada em saúde bucal;
- VII – desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;
- VIII – estimular a efetiva mudança do modelo de atenção em saúde bucal, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e

IX – Caráter voluntário para a adesão tanto pelos profissionais do CEO quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos.

O PMAQ-CEO tem a característica metodológica a sua dimensão objetiva, apresenta potencialmente validação externa (os avaliadores são externos). É importante considerar que os estudos quantitativos que abordam a qualidade dos programas e serviços de saúde, sendo este um pressuposto do PMAQ, consideram a qualidade basicamente em sua dimensão formal, a partir de componentes ou elementos. E podem evidenciar limitações ao mensurar de forma reducionista ou unidimensional a qualidade (Uchimura; Bosi, 2002).

A qualidade é caracterizada como um atributo do cuidado em saúde, a partir de dois eixos: a utilização de conhecimentos científicos e recursos tecnológicos, assim como a qualidade da relação profissional usuário, sendo a abordagem do “processo” é preferencial para avaliação da qualidade do cuidado. Já os “resultados”, não devem ser considerados como uma medida direta da qualidade, pois sua origem pode não ser uma consequência da intervenção realizada. Além do que, o autor destaca ser necessária uma relação de causalidade entre estrutura, processo e resultados em uma determinada realidade, para apreciação utilizando a tríade (Donabedian, 1981).

Ressalta-se que as intervenções sobre os processos dependem, muitas vezes, de recursos humanos (o conjunto de trabalhadores e suas habilidades), atitude política pelos atores que compõem as instâncias decisórias e, por fim, a capacidade de se redirecionar ou reafirmar redirecionamento de ações e operações, sendo uma estratégia de mudança com menor dependência de recursos financeiros e da estrutura.

Na busca pela qualificação do processo avaliativo o MS, a partir da avaliação externa (AE), que aconteceu no primeiro ciclo do PMAQ-CEO, analisou criticamente os padrões do instrumento de avaliação externa, e, após reuniões do Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde (GTAS), composto pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), e Ministério da Saúde, promoveu-se a adequação de critérios, parâmetros e ferramentas de avaliação para o segundo ciclo do PMAQ-CEO. Assim, para este ciclo, os padrões de acesso e qualidade são classificados como (Brasil, 2017):

a) Padrões Essenciais: padrões relacionados a condições mínimas de acesso e qualidade. O não alcance de um padrão de qualidade considerado essencial, incorre na atribuição de desempenho ruim pelo processo de certificação do CEO.

b) Padrões Estratégicos: considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões

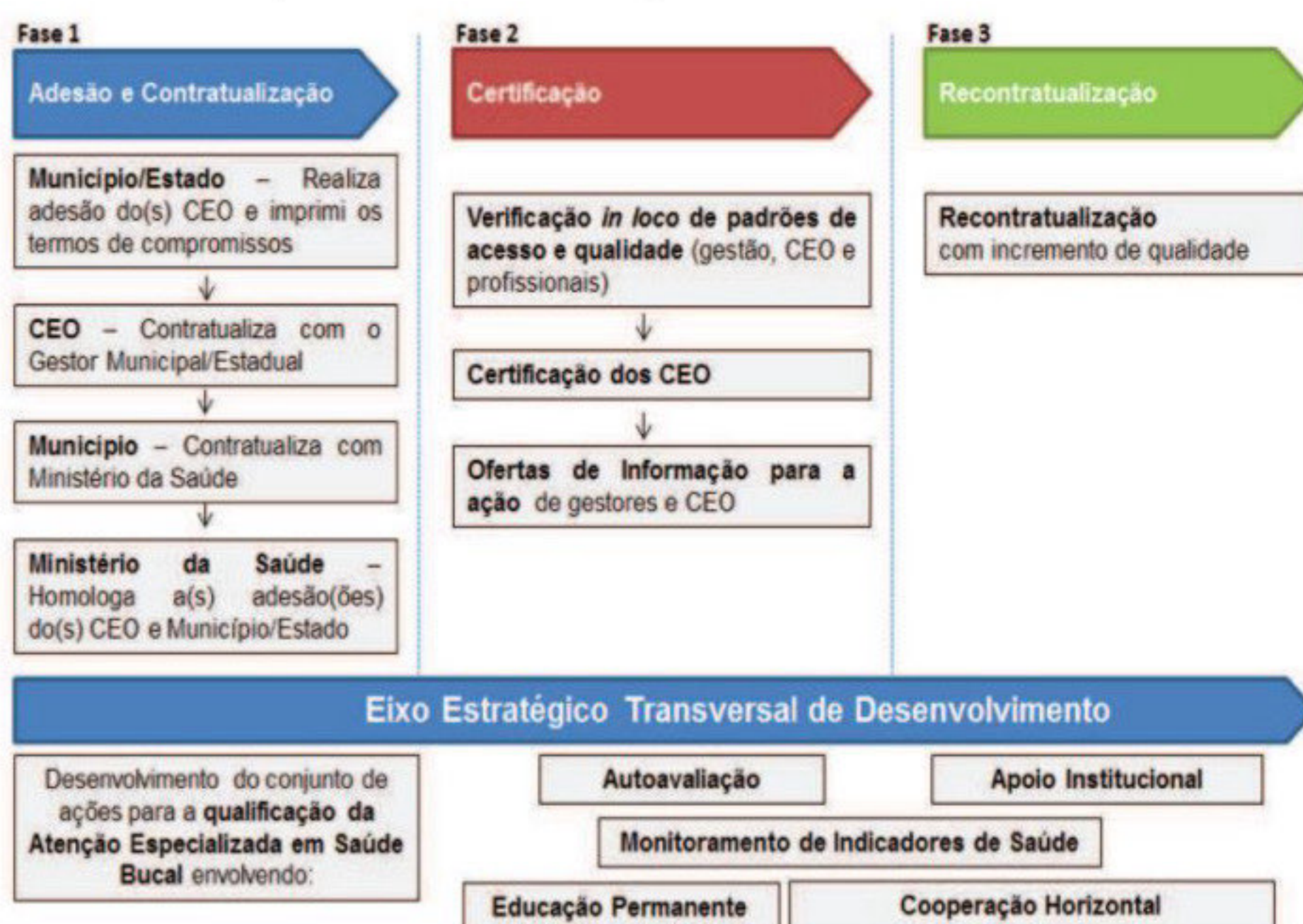
elevados de acesso e qualidade na Atenção Especializada em Saúde Bucal e relacionados a prioridades definidas de maneira tripartite. Um CEO só poderá ter desempenho ótimo se alcançar um conjunto mínimo desses padrões, o que significa dizer que o alcance de desempenho ótimo é condicionado, entre outros fatores da certificação, pelo cumprimento de um conjunto mínimo desses padrões.

c) Padrões Gerais: os demais padrões que compõem a matriz de pontuação para a certificação dos CEOs.

d) Padrões Obrigatórios: são os que condicionam a permanência do CEO no Programa, que são: o Possuir a quantidade mínima de cadeiras odontológicas de acordo com o Tipo de 12 CEO, conforme exigido no Anexo XIV da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. o Manter o cadastro atualizado de todos os profissionais do CEO no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e o Manter a alimentação regular da produção do CEO no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS).

Considerando o resultado obtido pelo GTAS, formulou-se a estruturação para efetivar a institucionalização de sua realização que se estabelece a partir momentos de pactuação e repactuação entre os gestores, organizado em três fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (Adesão e Contratualização; Certificação; e Recontratualização).

Figura 1 - Fases de Implantação do PMAQ-CEO



Fonte: Manual Instrutivo PMAQ-CEO (2015).

É na fase 2 o momento em que se desenvolve a avaliação externa. A AE é uma das fases operacionais do PMAQ-CEO, que considera as ações em saúde no campo das práticas sociais. Têm suas bases conceituais, teóricas e metodológicas na abordagem do modelo sistêmico donabediano estrutura-processo-resultados e da qualidade em saúde. Operacionalmente, consistiu na coleta *in loco* de informações para analisar as condições de acesso e qualidade dos CEO que participam do programa para formular juízos de valor das Unidades de Saúde pesquisadas para decisões serem tomadas (Goes, 2018).

O instrumento de avaliação externa do PMAQ-CEO é estruturado em módulos e subdimensões (Brasil, 2017):

- Módulo I – Observação no CEO: objetiva avaliar as condições de estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos do estabelecimento.
- Módulo II – Entrevista com o gerente do CEO e um cirurgião dentista, de qualquer especialidade: objetiva obter informações sobre o processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado para os usuários.
- Módulo III – Entrevista com usuários no CEO: visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços especializados de saúde bucal no que se refere ao seu acesso e utilização.

Por fim, considerando a metodologia aplicado a este trabalho, qual se debruça sobre os dados do processo de trabalho das equipes dos CEO em seu módulo II da avaliação externa do PMAQ-CEO, ressaltam-se as seguintes hipóteses: É possível desenvolver índices avaliativos da gestão do CEO a partir dos dados do PMAQ-CEO? Existe correspondência entre os índices de gestão e a certificação avaliativa do PMAQ-CEO? Há pertinência na utilização desses índices na constituição de um aplicativo de avaliação para estes serviços?

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO GERAL DO ESTUDO

Realizou-se um estudo transversal, com base nos dados do 2º Ciclo de Avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil (PMAQ-CEO). Os dados estão disponibilizados em repositório institucional do Ministério da Saúde na página da Secretaria de Atenção Primária a Saúde (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2ceo/>).

Os dados empregados nesta investigação foram extraídos do Módulo II de entrevistas da AE-PMAQ/CEO, que consiste na aplicação de um instrumento para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelos profissionais e pela gestão dos CEO, sendo observações de infraestrutura, entrevista com o gerente, com cirurgião-dentista, e com usuários e verificação de documentos (Figueiredo et al., 2018).

Para este estudo, foram utilizados os dados referentes às entrevistas com profissionais e gestores de 1042 CEO do Brasil, no ano 2018. A pesquisa de campo foi previamente aprovada pelo comitê de ética em pesquisa (protocol number 23458213.0.1001.5208) e realizada em conformidade com a Declaração de Helsinki e suas modificações.

Abaixo segue a relação com as subdimensões (blocos de perguntas), do módulo.

Quadro 1 - Blocos de perguntas (Instrumento de AE, módulo II (PMAQ-CEO))

II.1 Informações sobre o entrevistado
II.2 Imunização dos profissionais do CEO
II.3 Vínculo dos profissionais do CEO
II.4 Plano de carreira e Prêmio financeiro por desempenho
II.5 Planejamento, Avaliação e gestão para organização do processo de trabalho do CEO
II.6 Apoio matricial
II.7 Organização dos prontuários
II.8 Caracterização da demanda e Organização da agenda
II.9 O CEO na Rede de Atenção à Saúde
II.10 Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento no CEO
II.11 Biópsia e encaminhamento para análise anátomohistopatológica

II.12 Atenção ao câncer de boca
II.13 Mínimas Especialidades Odontológicas do CEO: Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral Menor e PNES
II.14 Prótese dentária
II.16 Informações sobre o entrevistado
II.17 Educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas
II.18 Planejamento e Reunião da equipe do CEO
II.19 Insumos, instrumentais e equipamentos

Dentre o bloco de perguntas foram utilizadas questões contidas em algumas subdimensões, sendo elas: II.1; II.5; II.6; II.7; II.8; II.9 II.10; II.17; e II.18

4.2 PERCURSO DO ESTUDO

No primeiro momento optou-se em realizar um estudo comparativo entre os ciclos do PMAQ-CEO (I e II), com intuito de compreender o “Perfil dos gerentes e desempenho dos CEO”, esta etapa foi importante, pois permitiu uma aproximação ampla do banco de dados e das ferramentas de acesso, porém decidiu-se por trabalhar com os dados mais recentes (2º Ciclo, publicado em 2018). O resultado deste momento foi a sistematização em publicação do artigo: **CRUZ, DF; SÁ, RAG; COSTA, HVV; LUCENA, EHG; CAVALCANTI, RP; VIANNA, RPT; LIMA FILHO, LMA; SILVA, DG.** Perfil dos gerentes e desempenho dos centros de especialidades odontológicas no Brasil. OBSERVATORIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA, v. 21, p. 19374-19390, 2023.

<https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/2030>

RESUMO

Objetivo: analisar a associação entre o perfil dos gerentes e o desempenho do CEO no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas o Brasil. **Método:** estudo transversal, descritivo e analítico, com dados secundários obtidos da Avaliação Externa (AE) do 1º Ciclo do PMAQ-CEO. Foram calculadas frequências absolutas e relativas das variáveis explicativas, realizou-se teste Qui-Quadrado de Pearson para analisar associação entre as variáveis ($p < 0,05$). **Resultados:** segundo os dados de 671 CEOs em todo o país, 17,1% tiveram desempenho muito superior à média. Sobre perfis dos gerentes 86,4% eram cirurgiões-dentistas. Os resultados do teste estatístico foram significativos para as variáveis: tempo de atuação como gerente ($p < 0,05$) e formação complementar ($p = 0,001$). **Conclusão:** os gerentes

com formação complementar em saúde coletiva ou gestão pública exclusivamente na gestão do serviço, apresentaram melhores desempenhos no Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade. Palavras-chave: odontologia, saúde bucal, administração de serviços de saúde.

As etapas seguintes foram: a) elaboração do Índice Avaliativo de Gestão Estratégica do CEO (IAGE-CEO), e do Índice Avaliativo de Gestão Operacional do CEO (IAGO-CEO); e, b) Modelo de decisão APP G-CEO

4.2.1 Índice Avaliativo de Gestão Estratégica do CEO (IAGE-CEO)

O Índice Avaliativo de Gestão Estratégica dos Centros de Especialidades Odontológicas (IAGE-CEO) foi desenvolvido a partir de critérios de gestão estratégica, com ênfase no planejamento das ações, avaliação do processo de trabalho, apoio matricial e educação permanente em saúde.

Inicialmente, os pesquisadores analisaram as perguntas referentes ao Módulo II de entrevistas com gestores e profissionais que atuam nos CEO (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/moduloII/>). Foram identificadas perguntas relacionadas à gestão dos CEO, planejamento, monitoramento, avaliação, apoio matricial e educação permanente em saúde. Um grupo formado por oito consultores deu início a um consenso tipo Delphi, o qual avaliou a pertinência das perguntas destacadas para constituição do IAGE-CEO.

As 17 perguntas inicialmente levantadas foram submetidas ao consenso Delphi, utilizada em processos de validação de conteúdo consiste na construção de consenso de opiniões de um grupo de especialistas, realizado em rodadas sucessivas, com o objetivo de avaliar determinado problema ou proposta de intervenção. Oito consultores elencou a pertinência de 11 questões, sendo elas: “O CEO possui gerente?” (1.1); “O gerente do CEO possui formação complementar em saúde coletiva?”(1.4.1); “As ações desenvolvidas neste CEO são frutos de planejamentos e avaliações periódicas?”(5.1.1); “É realizado o monitoramento e a análise das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO?”(5.5.1); “São realizados processos de autoavaliação de forma periódica pela equipe do CEO?”(5.6); “A equipe do CEO realiza o matriciamento ou ações de apoio para as equipes da Atenção Básica?”(6.2); “Os profissionais do CEO município participam de ações de educação permanente em saúde?”(17.1); “As ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe do CEO?”(17.4); “Foi realizado alguma atividade de planejamento das ações do CEO nos últimos 12 meses?”(18.1); “Neste(s) planejamento(s) é(são) levado(s) em

consideração as sugestões/opiniões dos cirurgiões-dentistas?”(18.2); e “A equipe do CEO realiza avaliação das ações planejadas/programadas?”(18.4). Quando pertinente, o entrevistado apresentou, no momento da entrevista, documentos que comprovassem a realização do planejamento, avaliação ou monitoramento ou educação permanente.

As respostas obtidas para as 11 variáveis foram tabuladas em uma planilha. Para a pergunta “O CEO possui gerente?”, foram consideradas as seguintes respostas: “não possui gerente” (valor 0); “sim, acumulando o cargo de gerente e dentista” (valor 1); “sim, acumulando o cargo de gerente e coordenador de saúde bucal” (valor 1); e “sim, atuando exclusivamente como gerente” (valor 2).

Para as demais questões, foi atribuído o valor 1 para cada resposta afirmativa, enquanto as respostas negativas receberam valor zero.

As variáveis foram tabuladas em software estatístico, onde foram analisadas: consistência interna, correlações bivariadas, adequação da amostra, e análise fatorial. O IAGE-CEO foi obtido após definir quais variáveis iriam compor o índice. Para isso, foi estipulado que o conjunto de variáveis deveria atingir coeficiente de correlação bivariada maior que 0,3; coeficiente alfa de Cronbach maior que 0,7; coeficiente de adequação da amostra (KMO) maior que 0,5; e significância estatística do teste de esfericidade de Bartlett ($p < 0,05$). O cálculo do IAGE-CEO foi obtido a partir do somatório dos valores das variáveis consideradas na análise.

4.2.1.1 Análise Estatística (IAGE-CEO)

Os dados foram tabulados e analisados no software Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS, v.24, IBM), sendo considerado o nível de significância de 5%. Os dados foram inicialmente analisados descritivamente. Correlações bivariadas foram analisadas pelo teste de correlação de Spearman. Variáveis que apresentaram coeficiente de correlação abaixo de 0,3 em relação ao IAGE-CEO foram excluídas da análise. Com base nesse critério, a pergunta “As ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe do CEO?” (pergunta 17.4) foi excluída da análise e não foi considerada para o cálculo do IAGE-CEO. Foram calculados o coeficiente alfa de Cronbach, a medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de adequação da amostragem, e a significância do teste de Bartlett. A análise fatorial de componentes principais definiu quais variáveis compuseram os principais componentes do IAGE-CEO.

Associações estatisticamente significantes entre o IAGE-CEO e a classificação dos CEO (obtida por meio da portaria de certificação), foram analisadas por meio de regressão

logística multinomial. Destaca-se que para esta análise, foi considerada uma amostra de 911 CEO, uma vez que nem todos aderiram ao 2º ciclo do PMAQ-CEO, embora todos os tenham participado do processo de avaliação externa.

4.2.2 Índice Avaliativo de Gestão Operacional do CEO (IAGO-CEO)

O Índice Avaliativo de Gestão Operacional dos Centros de Especialidades Odontológicas (IAGO-CEO), foi desenvolvido a partir de critérios de gestão operacional, com ênfase organização dos prontuários, caracterização da demanda, e organização da agenda e protocolos pactuados entre o CEO e a rede de atenção à saúde.

Os pesquisadores analisaram as perguntas referentes ao Módulo II de entrevistas com gestores e profissionais que atuam nos CEO (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/moduloII/>). Um grupo formado por oito consultores deu início a um consenso tipo Delphi, o qual avaliou a pertinência das perguntas destacadas para constituição do IAGO-CEO.

Foram levantadas, inicialmente, 31 perguntas. O consenso Delphi dos oito consultores elencou a pertinência de 24 questões, sendo elas:

“Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para periodontia?” (ii 9 4 4 1) “Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para Cirurgia oral?” (ii 9 4 1 1); “Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para endodontia?” (ii 9 4 1 1); “Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para PNES?” (ii 9 4 3 1); “Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para estomatologia?” (ii 9 4 5 1) “Existe prontuário eletrônico implantado?” (ii 7 4); “O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?” (ii 7 6); “É realizada a contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da APS - através de sistema informatizado?” (ii 9 5 2 1); “É realizada a contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da APS - através do prontuário eletrônico?” (ii 9 5 3 1); “O CEO entra em contato previamente com o usuário para confirmar a data e a presença do mesmo à consulta?” (ii 8 10 1); “O CEO sabe qual o percentual de absenteísmo no serviço, em média, no mês?” (ii 8 8); “O CEO entra em contato com a equipe de saúde bucal da Atenção Básica que referenciou o usuário?” (ii 8 10 2); “O CEO conta com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde para confirmar a data e a presença do usuário à

consulta?” (ii 8 10 3); “O CEO agenda mais do que a quantidade de vagas disponível no serviço (overbooking)?” (ii 8 10 4); “O CEO faz a gestão da lista de espera?” (ii 8 5 1); “O CEO utiliza algum(ns) critério(s) de priorização da lista de espera?” (ii 8 6); “O CEO recebe o usuário referenciado da Unidade Básica de Saúde com documento de referência (impresso ou por meio eletrônico)?” (ii 9 2); “É realizada a contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da APS - através de ficha específica?” (ii 9 5 1 1); “É realizada a contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da APS - através de folha de receituário?” (ii 9 5 4 1); “O CEO utiliza prontuário clínico?” (ii 7 1); “O acesso às especialidades mínimas (Cirurgia, Endodontia, Periodontia, Estomatologia e Atendimento a Pacientes com necessidades especiais) do CEO se dá por meio de qual demanda?” (ii 8 1); “A consulta é marcada pelo próprio paciente que recebe a ficha/encaminhamento da Unidade Básica de Saúde?” (ii 8 2 3); “A consulta é marcada pela Unidade Básica de Saúde?” (ii 8 2 1); e “A consulta é marcada pelo próprio paciente junto à central de regulação de consultas especializadas?” (ii 8 2 2);

4.2.2.1 Análise Estatística IAGO-CEO

Os dados foram tabulados e analisados no software Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS, v.24, IBM), sendo considerado o nível de significância de 5%. Os dados foram inicialmente analisados descritivamente. Correlações bivariadas foram analisadas pelo teste de Shapiro-Wilk.

A análise fatorial exploratória para constituição do Índice Avaliativo de Gestão Operacional (IAGO-CEO) demandou da análise de 24 questões do questionário de avaliação externa do PMAQ-CEO (2º ciclo avaliativo). Destas, 16 variáveis foram incluídas no modelo final, que resultou em 4 fatores, a saber: Gestão da Lista de Espera, Absenteísmo, Prontuário Eletrônico, e Protocolos clínicos.

4.3 VALIDAÇÃO DOS ÍNDICES IAGE-CEO E IAGO-CEO

Após calcular os índices, realizou-se análise descritiva da distribuição dos CEO que participaram do 2º ciclo do PMAQ-CEO. Os valores foram analisados ainda em função da classificação dos CEO, de acordo com a portaria de certificação do 2º ciclo do PMAQ-CEO (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0307_10_03_2020.htm) Este critério de classificação foi utilizado, uma vez que a portaria de certificação baseia-se no modelo de avaliação de Donabedian (1996), fundamentado na análise da estrutura, processo e resultado.

Sendo assim, os autores buscaram validar o IAGE-CEO e IAGO-CEO por meio da análise de correspondência desse índice com o processo avaliativo instituído e homologado pelo Ministério da Saúde do Brasil.

5 RESULTADOS

Os resultados estão sistematizados separadamente por índices. De início IAGE-CEO, em seguida o IAGO-CEO e, por fim, o aplicativo G-CEO.

5.1 IAGE-CEO

As frequências das respostas obtidas para as onze variáveis inicialmente consideradas para cálculo do IAGE-CEO são ilustradas na Tabela 1.

Tabela 1 - frequências das respostas obtidas para as onze variáveis inicialmente consideradas para cálculo do IAGE-CEO

		Contagem	% de N da subtabela
1.1 O CEO possui gerente?	Não	48	4,6%
	Sim, acumula	591	56,7%
	Sim, exclusivo	403	38,7%
1.4.1 O gerente do CEO possui formação complementar em saúde coletiva	Não	785	75,3%
	Sim	257	24,7%
5.1.1. As ações desenvolvidas neste CEO são frutos de planejamentos e avaliações periódicas?	Não	299	28,7%
	Sim	743	71,3%
5.5.1. É realizado o monitoramento e a análise das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO?	Não	210	20,2%
	Sim	832	79,8%
5.6 São realizados processos de autoavaliação de forma periódica pela equipe do CEO?	Não	260	25,0%
	Sim	782	75,0%
18.1 Foi realizado alguma atividade de planejamento das ações do CEO nos últimos 12 meses?	Não	194	18,6%
	Sim	848	81,4%
18.2 Neste(s) planejamento(s) é(são) levado(s) em consideração as sugestões/opiniões dos cirurgiões-dentistas?	Não	202	19,4%
	Sim	840	80,6%
18.4 A equipe do CEO realiza	Não	324	31,1%

avaliação das ações planejadas/programadas?	Sim	718	68,9%
6.2 A equipe do CEO realiza o matriciamento ou ações de apoio para as equipes da Atenção Básica?	Não	139	13,3%
	Sim	903	86,7%
17.1 Os profissionais do CEO município participam de ações de educação permanente em saúde?	Não	303	29,1%
	Sim	739	70,9%
17.4 As ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe do CEO?	Não Contempla necessidade	38	3,6%
	Contempla necessidades	1004	96,4%

Correlações bivariadas entre as variáveis de estudo e o índice IAGE-CEO são ilustradas na Tabela 2. Verificou-se que a pergunta “As ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe do CEO?” apresentou coeficiente de correlação abaixo de 0,3, sendo, portanto, excluído da análise e da composição do índice.

Tabela 2 - Correlações bivariadas entre as variáveis de estudo e o índice IAGE-CEO

	CORRELAÇÃO	IAGE-CEO (11 itens)	IAGE-CEO (10 itens)
1.1	Coeficiente de Correlação	,366**	,365**
	p-valor	<,001	,000
1.4.1	Coeficiente de Correlação	,410**	,414**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000
5.1.1	Coeficiente de Correlação	,607**	,608**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000
5.5.1	Coeficiente de Correlação	,521**	,522**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000
5.6	Coeficiente de Correlação	,586**	,588**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000
18.1	Coeficiente de Correlação	,635**	,636**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000
18.2	Coeficiente de Correlação	,642**	,643**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000
18.4	Coeficiente de Correlação	,704**	,705**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000
6.2	Coeficiente de Correlação	,366**	,366**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000
17.1	Coeficiente de Correlação	,558**	,567**

	Sig. (2 extremidades)	,000	,000
17.4	Coeficiente de Correlação	,089**	
	Sig. (2 extremidades)	,004	

Assim, o IAGE-CEO formado por 10 itens alcançou coeficiente padronizado de alfa de Cronbach igual a 0,777. A medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem foi igual a 0,785. A significância do teste de esfericidade de Bartlett foi $p < 0,001$. Sendo assim, pode-se afirmar que as variáveis que compuseram o IAGE-CEO (10 itens) apresentaram consistência adequada. A distribuição dos CEO conforme o total de pontos alcançados no IAGE-CEO neste estudo é ilustrado na Tabela 3. Análise de componentes principais mostrou que 49.95% da variância do IAGE-CEO é explicada por dois componentes principais, sendo eles: (i) Planejamento em equipe e Educação Permanente em Saúde (itens 18.1, 18.2, 18.4 e 17.1) e (ii) Gestão, Avaliação e Matriciamento do CEO (itens 1.1, 1.4.1, 5.1.1., 5.5.1., 5.6 e 6.2).

Tabela 3 - Distribuição dos CEO conforme o total de pontos alcançados no IAGE-CEO

Pontuação IAGE-CEO	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
0,00	6	,6	,6
1,00	13	1,2	1,8
2,00	25	2,4	4,2
3,00	43	4,1	8,3
4,00	51	4,9	13,2
5,00	67	6,4	19,7
6,00	66	6,3	26,0
7,00	93	8,9	34,9
8,00	159	15,3	50,2
9,00	240	23,0	73,2
10,00	220	21,1	94,3
11,00	59	5,7	100,0
Total	1042	100,0	

A Tabela 4 apresentou correlação estatisticamente significativa com a classificação dos CEO, sendo obtido coeficiente de correlação igual a 0,587 (correlação forte, $p < 0,001$). A regressão logística multinomial apresentou coeficiente de determinação (pseudo r-squared Cox-Snell) de 36,9%.

Tabela 4 - Análise de regressão para verificar a associação entre o IAGE-CEO e seus componentes com a nota de certificação do 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ-CEO

Classificação CEO		B	Wald	p-valor	OR	IC 95%	
						Lim. Inf.	Lim. Sup.
Ruim	Intercepto	2,182	24,533	<0,001			
	IAGE-CEO	- 0,215	10,766	0,001	0,806	0,709	0,917
Regular	Intercepto	0,561	1,312	0,252			
	IAGE-CEO	- 0,008	,014	0,907	0,992	0,865	1,137
Bom	Intercepto	-0,894	2,938	0,087			
	IAGE-CEO	0,256	13,359	<0,001	1,292	1,126	1,482
Muito bom	Intercepto	-4,227	47,733	<0,001			
	IAGE-CEO	0,775	100,588	<0,001	2,170	1,865	2,524
Ótimo	Intercepto	-11,979	18,834	<0,001			
	IAGE-CEO	1,224	18,256	<0,001	3,401	1,940	5,964

O modelo foi considerado ajustado ($p < 0,05$). Observou-se que o IAGE-CEO foi associado significativamente aos conceitos de classificação Bom, Muito Bom e Excelente. Verificou-se que quanto maior o IAGE-CEO, maior a probabilidade de atingir maior classificação. O aumento do IAGE-CEO está associado com redução da probabilidade de atingir a classificação “Ruim”.

5.2 IAGO-CEO

Os resultados demonstram de os parâmetros para obtenção do índice IAGO-CEO são satisfatórios. A medida global de adequação amostral (KMO) foi igual a 0,821. O teste de esfericidade de Bartlett foi considerado estatisticamente significativo ($p < 0,001$). A correlação interna das variáveis em cada fator foi considerada significativa ($> 0,385$). As correlações entre os fatores revelaram coeficientes de correlação menores que 0,300.

A tabela 5 apresenta as variáveis incluídas no modelo final, com os respectivos valores de correlação interna, medidas de adequação da amostra (KMO), carga fatorial e percentual da variância explicada.

Tabela 5 – Variáveis incluídas na Amostra (Análise fatorial exploratória ajustada)

	Fatores				Medida de Adequação da Amostra (KMO)
	Gestão da Lista de Espera	Absenteísmo	Prontuário Eletrônico	Protocolos clínicos	
ii 9 4 4 1 - Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para periodontia?	0.987				0.700
ii 9 4 1 1 - Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para Cirurgia oral?	0.963				0.703
ii 9 4 2 1 - Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para endodontia?	0.950				0.532
ii 9 4 3 1 - Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para PNES?	0.896				0.527
ii 9 4 5 1 - Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para estomatologia?	0.692				0.820
ii 7 6 - O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?		0.959			0.780

	Fatores			Medida de Adequação da Amostra (KMO)
	Gestão da Lista de Espera	Absenteísmo	Prontuário Eletrônico	Protocolos clínicos
ii 7 4 - Existe prontuário eletrônico implantado?		0.934		0.789
ii 9 5 3 1 - É realizada a contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da APS - através do prontuário eletrônico?		0.712		0.754
ii 9 5 2 1- É realizada a contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da APS - através de sistema informatizado?		0.600		0.813
ii 8 8 - O CEO sabe qual o percentual de absenteísmo no serviço, em média, no mês?			0.700	0.901
ii 8 10 1 - O CEO entra em contato previamente com o usuário para confirmar a data e a presença do mesmo à consulta?			0.691	0.898
ii 8 10 2 - O CEO entra em contato com a equipe de saúde bucal da AB que referenciou o usuário?			0.590	0.951
ii 8 10 3 – O CEO conta com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde para confirmar a data e a presença do usuário à consulta?			0.570	0.865
ii 8 10 4 - O CEO agenda mais do que a quantidade de vagas disponível no serviço (overbooking)?			0.385	0.954
ii 8 5 1 - CEO faz a gestão da lista de espera?				0.864 0.750
ii 8 6 - O CEO utiliza algum(ns) critério(s) de priorização da lista de espera?				0.748 0.771

	Fatores				Medida de Adequação da Amostra (KMO)
	Gestão da Lista de Espera	Absenteísmo	Prontuário Eletrônico	Protocolos clínicos	
Carga fatorial	4.11	2.67	1.81	1.33	
Percentual da variância total	25.71	16.66	11.32	8.30	

A análise descritiva do índice e seus componentes é apresentada na tabela 6. A análise revelou média de 7,42 do índice geral, com desvio-padrão igual a 3,47. O índice IAGO-CEO e seus componentes apresentaram distribuição do tipo não-normal, segundo o teste de Shapiro-Wilk.

Tabela 6 – Dados descritivos do índice IAGO e seus componentes

Estatística Descritiva											
	N	Omisso	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Shapiro-Wilk		Percentis		
							W	p	25th	50th	75th
IAGO	1042	0	7.420	3.475	0	16	0.970	< .001	5.00	8.00	10.00
Fator - Gestão lista de espera	1042	0	1.315	0.860	0	2	0.695	< .001	0.00	2.00	2.00
Fator - Absentéismo	1042	0	1.934	1.526	0	5	0.904	< .001	0.00	2.00	3.00

Estatística Descritiva											
						Shapiro-Wilk		Percentis			
	N	Omisso	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	W	p	25th	50th	75th
Fator - Prontuário eletrônico	1042	0	0.520	1.158	0	4	0.500	< .001	0.00	0.00	0.00
Fator - Protocolos clínicos	1042	0	3.652	2.025	0	5	0.638	< .001	3.00	5.00	5.00

Correlações estatisticamente significantes entre o índice IAGO-CEO, seus componentes e a nota de certificação dos CEO são apresentados na Tabela 7. Observou-se correlação estatisticamente significativa entre a nota de certificação do 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ-CEO com o índice IAGO-CEO e seus componentes. Entretanto, maior coeficiente de correlação foi observado para o componente “protocolos clínicos”.

Tabela 7 – Correlações bivariadas entre o índice IAGO-CEO, seus componentes e a nota de certificação do 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ-CEO.

		Fator - Protocolos clínicos	Fator - Prontuário eletrônico	Fator - Absenteísmo	Fator - Gestão lista de espera	IAGO
Fator - Protocolos clínicos	Rho de Spearman	—				
	p-value	—				

		Fator - Protocolos clínicos		Fator - Prontuário eletrônico		Fator - Absenteísmo		Fator - Gestão lista de espera		IAGO	
Fator - Prontuário eletrônico	Rho de Spearman	0.167	***	—							
	p-value	< .001		—							
Fator - Absenteísmo	Rho de Spearman	0.293	***	0.111	***	—					
	p-value	< .001		< .001		—					
Fator - Gestão lista de espera	Rho de Spearman	0.036		0.004		0.129	***	—			
	p-value	0.244		0.890		< .001		—			
IAGO	Rho de Spearman	0.715	***	0.461	***	0.711	***	0.350	***	—	
	p-value	< .001		< .001		< .001		< .001		—	
Certificação_PMAQ- CEO	Rho de Spearman	0.426	***	0.173	***	0.344	***	0.110	***	0.472	***
	p-value	< .001		< .001		< .001		< .001		< .001	

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Na análise de regressão (tabela 8), verificou-se que o índice IAGO é responsável por explicar 20,3% da variância da nota de certificação do 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ-CEO. Apenas o componente gestão da lista de espera não apresentou associação estatística com a nota de certificação do CEO. Percebeu-se que dos quatro fatores identificados os fatores: Protocolos clínicos e Absenteísmo foram os mais relevantes e que mais contribuíram para a explicação da certificação.

Tabela 8 – Análise de regressão bivariada para verificar a associação entre o IAGO-CEO e seus componentes com a nota de certificação do 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ-CEO

	RP (IC 95%)	₂	Percentual explicado da certificação
IAGO	1,05 (1,04-1,06)	,203	20,3%
Fator – Protocolos	1,09 (1,07-1,12)	,181	18,1%
Fator – Prontuário	1,05 (1,02-1,07)	,024	2,4%
Fator – Absenteísmo	1,08 (1,05-1,10)	,094	9,4%
Fator – Gestão lista de espera	1,04 (0,997-1,08)	,007	0,7%

5.3 MODELO DE DECISÃO (APP G-CEO)

A partir da validação dos índices IAGE-CEO e IAGO-CEO procedeu-se o Desenvolvimento do Aplicativo G-CEO.

O aplicativo contempla o conjunto de perguntas validadas nos índices consolidadas separadamente (Ver anexos II e anexo III), e foi desenvolvido em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PPGO), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), no Laboratório de Odontologia Digital (LOD).

O G-CEO foi criado utilizando a plataforma Glide Apps, destacando-se pela elaboração de uma interface intuitiva e de fácil compreensão. A interface foi pensada para garantir a navegabilidade eficiente em dispositivos móveis Android e iOS. O processo de desenvolvimento iniciou-se com a concepção de um *mockup* detalhado (Figura 4), permitindo

visualizar antecipadamente a estrutura e o layout do aplicativo. Em seguida, a plataforma Glide Apps foi empregada para concretizar o design proposto no mockup.

O acesso ao APP G-CEO pode ser realizado através do escaneamento do Código QR, um código bidimensional, podendo ser facilmente lido usando a maioria dos smartphones celulares equipados com câmera (Figura 2); A logo escolhido para a apresentação do APP G-CEO está disposto na Figura 3.

Figura 2 – Código QR para acesso direto ao link de download do APP G-CEO



Fonte: Elaboração própria e específica para o APP G-CEO (PPGMDS/LOD/PPGO)

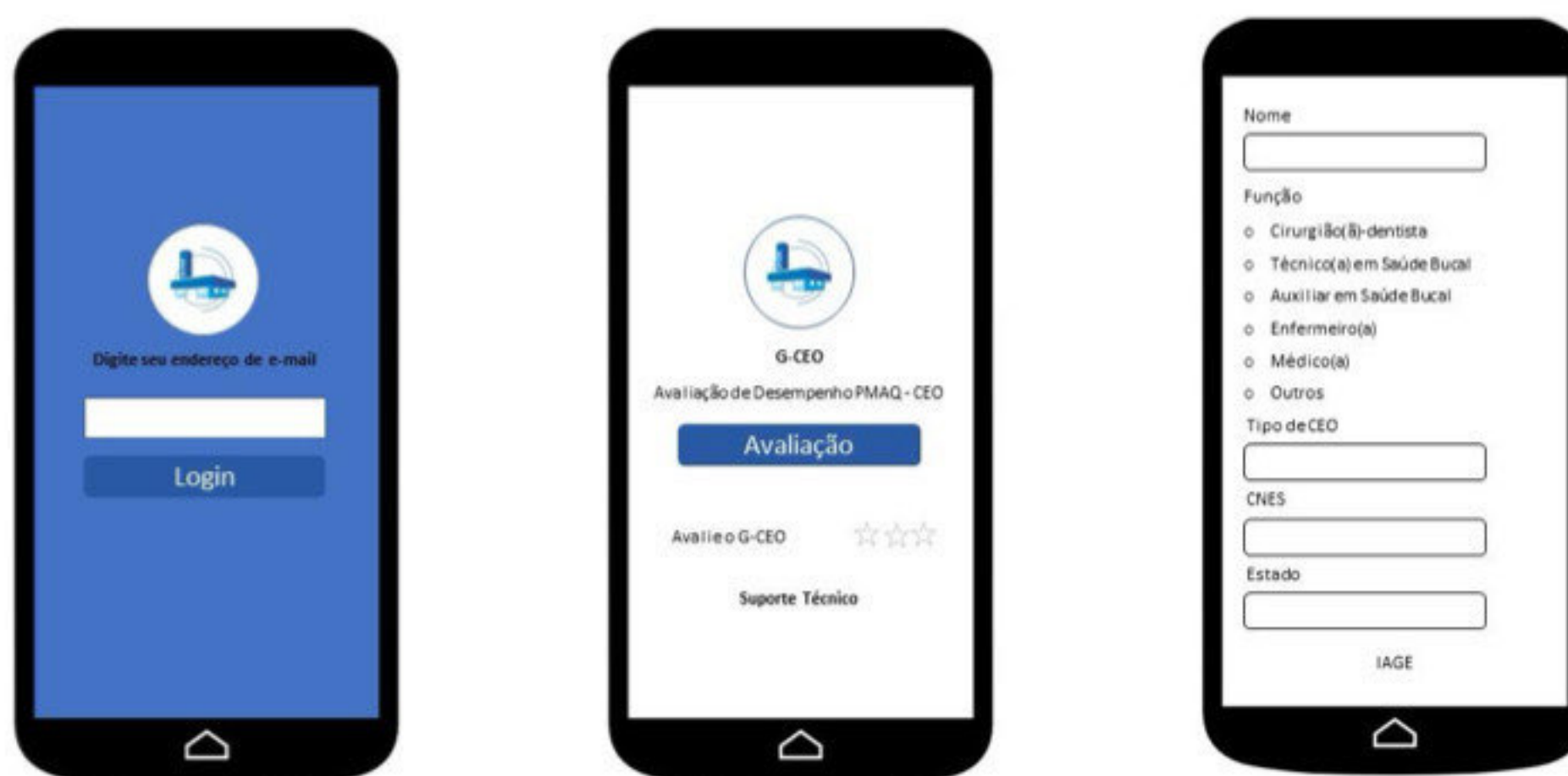
A logo escolhido para a apresentação do APP G-CEO está contida na Figura 3.

Figura 3 – Layout APP G-CEO



Fonte: Elaboração própria e específica para o APP G-CEO (PPGMDS/LOD/PPGO).

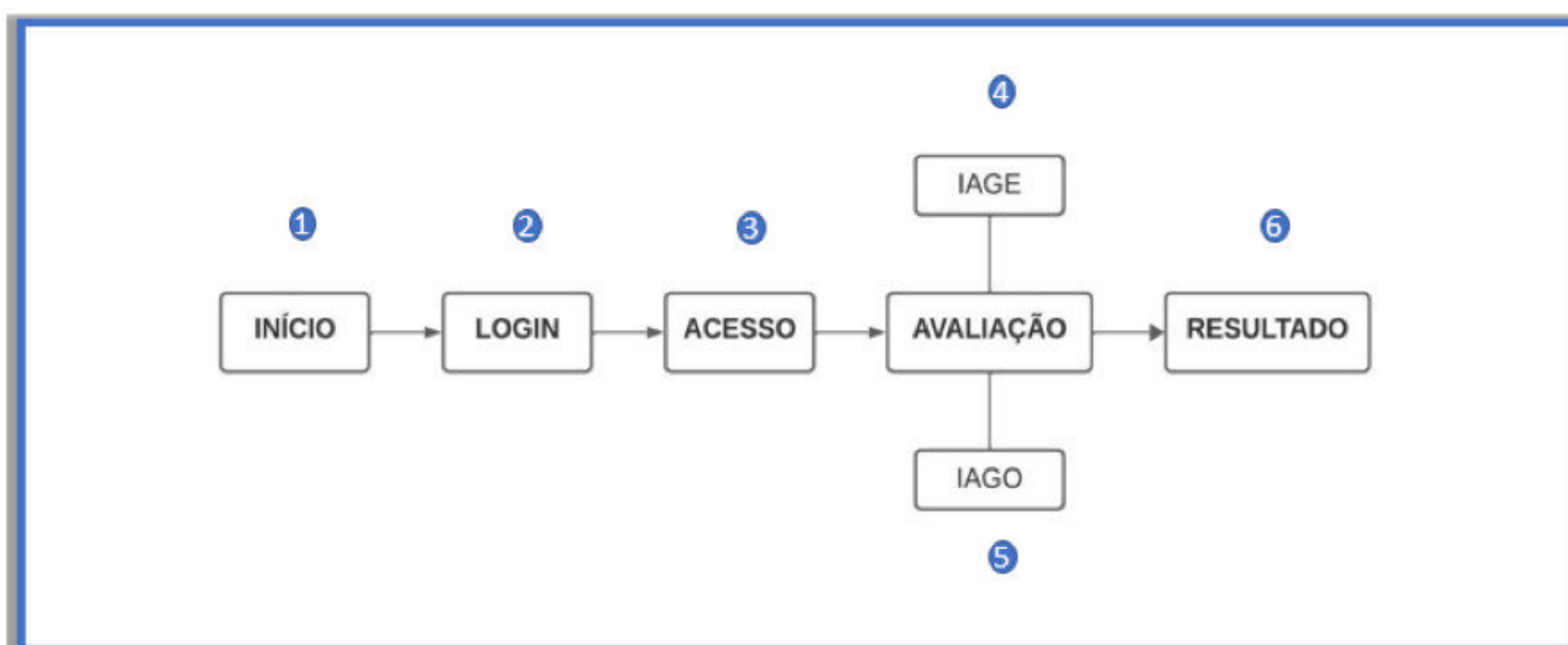
Figura 4 – Mockup APP G-CEO



Fonte: Elaboração própria e específica para o APP G-CEO (PPGMDS/LOD/PPGO).

A Figura 5 apresenta o fluxograma elaborado para ilustrar os passos para a utilização do APP G-CEO. Trata-se de um processo simples qual será detalhado e apresentado as telas representativas para cada momento na legenda numérica do fluxograma.

Figura 5 – Fluxograma do processo avaliativo pelo módulo APP G-CEO



Fonte: Elaboração própria e específica para o APP G-CEO (PPGMDS/LOD/PPGO).

5.3.1 Detalhando o fluxograma

Momento 1) Início do processo qual se dá pelo escaneamento do Código QR (Figura 2). No contexto de um aplicativo web-based, ou seja, que pode ser utilizado como um site, o procedimento inicial para o download do aplicativo inclui adicionar o ícone da ferramenta à tela inicial do smartphone. Isso permite que ele funcione como um aplicativo convencional de celular. Após essa etapa, o usuário terá acesso à ferramenta de maneira mais fácil e simplificada, necessitando realizar o login apenas uma vez.

Momento 2 e 3) O usuário, após instalar o aplicativo, irá realizar o login e acesso ao processo avaliativo. Será solicitado o e-mail para obtenção de código de acesso. Após esta consolidação o usuário já estará apto ao processo de avaliação. A Figura 6 apresenta a tela de início da avaliação.

Momento 4 e 5) Nas figuras 6 e 7, temos as telas de início da avaliação com o cadastro do usuário (gerente do CEO), e, em seguida, as questões dispostas para cada índice.

Figura 6 – Tela inicial para acesso ao questionário de perguntas dos índices IAGE-CEO e IAGO-CEO do APP G-CEO



Fonte: Elaboração própria e específica para o APP G-CEO (PPGMDS/LOD/PPGO).

Figura 7 – Tela abertura de cadastro e questionário de questões da avaliação

Fonte: Elaboração própria e específica para o APP G-CEO (PPGMDS/LOD/PPGO).

Momento 6) Após o preenchimento das questões de cada índice o usuário irá clicar em enviar. As figuras 8 e 9, respectivamente representam a tela do APP G-CEO com o resultado da avaliação no próprio aplicativo e a tela do feedback automático recebido no e-mail do usuário.

Figura 8 – Tela com resultado da avaliação no APP G-CEO

Fonte: Elaboração própria e específica para o APP G-CEO (PPGMDS/LOD/PPGO).

Figura 9 – Tela com resultado da avaliação no e-mail do usuário



Fonte: Elaboração própria e específica para o APP G-CEO (PPGMDS/LOD/PPGO).

Foram definidos escores para a consolidação dos resultados, conforme o quadro abaixo:

Quadro 2: Escores de classificação dos CEO pelo APP G-CEO

Classificação IAGE-CEO:	Classificação IAGO-CEO:
De 0 a 4 assertivas: RUIM De 5 a 8 assertivas: REGULAR De 9 a 11 assertivas: BOM	De 0 a 6 assertivas: RUIM De 7 a 11 assertivas: REGULAR De 12 a 16 assertivas: BOM

6 DISCUSSÃO

Verifica-se que a maioria dos profissionais que estão no cargo de gerencia dos CEO estão também incluídos como profissionais da rede como dentistas. Vale destacar, o número de profissionais que exercem duas funções ao mesmo tempo (56,7%), enquanto (38,7%), estão exclusivos como gerentes da instituição e os remanescentes (4,6%), não tem em sua estrutura de recursos humanos profissionais qualificados, formados em gestão pública e/ou saúde pública para atender as necessidades e demandas que uma gestão de instituição como esta precisa.

Segundo Filho (2013), os ensinamentos transcendem o esperado sobre as formações de graduação e profissionais. Recomenda-se fazer uma crítica sendo plausível sobre a formulação de novos profissionais no sistema superior de ensino. Sabe-se da importância das Universidades Federais em âmbito nacional e internacional, considerando seu amplo espaço de conhecimento junto ciência.

No campo da saúde, as iniquidades em saúde são vistas desde muito cedo em qualquer aula sobre saúde pública no país e o quanto existe a necessidade de profissionais que tenham um arcabouço para gestão deste sistema tão complexo que é o SUS. Entretanto, os ricos são os que mais se beneficiam de todos os sistemas, inclusive o SUS e as Universidades, em razão da junção entre ensino e pesquisa nas mais variadas instituições de saúde pública do Brasil.

Sobre matriciamento mesmo mostrando um quantitativo alto de uso da ferramenta, é importante que os demais centros possam fazer uso deste instrumento em sua gestão. Para Campos (1999), matriciamento ou apoio matricial é caracterizado por um agrupamento de duas ou mais equipes que tenham uma expertise interdisciplinar que consigam trabalhar em conjunto de forma compartilhada para construção e/ou intervenção sobre determinado problema.

Usar o matriciamento junto a Atenção Básica à Saúde tem o poder de aproximar os saberes dos profissionais e consequentemente conseguir maior resolubilidade dos problemas e enfrentamento sobre o processo de saúde-doença da população. As ações e serviços realizados no CEO deve estar em consonância com as necessidades de saúde da população, visto que a linha de cuidado deve seguir a RAS.

Em sua maioria, os gerentes não contêm pelo menos de uma pós-graduação em saúde coletiva (75,3%), este número é bastante alto e vai em contrapartida ao número de profissionais dentistas que estão atuando na Instituição e são gerentes do Centro. Comandar a saúde pública é de longe uma gestão fácil, ter como gestor um profissional qualificado ajuda nas atividades cotidianas e rotineiras que acometem estes ambientes, ter um olhar crítico para as questões de saúde da população, sem deixar de lado o olhar humanizado, sabendo utilizar suas ferramentas

para melhor eficiência e eficácia de todas as tecnologias disponíveis para atender a comunidade.

Educação Permanente nada mais é que um conhecimento adquirido com recursos no trabalho com intenção de aprimorar os saberes para intervenção no próprio ambiente de trabalho, levando em consideração os conhecimentos já adquiridos (Bispo, Moreira, 2017).

As demandas a partir da carência da população em quase sua totalidade é contemplada. Entretanto, quando se observa os dados das equipes que utilizam da educação permanente, poucos mais de 70,5% dessas equipes dizem ter participado das ações. Ter uma equipe que consiga articular-se de forma interdisciplinar é fundamental para uma rede bem articulada e planejada.

Disponibilizar a esses profissionais educação permanente em saúde é essencial para que possam ter bases reais sobre como se modificar e adequar diante das práticas cotidianas no ambiente de trabalho. Assim é possível conseguir ser mais eficiente diante de obstáculos posto pelo dia a dia. Cuidado em saúde nada mais é que humanização do atendimento, olhar ampliado ao atendimento ao paciente e articulação da rede de cuidado (Brito et al. 2022).

O processo de planejamento em saúde deve ser um ambiente estratégico com objetivos claros diante da necessidade dos usuários para realização e obtenção dos resultados nas ações planejadas.

Um pouco mais de 65% realiza uma avaliação sobre as ações que foram planejadas e/ou programas durante um período. Isto evidencia a necessidade de estar sempre atento a programação em espaço físico, como de equipe de trabalho. Entender que o ambiente é sujeito a mudanças podendo ser multável a todo instante, conseguir traçar metas e objetivos para a formulação do planejamento é imprescindível para estabelecer ângulos sobre como se articular com as problemáticas e dificuldades enfrentadas pelo caminho. Traçar cenários e entender que os mesmos discorrem sobre ambientes holísticos onde se agrupa aspectos sociais, tecnológicos, econômicos, ambientes e políticos, é uma característica e funcionalidade de criar um bom planejamento (Teixeira, Jesus, 2010).

O IAGO-CEO foi obtido através de uma análise fatorial exploratória, a qual incluiu a avaliação de 24 questões do Questionário de Avaliação Externa do PMAQ-CEO (2º Ciclo Avaliativo) (Brasil, 2017). Dentre essas questões, 16 variáveis foram selecionadas para compor o modelo final, resultando em quatro fatores distintos: gestão da lista de espera, absenteísmo, prontuário eletrônico e protocolos clínicos. No presente estudo, foi possível constatar correlações estaticamente significativas entre o IAGO, seus quatro fatores, em especial o de protocolos clínicos, e a nota de certificação dos CEO. Esses resultados demonstram que o IAGO pode ser uma métrica confiável e relevante para avaliação de desempenho dos CEO no contexto

de gestão operacional do PMAQ-CEO.

De acordo com Galdino et al. (2016), utilizar ferramentas que auxiliam no gerenciamento e na gestão de qualidade, exemplificada pelo processo de certificação, pode nortear o aprimoramento dos serviços de saúde ofertados para a população. Essa abordagem possibilita a identificação, entendimento e, conseqüentemente, a resolução de problemas no cenário da prestação de serviços. Nesse contexto, reforça-se a adoção do IAGO, visto que, conforme observado neste estudo, o índice demonstra uma capacidade explicativa significativa de 20,3% da variância observada na nota de certificação do PMAQ-CEO. Sabendo que o IAGO reflete na nota de certificação, esse instrumento pode auxiliar na predição de desempenho do CEO. Pode-se considerar que o resultado, por ser imediato, permite qualificar a ação gestora, além de poder ser aplicado em intervalos de tempo menor, o que favorece o processo de monitoramento dos serviços.

Além disso, um índice que se destaca pela interpretação da realidade de um sistema a partir de um conjunto de variáveis, revela-se não somente um instrumento preditivo, mas também uma ferramenta importante para orientar os processos de tomada de decisão (Siche et al., 2007). Para a gestão em saúde, contar com a predição de um instrumento, como o IAGO, pode transformar o ambiente em um local de funcionamento articulado, visando assegurar o acesso dos usuários e oferecer serviços de alta qualidade à comunidade. Por ser uma ferramenta de gestão simples, específica e voltada para o CEO, o IAGO pode ser facilmente entendido pelos gestores, que poderão lançar políticas de melhoria apropriadas, com recursos destinados de forma eficiente, e, como consequência, obter qualidade nos serviços prestados.

De acordo com Figueiredo et al. (2021), para operacionalização na PNSB, é importante a aplicabilidade dos modelos de avaliação por desempenho visando a melhoria dos serviços, comprometimento dos profissionais e alcance das metas pactuadas, mesmo considerando as desigualdades contextuais existentes. Para tanto, é necessário que o gestor avalie todos os processos que estão diretamente ou indiretamente correlacionados com o desempenho da equipe de saúde do CEO. Um dos métodos de avaliação por desempenho é a autoavaliação dos serviços. A autoavaliação do CEO é considerada como um método de mensuração dos fenômenos, ou o desempenho, e seus resultados com base nos critérios e metas pré-estabelecidas, que envolve o monitoramento da produtividade para garantir o acesso e qualidade da atenção em saúde (Filgueiras et al., 2022). O IAGO também pode ser aplicável ao processo de autoavaliação, uma vez que envolve também fatores que estão intimamente relacionados com o processo de autoavaliação e na organização do processo de trabalho da equipe, como por exemplo protocolos clínicos, prontuário eletrônico e lista de espera.

A autoavaliação já foi analisada em relação a seu impacto nos indicadores de produção e certificação dos CEO no estudo de Martins et al. (2024). O estudo identificou que os CEO que fazem o processo de autoavaliação estão passíveis de alcançar melhores índices de produção, além de terem maiores chances de conseguirem melhores faixas de certificação. Isso também é discutido pelo estudo de Filgueiras et al. (2022) que demonstra em seus resultados que os CEO que não utilizam a ferramenta de autoavaliação apresentam queda na produtividade. O IAGO apresentou correlações estatisticamente significantes com a nota de certificação dos CEO e o componente protocolos clínicos. Desse modo, pode-se inferir que o IAGO não se restringe apenas a um instrumento de avaliação externa como também pode ser utilizado na autoavaliação dos CEO devido a seus componentes e sua relação positiva com fatores, demonstrados pelos estudos supracitados, influentes nesse processo.

O teste de esfericidade de Bartlett é uma ferramenta estatística fundamental utilizada na análise fatorial exploratória para avaliar se as variáveis observadas são correlacionadas o suficiente para justificar a utilização da análise fatorial (Figueiredo Filho, Silva Júnior, 2010; Hongyu, 2018). No contexto do estudo sobre o índice IAGO, o teste de esfericidade de Bartlett desempenhou um importante papel para validação dos dados utilizados na análise fatorial exploratória. Os resultados indicaram que o teste foi estatisticamente significativo ($p < 0,001$), o que sugere que as variáveis estavam suficientemente correlacionadas para justificar a aplicação da análise fatorial exploratória.

A significância estatística do teste de esfericidade de Bartlett é um indicativo de que as variáveis incluídas no modelo têm relações significativas entre si, o que é fundamental para a identificação de fatores subjacentes por meio da análise fatorial exploratória (Figueiredo Filho, Silva Júnior, 2010; Hongyu, 2018). Neste estudo, a confirmação da significância estatística do teste fortalece a validade dos resultados da análise fatorial, proporcionando uma base sólida para a interpretação dos fatores identificados. Além disso, a medida global de adequação amostral (KMO) foi igual a 0,821, indicando que a amostra de dados era adequada para a análise fatorial. A combinação dos resultados do teste de esfericidade de Bartlett e do KMO sugere que as variáveis avaliadas no contexto do IAGO foram bem correlacionadas e que o modelo de análise fatorial foi apropriado para extrair fatores subjacentes que explicam a estrutura dos dados. Portanto, o IAGO é uma ferramenta confiável que pode ser utilizada na gestão operacional em contextos de saúde.

7 CONCLUSÃO

Os índices IAGE-CEO e IAGO-CEO foram associados significativamente aos conceitos de classificação “Bom”, “Muito Bom” e “Ótimo” do processo de certificação dos CEO pelo PMAQ-CEO. Verificou-se que quanto maiores os índices, maiores as probabilidades de atingirem maior classificação. O aumento destes índices está associado com redução da probabilidade de atingir a classificação “Ruim”.

A formulação de um índice específico para avaliar a gestão dos CEO, a partir de elementos estratégicos como o planejamento, avaliação, monitoramento das ações, apoio matricial, educação permanente em saúde, critérios de gestão operacional, com ênfase organização dos prontuários, caracterização da demanda, e organização da agenda e protocolos pactuados entre o CEO e a rede de atenção à saúde, favoreceu a identificação de aspectos que qualificam o processo de trabalho da gestão dos serviços para além da estrutura física destes serviços.

A sistematização destes índices avaliativos na ferramenta APP G-CEO, desenvolvida neste trabalho, de fácil manuseio e de baixo tempo de resposta, permitirá aos gestores implementar processos de avaliação dos CEO, sem a necessidade de um avaliador externo presente na avaliação, podendo, assim, se constituir em uma ferramenta de monitoramento de baixo custo além de favorecer a qualificação da gestão local dos serviços, previamente aos possíveis novos ciclos do PMAQ-CEO.

REFERÊNCIAS

ALBORNOS, S. **O que é trabalho**. 6.ed. São Paulo: Brasiliense, 2000.

ALMEIDA FILHO N. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva** 2013; 18:1677-82.

ALMEIDA FILHO N. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva** 2013; 18:1677-82.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600019>.

ANDRADE, S. L.; FRANCISCHETTI, I. Referência e Contrarreferência: Compreensões e Práticas. **Sau. & Transf. Soc.**, v. 10, n. 1/2/3, p. 054–064, 2019.

AZEVEDO, D. M. et al. Apoio Matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território. **Rev. Pesq.: cuid. fundam. online**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3311-3322, 2013. DOI:10.9789/2175-5361.2013v5n1p3311.

BALDANI, Márcia Helena et al. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde em debate**, v. 42, p. 145-162, 2018.

BARRETO M. L, TEIXEIRA M. G, BASTOS F. I, XIMENES R. A. A, BARATA R. B, RODRIGUES L. C. **Sucessos e fracassos no controle das doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa**. The Lancet. 2011; 6736(11):47-60.

BEIGUELMAN, B. 1996. **Curso de Bioestatística Básica**. 4ed. Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Genética.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os Caps e o trabalho em rede: tecendo o Apoio Matricial na atenção básica. **Psicol. Ciênc. e Prof.**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.
<https://doi.org/10.1590/S1414-98932008000300015>.

BISPO, J. P.; MOREIRA, D. C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 33 n. 9. Rio de Janeiro, set. 2017.

Brasil, Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, DF, 2004.

Brasil, Ministério da Saúde. Instrumento de avaliação externa para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília, DF, 2017. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_ceo.pdf Acesso em: 04/10/2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.599, de 30 de setembro de 2015**. Dispõe sobre o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Diário Oficial da União 2 de out 2015; nº 189, Seção 1: 31.

BRASIL. Constituição de 1988. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília:

Senado Federal, 1988.

BRASIL. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: MS; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: Acesso e Qualidade Superando Exclusão Social**, Brasília, DF, de 29 de julho a 1.º de agosto de 2004/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. 2004. 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNIIS - **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde; proposta versão 2.0; inclui deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde**.

Brasília, 2004. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. Departamento de Informática do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível: <http://sage.saude.gov.br/>.

Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Departamento de Informática do SUS. Brasília:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do 1º Ciclo da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO) - Resultados principais**. 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. In (Org): **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades odontológicas (PMAQ-CEO): Manual Instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas: Manual Instrutivo 2º Ciclo**. Brasília, DF: MS; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: MS; 2018.

BRASIL. **PEC CEO - Passo a passo para os profissionais da assistência**. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/passo_a_passo_ceo.pdf>.

BRASIL. **Portaria nº 2.513, de 29 de outubro de 2013**. Homologa a contratualização dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2013 out. 29.

BRASIL. **Portaria nº 599, de 23 de Março de 2006**. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2006.

BRASIL. **Programa nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEOII):** Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Brasil. Sistema e-Gestor Atenção Básica. Relatórios Públicos. 2020. Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/> [Accessed on August 18, 2022].

BRITO, C. S. *et al.* Apoio institucional na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1377-1388, abr. 2022.

CAMPOS GWS, FIGUEIREDO MD, PEREIRA JÚNIOR N, CASTRO CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface** (Botucatu, Online) 2014; 18 Suppl 1:S983-95. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** .1999; v. 4, n. 2, p. 393-404.

CHEQUER T. P. R, Santos AM. Organização de Centros de Especialidades Odontológicas numa Região de Saúde na Bahia. **Physis**, 31(03), 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310324>

COSTA J. M. B. **Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família do município do Recife – PE** [Dissertação de Mestrado]. Recife: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

COSTA, Rosemary Pereira. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Mental**, Barbacena , v. 5, n. 8, p. 107-124, jun. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 nov. 2021.

CRUZ D. F; PRADO, R. L; VALENÇA, A. M. G; MACHADO, L. S. A Linha do Cuidado em Saúde Bucal em João Pessoa. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, 11(2): 291-295, abr./jun. 2011. <https://DOI: 10.4034/PBOCI.2011.112.22>

CRUZ, D. F; VIANNA, R. P. T; LIMA-FILHO, L. M. A ; SILVA, D. G . Oral Health: Work Process and Interdisciplinarity. **Pesquisa Brasileira Em Odontopediatria E Clinica Integrada**, v. 23, p. 1, 2023.

DA CRUZ, Danilson Ferreira et al. A regulação da atenção à saúde bucal e o absenteísmo: cenários e possibilidades. **Revista Família, Ciclos de vida e saúde no contexto social**, v. 6, n. 2, p. 228-237, 2018.

DIMENSTEIN, M. et al. O Apoio Matricial em unidade de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000100007>.

DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – DAPS. **Linha de Cuidado em Saúde Bucal**. Santa Catarina: Governo do Estado de Santa Catarina, 2022. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/atencao-basica/linha-de-cuidado-ab-aps/linha-de-cuidado-saude-bucal/16356-linha-de-cuidado-de-saude-bucal-2019/file>>.

DONABEDIAN, Avendis. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean?. **American Journal of Public Health**, v. 71, n. 4, p. 409-412, 1981

FERREIRA, A. B. de H. **Miniaurélio**: o dicionário da língua portuguesa. Curitiba: Positivo, 2008.

FIGUEIREDO FILHO, Dalson Brito; SILVA JÚNIOR, José Alexandre da. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opinião pública**, v. 16, p. 160-185, 2010.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FIGUEIREDO, Nilcema et al. Observatório de Saúde Bucal/UFPE: ações estratégicas de gestão da informação e de saúde digital em saúde bucal para melhoria da governança no SUS. **Revista da ABENO**, v. 21, n. 1, p. 1644-1644, 2021.

FIGUEIREDO, Nilcema et al. Theoretical and Methodological Aspects of the External Evaluation of the Improvement, Access and Quality of Centers for Dental Specialties Program. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 18, n. 1, p. 3433, 2018.

FIGUEIRÓ AC, THULER LC, DIAS ALF. Padrões internacionais dos estudos de linha de base. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV, organizadores. **Meta- avaliação da atenção básica de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 49-70.

FILGUEIRAS, Leonardo Vilar et al. Influence of self-assessment for improving access and quality in the outpatient procedures in the Dental Specialties Centers. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 253-261, 2022.

FILHO, N. A. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciências Saúde Coletiva**, 2013; v. 18, p. 1677-1682.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES, H. M. **Integralidade na Assistência à Saúde**: A organização das Linhas do Cuidado in “Pensar BH: política social”, N. 7, julho/setembro de 2003.

FRANCO, Túlio; MERHRY, Emerson Elias. **Programa de Saúde da Família: contradições de um programa destinado a mudança do modelo tecnoassistencial**. In: Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo, Hucitec, 2007.

FRATINI JRG, SAUPE R, MASSAROLI A. Referência e contra-referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc Cuid Saúde**. 2008;7(1):65-72.

Gabriel M, Cayetano M. H, Chagas M. M, Araujo M. H, Dussault G, Pucca Jr G. A, et al. Admission of dentist in Brazilian Universal Health System (SUS): a priority agenda for the strengthening of Smiling Brazil. **Ciênc Saúde Coletiva** 2020; 25(3):859-68. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.14532018>

GALDINO, Simone Vasconcelos et al. Ferramentas de qualidade na gestão dos serviços de saúde: revisão integrativa de literatura. **Revista Gestão & Saúde**, p. 1023-1057, 2016.

Godoi H, Mello ALSF, Caetano JC. An oral health care network organized by large municipalities in Santa Catarina State, Brazil. **Cad Saúde Pública** 2014, 30(2):318-32. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084513>

GODOI, H; MELLO, ALSF; CAETANO, JC. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2014, vol.30, n.2, pp.318-332. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00084513>.

GOES P. S. A, et al. Theoretical and Methodological Aspects of the External Evaluation of the Improvement, Access and Quality of Centers for Dental Specialties Program. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr** 2018; 18(1): e3433.

GONÇALVES J. R. S. N, Ditterich R. G, Gonçalves R. N, Gavina V. P, Silva R. O. C, Graziani G. F, Kusma SZ. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná. **Cad. Saúde Colet.**, 26(4): 432-438, 2018. DOI: 10.1590/1414-462X201800040429

HONGYU, Kuang. Análise Fatorial Exploratória: resumo teórico, aplicação e interpretação. **E&S Engineering and Science**, v. 7, n. 4, p. 88-103, 2018.

LEAL R. V. S, EMMI D. T, ARAÚJO M. V. A. Acesso e qualidade da atenção secundária e da assistência em estomatologia no Brasil. **Physis**, 31(02), 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310205>

LIMA A. M. F. S, LYRA L. S, GUIMARÃES L. L. V, TEIXEIRA M. P, ROSSI T. R. A, CHAVES S. C. L. Oral health in universal health systems: comparative analysis of Brazil and the United Kingdom. **Res Soc Develop** 2021; 10(10):e185101018444. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18444>

LISBÔA, Rosa Ladi et al. Actions of a regulatory nurse in the management of surgical waiting lists. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, p. e20201233, 2021.

LUCENA E. H. G, LUCENA C. D. R. X, GOES P. S. A, SOUZA M. F. Conditions associated with activity planning in dental specialty centers. **Univ Odontol** 2019; 38(80):1-27. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.caap>

LUCENA, E. H. G; LUCENA, C. D. R. X; GOES, P. S. A; SOUZA, M. F. Condições associadas a atividade de planejamento nos centros de especialidades odontológicas. **Univ Odontol**. 2019 ene-jun; 38(80). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.caap>.

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

2015.

MADARNAS Y, JOY A, VERMA S, Sehdev S, LAM W, SIDERIS L. Models of care for early-stage breast cancer in Canada. **Curr Oncol** 2011; 18 Suppl 1:S10-9.

MARTINS, Yuri Victor de Medeiros et al. A autoavaliação como fator importante para o desempenho dos centros de especialidades odontológicas. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 1, p. 1136-1149, 2024.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Mimeo, 2003.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo, Cortez, 2011.

OLIVEIRA MM, CAMPOS GWS. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciênc Saúde Coletiva** 2015; 20:229-38. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013>.

OLIVEIRA, J. L. C. **Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes**. 2005. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP, São Paulo, 2005.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, 2012.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000083>.

PASQUIM, H. M.; ARRUDA, M. S. B. Núcleo de apoio à saúde da família: revisão narrativa sobre o Apoio Matricial na atenção básica. **Corpus et Scientia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 34-44, 2013.

PAZIN-FILHO, Antonio et al. Surgical waiting lists and queue management in a Brazilian tertiary public hospital. **Research Square (Version 1)**, PREPRINT, 2023.

PINTO I. C. M, TEIXEIRA C. F. Formulação da política de gestão do trabalho e educação na saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. **Cad Saúde Pública** 2011; 27:1777-88.

REIS, V.M.; DAVID, H.M.S.L. O fluxograma analisador nos estudos sobre processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 118-125, jan./mar. 2010.

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.** vol.21 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2013

ROSSI T. R. A, LORENA SOBRINHO J. E, CHAVES S. C. L, MARTELLI P. J. L. Economic crisis, austerity and its effects on the financing of oral health and access to public and private services. **Ciênc Saúde Colet** 2019; 24(12):4427-36. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25582019>

SHEAFF R, HALLIDAY J, OVRETVEIT J, BYNG R, EXWORTHY M, PECKHAM S, et al. Integration and continuity of primary care: polyclinics and alternatives – a patient-centred analysis of how organisation constrains care co-ordination. Southampton: **NIHR Journals Library**; 2015.

SICHE, Raúl et al. Índices versus indicadores: precisões conceituais na discussão da sustentabilidade de países. **Ambiente & Sociedade**, v. 10, p. 137-148, 2007.

TANAKA, O. Y; TAMAKI, E. M. The role of evaluation in decision-making in the management of health services. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(4):821-828, 2012

TEIXEIRA, C. F.; JESUS, W. L. A. **Correntes de pensamento de saúde no Brasil**. UFBA, p. 33 – 50, 2010.

THOMAZ E. B. A. F, SOUSA G. M. C, QUEIROZ R. C. S, COIMBRA L. C. Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011*. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 25(4), 2016. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000400014>

UCHIMURA, Kátia Yumi; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 1561-1569, 2002.

VELLOSO, MP; GUIMARÃES, MBL; CRUZ, CRR; NEVES, TCC. Interdisciplinaridade e formação na área de saúde coletiva. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 257-271, jan./abr. 2016. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00097>.

ANEXO I
INSTRUMENTO DE APOIO
Debate para Qualificação de Índices Avaliativos dos CEO

Prezado(a) colega,

Estamos explorando os dados do segundo ciclo de avaliação externa PMAQCEO. Para isso, gostaríamos de convidá-lo(a) para analisar as questões apresentadas no questionário abaixo e determinar quais delas melhor se aplicariam para avaliar o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no referente a construção de um ou mais Índice Avaliativo das Ações de Gestão nos CEO.

Nosso objetivo é saber, com base em seus conhecimentos e experiência na área, o quanto cada indicador pode determinar a qualidade da gestão deste serviço na construção desses índices.

A sua contribuição é sigilosa e será utilizada para a consolidação de uma matriz avaliativa da qualidade das Ações de Gestão desenvolvidas nos CEO.

IDENTIFICAÇÃO:

- 1) Atuação profissional:
- 2) Já atuou com atividade de avaliação de serviços de saúde?
 - a) Sim ()
 - b) Não ()
- 3) Se sua resposta foi “Sim”, no item 3, Qual (ais)?

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS INDICADORES PROPOSTOS IAGO-CEO

“O CEO possui gerente?” (1.1); “O gerente do CEO possui formação complementar em saúde coletiva?”(1.4.1); “As ações desenvolvidas neste CEO são frutos de planejamentos e avaliações periódicas?”(5.1.1); “É realizado o monitoramento e a análise das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO?”(5.5.1); “São realizados processos de autoavaliação de forma periódica pela equipe do CEO?”(5.6); “A equipe do CEO realiza o matriciamento ou ações de apoio para as equipes da Atenção Básica?”(6.2); “Os profissionais do CEO município participam de ações de educação permanente em saúde?”(17.1); “As ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe do CEO?”(17.4); “Foi realizado alguma atividade de planejamento das ações do CEO nos últimos 12 meses?”(18.1); “Neste(s) planejamento(s) é(são) levado(s) em consideração as sugestões/opiniões dos cirurgiões-dentistas?”(18.2); e “A equipe do CEO realiza avaliação das ações planejadas/programadas?”(18.4).

Marcar apenas uma Opção para cada item e argumentar

- | |
|--|
| () irrelevante na avaliação da gestão para inclusão no IAGE-CEO?
() pouco relevante na avaliação da gestão para inclusão no IAGE-CEO?
() indiferente na avaliação da gestão para inclusão no IAGE-CEO?
() relevante na avaliação da gestão para inclusão no IAGE-CEO?
() muito relevante na avaliação da gestão para inclusão no IAGE-CEO? |
|--|

Incluiria mais uma questão relacionada conforme o dicionário de perguntas para o Módulo II do PMAQ-CEO (Ver anexo)?

☐ Sim
☐ Não

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS INDICADORES PROPOSTOS IAGO-CEO

“Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para periodontia?” (ii 9 4 4 1); “Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para Cirurgia oral?” (ii 9 4 1 1); “Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para endodontia?” (ii 9 4 1 1); “Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para PNES?” (ii 9 4 3 1); “Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para estomatologia?” (ii 9 4 5 1) “Existe prontuário eletrônico implantado?” (ii 7 4); “O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?” (ii 7 6); “É realizada a contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da APS - através de sistema informatizado?” (ii 9 5 2 1); “É realizada a contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da APS - através do prontuário eletrônico?” (ii 9 5 3 1); “O CEO entra em contato previamente com o usuário para confirmar a data e a presença do mesmo à consulta?” (ii 8 10 1); “O CEO sabe qual o percentual de absenteísmo no serviço, em média, no mês?” (ii 8 8); “O CEO entra em contato com a equipe de saúde bucal da Atenção Básica que referenciou o usuário?” (ii 8 10 2); “O CEO conta com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde para confirmar a data e a presença do usuário à consulta?” (ii 8 10 3); “O CEO agenda mais do que a quantidade de vagas disponível no serviço (overbooking)?” (ii 8 10 4); “O CEO faz a gestão da lista de espera?” (ii 8 5 1); “O CEO utiliza algum(ns) critério(s) de priorização da lista de espera?” (ii 8 6); “O CEO recebe o usuário referenciado da Unidade Básica de Saúde com documento de referência (impresso ou por meio eletrônico)?” (ii 9 2); “É realizada a contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da APS - através de ficha específica?” (ii 9 5 1 1); “É realizada a contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da APS - através de folha de receituário?” (ii 9 5 4 1); “O CEO utiliza prontuário clínico?” (ii 7 1); “O acesso às especialidades mínimas (Cirurgia, Endodontia, Periodontia, Estomatologia e Atendimento a Pacientes com necessidades especiais) do CEO se dá por meio de qual demanda?” (ii 8 1); “A consulta é marcada pelo próprio paciente que recebe a ficha/encaminhamento da Unidade Básica de Saúde?” (ii 8 2 3); “A consulta é marcada pela Unidade Básica de Saúde?” (ii 8 2 1); e “A consulta é marcada pelo próprio paciente junto à

central de regulação de consultas especializadas?” (ii 8 2 2)

Marcar apenas uma Opção para cada item e argumentar

- ☐ irrelevante na avaliação da gestão para inclusão no IAGE-CEO?
- ☐ pouco relevante na avaliação da gestão para inclusão no IAGE-CEO?
- ☐ indiferente na avaliação da gestão para inclusão no IAGE-CEO?
- ☐ relevante na avaliação da gestão para inclusão no IAGE-CEO?
- ☐ muito relevante na avaliação da gestão para inclusão no IAGE-CEO?

Incluiria mais uma questão relacionada conforme o dicionário de perguntas para o Módulo II do PMAQ-CEO (Ver anexo)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Anexo II

Índice para avaliação da qualidade das ações da gestão estratégica dos Centro de Especialidades Odontológicas do Brasil – Questionário consolidado

1. O CEO possui gerente?
Não
Sim, acumula outra função
Sim, exclusivo na função
2. O gerente do CEO possui formação complementar em saúde coletiva?
Não
Sim
3. As ações desenvolvidas neste CEO são frutos de planejamentos e avaliações periódicas?
Não
Sim
4. É realizado o monitoramento e a análise das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO?
Não
Sim
5. São realizados processos de autoavaliação de forma periódica pela equipe do CEO?
Não
Sim
6. Foi realizado alguma atividade de planejamento das ações do CEO nos últimos 12 meses?
Não
Sim
7. Neste(s) planejamento(s) é(são) levado(s) em consideração as sugestões/opiniões dos cirurgiões-dentistas?
Não
Sim
8. A equipe do CEO realiza avaliação das ações planejadas/programadas?
Não
Sim
9. A equipe do CEO realiza o matriciamento ou ações de apoio para as equipes da Atenção Básica?
Não
Sim
10. Os profissionais do CEO município participam de ações de educação permanente em saúde?
Não
Sim
11. As ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe do CEO?
Não contempla necessidades
Contempla necessidades

Anexo III

Índice para avaliação da qualidade das ações da gestão operacional dos Centro de Especialidades Odontológicas do Brasil - Questionário consolidado

1. Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para_periodontia?
Não
Sim
2. Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para_Cirurgia oral?
Não
Sim
3. Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para_endodontia?
Não
Sim
4. Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para_PNES?
Não
Sim
5. Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para_estomatologia?
Não
Sim
6. Existe prontuário eletrônico implantado?
Não
Sim
7. O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?
Não
Sim
8. É realizada a contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da APS - através de sistema informatizado?
Não
Sim
9. É realizada a contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da APS - através do prontuário eletrônico?
Não
Sim
10. O CEO entra em contato previamente com o usuário para confirmar a data e a presença do mesmo à consulta?
Não
Sim
11. O CEO sabe qual o percentual de absenteísmo no serviço, em média, no mês?
Não
Sim
12. O CEO entra em contato com a equipe de saúde bucal da Atenção Básica que referenciou o usuário?
Não
Sim
13. Conta com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde para confirmar a data e a presença do usuário à consulta?

Não

Sim

14. O CEO agenda mais do que a quantidade de vagas disponível no serviço (overbooking)

Não

Sim

15. O CEO faz a gestão da lista de espera?

Não

Sim

16. O CEO utiliza algum(ns) critério(s) de priorização da lista de espera?

Não

Sim