



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM
SAÚDE COLETIVA- PPGISC

MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA



LIA XIMENES SANTOS

**Avaliação inicial do uso de uma ferramenta
webased para o planejamento, gestão e
monitoramento dos Centros de Especialidades
Odontológicas (CEO) em Pernambuco, 2014**

RECIFE
2015

LIA XIMENES SANTOS

**Avaliação inicial do uso de uma ferramenta
webased para o planejamento, gestão e
monitoramento dos Centros de Especialidades
Odontológicas (CEO) em Pernambuco, 2014**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof^ª Dr^ª Nilcema Figueiredo

RECIFE
2015

Catálogo na fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

- S237a Santos, Lia Ximenes.
Avaliação inicial do uso de uma ferramenta webased para o planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em Pernambuco, 2014 / Lia Ximenes Santos. – 2015.
179 f.: il.; tab.; 30 cm.
- Orientadora: Nilcema Figueiredo.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva. Recife, 2015.
Inclui referências, apêndices e anexos.
1. Avaliação de serviços de saúde. 2. Serviços de saúde bucal. 3. Especialidades odontológicas. I. Figueiredo, Nilcema (Orientadora). II. Título.
- 614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2016-253)

LIA XIMENES SANTOS

**Avaliação inicial do uso de uma ferramenta webased para o planejamento,
gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas
(CEO) em Pernambuco, 2014**

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva e aprovada em 26 de Agosto de 2015.

Banca Examinadora:

Profª. Nilcema Figueiredo - Orientadora

Prof. Petrônio José de Lima Martelli – Examinador Interno

Prof. Paulo Sávio Angeiras de Goes – Examinador Externo

Aos meus pais Eliane e Cleidenaldo, a Christian, e às minhas irmãs Lara e Luísa, que são as pessoas mais importantes em minha vida e às quais vou dedicar sempre o melhor de mim...

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter possibilitado e aberto caminhos para a realização deste sonho;

Agradeço imensamente todos vocês que contribuíram à sua maneira para que eu conseguisse concretizar este projeto:

Meus pais, Cleidenaldo e Eliane, que sempre foram exemplos na minha vida e incentivadores do meu crescimento pessoal e profissional;

Meu marido, Christian Soares, por ter dividido este momento comigo com companheirismo, amor, paciência e renúncia;

Minhas irmãs, Lara e Luísa, que incrivelmente estavam vivendo o mesmo momento em suas vidas, tornando muito especial esta partilha entre nós, com muita compreensão, apoio mútuo e amizade;

Familiares, avó, tios(as) e primos(as) e família Soares, e amigos queridos que estão sempre presentes participando da minha vida e torcendo sinceramente pela minha felicidade;

Minha orientadora e mestre Professora Nilcema Figueiredo, pela disponibilidade de seu tempo, pela paciência e ensinamentos diários em nossa convivência;

Colegas do GestBucal, que a partir do trabalho em equipe contribuíram imensamente para “dar vida” ao Portal;

Que fazem o PPGISC, brilhantes professores e funcionários, por tudo o que pude aprender com vocês e por acreditarem e lutarem pela Saúde Coletiva;

Colegas de turma do mestrado, com quem pude crescer junto e que tornaram tão gratificante a convivência, livre do egoísmo e da concorrência habitual;

Professores Paulo Sávio Angeiras de Goes e Petrônio Martelli, pelas orientações recebidas neste trabalho, importantíssimas para o seu amadurecimento.

Prefeitura da Cidade do Recife, por ter acreditado e permitido que eu fizesse este curso enquanto exercia o meu trabalho;

Colegas de trabalho e pacientes, pela compreensão nos momentos de ausência e pelo apoio recebido;

Leitor desconhecido, curioso e estudioso, que busca o conhecimento para a sua constante melhoria profissional e para poder oferecer o melhor de si ao seu paciente.

A todos, o meu muitíssimo obrigado.

A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.
Paulo Freire

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------------|--|
| AB | Atenção Básica |
| AD | Atenção Domiciliar |
| AMAQ | Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade |
| AMAQ-AB | Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| AMAQ-CEO | Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas |
| AMQ | Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família |
| AP | Atenção Primária |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| AS | Atenção Secundária |
| ANPPS | Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde |
| CAA/DAB | Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica |
| CDC | Center for Disease Control and Prevention |
| CDS-AB | Coleta de Dados Simplificada para a Atenção Básica |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CEO | Centro de Especialidades Odontológicas |
| <i>CGM</i> | Cumprimento Global de Metas |
| <i>CnaR</i> | Consultório na Rua |
| <i>CNCTIS</i> | Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| CNS | Cartão Nacional de Saúde |
| CPG | Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica |
| EAB | Equipe de Atenção Básica |
| EDC | Coleta Eletrônica de Dados |
| EHR | Registros Eletrônicos de Saúde |
| EMR | Registros Médicos Eletrônicos |
| ESB | Equipe de Saúde Bucal |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |

| | |
|----------|--|
| ESP | Equipes de Saúde no Sistema Prisional |
| EUA | Estados Unidos da América |
| GERES | Gerência Regional de Saúde |
| HIM | Gestão da Informação de Saúde |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| IDSUS | Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde |
| LRPD | Laboratórios Regionais de Prótese Dentária |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleos de Apoio à Saúde da Família |
| NPRH | Nova Política de Recursos Humanos |
| NUTES | Rede de Núcleos de Telessaúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | Organização Pan-americana de Saúde |
| PAB | Piso da Atenção Básica |
| PDR | Plano Diretor de Regionalização |
| PEC-AB | Prontuário Eletrônico do Cidadão - Atenção Básica |
| PMAQ | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade |
| PMAQ-AB | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| PMAQ-CEO | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNAD | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios |
| PNCTIS | Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde |
| PNGTS | Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde |
| PNIS | Política Nacional de Informação e Informática em Saúde |
| PNSB | Política Nacional de Saúde Bucal |
| PROESF | Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família |
| PSE | Programa Saúde na Escola |
| PSF | Programa Saúde da Família |

| | |
|---------|--|
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| SI | Sistema de Informação |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SIA-SUS | Sistema de Informação Ambulatorial |
| SIH-SUS | Sistema de Informação Hospitalar |
| SIS | Sistema de Informação em Saúde |
| SISAB | Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica |
| SOU | Serviços de Urgência Odontológica |
| SPSS | Statistical Package for Social Scienses |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TABWIN | Tab para Windows |
| TI | Tecnologia da Informação |
| TIC | Tecnologias de Informação e Comunicação |
| TIS | Tecnologias da Informação em Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFPE | Universidade Federal de Pernambuco |
| USF | Unidade de Saúde da Família |

LISTA DE TABELAS

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|-----|
| Tabela 1 – Relação entre características avaliativas estruturais dos serviços e dos municípios segundo o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas. Pernambuco, Brasil. 2014..... | 104 |
| Tabela 2 – Relação entre características avaliativas contextuais dos serviços e dos municípios segundo o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas. Pernambuco, Brasil. 2014..... | 105 |
| Tabela 3 – Relação entre o cargo e a utilização da avaliação como instrumento para tomada de decisão. Pernambuco, 2014..... | 106 |
| Tabela 4 – Percepção dos participantes sobre aspectos da Avaliação em Saúde. Pernambuco, 2014..... | 107 |
| Tabela 5 – Relação entre o cargo e convocação para participação de reuniões de discussão de processos avaliativos no trabalho. Pernambuco, 2014..... | 107 |
| Tabela 6 – Uso de ferramentas eletrônicas. Pernambuco, 2014..... | 108 |
| Tabela 7 – Expectativas sobre o uso do Portal CEO (ferramenta eletrônica) na melhoria da qualidade do serviço ofertado. Pernambuco, 2014..... | 108 |
| Tabela 8 – Notas médias segundo Componente de Qualidade e Nota Geral. Pernambuco, 2014..... | 110 |
| Tabela 9 – Distribuição dos serviços segundo Classificação dos CEO para Componente de Qualidade e Nota Geral. Pernambuco, 2014..... | 111 |
| Tabela 10 – Relação entre características avaliativas dos serviços segundo a classificação das notas gerais dos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasil. 2014..... | 112 |
| Tabela 11 – Relação entre características contextuais dos municípios segundo a Classificação das Notas Gerais dos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasil. 2014..... | 113 |
| Tabela 12 – Notas médias segundo Componente de Qualidade: Estrutura e Processo e Nota Geral. Pernambuco, 2014..... | 114 |
| Tabela 13 – Distribuição dos serviços segundo Classificação dos CEO para Componente de Qualidade e Nota Geral. Pernambuco, 2014..... | 115 |
| Tabela 14 – Análise do desempenho em função da nota geral e dos componentes de qualidade do Portal CEO. Pernambuco, 2014..... | 117 |
| Tabela 15 – Análise do desempenho categorizado em função da nota geral e por componente de qualidade do Portal CEO. Pernambuco, 2014..... | 119 |

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1 – Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas segundo macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2014..... | 102 |
|--|-----|

RESUMO

RESUMO

SANTOS, L. X. Avaliação inicial do uso de uma ferramenta webased para o planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em Pernambuco, 2014. 2015. 180f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

A partir da Política Nacional de Saúde Bucal, surgiram os Centros de Especialidades Odontológicas como uma estratégia para melhorar os problemas de saúde bucal da população no tocante a atenção especializada. Após a sua implantação, inicia-se uma preocupação em garantir um atendimento de qualidade e em avaliar estes serviços. A avaliação, mesmo pouco utilizada na saúde bucal, mostra-se capaz de garantir uma melhor qualidade ao serviço e de colaborar no processo de decisão embasado cientificamente. Esta pesquisa se propôs a avaliar a usabilidade de uma ferramenta *webased* no planejamento, gestão e monitoramento dos CEO em Pernambuco, denominada Portal CEO, no período inicial de implantação. Este é um estudo transversal, de caráter analítico e exploratório, cuja amostra consistiu de 38 CEO dentre o total de 53 existentes em Pernambuco, tendo como base analítica e operacional as macrorregiões de saúde. Participaram da pesquisa coordenadores de saúde bucal, gerentes e profissionais de CEO. A metodologia do estudo foi dividida em 3 (três) fases: 1) Avaliação inicial do desempenho dos CEO/PE; 2) Implantação do Portal CEO; 3) Teste do desempenho em função da classificação da qualidade dos CEO. Os dados coletados foram analisados a partir de uma análise estatística descritiva e analítica inferencial. Os resultados da avaliação do desempenho mostraram que 32,1% dos CEO tiveram desempenho ruim, sendo que a maioria dos CEO tipo I foram considerados ótimos, mostrando que o desempenho não estava relacionado às características estruturais ou à densidade tecnológica. O melhor desempenho esteve em municípios da região Agreste, implantados a menos de 6 anos, com menor porte populacional, menor IDH e com cobertura de ESB superior a 50%. Em relação à investigação da expectativa dos participantes quanto ao uso do Portal CEO, foi possível verificar: os participantes conheciam e utilizavam a avaliação, mas não se reuniam para discutir sobre o assunto; não estavam familiarizados com o uso de ferramentas eletrônicas no ambiente de trabalho e possuíam uma boa expectativa em relação ao uso do Portal CEO. Quanto às avaliações via Portal CEO, a nota média em Pernambuco foi de 7,0 (olhar do gerente). Os resultados apontaram para uma boa avaliação dos componentes Gestão e gerência, Estrutura e Avaliação e monitoramento, porém indicou problemas relacionados à Gestão de pessoas, Critérios organizacionais e no Controle social e financiamento. Os profissionais avaliaram os CEO mais positivamente, com nota média geral 7,833, indicando boa estrutura e condições de trabalho e resultado insatisfatório para o componente Processo. A análise entre o desempenho e a classificação no Portal CEO mostrou que o desempenho não exercia influência na classificação geral e por componente de qualidade, mas comprovou que o nó crítico dos serviços estava nos componentes Gestão de pessoas, Critérios organizacionais e Controle social e financiamento, independente do desempenho apresentado. Todas as análises indicam que os maiores obstáculos enfrentados pelos serviços referem-se a questões de processo de trabalho e problemas de financiamento. O Portal CEO apresenta-se como uma ferramenta que pode auxiliar estes serviços, induzindo a mudanças em nível local e na melhoria dos componentes de qualidade.

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

ABSTRACT

ABSTRACT

SANTOS, LX. Initial use of a webbased tool for planning assessment, management and monitoring of specialized dental clinics (CEO) in Pernambuco, 2014. 2015. 180f. Thesis (MS) – Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

From the National Oral Health Policy, came the specialized dental clinics as a strategy to improve the oral health problems of the population in regard to specialized care. After implantation, begins a concern to ensure a quality service and to evaluate these services. The Assessment also little used in oral health, shows itself capable of ensuring a better quality service and to collaborate in the process scientifically grounded decision. This research aimed to evaluate the usability of a webbased tool in planning, management and monitoring of CEO in Pernambuco, called Portal CEO, the initial deployment period. This cross-sectional study, analytical and exploratory, whose sample consisted of 38 CEO from among the total of 53 existing in Pernambuco, with the analytical and operational base the health macro-regions. Attended the oral health research coordinators, managers and CEO professionals. The methodology of the study was divided into three (3) phases: 1) Initial assessment of the performance of CEO / PE; 2) Portal CEO Deployment; 3) Performance test as a function of the quality of classification CEO. Data were analyzed from a descriptive and analytic inferential statistical analysis. The performance evaluation results showed that 32.1% of CEO had poor performance, being that most CEO type I were deemed excellent, showing that performance was not related to structural features or technological density. The best performance was in municipalities in the Agreste region, deployed less than six years, with smaller population size, lower HDI and higher ESB coverage to 50%. Regarding the investigation of the expectations of the participants regarding the use of CEO Portal, we found: participants knew and used the evaluation, but did not meet to discuss the matter; They were not familiar with the use of electronic tools in the workplace and had a good expectation for the use of the Portal CEO. As the evaluations by Portal CEO, the average score in Pernambuco was 7.0 (manager look). The results showed a good evaluation of components Management and management structure and evaluation and monitoring, but indicated problems related to people management, organizational criteria and the social control and financing. Professionals evaluated the CEO more positively, with overall average grade 7.833, indicating good structure and working conditions and unsatisfactory result for the process component. The analysis of the performance and ranking in Portal CEO showed that performance did not exercise influence on the general classification and quality component, but found that the critical node of services were the components people management, organizational criteria and social control and financing, separate the performance shown. All analyzes indicate that the greatest obstacles faced by services are for work process issues and funding problems. The Portal CEO presents itself as a tool that can support such services, leading to changes at the local level and improving quality components.

Key words: Health Services Evaluation. Dental Health Services. Dental Specialities.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 24 |
| 2. REVISÃO DE LITERATURA..... | 32 |
| 2.1. AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE..... | 32 |
| 2.1.1. Avaliação da Qualidade..... | 43 |
| 2.1.1.1. Primeiras iniciativas do uso da avaliação da qualidade nos serviços de saúde; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO)..... | 48 |
| 2.2. AVALIAÇÃO EM SAÚDE BUCAL..... | 58 |
| 2.2.1. Estudos sobre CEO..... | 60 |
| 2.3. TECNOLOGIA EM SAÚDE..... | 72 |
| 3. PROPOSIÇÃO..... | 89 |
| 3.1. OBJETIVO GERAL..... | 89 |
| 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 89 |
| 4. METODOLOGIA..... | 91 |
| 4.1. TIPO DE ESTUDO..... | 91 |
| 4.2. LOCAL DE ESTUDO..... | 91 |
| 4.3. AMOSTRAGEM..... | 92 |
| 4.4. ETAPAS METODOLÓGICAS..... | 92 |
| 4.4.1. Avaliação Inicial do Desempenho dos CEO/PE..... | 92 |
| 4.4.2. Implantação do Portal CEO..... | 95 |
| 4.4.2.1. Oficinas de implantação..... | 96 |
| 4.4.3. Teste do Desempenho em Função da Classificação da Qualidade dos CEO/PE..... | 98 |
| 4.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA..... | 98 |
| 4.6. ASPECTOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA..... | 99 |

| | |
|--|-----|
| 5. RESULTADOS | 101 |
| 5.1. AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS CEO DE PERNAMBUCO NO ANO DE 2014..... | 101 |
| 5.2. INVESTIGAÇÃO DA EXPECTATIVA DOS PARTICIPANTES DO PORTAL CEO..... | 106 |
| 5.3. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE - PORTAL CEO..... | 108 |
| 5.3.1. Avaliação do CEO pelos Gerentes..... | 109 |
| 5.3.2. Avaliação do CEO pelos Profissionais..... | 113 |
| 5.4. DESEMPENHO DO CEO EM FUNÇÃO DA QUALIDADE (PORTAL CEO)..... | 115 |
| | |
| 6. DISCUSSÃO | 122 |
| | |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 134 |
| | |
| REFERÊNCIAS | 137 |
| | |
| APÊNDICES | 154 |
| APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA..... | 154 |
| APÊNDICE B – REGRA DE DECISÃO PARA NOTA..... | 155 |
| APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)..... | 161 |
| APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO SOBRE PERCEPÇÃO E EXPECTATIVAS SOBRE PORTAL CEO..... | 162 |
| APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO PORTAL CEO – GERENTE..... | 163 |
| APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO PORTAL CEO – PROFISSIONAL..... | 172 |

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO¹

No Brasil, a assistência odontológica não era uma prática tradicionalmente instituída nos serviços públicos de saúde, ao contrário, historicamente se caracterizava por ter um caráter restritivo (só atendia na grande parte dos municípios à população de escolares), enquanto que restava para a população excluída de adultos e idosos apenas atendimentos de urgência, normalmente curativos e mutiladores. A odontologia era uma área em que se tornava visível a exclusão social e onde não havia nenhuma política nacional que orientasse as suas práticas (BRASIL, 2006c).

Também não foi dada grande importância à área de saúde bucal nem mesmo durante os primeiros anos de implantação do SUS, não tendo havido nada parecido com uma política de saúde bucal nesse período (BRASIL, 2006c).

Apenas no ano 2000 a saúde bucal é regulamentada no Programa de Saúde da Família, através da Portaria 1.444 (28/12/2000), mas só passa a elencar a agenda de prioridades do governo quando foi constatada a crítica condição de saúde bucal da população e a limitação no acesso à assistência retratada nos levantamentos nacionais realizados, a *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* – PNAD em 1998 e o SB Brasil em 2003 (BRASIL, 2006c).

A saúde bucal só veio a ocupar um papel de destaque na agenda do governo Lula, isso devido à ação estratégica de um grupo de participantes do movimento sanitário (BARTOLE, 2006; GARCIA, 2006), tendo em 2003, esse grupo se unido para desenvolver um projeto comum (Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal), iniciando a elaboração de uma Política Nacional de Saúde Bucal, aproveitando-se do momento oportuno em que o governo tinha como estratégia a superação da exclusão social. A intenção era resgatar o direito do cidadão à atenção odontológica, por meio de ações governamentais, rompendo com o descaso observado até então com a saúde bucal da população (BRASIL, 2006c). Também foi neste momento que se buscou associar a necessidade de uma adequada condição de saúde bucal à questão do combate à fome, que era uma prioridade política do governo (através do “Fome Zero e Boca Cheia de Dentes”), e onde o pensamento de que era necessário possuir dentes para mastigar e reduzir a fome no Brasil adquiriu força política (GUERRA, 2009).

¹Este trabalho está de acordo com as Normas da ABNT: NBR 14724; NBR 10520; NBR 6023; NBR 6027; NBR 6028.

Essa iniciativa foi importante porque pela primeira vez uma política visava à integralidade da atenção na área de saúde bucal, o que ainda se encontra pouco implantado na área, segundo apontam alguns estudos (CHAVES; VIEIRA-DA-SILVA, 2007).

Neste momento é interessante relembrar que a integralidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) construído no interior dos serviços de saúde para nortear políticas e ações de saúde para atender às demandas e necessidades no acesso à rede de serviços com base nas dimensões biológica, cultural e social do usuário (NARVAI, 2001). No art.198 da Constituição brasileira é definida como “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988), podendo ainda apresentar um caráter polissêmico (pode possuir vários sentidos), tendo um significado ainda maior que o expresso na Constituição (MATTOS, 2006).

É importante ainda contextualizar que quando a integralidade foi pensada na Reforma Sanitária brasileira foi considerada em quatro perspectivas: 1) integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; 2) modo de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; 3) garantia de ininterruptão da atenção nos vários níveis de complexidade dos serviços de saúde; 4) articulação de distintas políticas públicas ligadas a um conjunto de projetos de mudanças (reforma urbana, reforma agrária, entre outros) que agissem sobre as condições de vida e saúde através da intersetorialidade (PAIM, 1997). Todas estas nuances da integralidade são fundamentais, mas neste trabalho, ao ser abordado este tema estará se trabalhando com a terceira perspectiva especificamente, pois no contexto da pesquisa enfatiza-se a não interrupção do cuidado na rede de atenção à saúde.

Esta política referida, que tinha a integralidade na saúde bucal como meta, foi designada como Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), ou Brasil Sorridente, e instituída em 2004. Além deste objetivo, ela também almejava orientar o processo de reorganização da atenção em saúde bucal no SUS (e também das práticas e concepções), seguindo suas diretrizes que buscam a universalidade do acesso (acesso devendo ser compreendido como “porta de entrada” ao serviço de saúde, o lugar que o usuário procurou inicialmente ser acolhido e ter sua necessidade atendida e o seu percurso no sistema a fim de resolver o seu problema) (JESUS; ASSIS, 2010) e à integralidade da atenção (de modo a diminuir a desigualdade), com base em uma visão ampliada de saúde (SOARES, 2007; PUCCA JR, 2006).

Além dos princípios previstos na constituição, a PNSB ainda incluiu outros como a gestão participativa junto com usuários, trabalhadores e prestadores; acesso universal à

assistência; ética; acolhimento; vínculo profissional-usuário e responsabilização profissional (BRASIL, 2004a).

A sua principal finalidade como política é garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população por meio da correção de falhas na gestão dos recursos, realização de novas e efetivas ações que assegurem acesso mais fácil aos cuidados de saúde bucal e da qualificação dos profissionais para melhores práticas nos serviços de saúde (BRASIL, 2006c), sendo preconizado ainda que essas ações sigam a lógica do perfil epidemiológico local e se insiram na estratégia planejada pela equipe de saúde para orientar a mudança do modelo baseado na demanda espontânea para um modelo de atenção integral à saúde (NICKEL, 2008).

Acrescenta-se que a Política Nacional de Saúde Bucal, Brasil Sorridente, propõe (tendo como base para a formulação destas propostas o perfil apresentado pelo SB Brasil 2003) que as Equipes de Saúde Bucal devem atuar além da promoção e proteção da saúde, recuperação e reabilitação, e a atenção primária deve ser ampliada e qualificada e o acesso aumentado através de programas por linhas de cuidados e por condições de vida para se alcançar maior resolutividade das ações por meio da criação de fluxos (AGUILAR, 2009; BRASIL, 2006d, 2006e). A criação de fluxos assegura que o usuário tenha acesso aos níveis secundário e terciário e garante assim a integralidade da atenção (MEDEIROS, 2007).

A criação de fluxos está diretamente relacionada às Redes de Atenção à Saúde (RAS) que são conceituadas como uma estratégia de organização de ações e serviços de saúde de distintas densidades tecnológicas, que objetivam assegurar a integralidade através da integração realizada por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2010; MENDES, 2010). O sistema de saúde de cada país tem sua definição, limites e objetivos específicos segundo os seus próprios valores e princípios. O contexto dos serviços de saúde é determinado por estes sistemas, que poderão se apresentar de forma distinta quanto à disposição integrada em rede (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2010).

Em relação à conformação do sistema de serviços de saúde, este poderá se apresentar em um formato de pirâmide com crescente grau de complexidade ou no formato de uma rede integrada de serviços. A ideia de hierarquização da organização dos serviços surgiu na década de 20 (Relatório Dawson) e influenciou a constituição de sistemas de saúde em vários países do mundo, sendo usada como fundamento para o conceito de regionalização da atenção à saúde (MENDES, 2002; STARFIELD, 2004). A ideia de redes de atenção à saúde, no entanto, é

contrária à concepção de hierarquia, introduzindo a ideia de poliarquia, onde todos os serviços de saúde possuem uma importância equivalente e mantém uma relação de horizontalidade entre si, comunicando-se e cooperando para a continuidade do cuidado, apenas distinguindo-se pelas suas densidades tecnológicas (MENDES, 2010).

Por sua vez, os níveis de atenção são constituídos por arranjos produtivos estruturados de acordo com as suas densidades tecnológicas específicas. Em relação à densidade tecnológica, os serviços poderão apresentar um menor nível de densidade (compreendido pela atenção primária à saúde), um nível intermediário de densidade tecnológica, constituído pela atenção secundária, e finalmente, um nível mais elevado, correspondente à atenção terciária (MENDES, 2010).

No âmbito da saúde bucal, a atenção primária ou básica deverá ser responsável pelo cuidado e acompanhamento do usuário, coordenando o fluxo de pacientes na rede regionalizada de serviços, garantindo a integralidade da assistência e estabelecendo o compartilhamento de competências entre todos os níveis. Assim, a atenção primária constitui-se na base da estrutura operacional das RAS e sem a sua estruturação não há efetividade, eficiência e qualidade nas redes de atenção à saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2011a).

A atenção secundária é constituída pelo conjunto de ações e serviços de nível ambulatorial ou hospitalar, possuindo uma densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária. Este nível de atenção inclui procedimentos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência, devendo garantir ainda o acesso à atenção terciária quando necessário (BRASIL, 2010). Na saúde bucal, a atenção secundária é realizada principalmente nos serviços Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Serviços de Urgências Odontológicas (SOU).

O terceiro nível de atenção corresponde à assistência hospitalar e na saúde bucal à odontologia hospitalar que atende pelos serviços de emergência e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, denotando um alto grau de resolutividade do serviço para a solução dos problemas da população por receber tanto os casos que tiveram origem nas causas externas quanto os oriundos de falhas no sistema (falta de tratamento odontológico ambulatorial) (MAIA, 2008).

A continuidade do cuidado do usuário na rede de atenção deve ser garantida por meio de políticas públicas, onde o indivíduo deverá ter acesso a qualquer tipo de ação de saúde (de caráter preventivo ou curativo) em qualquer nível de densidade tecnológica (AGUILAR, 2009).

Assim, Pucca Jr (2006) sugere que para se assegurar uma organização do modelo de atenção de forma integral é primordial que se trabalhe com as linhas de cuidado da criança, do adolescente, do adulto, do idoso (a linha do cuidado implica em um redirecionamento do processo de trabalho) e com a criação de fluxos que aumentem a resolutividade das ações das equipes de saúde que devem acolher, informar, atender e encaminhar o usuário, que por sua vez deve ter acesso, conhecer e vivenciar a estrutura do serviço. Nesta linha, tem-se como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade, que devido à resolutividade propiciada, viabiliza o estabelecimento de confiança e vínculo na relação profissional-usuário, melhorando a qualidade dos serviços de saúde e a humanização das práticas. Para se alterar o processo de trabalho são necessários interdisciplinaridade e multiprofissionalismo; integralidade da atenção; intersetorialidade; ampliação e qualificação da assistência e a interação do governo nas condições de trabalho. Diante desta constatação foi assumido o compromisso de qualificar a atenção básica, assegurar a integralidade das ações, utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território para subsidiar o planejamento, centrar a atuação na vigilância em saúde, financiar e definir uma agenda de pesquisa científica. A fim de alcançar isto, a PNSB teve como frentes de ação a reorganização da atenção básica através da estratégia saúde da família, a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) para acesso também a tratamento especializado e acesso à fluoretação da água de abastecimento público.

A instituição dos Centros de Especialidades Odontológicas como estratégia da Política Nacional de Saúde Bucal para assegurar a atenção secundária odontológica foi motivada pela constatação de que o perfil da assistência em saúde bucal no SUS era caracterizado por uma grande desproporção na oferta de procedimentos odontológicos básicos e especializados (dados do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS de 2003 mostraram que apenas 3,5% do total de procedimentos odontológicos realizados naquele ano foram de especialidades) (BRASIL, 2004b).

Deste modo, a fim de ampliar e qualificar a oferta de serviços especializados em saúde bucal, os Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária – LRPD foram instituídos em 2004 pelo Ministério da Saúde através do Programa Brasil Sorridente. Assim, quando da necessidade de tratamento de maior complexidade, o paciente deverá ser encaminhado pelo profissional da atenção primária aos centros especializados (BRASIL, 2004b).

Os CEO deverão oferecer segundo a realidade epidemiológica de cada região e município procedimentos complementares aos realizados na atenção básica a fim de evitar o desperdício de tempo, a longa espera por procedimentos e a falta de resolução dos problemas enfrentados pelos usuários do SUS (BRASIL, 2006c).

Os CEO foram uma inovação trazida pela Política Nacional de Saúde Bucal e têm sido alvo de várias avaliações e estudos acadêmicos, como será visto no decorrer do trabalho. Estes estudos têm demonstrado a existência de muitos obstáculos a serem superados apesar do progresso na ampliação da oferta e cobertura destes serviços, havendo ainda muito a ser feito para que se verifiquem avanços significativos nas condições de saúde bucal da população da forma como é proposto na política de saúde bucal (WEBBER, 2009). Entre estes obstáculos estão problemas relacionados com a resolutividade dos serviços, que podem trazer como consequências o comprometimento no sistema de referenciamento e o descumprimento dos princípios do SUS de universalidade dos serviços, equidade e integralidade da assistência (ARAÚJO; MENEZES; SOUSA, 2012), uma vez em que também são verificados a dificuldade no acesso (LIMA; CABRAL; VASCONCELOS, 2010); a baixa taxa de utilização com possíveis barreiras organizacionais (CHAVES et al., 2011) e a realização de procedimentos na atenção secundária que deveriam ser feitos na atenção primária (MEDEIROS, 2007; SOARES; PAIM, 2011; SOUZA, 2009).

Assim, apenas a ampliação na oferta de serviços odontológicos à população mostra-se insuficiente para se alcançar uma atenção integral ao indivíduo, sendo necessário para isso a melhoria na qualidade dos serviços e o aumento do acesso aos mesmos (AGUILAR, 2009).

A avaliação aparece neste cenário como um recurso a ser utilizado para a melhoria da qualidade nos serviços, na medida em que é considerada como um exercício onde se faz um julgamento de valor sobre algo a partir da elaboração conjunta entre os participantes em um processo que envolve a aprendizagem e o desenvolvimento das pessoas e das organizações, que inclui ainda a perspectiva de mudança de elementos reconhecidos por eles como problemáticos, sendo capaz de auxiliá-los a tomarem decisões fundamentadas (NICKEL, 2008; SILVA; BRANDÃO, 2003; TANAKA; TAMAKI, 2012).

No entanto, apesar de tantas características que justificam o uso da avaliação, ela tem sido pouco empregada no âmbito da saúde bucal. A avaliação dos serviços públicos de saúde bucal chegou a ser considerada como uma lacuna existente na área, tendo sido então empreendidos esforços para suprir esta deficiência, tentando-se desenvolver instrumentos

válidos para este fim (FERNANDES, 2002). Na verdade, a própria área de saúde bucal era considerada no campo da saúde como uma “caixa preta”, algo difícil e complexo que requeria a participação de especialistas para o seu entendimento (NARVAI, 1996).

Da mesma forma, também são raras no contexto brasileiro as avaliações sobre serviços de atenção secundária em saúde bucal tendo os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) como objeto de estudo. A construção de evidência científica no Brasil ainda está iniciando enquanto já está consolidada no cenário internacional, sendo preocupação antiga a abordagem deste tema por parte de países onde os modelos de atenção são mais bem estruturados (MORRIS; BURKE, 2001b).

Deste modo, a realização da avaliação consiste em um desafio para os gestores de saúde a ser implementado no serviço, sendo este um processo que deve ser adequado ao contexto social e à realidade do sistema de saúde brasileiro, onde a saúde é entendida como um direito do cidadão; a saúde bucal é considerada como parte da saúde geral; em que se compreende que a informação deve nortear o processo de tomada de decisão e ser direcionada para a ação; e, em que se busca a avaliação para a melhoria da qualidade dos serviços e dos programas de saúde bucal (GOES; FIGUEIREDO, 2012).

Assim, a adoção de instrumentos avaliativos que levem em conta estas considerações deve ser incentivada a fim de que possam contribuir para a melhoria dos serviços e elevação de sua qualidade.

Este trabalho constitui-se em uma proposta deste tipo, que visa trazer **aprimoramento tecnológico** à área do planejamento, gestão e avaliação em saúde, através do emprego de uma ferramenta eletrônica denominada *Portal Eletrônico de Monitoramento e Avaliação do CEO* (Portal CEO), cujo emprego pode ser justificado pelo fato de através da utilização contínua possibilitar uma melhor gestão e gerência desses serviços para tomada de decisão em saúde bucal baseada em evidências científicas, além de proporcionar visibilidade das políticas públicas às questões de saúde bucal que contribuirão para a constante melhoria da qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas.

REVISÃO DE LITERATURA

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

A avaliação é uma área que se aproxima de algumas outras, assim é importante que se faça inicialmente algumas distinções. A avaliação, a gestão e o planejamento além de muito próximas entre si são também convergentes. A função do planejamento em saúde é produzir a saúde, assim como também é o caso da avaliação de programas e serviços de saúde que apenas têm sentido quando atingem este fim (produzir saúde com qualidade pautada por preceitos éticos) (FURTADO, 2009).

A avaliação ainda pode ser confundida com o monitoramento, no entanto se diferenciam: o monitoramento consiste no acompanhamento sistemático de alguns aspectos do serviço, enquanto a avaliação é o julgamento destes em algum momento. O fato de o monitoramento produzir informações para a realização de uma avaliação não implica necessariamente na implantação desta. O monitoramento também pode criar um sistema de informação na medida em que registre continuamente variáveis de uma determinada atividade no tempo (SILVA, 2005).

Uma vez feito estes esclarecimentos, é interessante contextualizar historicamente a avaliação antes de aprofundar o tema para melhor compreender como se deu a evolução do processo avaliativo. Assim, de acordo com Guba e Lincoln (1989), podem ser verificados quatro momentos ou estágios da avaliação: a avaliação de primeira geração (entre 1910 e 1930), a avaliação de segunda geração (marcada por um estudo de Ralph Tyler de 1942), a terceira geração (marcada pelas observações de Stake em 1967), e a quarta geração (com início na década de 1980). A primeira geração está associada à criação e aplicação de instrumentos de medida, tendo tido como uma das suas primeiras aplicações a medição do coeficiente de inteligência de crianças para assim classificá-las e determinar o seu desenvolvimento escolar. É na segunda geração que se origina a avaliação de programas, tendo como um de seus usos iniciais a avaliação dos currículos escolares (se estavam de acordo com os objetivos da aprendizagem pretendidos). É tida como descritiva, já que o avaliador vai assumir essa postura de descritor. A terceira geração surge quando Stake observa que a abordagem descritiva tinha a limitação de não estabelecer um julgamento. A partir de então, o avaliador também deveria fazer referência quanto ao mérito do que está sendo avaliado, fazendo este julgamento a partir de padrões estabelecidos a fim de facilitar a tomada de decisão, assumindo também a função de

juiz. A quarta geração também é conhecida como negociação ou avaliação responsiva construtivista, responsiva pelo fato de a avaliação estar focada na interatividade e negociação no estabelecimento de parâmetros entre os setores interessados, e construtivista, pelo fato de que se adota um modelo em que as realidades são construídas ou negociadas através da interação ou processo hermenêutico-dialético entre os atores que estão avaliando e os que estão sendo avaliados.

Também é colocado que a avaliação tem seu surgimento na década de 30, sendo apenas no contexto do pós-guerra (a partir de 1950) o seu maior impulso, quando se dá o desenvolvimento dos métodos estatísticos e da computação. Além disso, são criados programas em meados de 1960 nos EUA, visando auxiliarem países em desenvolvimento e programas sociais para o próprio EUA, que lidava com grande montante de recursos. Este acontecimento vem a estimular o uso da avaliação para controle destes recursos. Na década posterior, verifica-se o advento da Reforma de Estado em vários países, incluindo em especial a América Latina, com política de restrição fiscal, sendo a avaliação utilizada neste contexto com a finalidade de legitimar as iniciativas dos governos (FELISBERTO et al., 2012).

Vale salientar sobre este aspecto que a avaliação tanto pode ser utilizada para legitimar políticas restritivas governamentais quanto políticas de expansão social (FURTADO, 2009). Deve-se atentar ainda para os objetivos da avaliação, que poderão ser oficiais ou oficiosos. Os objetivos oficiais podem ser estratégicos (quando visam o planejamento e elaboração da intervenção), formativos (fornecer informação para melhoria da intervenção), somativos (quando analisam os efeitos da intervenção para dar seguimento à decisão), transformadores (quando a avaliação vai servir para a mudança de uma situação inadequada) ou fundamentais (quando contribui teoricamente e com o conhecimento). Os objetivos oficiosos em geral estão nas entrelinhas, são os interesses individuais que cada um pode ter na avaliação, como por exemplo: os gestores podem querer atrasar ou legitimar alguma intervenção (CONTANDRIOPOULOS et al., 2002).

Ainda em relação à origem da avaliação, de acordo com Alkin (2004), esta pode estar associada à necessidade de prestação de contas (accountability) e o controle de programas para o seu melhoramento e também da própria sociedade, e à investigação social, onde se procurava através de métodos determinar a accountability.

Houve algumas teorias quanto à origem da avaliação. Figueiró, Frias e Navarro (2010) identificaram que diversos autores na literatura, em seus estudos sobre avaliação, enfatizaram algum aspecto em especial. Diante dessa constatação, esquematizam uma “árvore da teoria da avaliação” em que a partir do tronco comum em que estariam a prestação de contas e a investigação social, surgiriam três ramificações principais: uso, métodos e valor. A avaliação enquanto pesquisa fundamentada em metodologia (com destaque para os estudos experimentais e quase-experimentais) teria início com Tyler em 1942 e destaque com Donald Campbel. O galho de valor teria início com o trabalho de Scriven em 1967, onde a ênfase é o julgamento de valor (primeiramente pelo avaliador, depois pelo grupo de interesse). O ramo do uso da avaliação teria início com Daniel Stufflebeam, onde a avaliação deveria ser usada para atender aos interessados na avaliação e favorecer a tomada de decisão.

Também são reconhecidos por Serapioni (2009) estes três aspectos (ou questões-chave) presentes em diferentes graus nas diversas definições para avaliação: atenção pelas questões metodológicas (onde se verifica consenso sobre se considerar a avaliação como atividade de pesquisa); preocupação com a finalidade e utilidade da avaliação e com o uso crescente nos processos decisórios; reconhecimento do pluralismo de valores (avaliar com o sentido de julgar) e da importância da inclusão na avaliação de vários grupos de interesse com opiniões diversas. O autor faz ainda algumas colocações a partir da análise destas três questões-chave: 1) no que diz respeito à linha metodológica, a avaliação faz uso da mesma metodologia da pesquisa social, mas além da compreensão da ação social objetiva a emissão de um juízo, devendo este basear-se em dados e informações confiáveis, ou seja, ser um juízo argumentado. Também há consenso sobre a utilização de diferentes métodos (“pluralidade metodológica”), já que podem ser apropriados para diversas situações e propósitos de avaliação; 2) Em relação à preocupação pela utilidade dos resultados, ele observou que as definições ressaltavam o fato de que não se deveria separar a avaliação do processo de tomada de decisões. A avaliação teria a função de melhoramento de programas visando também atender às demandas dos beneficiários; 3) Quanto ao reconhecimento do pluralismo de valores, no modelo de avaliação de Guba e Lincoln (1989), a “Avaliação da quarta geração” (*Fourth Generation Evaluation*), há um processo interativo entre o avaliador e demais envolvidos em que se cria um produto avaliativo usando-se uma abordagem hermenêutico-dialética. Esse tipo de abordagem visa à constituição de um espaço democrático e dialético em que os participantes podem expor suas opiniões, capacitar-se e desenvolver-se reciprocamente (FURTADO, 2001).

A maior parte dos estudos sobre avaliação tem se baseado na abordagem proposta por Donabedian, que tem duas principais vertentes: o *modelo sistêmico* (tríade estrutura-processo-resultado) e os atributos para a qualidade, denominados como os *sete pilares da qualidade*, que são: efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade (FRIAS et al., 2010).

A *estrutura* diz respeito a aspectos como as características estáveis dos provedores, os instrumentos, recursos e as condições físicas e organizacionais. Sobre a abordagem estrutural, Contandriopoulos et al. (2002) afirmam que esta trata de conhecer até onde foram aplicados corretamente os recursos a fim de obter os resultados desejados; já Vuori (1991), relata que é mais provável que se atinja melhores resultados quando se tem condições prévias adequadas do que quando não se tem. Através da avaliação da estrutura é possível tomar conhecimento sobre as ações implantadas, a cobertura populacional e o desempenho dos serviços com o uso de elementos como padronização dos procedimentos, sistemas de informação, produção de serviços, recursos humanos, estrutura física e equipamentos (CALVO; HENRIQUE, 2006; DONABEDIAN, 1984).

O *processo* corresponde ao conjunto de atividades realizadas na relação profissional-usuário. Ao processo estão associadas as atividades, bens e serviços prestados e a forma como isto se faz. Contandriopoulos et al. (2002) colocam que a abordagem de processo visa saber até onde os serviços são adequados para se conseguir os resultados almejados, e assim, inclui a análise da qualidade da prestação de serviços, realizada segundo padrões de excelência técnica (NICKEL, 2008). Vuori (1991) aponta para o fato de que se for feito o que é correto, é mais fácil que se atinja o esperado.

O *resultado* verifica o impacto obtido através dos objetivos propostos pela avaliação, que são as mudanças ocorridas na saúde dos pacientes, conhecimento, comportamento ou satisfação deles e dos profissionais em decorrência de um cuidado prévio. Para Contandriopoulos et al. (2002) com a análise de resultados procura-se ver se o que foi obtido era o que se esperava; e para Vuori (1991) esta abordagem se baseia na criação de indicadores do nível de saúde e na verificação da satisfação dos usuários.

No modelo donabediano a avaliação tem caráter normativo e quantitativo. Subentende-se no modelo que os componentes estruturais (como por exemplo, os recursos humanos, organizacionais, financeiros...) podem influenciar os dados de processo (consultas, internações,

exames...) e de resultado das práticas (mortalidade, morbidade, tempo de internação...) (GOES; FIGUEIREDO; ROCHA, 2009).

Este modelo, apesar de seu largo uso, é alvo de críticas. Mesmo o seu criador avalia que o ideal seria que se escolhesse um grupo de indicadores para cada um dos componentes da tríade. Para Vuori (1991) em todos os três elementos há falhas: na estrutura, a fragilidade está nos seus pressupostos de validade (não necessariamente uma boa estrutura implicará em um bom processo ou resultado); no processo, não se pode determinar uma relação de causa entre os procedimentos utilizados e a melhoria na saúde dos indivíduos; no resultado, não é possível a correção das ações. Contandriopoulos et al. (2002) consideram esta etapa de processo como o melhor caminho para a qualidade, enquanto Vuori (1991) acredita que é melhor o caminho da etapa resultado. Tanaka & Melo (2004) propõem iniciar as avaliações pelo processo. Silva & Formigli (1994) também fazem algumas críticas ao modelo donabediano, como o fato de colocarem fenômenos distintos dentro de uma mesma categoria (a exemplo dos recursos humanos e materiais que compõem a estrutura), de sugerir que a tríade obedece a uma ordem direcionada, quando na verdade isso não necessariamente ocorre; e a baixa especificidade dos termos. Questiona-se o fato de ser dada prioridade ao aspecto do processo e também a cientificidade do modelo, já que em seu reducionismo não são consideradas as relações entre a intervenção e o seu contexto (CONTANDRIOPOULOS et al., 2002).

Apesar das limitações do modelo donabediano, Frias et al. (2010) ressaltam que ele ainda é o mais utilizado devido às vantagens apresentadas de utilidade e simplicidade e o defendem afirmando que toda teoria possui limitações e é incapaz de dar conta de toda a complexidade dos serviços e sistemas de saúde.

Mesmo com as críticas sofridas, este modelo tem uma boa aceitação por ser compatível com a lógica dos programas e serviços de saúde. Todavia, surge uma nova dificuldade: o modelo tem um enfoque curativo e não se aplica em programas com um enfoque diferente, como ocorre na Estratégia de Saúde da Família (FRIAS et al., 2010).

A segunda vertente da abordagem donabediana é referente aos “sete pilares da qualidade”, considerados como os atributos necessários para a garantia da qualidade, são eles: eficácia (ações de saúde capazes de alcançar melhorias clínicas), efetividade (melhoria na saúde que pode ser atingida nas condições normais da prática), eficiência (custo para que se atingisse a melhoria na saúde), otimização (avaliação dos efeitos na saúde em relação aos custos), aceitabilidade (cuidados em acordo com os desejos e expectativas dos pacientes e sua família),

legitimidade (cuidado aceito da forma como a sociedade o vê), equidade (justiça na distribuição do cuidado entre os indivíduos da sociedade) (DONABEDIAN, 1990).

No entanto, tem sido proposto na literatura o acréscimo de outros pilares como qualidade técnico-científica, ambiente físico, acesso, adequação/cobertura. Alguns autores que fizeram adaptações do modelo Donabediano, como Vuori e Malik, acrescentaram que componentes como a efetividade, eficácia, eficiência, equidade, acessibilidade, adequação, aceitabilidade e qualidade técnico-científica, devem ser levados em consideração no momento em que está sendo feita uma avaliação de serviços de saúde (GOES; FIGUEIREDO; ROCHA, 2009).

Frias et al. (2010) trazem as conceituações destes novos atributos: acessibilidade é quando se retira os fatores que impedem a utilização do serviço; adequação/cobertura é quando os serviços são suficientes para suprir a demanda da população; qualidade técnico-científica é quando as ações são implementadas segundo as informações e tecnologias disponíveis.

O uso de apenas um destes atributos é inviável diante da complexidade dos serviços de saúde, sendo necessário que se opte por uma série deles a fim de poder classificar um serviço quanto à sua qualidade, pois este pode ter um atributo em detrimento do outro, ou seja, ser efetivo e não ser eficiente (FRIAS et al., 2010).

Para Colussi & Calvo (2012), valor e mérito também são condições necessárias para que um objeto tenha qualidade. Para que este objeto possua valor é necessário que haja efetividade e relevância, e para que haja mérito precisa-se de eficiência e eficácia.

A partir dos modelos donabedianos vários outros autores estudaram e conceituaram avaliação, havendo múltiplas definições.

Assim, Contandriopoulos et al. (2002) consideram que a avaliação é uma atividade remota, inerentemente humana e realizada de forma frequente e diária e que o ato de avaliar implica em julgar, estimar, medir, classificar, analisar criticamente, e atribuir valor a algo ou a alguém. Tendo também afirmado e reconhecido anteriormente que a avaliação é o julgamento sobre uma intervenção com a finalidade de ajudar na tomada de decisão. Além de colaborar na tomada de decisão, a avaliação também deve ter a finalidade de dirimir dúvidas, podendo ser produtiva ou não, havendo o risco muitas vezes de fracassar ou apontar para resultados não significativos (PENNA-FIRME, 2003).

Acrescenta-se que além de julgar, medir e analisar criticamente, a avaliação deve questionar o mérito ou relevância de um processo, programa ou assunto específico, com o propósito de fortalecer o processo de mudança social, no que concerne à cidadania e aos direitos humanos (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). A Organização Mundial da Saúde (OMS) já deixava subentendido aspectos relacionados ao ato de avaliar para gerar melhorias e mudanças ao conceituar anteriormente a avaliação como uma forma empírica de aprendizagem e utilização do que foi aprendido para melhoria das atividades realizadas e para o desenvolvimento de um planejamento adequado, mediante uma seleção criteriosa entre as distintas possibilidades de ações futuras (OMS, 1988).

Este potencial indutor de mudanças também é reconhecido por Costa et al. (2008), que adicionam que o processo avaliativo em saúde deve contemplar a participação e a inserção do usuário (sendo este processo visto não como um evento isolado, mas interativo, promocional e emancipador/libertador) e que esta participação pode possibilitar mudanças nas práticas de saúde, que podem tornar-se mais humanas, acolhedoras e resolutivas.

Assim, a avaliação pode ser entendida como um instrumento de investigação por produzir conhecimento sobre uma ação social (ação humana organizada), e também como instrumento político, por substanciar a tomada de decisão (MEDEIROS, 2007). A natureza política da avaliação também é reconhecida por Freire (1996) e Narvai (1996), que acrescentou que a avaliação é condicionada a um referencial deste tipo tanto quanto o seu produto é condicionado pela postura política de quem participa e faz o processo avaliativo.

Alguns autores, no entanto, detêm-se mais aos aspectos metodológicos. A exemplo de Aguilar & Ander-egg (1994) que veem a avaliação como uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida que busca obter dados e informação válidos e confiáveis, suficientes e relevantes que possam sustentar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa, e de Worthen et al. (2004), Costa & Castanhar (2003) e Alves et al. (2010), que em resumo defendem a aplicação de critérios defensáveis e estabelecimento de parâmetros para o julgamento de valor de um determinado objeto. Outros autores reconhecem a importância de a avaliação conferir a uma intervenção, seja em sua implantação, implementação ou resultados, valor de eficiência, eficácia e efetividade (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005), devendo envolver ainda, segundo Felisberto et al. (2012), o aperfeiçoamento das ações, a responsabilização dos atores envolvidos, além de servir como prestação de contas à sociedade. Contandriopoulos et al. (2002) criticam e consideram este tipo

de conceito de avaliação de programas sociais (originado após a Segunda Guerra Mundial) como limitado, sendo traduzido para ele como uma forma de o Estado alocar recursos.

Sobre este último aspecto, o uso da avaliação de programas pode servir para clarear o investimento de recursos, contribuindo para que estes não sejam desperdiçados e fazendo com que seja possível a denúncia de eventuais abusos, sendo este processo ainda melhor nos casos em que a avaliação é institucionalizada (MINAYO, 2006).

Silva & Brandão (2003) consideram todos os aspectos em seu conceito, veem a avaliação como um exercício metodológico sistemático, em que se dá um processo de elaboração e negociação, buscando medir, determinar e julgar o contexto, o mérito, o valor ou o estado de algo, de forma a ocorrer a aprendizagem e o desenvolvimento das pessoas e das organizações participantes, e incluem ainda elementos como a perspectiva de mudança, transformação e superação. Apontam que a avaliação está ligada a fatores subjetivos e ideológicos e que precisa ser considerada como um processo de aprendizagem, que pode auxiliar pessoas, grupos ou instituições a tomarem decisões fundamentadas, da mesma forma que permite que gestores que utilizam permanentemente a avaliação possam repensar a sua prática, e até mudar de opinião, fazerem correções etc. Nickel (2008) e Tanaka & Tamaki (2012) se posicionam de forma semelhante.

A descrição da intervenção em detalhes, das perguntas importantes para a implementação, do modelo lógico e o consenso sobre estes fatores entre os envolvidos na avaliação possibilita pensar as limitações e os potenciais da avaliação. A avaliação além de permitir o compartilhamento de informações e de evitar o desperdício de recursos, também possibilita a comparação e a análise de projetos (observação de sucessos e fracassos) (MENDES et al., 2010).

A incorporação de aspectos mais subjetivos, como participação e parceria, se faz importante para o processo avaliativo (UCHIMURA; BOSI, 2002). Muitos autores concordam com esta afirmação, assim como Tanaka & Tamaki (2012), que consideram que o envolvimento de todos aqueles implicados na tomada de decisão é o fator responsável pela garantia do uso da avaliação. Os autores consideram que a fim de que não haja distorções, e que se tenha isenção e aceitação, o processo avaliativo em seu desenvolvimento deverá ter caráter participativo, democrático e não hierarquizado e estar em consonância com o contexto do objeto da avaliação, com as necessidades de saúde da população, com as escolhas do problema de saúde, com a identificação dos atores responsáveis pela tomada de decisões, com aqueles que as

implementam e com as políticas, estratégias e prioridades do setor saúde. Kusma, Moysés, Simone e Moysés, Samuel (2012) concordam com esta afirmação e afirmam que quando o processo avaliativo incorpora um caráter participativo em sua constituição é capaz de atuar como instrumento de aprendizagem e de empoderamento de indivíduos, assim fortalecendo a responsabilidade das organizações e da coletividade. Furtado (2009) reforça esta afirmação e acredita que o poder da avaliação em capacitar e desenvolver os grupos de interesse pode ocasionar em uma catalisação na produção da saúde e defesa da vida.

Sobre esta última afirmação, Costa et al. (2008) pontuam que a política de humanização promove a abertura de espaço para métodos avaliativos participativos e interativos, pelo fato de atuar na reversão de um poder centralizado (onde há risco e responsabilidade) para um poder compartilhado, em que os diferentes atores sociais podem manter e modificar o cenário da prevenção e promoção da saúde.

Segundo Kusma, Moysés, Simone e Moysés, Samuel (2012), a avaliação permite a identificação de práticas mais adequadas, capazes de traduzir valores, construir evidências, compreender o contexto e apontar processos organizacionais sustentáveis que servem de suporte às necessidades dos grupos mais vulneráveis, o que é de suma importância, principalmente em um cenário em que se verificam desigualdades locais.

Após estas considerações, vale destacar que a avaliação como campo de atuação, sofrerá a influência dos métodos e teorias das áreas em que são realizados os estudos de avaliação, assim como ocorre com a avaliação em saúde (FURTADO, 2006; TANAKA; MELO, 2001).

As práticas de saúde, assim como ocorre com as práticas sociais, podem constituir-se em um objeto passível de avaliação, e ser analisada tanto como cuidado individual, em que se inclui a relação profissional-usuário, quanto em maior complexidade, como políticas, programas, serviços ou sistemas (MEDEIROS, 2007).

Atualmente se verifica uma preocupação crescente em se avaliar programas e serviços de saúde. Isto se deve ao aumento na oferta de serviços e ao incremento de novas tecnologias para diagnóstico de doenças, o que eleva os custos. Assim, os serviços têm que responder a estas demandas bem como também aos problemas advindos dos processos de transição epidemiológica e demográfica (FRIAS et al., 2010).

No Brasil, a avaliação de programas desde 1990 vem sendo alvo de interesse (principalmente a avaliação de programas e serviços de saúde) (HARTZ, 1997). Muitos motivos

estão relacionados ao aumento de discussões, pesquisas e publicações sobre este assunto, como exemplo pode-se citar a constituição de 1988 que traz a ampliação dos direitos civis, as leis orgânicas da saúde (o SUS é responsabilidade dos três entes federados) e a crescente descentralização de decisões antes tomadas pelo nível federal para os outros níveis (FURTADO, 2009).

De acordo com o mesmo autor, os setores que mais têm impulsionado a avaliação no Brasil são as universidades e o terceiro setor, sendo o SUS um grande impulsionador da avaliação, em especial da avaliação de serviços e programas de saúde, devido ao fato de estar sempre sendo posto em dúvida quanto a aspectos como a sua eficiência, eficácia e efetividade, sendo também frequente o questionamento sobre a qualidade dos seus serviços, se a tecnologia é bem empregada e se os modelos assistenciais implementados são adequados. Neste contexto, a avaliação adquire importância e pode ser utilizada na busca de respostas a esses questionamentos.

De forma semelhante, Figueiró, Frias e Navarro (2010) reforçam que tem sido crescente o interesse em avaliação de políticas, serviços e programas no Brasil e apontam alguns motivos para isso: as mudanças ocorridas na gestão do SUS no que tange aos seus procedimentos legais e administrativos, a descentralização das responsabilidades, ações e recursos, a complexidade do perfil epidemiológico brasileiro (com múltiplas necessidades, o que faz ser necessário que se estabeleça outras abordagens e incrementos de novas tecnologias), o controle dos recursos cada vez mais exigido, além da cobrança das organizações financeiras externas. Também é cada vez mais reconhecida a necessidade de se obter melhores informações sobre a funcionalidade, qualidade do serviço prestado, efetividade, segurança e satisfação do usuário no SUS, o que pode ser conseguido com o uso da avaliação.

No entanto, Nickel (2008) afirma que ainda é bastante escasso o uso da avaliação no Sistema Único de Saúde, não estando incorporado às suas práticas, sendo as avaliações, além disso, burocráticas e sem oferecer apoio ao planejamento e ao processo decisório.

Alguns autores como Nickel (2008) e Tanaka & Tamaki (2012) admitem a restrição de recursos para uso na avaliação, o que acaba por dificultar o seu uso. Nickel (2008) relata que é recente a implantação de avaliações sistemáticas, mesmo havendo interesse em relacionar os investimentos na saúde aos resultados dos serviços prestados, devido à restrição dos recursos para a área. Tanaka & Tamaki (2012) afirmam que apesar da avaliação ser um instrumento importante para a gestão, ela ainda tem seu uso limitado para este fim. Um motivo apontado

pelos autores que restringe a utilização mais ampla da avaliação na tomada de decisão nos serviços de saúde é que para a sua implementação são necessários recursos e tempo, o que limita o seu uso em casos que requerem soluções imediatas. Há ainda a necessidade de que a informação esteja disponível em tempo hábil para o gestor para que melhores decisões sejam garantidas.

Os autores analisam que no cotidiano dos serviços de saúde normalmente se tem tempo limitado para a tomada de decisão, sendo necessárias respostas às situações que já estão sendo vivenciadas pelo gestor. Devido a isto, as avaliações passam a ser feitas rapidamente; a utilizar as informações e os conhecimentos existentes; a usar instrumentos metodológicos compatíveis ao tempo e recursos disponíveis; a reduzir e simplificar os elementos que serão avaliados; e a fazer uso de resultados suficientemente confiáveis para a decisão a ser tomada.

Diante do exposto, percebe-se que é imprescindível que se expanda a utilização da avaliação na rotina dos serviços de forma contínua ou institucionalizada, pois isso colaboraria para melhores resultados na qualidade dos serviços do SUS. Segundo Nickel (2008), a partir da institucionalização da avaliação é possível saber como está o desempenho do setor e assim, melhorar os resultados através da correção dos problemas verificados e consequente conquista de novas metas. Além disso, ainda pode ser capaz de estimular a capacidade do governo em melhorar o seu projeto político, auxiliando na governabilidade do sistema de saúde (ALVES, 2008).

A cultura avaliativa e o uso da avaliação podem atuar ainda como facilitadores para que se atinja a integralidade no cuidado, que por sua vez pode ser considerada como uma melhoria social. A prática avaliativa, pela sua capacidade indutora de mudanças, atua como agente estimulante a uma prática profissional mais integral (FELISBERTO; ALVES; BEZERRA, 2010).

No Brasil, a institucionalização da avaliação tem como finalidade aumentar a eficiência do SUS, estando a ineficiência no sistema associada a decisões tomadas sem critérios baseados em evidências (FELISBERTO; ALVES; BEZERRA, 2010). De acordo com estes autores, a implementação de uma cultura avaliativa e o uso de estratégias ou instrumentos fundamentados conferem qualificação ao cuidado em saúde e para que se desenvolva esta cultura é importante que haja a qualificação da capacidade técnica, a articulação com o planejamento e a gestão, e o apoio à criação de políticas, à tomada de decisão e à aprendizagem dos participantes do processo avaliativo. Para Colussi & Calvo (2012) a participação de gestores, usuários e profissionais

como coautores no desenvolvimento dos instrumentos de avaliação é um fator condicionante para que ocorra a institucionalização da avaliação, sendo igualmente importante o estabelecimento de parcerias entre instituições e entre as organizações públicas e a academia para o enriquecimento do processo avaliativo.

Assim, a partir da institucionalização da avaliação nos serviços públicos, poderá se dar o desenvolvimento e aprimoramento dessa prática e ser possível através de avaliações da qualidade identificar os nós críticos existentes que dificultam a melhoria da atenção, e com sua identificação, viabilizar soluções que possam se adequar a realidade do SUS e torná-lo mais efetivo.

2.1.1. Avaliação da qualidade

A noção de qualidade surge a partir do desenvolvimento econômico capitalista e industrial, quando o valor de troca de um produto passa a estar atrelado a uma segurança na estabilidade do seu valor de uso (NOVAES, 2000).

Nos anos 60, devido ao crescimento do setor de serviços eles também passaram a ser considerados como produtos, estando suscetíveis a uma padronização na qualidade, o que contribuiu para a sua valorização no mercado. Extrapolando sua importância para o setor privado, a qualidade também conquistou espaço nos serviços do setor público (NOVAES, 2000).

A partir do início da década de 80 a Organização Mundial da Saúde (OMS) começou a se preocupar em desenvolver programas de garantia da qualidade nos serviços de saúde (VUORI, 1982). No entanto, na prática verificou-se uma maior preocupação com os custos e recursos que os serviços de saúde demandavam, e então se deu prioridade à avaliação custo-efetividade (OMS, 1988). Mas logo em seguida, devido a atividades de informação e divulgação, a qualidade da atenção à saúde tornou a ganhar destaque na agenda das organizações internacionais e dos governos nacionais, sendo atualmente tida como um elemento estratégico pela maior parte dos governos do mundo (SERAPIONI, 2009).

Segundo Serapioni (2009), até a metade da década de 80 só se considerava a qualidade na sua dimensão técnica (capacidade dos profissionais da saúde em selecionar as melhores práticas para o avanço do conhecimento técnico-científico). Foi somente no final da década que

se iniciou outra fase da qualificação, com foco nos aspectos organizacionais e nos processos gerenciais.

A qualidade da atenção à saúde a princípio interessava apenas a um seleto grupo de médicos. O primeiro método de qualidade, desenvolvido nos Estados Unidos no início do século XX, foi a *Quality Assurance* (garantia de qualidade), que visava através de uma avaliação do cuidado médico, controlar e reduzir a elevada variabilidade dos resultados dos tratamentos. Mas foi apenas após os estudos de Donabedian que este método se desenvolveu e propagou (com o auxílio da OMS) para muitos países. Ao longo do tempo foram surgindo outros métodos para monitoramento e avaliação da qualidade técnica da atenção à saúde (SERAPIONI, 2009).

Atualmente é possível observar que devido ao fato de a saúde ser considerada como direito e de haver grande expectativa da população, passa-se a exigir cada vez mais que os serviços de saúde estejam qualificados (FRIAS et al., 2010). Assim, os serviços têm se tornado objeto para a avaliação de qualidade e até mesmo a avaliação de uma tecnologia ou programa pode constituir-se em uma avaliação de qualidade na medida em que estabeleça um nível de qualidade que sirva de referência ou parâmetro para a construção dos instrumentos que serão utilizados na avaliação (NOVAES, 2000).

A OMS (1988) e Shaw & Kalo (2002) apontam alguns motivos que colaboraram para o desenvolvimento de estratégias de garantia da qualidade no campo da saúde: 1) a insegurança dos sistemas de saúde; 2) a falta de eficiência e os elevados gastos com determinadas tecnologias e procedimentos clínicos; 3) a insatisfação dos usuários; 4) a desigualdade no acesso aos serviços; 5) as longas listas de espera; 6) baixa eficácia implicando em desperdício. Outros fatores como a verificação de grande variação das práticas clínicas e assistenciais e dos custos também têm servido como estímulo para a introdução da avaliação sistemática da qualidade da atenção à saúde.

Dito isto, é importante discutir sobre o que vem a ser qualidade e quais são as suas premissas. Assim, Frias et al. (2010) colocam que o conceito de qualidade é complexo e impreciso, já que depende do contexto histórico, político, econômico, cultural e dos conhecimentos científicos que cada sociedade possui (devendo-se levar isso em conta quando do momento da avaliação). Segundo os autores também não se deve deixar de considerar no processo avaliativo as diferentes visões dos atores sociais envolvidos (profissionais, usuários e gestores), pois exercem influência no entendimento do que significa qualidade em saúde. Este

entendimento ainda pode variar conforme o foco de interesse do serviço ou programa (em resultados, produção ou nos consumidores). Alguns autores consideram que para um serviço ter qualidade deve estar voltado aos usuários ao que outros ponderam e complementam que é essencial que se considere a satisfação dos profissionais, já que deles depende o produto das ações de saúde.

Serapioni (2009) concorda que a avaliação da qualidade deve envolver os vários atores sociais e ter um enfoque multidimensional e também sobre a complexidade do conceito de qualidade, afirmando que esta depende de alguns fatores, como: a) a complexidade da mesma concepção de saúde - vê o indivíduo como um todo biopsíquico, considerando os aspectos espirituais, relacionais e sociais; b) variedade de atores que atuam nos sistemas de saúde e a multiplicidade de visões ou perspectivas (cada um concebe qualidade a partir de seu próprio contexto) (SERAPIONI, 1999); c) a pluralidade de abordagens e metodologias de análise da qualidade sofre influência da multidimensionalidade do conceito de qualidade (UCHIMURA; BOSI, 2002). Nessa perspectiva, é necessário que se observe o cumprimento dos atributos de qualidade para que se tenha uma assistência de qualidade (ROEMER; MONTOYA-AGUILAR, 1988); d) é necessário que o foco esteja nos serviços, que são o produto das ações de saúde, e que incluem aspectos imateriais (já que não são bens) como o trabalho, onde é possível se verificar componentes como personalização, relacionalidade e exigência de rapidez nas tomadas de decisão (RANCI ORTIGOSA, 2000), destacando que o resultado deste trabalho parte do contato direto entre profissionais e pacientes e da interação entre eles. O paciente passa a desempenhar uma dupla função, ao mesmo tempo em que é consumidor é também coprodutor da atenção; e) por último, o significado atribuído à qualidade vai depender do contexto histórico, cultural, político, social e institucional. A qualidade em saúde está relacionada ao resultado da integração e conexão entre todos estes aspectos abordados.

Todas estas considerações ao mesmo tempo em que enriquecem o conceito de qualidade da atenção à saúde, também dificultam a sua elaboração (SERAPIONI, 2009).

A complexidade em se definir qualidade pode fazer com que se reduza o seu conceito a uma dimensão quantitativa em detrimento dos aspectos subjetivos (relações interpessoais), o que pode ser visto em vários conceitos na literatura (FRIAS et al., 2010).

Esta mesma complexidade conceitual de qualidade, pode acarretar que no uso corriqueiro do termo, este ser mal-empregado ou não ser transmitido de maneira clara. Segundo Pinto (1993), a origem do termo é do latim “qualitate”, que em geral significa o atributo de uma

coisa ou pessoa capaz de distingui-la e determinar sua natureza, permitindo que seja avaliada, assim podendo ser aprovada ou recusada (VOLPATO et al., 2009).

Donabedian, que foi um dos primeiros autores a pesquisar o tema e que é referência na área para os demais pesquisadores, acredita que qualidade é o grau com que os serviços conseguem atender as demandas dos pacientes (expectativas, necessidades...) (DONABEDIAN, 1985). Assim, diversos autores basicamente definem qualidade de forma semelhante (BARROS, 2005; HERNANDEZ, 1993; LOHR, 1990; NASCIMENTO; FILHO; BARROS, 2005). Lobos (1991) define que a qualidade está associada à boa realização do processo de materialização de produtos ou serviços, que quando obtida dá como resultado a qualidade. Para Longo (1996), o conceito de qualidade pode ser diferenciado de acordo com a percepção de quem o está avaliando (as necessidades e expectativas são distintas, inclusive entre os grupos sociais). Øvretveit (1996) conceitua qualidade como a “completa satisfação das necessidades de quem mais precisa do serviço de saúde ao custo mais baixo para a organização e dentro das regulamentações estabelecidas”. Serapioni (2009) considera esta definição interessante devido ao acréscimo de fatores importantes como a satisfação dos usuários, a efetividade, a eficiência e a equidade.

Para que se alcance os desejos e necessidades dos usuários a assistência deve tentar otimizar os seus efeitos desejáveis e reduzir os indesejáveis, e para que diminua as desigualdades de acesso e os riscos de adoecimento das pessoas, deve fazer uma análise do perfil de saúde e doença da comunidade (CAMPOS, 2005). O autor lembra ainda que os critérios utilizados para conferir qualidade a um serviço não têm caráter definitivo ou absoluto, estando na dependência da realidade do contexto da assistência e da produção dos serviços em comparação a outros nas mesmas condições e que a concepção de qualidade também depende da posição que o indivíduo ocupa no sistema de saúde.

Estes conceitos abordam aspectos como expectativas e metas a se atingir, nível de excelência, condição para o uso e ausência de falhas, comuns nos serviços de saúde. Com base em alguns critérios estabelecidos podem-se classificar quantitativamente os serviços quanto à sua qualidade. No entanto, não se deve esquecer que os aspectos subjetivos são essenciais para que se atenda aos desejos dos grupos de interesse da avaliação e aos serviços de saúde. Ambas as dimensões têm a sua importância e sua utilização deve ser encorajada porque contribuem para um conceito ampliado de avaliação (FRIAS et al., 2010).

De acordo com Serapioni (2009), Donabedian já recomendava desde a década de 80 que a avaliação da qualidade se fundamentasse também em fatores objetivos além da subjetividade do paciente.

Foi a partir do trabalho do próprio Donabedian em 1984, que a ideia de satisfação do paciente adquiriu importância tornando-se uma peça chave na avaliação da qualidade em saúde junto à avaliação do médico e da comunidade, e passou a ser um objetivo em si, extrapolando o que era considerado como objetivo nos estudos anteriores, uma maneira de conseguir adesão ao tratamento (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

No início da década de 90 o ponto de vista do paciente associado aos aspectos técnicos e organizacionais passa a ser considerado fundamental e vai constituir a terceira etapa da avaliação da qualidade em saúde (SERAPIONI, 2009). De acordo com o autor, a perspectiva e a satisfação do usuário têm sido legitimadas por aspectos como a focalização no cliente e as abordagens voltadas para a humanização da atenção e para a valorização de relações mais equitativas entre profissionais e pacientes.

Alguns autores trazem como consenso que a avaliação da satisfação dos usuários é um importante indicador de qualidade, já que permite avaliar vários aspectos do serviço e atendimento que podem contribuir para a melhoria da qualidade deste serviço. Também é de valor a avaliação da satisfação dos profissionais, que permitem avaliar outros aspectos do serviço, como os administrativos e gerais (VOLPATO et al., 2009).

Problemas que dificultam na qualidade como a resistência a mudanças nas práticas profissionais e a não consideração da perspectiva dos usuários podem ser superados e melhores resultados obtidos através de um maior enfoque no tema processo de trabalho e mais investimento na capacitação dos recursos humanos (FRIAS et al., 2010).

A fim de verificar as dificuldades encontradas para a melhoria da qualidade nos serviços do SUS, o Ministério da Saúde tem desenvolvido algumas estratégias, entre elas as mais recentes são o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Estas iniciativas serão abordadas a seguir.

2.1.1.1. Primeiras iniciativas do uso da avaliação da qualidade nos serviços de saúde; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO)

A pesquisa de qualidade começou a ser realizada no Brasil no ano de 2001 pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Ministério da Saúde em parceria. O resultado deste trabalho foi apresentado em 2003: o PROADESS (primeira metodologia de avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro). O PROADESS tinha como foco da avaliação o desempenho dos serviços de saúde, que dependia da estrutura do sistema que deveria estar organizado de forma a assegurar o atendimento às necessidades de saúde, estas muitas vezes decorrentes de determinantes sociais, políticos e econômicos. O PROADESS continuou sendo aprimorado culminando com o desenvolvimento de outro instrumento para avaliação em 2012, o Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – IDSUS (CHIMARA et al., 2013).

O IDSUS utilizou como parâmetros para avaliar a qualidade do sistema público de saúde o acesso e a efetividade, gerando grande discussão em torno da questão desses parâmetros realmente mostrarem o que de fato é realizado no Sistema Único de Saúde (SUS). Também foram questionados os seus aspectos metodológicos e a própria legitimidade da proposta (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2013).

Também foi das primeiras iniciativas para avaliação da qualidade o estabelecimento de parâmetros e critérios para dar suporte a propostas de incentivos financeiros aos municípios por parte de algumas secretarias de estado com base no pacto da atenção básica. A partir da formação de um grupo de representantes dos estados e municípios desenvolveu-se a proposta de "Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família" (AMQ), para a auto avaliação das equipes de saúde da família. A AMQ faz parte de um conjunto de ações que tem como objetivo institucionalizar a avaliação no país integrando-a à gestão. Até então a avaliação e o acompanhamento da atenção básica eram realizados principalmente através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do Pacto de Indicadores da Atenção Básica (CAMPOS, 2005; COLUSSI; CALVO, 2012).

De acordo com Calvo et al. (2012), importantes iniciativas da avaliação no Brasil se deram na área de atenção básica: a criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), a implantação do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf) e o desenvolvimento de instrumentos avaliativos como a Avaliação

para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS. Os autores ressaltam o papel fundamental exercido pelo pacto de Indicadores da Atenção Básica, que orienta o monitoramento e a avaliação da atenção básica no contexto brasileiro.

O desenvolvimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) se deu ao mesmo tempo em que ocorreu a implantação do IDSUS (NORMAN, 2012). Assim, é importante colocar que como explicado acima, desde o PROADESS havia um movimento contínuo de constante aprimoramento de instrumentos para a avaliação de serviços e programas e que a AMQ se desenvolveu ainda um pouco antes do PMAQ, passando inclusive a ser utilizada como uma de suas etapas. Assim, o PMAQ foi criado pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, visando promover a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, garantindo um padrão de qualidade comparável a nível nacional, regional e local. Acrescenta-se ainda que o PMAQ-AB se propôs a induzir e avaliar a qualidade da Atenção Básica para que esta se constituísse em porta de entrada resolutiva para as necessidades de saúde e também propiciasse condições para que fosse possível assegurar e coordenar a continuidade do cuidado (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

A fim de evitar confusão entre os termos, é interessante fazer a distinção entre a AMQ e o PMAQ. Para Calvo et al. (2012), a diferença está no fato de que a AMQ consiste em uma autoavaliação ou avaliação interna, sem incentivos financeiros, em que os profissionais, coordenadores e gestores avaliam-se quanto ao seu desempenho utilizando estágios de qualidade e quanto ao que pode ser feito para a sua melhoria. O PMAQ (instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011), assim como a AMQ tem caráter voluntário, mas possui incentivo financeiro quando da adesão ao programa, e visa à promoção da qualidade e da inovação na gestão da atenção básica com o fortalecimento da autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional; o melhoramento na utilização da informação pela gestão; a institucionalização da avaliação.

O PMAQ-AB destina-se ao monitoramento e avaliação da Atenção Básica e associa-se a um incentivo financeiro para os municípios que desejarem aderir voluntariamente ao programa (ao aderir passa a receber imediatamente vinte por cento do Componente de Qualidade do PAB por equipe aderida). Este incentivo pode variar de acordo com os resultados

alcançados pelas equipes e pela gestão municipal (pode ser de cem por cento no caso de desempenho ótimo ou até mesmo suspenso em caso de desempenho insatisfatório), é de frequência mensal e baseia-se no número de equipes cadastradas no programa e nos critérios definidos em portaria específica do PMAQ (Decreto Presidencial 7.508 de 29 de junho de 2011, que trata do financiamento do SUS para o PMAQ trazendo a possibilidade de avançar num modo de financiamento mais completo e adequado às singularidades dos contextos e especificidades locais e regionais) (BRASIL, 2012b; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2011).

O PMAQ apresenta-se dividido em quatro etapas complementares entre si e que formam um ciclo contínuo visando à melhoria do acesso e da qualidade da AB, são elas: 1) Adesão e Contratualização; 2) Desenvolvimento; 3) Avaliação Externa; e 4) Recontratualização (BRASIL, 2011a).

A primeira etapa corresponde à adesão oficial ao Programa, através do estabelecimento de uma pactuação (contratualização) estabelecida entre as Equipes de Atenção Básica e gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde em relação a compromissos e indicadores a serem cumpridos, em um processo que também envolve participação do controle social (BRASIL, 2011a).

A segunda fase se constitui na etapa de desenvolvimento de ações que deverão ser executadas pelas Equipes de Atenção Básica (EAB), pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, a fim de se alcançar mudanças para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica no que diz respeito à gestão, ao cuidado e à gestão do cuidado. Esta etapa compreende: Auto avaliação; Monitoramento; Educação Permanente; e Apoio Institucional (BRASIL, 2011a). A proposta da autoavaliação é que as equipes possam identificar os pontos altos e baixos do seu trabalho, de forma a produzir processos de mudança e melhoramento em suas práticas (BRASIL, 2011a).

Para a auto avaliação o Ministério da Saúde oferece a ferramenta “Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ)”, ficando a critério dos gestores e equipes associá-la a outras ferramentas que melhor se adequem à sua realidade (BRASIL, 2011b). É extensa e complexa e para que não se identifique uma quantidade de problemas superiores ao que a equipe julga estar dentro de seu campo de ação, como pode acontecer em uma avaliação (CECÍLIO, 1997; CECÍLIO, 2003), sugere-se que seja utilizada para fomentar o diálogo do grupo de forma que ele selecione os problemas e se estabeleçam acordos de ações que se adequem às suas prioridades, interesses, disposição e capacidade de ação.

Na terceira etapa do PMAQ deverá ser realizada a avaliação externa nos municípios participantes para averiguação das condições de acesso e qualidade apresentadas pelos serviços (BRASIL, 2011a).

Ao término da avaliação, cada serviço poderá ser categorizado dentro das seguintes opções: muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório e muito satisfatório. A intenção com esta classificação é que as equipes possam perceber os desafios ou principais problemas existentes de modo a estabelecer prioridades para a melhoria do acesso e da qualidade (CAMPOS, 2005).

No entanto, é importante salientar que a avaliação externa possui tanto questões que serão úteis para a certificação das equipes quanto outras que se destinam a obter informações a fim de nortear o aprimoramento das políticas de saúde. A avaliação externa tem por objetivo certificar todas as EAB do PMAQ; realizar o Censo de todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Brasil, aderidas ou não ao PMAQ; e fazer o real diagnóstico das realidades e singularidades da AB no Brasil, de forma que possa colaborar para o planejamento e criação de estratégias de enfrentamento que se adequem às diferenças regionais, contribuindo assim para uma distribuição de recursos mais equânime por parte dos governos federal, estadual e municipal (BRASIL, 2012a).

Cunha et al. (2013) se aprofundam um pouco mais ao afirmar que a finalidade da criação do PMAQ foi dar visibilidade às deficiências da rede básica de saúde como:

“[...] a precariedade da rede física de parte expressiva das Unidades Básicas de Saúde (UBS); a ambiência das UBS; as inadequadas condições de trabalho para os profissionais, comprometendo sua capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho; a necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB; a instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais (comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe); o financiamento insuficiente e inadequado da AB, vinculado ao credenciamento de equipes independentemente dos resultados e da melhoria da qualidade” (CUNHA et al., 2013, p. 3).

A quarta e última fase, de recontractualização, corresponde a um momento em que a partir da análise dos resultados obtidos, as Equipes de Saúde e a gestão municipal irão pactuar novos padrões e indicadores de qualidade, reiniciando o ciclo. Esta etapa analítica possibilita que se avalie até que ponto a prática desenvolvida está em acordo com os padrões de qualidade apresentados (BRASIL, 2011a).

Alguns autores fazem uma análise crítica sobre o PMAQ e fatores ocultos ou que estão nas entrelinhas de determinados aspectos de suas propostas. Serão abordadas algumas destas colocações.

Paim & Ciconelli (2007) colocam que o PMAQ-AB é questionável, semelhantemente ao IDSUS, já que a mensuração da qualidade do Sistema de Saúde deve compreender os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social.

Cunha et al. (2013) afirmam que é nítida a distribuição meritocrática de recursos financeiros pelo PMAQ (esperando que assim as equipes e os gestores possam motivar-se a atingir os parâmetros considerados adequados, melhorando a qualidade da atenção), desta forma constituindo-se em um sistema de avaliação para distribuição de incentivos. Chamam a atenção, entretanto, para o fato de o MS não ser o gestor das Equipes de Atenção Básica e de os recursos básicos serem insuficientes. Os autores consideram que a proposta do PMAQ traz à tona questões sobre o uso da avaliação na gestão além de localizar a discussão no âmbito da realidade brasileira e do SUS, mas que também dá margem a um conjunto de questões específicas sobre o impacto na percepção dos trabalhadores das equipes e gestores locais (objeto de seu estudo).

Pinto, Sousa e Florêncio (2011) defendem as propostas do PMAQ e pontuam sobre o caráter voluntário da adesão, afirmando que é um dispositivo que promove o envolvimento e protagonismo dos atores envolvidos possibilitando a construção de ambientes participativos dialógicos, onde todos poderão se mobilizar e se comprometer com objetivos comuns, e que a adesão e contratualização feita individualmente por cada equipe tenta fazer com que cada sujeito se responsabilize pelo desenvolvimento de ações capazes de promover a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica. Os autores destacam como objetivo do Programa a promoção de uma cultura de negociação e gestão comprometida com a mudança do modelo de atenção e gestão, o desenvolvimento da equipe e a orientação dos serviços em função das necessidades de saúde dos usuários, ao mesmo tempo em que aponta o que deve ser discutido e negociado através do uso de indicadores e padrões de acesso e qualidade a serem alcançados, apenas induzindo à reflexão. Desta forma, o grupo poderá promover mudanças de acordo com a sua realidade e possibilidade, superando “modos de ação que fragmentados perdem grande parte de sua potência”. Por fim, os autores enfatizam que a avaliação não é “da equipe”, mas “por equipe”, já que a unidade de análise é a EAB e seu local de trabalho, a UBS.

Em oposição, Moraes & Iguti (2013) desenvolvem um trabalho muito interessante e sob uma ótica diferenciada, em que realizam uma análise de conteúdo do discurso normativo dos documentos oficiais e públicos do PMAQ-AB, partindo da premissa de que o programa se aproxima do pensamento capitalista de inversão da prescrição do trabalho comum às Novas

Políticas de Recursos Humanos (NPRH). NPRH é uma expressão utilizada para designar o conjunto de denominações para as recentes estratégias de gerenciamento surgidas após a época do *fordismo*, onde há a busca por novas formas de produtividade e onde a produção deve se adequar à lógica de mercado (ANTUNES, 1995), sendo um modelo de gestão baseado na Avaliação do Desempenho do Trabalhador.

Os autores explicam que neste modelo de prescrição do trabalho (NPRH)

“[...] ao invés de se determinar o modo de produção, determina-se o que se espera do trabalhador e o que se espera do produto, deixando ao trabalhador a responsabilidade do sucesso ou do fracasso da produção, que será devidamente avaliado de forma a premiar ou punir o trabalhador, conforme o seu desempenho individual. A concorrência gerada entre os trabalhadores, neste cenário de introjeção da lógica capitalista no interior do ambiente de trabalho, garantiria que o uso da autonomia se desse em benefício principal dos interesses do capital. Contendo tanto os parâmetros de qualidade da produção quanto à lógica de indução da concorrência, por meio de um sistema de recompensas a ela associado, a avaliação do desempenho do trabalhador constitui o principal instrumento objetivo de inversão da prescrição do trabalho” (MORAES; IGUTI, 2013, p. 418).

Assim, Moraes & Iguti (2013) concluem que o PMAQ-AB é uma ferramenta de gestão que se aproxima das novas políticas de recursos humanos de prescrição do trabalho em saúde e condenam esta aproximação das políticas à lógica do mercado em que há competição e julgamento a partir da meritocracia acreditando que isto leve à obtenção de qualidade e eficiência. Para eles, só haverá qualidade e eficiência quando for considerado o papel protagonista dos trabalhadores da saúde. O melhor caminho para a obtenção destes atributos, segundo os autores, é através de uma gestão democrática que reconheça as necessidades e desejos de todos (profissionais, usuários e governo), havendo negociação e participação.

Vários autores têm se proposto a desenvolver estudos para a análise do PMAQ em diversos aspectos, o que também pode contribuir para a reflexão sobre “os pontos fortes e fracos” do programa. Assim, Chimara et al. (2013) avaliaram como estava se dando o processo de adesão ao PMAQ pelos gestores das Unidades Básicas de Saúde na microrregião de Cidade Tiradentes, no município de São Paulo e encontraram que apesar de terem sido realizadas todas as modificações dos serviços para o cumprimento dos pré-requisitos do PMAQ e sua implantação, os gestores não conseguiram atribuir mudanças ocorridas à adesão, além de não estarem fazendo uso do programa como um instrumento de gestão da qualidade em seus serviços. No entanto, os autores identificam e enumeram algumas ações que atestam a importância da ferramenta na gestão dos recursos destinados à saúde e na melhoria do serviço.

Albanaes, Lobo e Bernardini (2013) desejaram verificar em seu trabalho a influência do PMAQ-AB na qualidade dos serviços prestados nos Centros de Saúde, tendo aplicado um questionário aos profissionais a fim de aferir a sua percepção sobre a implantação do programa. Como resultado, os autores observaram que os profissionais se preocupavam com questões sobre a área de recursos humanos, recursos materiais, estrutura física e com questões pertinentes à participação social.

Pinto, Sousa e Florêncio (2011) obtiveram como resultado de sua pesquisa que um percentual acima de 70% dos municípios brasileiros aderiu ao PMAQ, sendo distribuído de forma heterogênea nos estados brasileiros. Encontraram que havia uma relação direta entre o grau de desenvolvimento socioeconômico (medido pelo IDH) e o percentual relativo de municípios que aderiram ao PMAQ (quanto maior o grau de desenvolvimento, maior a adesão), além também da relação entre o tamanho do município e a sua propensão a participar do programa. Houve ainda grande utilização do AMAQ pelas equipes de atenção básica (mais de 75%).

Cunha et al. (2013) procuraram avaliar como estava acontecendo a implementação da avaliação proposta pelo PMAQ, bem como verificar como os profissionais e gestores da Atenção Básica de municípios do estado de São Paulo estavam percebendo os efeitos produzidos após a implantação do programa. Como resultado obtiveram que era de grande importância a postura do gestor local em relação ao processo avaliativo e que a condução do PMAQ não se deu de forma participativa (segundo os autores, na prática representava uma avaliação externa com critérios não pactuados e quando nesta situação, a imposição de ações e procedimentos a serem executados podem não ser compreendidos ou prioritários para uma determinada situação ou realidade). Foi verificada a dificuldade no acesso aos dados da avaliação e relatado a falta de impacto do PMAQ sobre a prática clínica.

Após todas estas considerações sobre o PMAQ, vale salientar que o programa sofreu recente expansão pelo governo federal, através da Portaria nº 261, de 21 de Fevereiro de 2013, que institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) além de seu incentivo financeiro, sendo utilizado agora para avaliação de CEO, servindo como estratégia de qualificação dos serviços especializados em saúde bucal (BRASIL, 2013a).

O PMAQ-CEO surge com o objetivo de enfrentar o desafio de uma realidade que impõe limitações, visando qualificar a atenção especializada em odontologia, em que se verifica a

necessidade de melhoria na estrutura física e ambiência dos CEO, onde há problemas com a qualidade dos materiais e insumos para o desenvolvimento das atividades profissionais, inadequadas condições de trabalho (gerando insatisfação) e rotatividade dos profissionais com precarização do vínculo, deficiências no processo de gestão, grande demanda pelo serviço com longo tempo de espera para o atendimento, ausência de protocolos clínicos para tratamentos especializados, assim como de protocolos de referência e contrarreferência dos usuários entre os demais níveis de atenção (com a má integração entre os profissionais na rede) e finalmente, a insuficiência na disponibilidade de recursos financeiros (BRASIL, 2011a).

Para o enfrentamento destas questões, é exigido o compromisso de todas as esferas envolvidas, a equipe do CEO, os gestores do CEO (municipais ou do distrito federal e estaduais), os Estados e o Ministério da Saúde, cada uma com as suas atribuições (BRASIL, 2011a).

A equipe do CEO, na qualidade de executora, deve organizar o seu processo de trabalho em consonância com o que é preconizado no PMAQ e PNSB; alimentar o sistema de informação devidamente (SIA/SUS); discutir sobre processo de trabalho e fazer autoavaliação coletiva de forma crítica e reflexiva; pactuar metas e monitorá-las e estabelecer protocolos clínicos por especialidade juntamente com as equipes da atenção básica (BRASIL, 2011a).

Os gestores do CEO devem garantir a oferta mínima de 5 (cinco) especialidades no serviço e a atualização no cadastro dos profissionais (CNES); manter a constante alimentação do SIA/SUS; aplicar recursos; estruturar a gerência do CEO; implantar processos autoavaliativos na gestão e nas equipes participantes do programa; fazer o monitoramento, avaliação e divulgação dos resultados do CEO no município; propiciar a melhoria das condições de trabalho da equipe do CEO; assegurar a institucionalização de protocolos de referência e contrarreferência dos usuários na RAS; promover também a integração entre os profissionais dos diversos níveis de atenção; realizar matriciamento entre as equipes do CEO e das ESB e educação permanente para a equipe do CEO e ajudar na realização da Avaliação Externa do programa (BRASIL, 2011a).

Os Estados basicamente têm a função de apoiadores ou facilitadores, devendo apoiar os municípios; fazer o monitoramento, avaliação e disseminação dos resultados do CEO no Estado; pactuar estratégias para implantar o programa no Estado; oferecer educação permanente e promover a troca de experiências entre os municípios; ajudar com o processo de Avaliação

Externa e estudar a possibilidade de auxiliar no cofinanciamento estadual dos CEO de gestão municipal (BRASIL, 2011a).

O Ministério da Saúde tem como principal função a de coordenação e financiamento do programa, devendo: garantir a implantação do programa; fazer o repasse de recursos; verificar se está havendo o cumprimento das condições impostas para a adesão e permanência no programa; construir dispositivos e promover o apoio institucional para a sua implantação; oferecer educação permanente; monitorar, avaliar e divulgar resultados do CEO no país; fazer a avaliação do programa para o seu aprimoramento; coordenar e auxiliar financeiramente na realização da avaliação externa e orientar o processo de reconstrução com as equipes de CEO participantes do Programa (BRASIL, 2011a).

Enquanto proposta, o PMAQ-CEO é muito semelhante ao PMAQ-AB, havendo as mesmas quatro etapas em sua realização: adesão e contratualização; desenvolvimento (sendo esta fase dividida em autoavaliação; monitoramento; educação permanente; e apoio institucional); avaliação externa e reconstrução, além da categorização dos serviços segundo o seu desempenho. No entanto, é válido ressaltar os aspectos específicos que fazem diferença entre ambas as propostas.

Na fase de adesão e contratualização, pactuam-se compromissos entre as equipes e as gestões dos CEO a partir de um conjunto de indicadores formulados com base nas metas de produção estabelecidas para cada especialidade pelo Ministério da Saúde. A escolha dos indicadores se deu segundo o critério de que pudessem ser monitorados e avaliados através do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), tendo sido classificado quanto à natureza do seu uso em duas categorias: indicadores de desempenho e indicadores de monitoramento (BRASIL, 2011a).

Na etapa de desenvolvimento, no momento da autoavaliação é empregado um instrumento formado por um conjunto de padrões de qualidade esperada em relação à estrutura, aos processos e aos resultados das ações do CEO, o AMAQ-CEO, construído a partir da revisão e adaptação do instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB) e da Pesquisa de Linha de Base para Avaliação e Monitoramento dos CEO de GOES et al. (2012), e fundamentado pelos princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2011a; 2011b).

Assim, além de refletir as diretrizes e princípios da PNSB e do PMAQ-CEO, o AMAQ-CEO deve ser um instrumento de caráter reflexivo (que induza os atores envolvidos a repensar as suas práticas), capaz de melhorar o serviço adequando-o às necessidades da população, e de estimular a mudança do modelo de atenção em saúde bucal (BRASIL, 2011a).

Com base nestes aspectos, o AMAQ-CEO foi estruturado em duas unidades de análise: Gestão e Equipe, sendo que a unidade de gestão se divide nas categorias de gestão municipal/estadual; gerência do CEO; estrutura do Centro de Especialidades Odontológicas, e a de equipe na categoria de perfil, processo de trabalho e atenção integral à saúde bucal. Estas dimensões ainda se subdividindo em 13 (treze) subdimensões, compreendendo padrões do que se almeja atingir em relação à qualidade do serviço (BRASIL, 2011b).

Assim como no AMAQ-AB, o AMAQ-CEO também sugere a estratégia de construção do planejamento de ações, partindo daquelas que estejam sob a governabilidade do ator em questão, para que possa posteriormente acompanhar a sua execução e a evolução dos resultados obtidos.

Na fase da avaliação externa, os CEO deverão ser avaliados a partir de um instrumento em que as questões refletem os padrões contidos no AMAQ-CEO, devendo se fazer a observação de aspectos referentes à infraestrutura do CEO, entrevistas com o responsável pela gerência do CEO, com um profissional e também com usuários e a verificação de documentação (BRASIL, 2011a).

Quanto à certificação dos CEO, em seu primeiro ciclo a classificação de desempenho dos CEO foi feita a partir da mesma distribuição dos municípios por estrato utilizado no PMAQ-AB, baseados em critérios de equidade, sendo possível comparar o desempenho de um determinado serviço à média e ao desvio padrão do conjunto de CEO do mesmo estrato e tipo. Nas certificações subsequentes, o desempenho de cada CEO deverá ser confrontado com o de outros CEO de mesmo tipo e estrato mas também com o seu próprio no decorrer de sua adesão ao PMAQ-CEO (BRASIL, 2011b).

Apesar das sutis diferenças na elaboração do PMAQ-CEO em relação ao PMAQ-AB e das divergências de contextos verificadas entre a Atenção Básica e a Atenção Secundária, há muito mais semelhanças na construção dos programas. Assim, é provável que as críticas e os problemas enfrentados aqui explanados em relação ao PMAQ-AB provavelmente também se

estendam ao PMAQ-CEO. Devido ao fato de o último programa ser ainda recente, deverá surgir brevemente na literatura trabalhos avaliando-o e que possam comprovar ou não esta afirmação.

No entanto, é importante valorizar a iniciativa de implantação deste tipo de programa apesar dos questionamentos sofridos, devendo-se pensar que é o início de uma nova etapa (não devendo ser uma proposta acabada em si), em que se busca avaliar ações e monitorá-las para repensar o modo de fazer o SUS, melhorando-o e fortalecendo-o. A ferramenta do PMAQ com certeza possui seus pontos fortes e fracos, que devem ser analisados meticulosamente e repensados para o constante aprimoramento deste dispositivo, de forma que cada vez mais seja possível contribuir para a melhoria da qualidade do serviço, que consiste em sua principal finalidade.

Nesta perspectiva, é importante para o aprimoramento do programa e melhoria da qualidade que se aprofunde o conhecimento acerca do próprio serviço, sendo para isso necessário que se realize um maior número de estudos sobre os CEO que tragam elementos novos ou que proponham formas inovadoras no fazer e no avaliar em saúde bucal no contexto da atenção secundária.

2.2. AVALIAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

A avaliação da atenção odontológica em serviços de saúde no Brasil tem uma grande variedade metodológica. Os estudos são realizados principalmente pela academia, desvinculados do serviço e com resultados que frequentemente não possuem emissão de um juízo de valor sobre o objeto da avaliação. A maior parte dos trabalhos trata sobre a percepção ou satisfação de usuários dos serviços e apontam o acesso como o principal fator que influí na satisfação, e em geral, as conclusões se limitam a dizer que a maioria dos entrevistados está satisfeita com o serviço avaliado (COLUSSI; CALVO, 2012).

É recente o interesse pela avaliação de ações e serviços em saúde bucal e um dos motivos para isso pode ser atribuído à inclusão da equipe de saúde bucal na equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), fato que tem suscitado muitas indagações em relação aos impactos observados devido à implantação do programa e quanto aos caminhos a serem percorridos (COLUSSI; CALVO, 2012).

Um dos primeiros pesquisadores a realizar a avaliação no âmbito da saúde bucal foi Chaves. De acordo com Colussi & Calvo (2012), ele dividiu a avaliação em seis categorias:

avaliação do esforço, da eficácia, da eficiência, da propriedade, da adequação e da qualidade. A avaliação de esforço seria o nível mais simples, medindo a quantidade de inputs utilizados por um programa odontológico (recursos humanos, materiais e financeiros destinados ao programa); a avaliação da eficácia corresponderia à medida que os objetivos determinados anteriormente são efetivamente alcançados; a avaliação da eficiência seria obtida através das variáveis tempo, custo e trabalho realizado; a avaliação da conveniência estaria associada à magnitude de determinados problemas escolhidos para a programação e à importância conferida a cada um deles; a avaliação da adequação aferiria até onde o problema global foi resolvido e, por último, a avaliação da qualidade que corresponderia ao nível com maior grau de importância para os programas odontológicos, consistindo em fazer uma análise comparativa entre os trabalhos executados e padrões de desempenho aceitáveis, com uso de avaliadores especialistas no assunto. A avaliação da qualidade poderá ainda apresentar três abordagens de operacionalização: análise dos registros clínicos (auditoria), observação direta de um profissional por um colega bem qualificado, e estudos de comportamentos e opiniões.

A literatura aponta que Chaves foi um dos primeiros a tratar do tema avaliação no âmbito da saúde bucal no Brasil, propondo sua aplicação, conceitualização e classificação, e depois disso poucas foram as iniciativas neste campo (COLUSSI; CALVO, 2012). Estudos sobre o uso de avaliações de serviços em Saúde Bucal são raros, já que a área odontológica é considerada como algo muito difícil e complexo. Esta escassez no uso da avaliação pode ser comprovada a partir da observação da pequena participação dos indicadores de saúde bucal entre os indicadores do Pacto de Saúde (GOES; FIGUEIREDO; ROCHA, 2009).

Procurando investigar quais os principais temas abordados em estudos na área de saúde bucal, Goes, Figueiredo e Rocha (2009) identificaram que as temáticas mais comuns foram: modelos de atenção em saúde bucal, avaliação da atenção primária, avaliação da atenção secundária (CEO), utilização de dados secundários dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), análise da demanda, avaliação da qualidade dos serviços e avaliação de acesso aos serviços de saúde bucal. Os autores ressaltaram que o aspecto satisfação do usuário tem sido muito explorado e valorizado na literatura, e que o mesmo faz parte do componente resultado do modelo de Donabedian para avaliação de serviços de saúde. A ênfase neste aspecto se justifica pelo fato de que esta análise permite observar características não evidenciadas em outros estudos, como por exemplo, a relação usuário–serviço.

Especificamente sobre a atenção secundária em saúde bucal, Machado, Silva e Ferreira (2015) fizeram uma busca na literatura de estudos que tratassem sobre CEO, a fim de identificar fatores que estivessem possivelmente relacionados aos seus desempenhos. As formas de organização e gerenciamento dos processos de trabalho e as características contextuais dos locais em que estão implantados os CEO são fatores que influenciam em seus desempenhos. Os estudos apontavam para a necessidade de construção de outros meios que não apenas os indicadores de satisfação para a avaliação destes serviços (CEO), já que eles podem não ser tão eficazes em refletir a qualidade de sua assistência. Fica então o desafio em desenvolver mais estudos sobre CEO e meios que permitam melhor avaliá-lo.

2.2.1. Estudos sobre CEO

No Brasil, os primeiros estudos realizados sobre **avaliação de CEO** tratavam sobre avaliação de desempenho, visando observar se os serviços estavam cumprindo com o preconizado pela Portaria n° 600/GM – 2006, que contém as metas de produção por tipo de CEO, esta, a única fonte de informação disponível para monitoramento e avaliação dos CEO. Estes primeiros estudos foram desenvolvidos por Figueiredo e Goes (FIGUEIREDO, 2008; FIGUEIREDO; GOES, 2009; FIGUEIREDO et al., 2012; GOES et al., 2012), que inclusive criaram um indicador para a avaliação destes serviços, o indicador Cumprimento Global de Metas (CGM). Além disto, tentaram associar o desempenho a outras variáveis sociais, a fim de verificar possíveis associações e/ou influências. A partir destes trabalhos, muitos outros surgiram sobre o tema.

Figueiredo & Goes (2009) e Goes et al. (2012) encontraram resultados superiores para municípios maiores, com melhor IDH, e muitas vezes sede de microrregião ou de módulo no Plano Diretor de Regionalização (PDR). O que para Fortuna (2011) pode ser justificado pelo fato destes CEO terem sido pactuados como serviços de referência para o atendimento de grandes demandas locais. Estes achados puderam também ser comprovados por outros autores, como Magalhães et al. (2012), Herkrath et al. (2013) e Lino et al. (2014).

Magalhães et al. (2012) ao avaliar o cumprimento global de metas dos CEO em Pernambuco, verificaram que em relação às características estruturais, o não cumprimento se dava mais entre os CEO Tipo I e o maior índice estava entre os serviços credenciados há mais de um ano e que não haviam solicitado antecipação financeira para a sua implantação. Quanto

aos aspectos contextuais, o cumprimento tinha maior frequência nos municípios mais populosos, e menor para os municípios com cobertura de ESB acima de 50%.

Herkrath et al. (2013) observaram, para a região do Amazonas, que a cobertura das Equipes de Saúde Bucal na atenção básica não mantinha relação com o desempenho dos estabelecimentos, estando este mais condicionado às características sociodemográficas dos municípios.

Lino et al. (2014) além de terem encontrado resultados semelhantes, CEO localizados em municípios de maior porte populacional, com maior número de ESB mas com menor cobertura de saúde bucal e com melhores IDH, ao analisar procedimentos especializados ambulatoriais nas áreas de periodontia, endodontia e cirurgia bucal em Minas Gerais no ano de 2010, verificaram que a maior parte dos serviços eram municipais e que possuíam equipe de saúde bucal (52,5%) e não estavam habilitados como CEO (96,9%). Ainda observaram que muitos dos procedimentos especializados eram realizados na atenção básica, e que os CEO se mostram mais eficientes que outros serviços, apesar de em sua maioria não cumprirem com as metas propostas pelo Ministério da Saúde.

Souza (2009) se propôs a avaliar o desempenho de CEO anteriormente a Lino et al. cronologicamente falando, mas abordou o tema sob outra ótica. Avaliou os CEO de Natal através do ponto de vista dos usuários, cirurgiões-dentistas e gestores, concluindo que havia um problema no referenciamento entre a atenção primária e a secundária, pois os pacientes muitas vezes iam diretamente ao CEO sem terem sido referenciados pela atenção básica, além de também não retornarem a este serviço após a conclusão do tratamento especializado. Foi verificado também que, em geral, os usuários estavam satisfeitos com o atendimento recebido, tendo sido apontado como motivo de insatisfação a demora no atendimento.

Celeste et al. (2014) se propuseram a avaliar o desempenho de serviços especializados, sendo estes Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ou não, nos municípios brasileiros, identificando os possíveis fatores associados. A partir da análise do componente de estrutura, identificaram que um maior investimento em recursos financeiros e humanos (mais dentistas) no SUS associava-se a uma maior quantidade de procedimentos realizados, que também pareceram sofrer efeito positivo com a implantação dos CEO.

Quanto ao investimento de recursos, este é um aspecto referente a um tema ainda pouco discutido na área de saúde bucal na literatura, o financiamento dos CEO, debatido por Martelli

(2010), que ressalta em seu trabalho que apenas os recursos disponibilizados por parte do governo federal não são suficientes para a manutenção dos serviços, sendo necessário para isto que também haja investimento dos estados e municípios (financiamento tripartite), o que infelizmente ocorre minimamente no Brasil, podendo a falta de incentivo financeiro comprometer o desempenho dos CEO.

Os estudos sobre avaliação do desempenho dos CEO suscitaram vários questionamentos e perguntas de pesquisa, e assim como o financiamento, surgiram outras temáticas de interesse como a questão do acesso e taxa de utilização dos serviços especializados, a integralidade, a interface Atenção Primária/Atenção Secundária, entre outras que serão abordadas.

Uma destas temáticas foi a expansão no número de CEO no Brasil, que despertou o interesse de pesquisadores para aspectos como a implantação e a distribuição geográfica dos CEO. Silva et al. (2013) procuraram descrever como estava se dando a evolução na oferta de serviços odontológicos especializados nos municípios de médio porte de regiões não metropolitanas do estado do Paraná após a implantação dos CEO, tendo observado que houve o aumento na oferta de serviços especializados, mas sem que fosse acompanhado da elevação no número de tratamentos conservadores ofertados.

A implantação dos CEO e a oferta de serviços especializados foram analisados por Araújo, Menezes e Sousa (2012) no estado do Ceará. Através de dados secundários observou-se que apesar do incremento na quantidade de procedimentos realizados ainda havia problemas com a resolutividade dos serviços, o que pode acarretar no comprometimento no sistema de referenciamento e no descumprimento dos princípios do SUS de universalidade dos serviços, equidade e integralidade da assistência.

No que diz respeito à produção de procedimentos odontológicos especializados, Fernandes (2014) ao procurar descrevê-la e avaliá-la no Brasil no período de 2008 a 2012 e sua correlação com fatores contextuais, encontrou que em relação ao quantitativo de procedimentos, estes foram maiores nas regiões Norte, Sudeste e Nordeste, em detrimento das regiões Centro-oeste e Sul. O autor verificou também que quanto aos fatores contextuais, não houve associação com o IDH, o Índice de GINI, com o Número de Especialistas e o Número de CEO, apenas houve uma relação inversa com a Cobertura por Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal.

Também procurando estabelecer associação entre a implantação e a distribuição geográfica dos CEO com os indicadores de saúde bucal e os indicadores sociais, Saliba et al. (2010) encontraram a partir da análise de dados secundários, uma distribuição relativamente homogênea dos CEO nos municípios brasileiros, em todas as regiões, mas com maior cobertura nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste. A maioria dos CEO situava-se em municípios de grande porte.

Sobre este assunto, Pedrazzi, Dias e Rode (2008) consideram que devido à grande dimensão do território brasileiro ainda há muito por fazer e que deveria haver uma melhor distribuição do serviço especializado nas diferentes regiões do país, para que os serviços de saúde bucal fossem ofertados de forma mais equilibrada.

Alguns pesquisadores afirmam que a distribuição dos CEO no Brasil foi orientada a partir do princípio da equidade (apesar do déficit na quantidade de CEO na região Norte), mas outros estudiosos discordam, pois apontam que a maioria dos CEO se encontra nos municípios maiores e com melhores condições sociais e também de saúde bucal (FIGUEIREDO; GOES, 2009; GOES et al., 2012; SALIBA et al., 2010). Machado, Silva e Ferreira (2015) pontuam que nestes últimos estudos foram utilizadas classificações diferentes para o porte dos municípios, e que o debate sobre o tema é importante, já que para se ter um efetivo funcionamento dos CEO é necessário que haja uma adequada interface com a Atenção Primária à Saúde (APS), e nos municípios pequenos esta interface vai depender do que foi pactuado no PDR entre os municípios ou regiões.

Fortuna (2011) identificou que em geral não houve um planejamento na oferta de CEO e de seu fluxo na rede de atenção por parte dos estados, e desta forma o grande número de CEO existentes em municípios de pequeno porte apontava para um problema na PNSB. Assim, a autora afirma a importância da posse de uma rede básica de atenção consolidada como condição para a implantação de CEO e LRPD e da previsão de fluxos de pacientes no PDR, com funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para garantir o princípio da integralidade.

Esta mesma opinião é compartilhada por Chaves et al. (2010) que discordam da implantação de CEO em municípios onde não há a consolidação da atenção primária à saúde por acreditar que neste caso haveria o atendimento à livre demanda na atenção secundária com a realização de procedimentos próprios da atenção básica e o descumprimento do princípio da integralidade. O que pode ser corroborado pelo fato da assistência odontológica em serviços públicos brasileiros praticamente concentrar-se em serviços básicos, tendo ainda uma grande

demanda reprimida por este tipo de procedimento, havendo, além disto, uma baixa capacidade de oferta dos serviços de Atenção Secundária e Terciária, o que compromete o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal em quase todos os sistemas locorregionais de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2006).

No que diz respeito à relação entre os níveis de atenção, no cenário internacional muito antes já se investigava a existência de problemas na interface atenção primária/ atenção secundária. Morris & Burke realizaram um estudo em 2001 (MORRIS; BURKE, 2001a; 2001b) onde apontaram que dentre os fatores que podem afetar a interface entre a atenção primária e secundária em saúde bucal o mais importante é a dificuldade de comunicação entre os seus profissionais, o que se dá devido à baixa qualidade na troca de informações, já que muitas vezes as fichas de encaminhamento não são preenchidas completamente com todas as informações necessárias.

Faulkner et al. (2003) já indicavam também há bastante tempo como um caminho a ser seguido para a superação de problemas na interface o percorrido por alguns países europeus, onde a interface com a atenção secundária excede o tradicional encaminhamento para realização de procedimentos, englobando a definição comum de protocolos de manejo de casos até o desenvolvimento de programas de atendimento compartilhado entre especialidades e profissionais da rede básica.

Em estudo de revisão de literatura internacional sobre o que havia sido publicado referente ao tema da integração entre os cuidados primários e secundários, Nicholson et al. (2013) observaram que dentre a sua amostra nenhum dos trabalhos havia avaliado a eficácia dos serviços, todos haviam se detido sobre aspectos do processo de governança integrada e sobre a estrutura. Os autores identificaram que se fazia necessária a presença de todos ou alguns elementos para que se obtivesse a integração da governança dos cuidados de saúde primários e secundários: planejamento conjunto; tecnologia de comunicação de informação integrada; gestão da mudança; prioridades clínicas compartilhadas; incentivos; foco na população; indicadores como uma ferramenta de melhoria de qualidade; desenvolvimento profissional continuado como apoio ao trabalho conjunto; engajamento do paciente/comunidade; e a inovação. Estes elementos são considerados essenciais pelos autores para o sucesso da interface e podem servir para nortear a criação de iniciativas de integração que devem se adequar à realidade de cada local.

Estes trabalhos internacionais serviram como referência para o Brasil, apesar de serem os contextos distintos, pois as pesquisas sobre a interface entre a Atenção Primária (AP) e a Atenção Secundária (AS) surgiram bem posteriormente no cenário brasileiro, até porque são relativamente recentes tanto a implantação da atenção primária quanto da atenção secundária em saúde bucal no sistema público de saúde.

Assim, no contexto brasileiro e em uma abordagem diferente, Aguilera et al. (2013) procuraram investigar o discurso dos gestores sobre a integração entre os serviços de atenção básica e de média e alta complexidade em Curitiba. Detectaram que havia vários graus de implantação e organização da atenção primária nos municípios, com dificuldade no acesso a serviços das atenções secundária e terciária, acarretando na interrupção do cuidado (prejudicando assim a obtenção da integralidade e de uma adequada interface entre os níveis de atenção).

Em outra linha, Vazquez et al. (2014) buscaram avaliar como se dava na cidade de Campinas a relação entre o referenciamento da demanda por tratamentos odontológicos especializados e a oferta do serviço, bem como a influência de variáveis socioeconômicas neste processo e a percepção dos usuários sobre a contrarreferência. Concluíram em relação à percepção dos usuários que em sua maioria haviam terminado seus tratamentos, tendo sido marcados no período de até um mês, tendo qualificado o atendimento recebido como bom. Não encontraram comprovação da influência do modelo de gestão sobre o acesso aos cuidados secundários em saúde bucal e observaram que os resultados foram melhores quando havia uma RAS (comprovou-se a relação dos coeficientes de tratamento e variáveis socioeconômicas e menos faltas ao atendimento).

A resolubilidade dos serviços odontológicos a partir da referência e contrarreferência entre a atenção primária e secundária foi analisada por Saliba et al. (2013) em CEO de São Paulo, tendo os autores observado que o CEO estava sendo resolutivo, referenciando, contrarreferenciando (62,6%) e conseguindo atender a maioria da demanda em todas as especialidades, mesmo havendo perda considerável de pacientes durante o tratamento. Após a contrarreferência, também houve conclusão do tratamento na atenção primária na maior parte dos casos (61,1%), sendo este um dado que contraria o que tem sido relatado na literatura.

Trabalho semelhante foi desenvolvido por Borghi et al. (2013) também em São Paulo (Piracicaba), tendo encontrado como resultado que o tempo de espera para o atendimento variou entre uma semana e um mês, que os usuários estavam satisfeitos com o serviço ofertado e que

não retornavam, em sua maioria, para a finalização do tratamento na atenção primária (66,66%), denotando a deficiência na contrarreferência, ao contrário do resultado obtido por Saliba et al. (SALIBA et al., 2013).

Outro tema que está intrinsecamente interligado ao da interface ou coordenação entre os cuidados primários e secundários é o tema da integralidade, que também foi bastante investigado sobre vários aspectos, principalmente em relação aos fatores que influenciam ou dificultam sua obtenção.

Um estudo que teve como objetivo analisar os fatores relacionados à integralidade na assistência à saúde bucal em CEO, segundo os princípios norteadores da Política Nacional de Saúde Bucal, foi desenvolvido por Chaves et al. (2010). Os autores observaram que os usuários que possuíam uma maior facilidade de acesso geográfico, que eram mais jovens e que necessitavam de tratamento endodôntico tinham maior probabilidade de receber assistência integral. Também foram comprovados melhores resultados onde havia a Estratégia de Saúde da Família com uma rede de serviços estruturada e articulada, capaz de operacionalizar a referência e contrarreferência de usuários. Observou-se que a maioria dos usuários possuía ficha de referência, mas que isso por si só não garantia a realização de um dado procedimento na atenção básica e nem a análise da qualidade do encaminhamento.

Procurando investigar as causas para o não comparecimento dos pacientes à primeira consulta odontológica agendada para as diversas especialidades no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, no ano de 2011, Machado et al. (2015) encontraram um percentual de 32,9% de consultas não realizadas devido à ausência do usuário dentre o total de primeiras consultas odontológicas agendadas. O tempo de espera e outros fatores relativos ao perfil do usuário (o fato de ser adulto jovem, do sexo masculino e de residir em determinados distritos), e o fato de ter sido referenciado para as especialidades de cirurgia e endodontia, apresentaram-se associados e como contribuintes para a ausência do usuário.

Tentando avaliar e comparar os modelos de atenção básica em saúde bucal no município de Marília-SP quanto à integralidade (através de dados da atenção secundária), Bulgareli et al. (2013) verificaram como resultado que ambos os modelos (UBS e USF) apresentaram-se semelhantes em relação à atenção secundária (em percentual de faltas, abandono ao tratamento e quanto a resolutividade), apenas havendo uma maior referência para a especialidade de Endodontia por parte das USF.

A partir da definição de integralidade, Aguilar (2009) realizou uma pesquisa sobre as articulações entre os serviços públicos na zona norte do município de São Paulo e observou que apesar do grande número de serviços existentes, eles não se mostravam capazes de garanti-la, pois não eram resolutivos entre si. Para os autores, para se alcançar uma atenção integral ao indivíduo não basta apenas ampliar a oferta de serviços odontológicos à população, tem que melhorar a qualidade dos serviços e aumentar o acesso aos mesmos.

Em seu trabalho também é sugerido por Chaves et al. (2010) que as ações propostas pela PNSB devem estar articuladas com a atenção básica e para que se garanta a integralidade é necessário que haja uma apropriada oferta dos procedimentos e a diminuição de barreiras de acesso aos serviços de saúde bucal, com uma boa taxa de utilização pelos usuários.

Este assunto, referente à acessibilidade, oferta e taxa de utilização dos serviços, também foi alvo da investigação de pesquisadores. Apesar da incontestável ampliação do acesso aos serviços básicos e especializados de saúde bucal desde a implantação da PNSB, sabe-se da existência de uma demanda maior que a oferta de serviços de saúde bucal, o que acarreta em problemas.

Assim, Webber (2009) ao estudar o processo de reorganização da atenção à saúde bucal nos municípios paranaenses (da 10ª RS), pôde comprovar a ampliação do acesso aos serviços odontológicos, mas que ainda havia muito a ser feito para que pudesse se notar avanços significativos nas condições de saúde bucal da população da forma como é proposto na política de saúde bucal.

Ao realizarem um estudo descritivo sobre a atenção odontológica de média e alta complexidade em Santa Catarina, Colussi et al. (2009) puderam atestar o déficit na oferta de serviços de saúde bucal em relação à demanda, acrescido pela observação da baixa participação dos hospitais nesta oferta, bem como da má distribuição das especialidades realizadas, fatores que podem levar ao comprometimento na integralidade da assistência.

Tendo acesso e utilização de serviços como tema de investigação, Chaves et al. (2012) realizaram um inquérito com indivíduos de dois municípios da Bahia totalmente cobertos pela Estratégia de Saúde da Família procurando descrever quais as principais características destes aspectos na saúde bucal básica e especializada. Como resultado, observaram uma utilização de serviços públicos odontológicos especializados de 11,7% e de 26% de serviços básicos. Encontraram ainda uma maior utilização de serviços odontológicos na ESF que na UBS

tradicional e chegaram à conclusão que apenas a cobertura total da ESF não é capaz de resolver a problemática da acessibilidade na atenção primária. Verificaram que a principal barreira de acesso estava na AP (Atenção Primária), havendo pouca interface da atenção secundária com a AP (apontado pelo baixo retorno dos usuários ao serviço). Diante disto, os autores sugerem que se reduzam as barreiras de acesso na AP e que se utilize um protocolo para tentar se alcançar uma longitudinalidade do cuidado.

A partir de análise da oferta e utilização dos serviços odontológicos, Chaves et al. (2011) verificam a necessidade de se efetuar uma revisão das portarias do CEO já que não é possível observar a existência de relação entre tipo de CEO, número de consultórios odontológicos instalados e a oferta potencial proposta. Os autores sugerem ainda que se estabeleça um padrão de oferta baseado no número de profissionais/ consultórios.

Ainda em relação à utilização dos serviços, Vieira-da-Silva et al. (2010) e Mehrotra, Keehl-Markowitz e Ayanian (2008) identificaram como fatores que podem ser responsáveis pelas baixas taxas de utilização as barreiras de acesso aos mesmos, como por exemplo, a ausência de um sistema automático que regule uma lista de espera substituindo os faltosos. Para os autores, deve-se articular a implantação dos CEO a um sistema de gestão que possua metas de oferta de procedimentos por especialidade bem estabelecidas.

Chaves et al. (2011) sugerem além disto a criação de protocolos de referência, que pode ajudar no estabelecimento de uma melhor utilização dos serviços especializados podendo diminuir a realização de procedimentos básicos nos CEO. Aparecem ainda como alternativas o investimento em tecnologias da informação, respeito ao fluxo de encaminhamento e o aumento do tempo de consulta clínica (ALMEIDA, 2010; FIGUEIREDO, 2010; RESES, 2011; SILVA et al., 2008).

É importante que haja a adequação de normas e critérios para implantação e monitoramento de protocolos efetivos de referência e contrarreferência a fim de se combater entraves ao funcionamento dos sistemas de marcação de consultas (como formas de burlar o sistema), pois eles comprovadamente reduzem o tempo de espera para marcação de consulta no CEO (MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015; PEREIRA et al., 2013).

A dificuldade de acesso aos serviços odontológicos em geral é relatada nos estudos sobre satisfação dos usuários, outro tema pesquisado e debatido na literatura.

Procurando conhecer a satisfação dos usuários em relação à assistência à saúde bucal, Costa (2012) encontrou que a acessibilidade aparecia como uma dificuldade a ser enfrentada, tendo sido apontadas longas filas de espera por tratamento, necessidade de se chegar muito cedo para conseguir uma ficha e o favorecimento de vagas no serviço de saúde, bem como também cobertura insuficiente, demanda reprimida e o fato de o usuário ser exclusivo do setor público. Entre os resultados de seu estudo estava também o longo tempo de espera referido pelos usuários entre o encaminhamento da atenção básica até o início do tratamento endodôntico na atenção secundária quando apresentavam dor, o que muitas vezes acarretava na exodontia do elemento (solução do problema para quem não podia pagar pelo tratamento), o que se deve à oferta restrita da atenção secundária. O autor observou ainda que os usuários dos serviços avaliados relataram problema no acesso, o que pode ter relação com o acesso geográfico, com o número de profissionais (resolvido muitas vezes pela ingerência política ou sorte) e com a priorização do atendimento, considerada necessária. Foi verificado ainda que a questão política exercia influência no acesso aos serviços públicos de saúde, contrariando o princípio da equidade.

A dificuldade de obtenção de vaga para atendimento no CEO também foi um dado da pesquisa de Lima, Cabral e Vasconcelos (2010). Uma suposição dos autores é que esta dificuldade possa se dar devido ao pequeno número de profissionais por especialidade nos centros. É sugerido que a expansão da rede assistencial de atenção odontológica secundária não acompanhou o crescimento da oferta de serviços da atenção básica no SUS, fato que pode levar à insatisfação do usuário.

O aumento no acesso da população à atenção básica em saúde bucal e a conseqüente elevação na procura da atenção especializada geram dificuldade na acessibilidade a estes serviços. Esta afirmação foi verificada por Munkevitz & Pelicioni (2010) ao investigarem o olhar e as necessidades de usuários de uma USF em São Paulo após a inserção da equipe de saúde bucal. Em relação à atenção básica, os pacientes mostraram-se insatisfeitos com a não fixação ou constante troca do dentista na equipe e com os critérios e prioridades nos atendimentos.

Fadel (2006) verificou as percepções e critérios de usuários e profissionais em relação à qualidade do atendimento odontológico no serviço público e descobriu que ambos possuem pontos de vista distintos. Uma diferença básica observada foi que os profissionais consideram como relevante a qualidade técnica dos serviços, enquanto que os usuários entendem que a

qualidade está relacionada às condições sob as quais o cuidado é prestado e à forma de tratamento recebida.

Outro estudo que analisou o ponto de vista de profissionais e usuários foi o de Casotti et al. (2014). Os autores analisaram os dados da avaliação externa do PMAQ-AB dos módulos de usuários e profissionais para verificar como se dava a oferta de serviços odontológicos e avaliar a organização da atenção à saúde bucal das equipes que estavam participando do PMAQ-AB em relação aos aspectos acesso de primeiro contato e integralidade, tendo encontrado um acesso de 45,1% de usuários à consulta odontológica, sendo este e o tempo de espera para atendimento especializado fatores considerados problemáticos na assistência, além de terem verificado que nas regiões Norte e Nordeste ainda é menor a garantia de continuidade de tratamento.

O perfil dos usuários foi também assunto de estudos. Lima, Cabral e Vasconcelos (2010) e Chaves et al. (2012) pesquisaram sobre o perfil dos usuários e encontraram resultados consonantes com os obtidos no SB Brasil 2010, em que se verificou o maior acesso da população adulta (35-44 anos) aos serviços de saúde bucal (BRASIL, 2011), o que levou a um menor índice de exodontias neste público. De acordo com Lima, Cabral e Vasconcelos (2010), em geral a população que faz uso dos CEO possui baixa condição socioeconômica, e devido a isto pode mostrar-se sempre satisfeita com os serviços que lhe são ofertados (viés da gratidão), cabendo expandir a investigação para além da satisfação, englobando a qualidade técnica e a adequação do serviço à vida do usuário (FORTUNA, 2011; GOES et al., 2012).

Índices como o quantitativo de exodontias realizadas constituíram-se em objeto de análise de estudos que abordavam a avaliação e monitoramento de indicadores de saúde bucal. Silva et al. (2013) debruçaram seus estudos sobre o tema indicadores de saúde bucal, tanto da atenção básica quanto da especializada e puderam atestar a ocorrência, em municípios do Pará, de aumento no número de primeiras consultas odontológicas programáticas, de procedimentos restauradores e periodontais básicos e especializados, e a redução na razão entre o número de exodontias de dentes permanentes e procedimentos odontológicos individuais. Os autores ressaltaram que apesar do aumento na quantidade de procedimentos, quando a relação é de procedimentos *per capita* passa a indicar uma baixa cobertura populacional, subentendendo-se que há dificuldade no acesso aos serviços de saúde bucal.

Resultados semelhantes foram obtidos por Cruz et al. (2011), que analisando os indicadores de saúde bucal relacionando-os com a organização da rede de atenção em João

Pessoa, no Estado da Paraíba, também observaram elevação do número de primeira consulta odontológica programática (resultado acima da média do MS), manutenção da média mensal de escovação bucal supervisionada e elevação na média de procedimentos básicos individuais, o que para os autores é um resultado favorável consequente à estruturação da RAS e que pode garantir o acesso e a continuidade do cuidado. Lamy (2014) encontrou uma avaliação equivalente para o Estado de Minas Gerais, com aumento nos valores dos indicadores de saúde bucal da atenção básica e diminuição no quantitativo de exodontias realizadas, elevação também no número de procedimentos especializados (periodontais e endodônticos, tendo havido diminuição apenas na quantidade de biópsias, procedimento de estomatologia) em acordo com o crescimento do número de CEO. No entanto, a autora relata que a distribuição dos serviços de saúde bucal e a análise dos indicadores foram diferentes entre as regiões de saúde mineiras.

A proporção de exodontias realizadas esteve associada à desigualdade na distribuição de renda e à cobertura da ESF em trabalho realizado por Palmier et al. (2012). Neste estudo, realizado em 52 municípios do Estado de Minas Gerais, foi maior a proporção de exodontias nos municípios onde havia desigualdade na distribuição de renda e uma menor cobertura da ESF.

Outros pesquisadores como Antunes et al. (2004) e Baldani et al. (2004) também estudaram sobre os efeitos da desigualdade ou iniquidade na condição de saúde bucal e concordaram que os agravos orais são suscetíveis às desigualdades sociodemográficas e geográficas, daí inferindo-se que existem iniquidades em saúde bucal, que por sua vez refletem no acesso e na utilização de serviços de saúde. No entanto, ainda não há conhecimento acerca do efeito do serviço público odontológico sobre as desigualdades nos indicadores de saúde bucal devido ao fato de não haver avaliações sobre o tema em cunho nacional e de serem raras em contextos regionais (ANTUNES et al., 2003a; ANTUNES et al., 2003b; SOUZA; RONCALLI, 2007).

A existência de serviços e a garantia de acesso da população a eles podem causar impacto sobre a saúde (geral e também bucal) da população e no contexto da saúde bucal os CEO podem ser estes serviços que promovem melhores condições de saúde, com atuação na prevenção secundária e terciária da atenção em saúde, realizando ações de diagnóstico precoce e tratamento imediato, de limitação do dano e de reabilitação quando necessário (GOES et al., 2012).

Para que os CEO efetivamente sejam estes serviços capazes de impactar na condição de saúde das pessoas, muitos problemas ainda têm que ser sanados, como foi visto com esta breve leitura. Por exemplo, os problemas estão ligados a aspectos estruturais no momento em que não se consegue suprir a demanda por serviços; de processo, ao se verificar entraves na relação entre os níveis de atenção; e de resultado, quando os estudos de avaliação de desempenho apontam para o não cumprimento da produção mínima exigida e esperada dos CEO. Algumas sugestões para solução de aspectos específicos foram dadas ao longo do texto, mas ainda há necessidade de maior aprofundamento e de abordagem de temas pouco debatidos na área de saúde bucal, a exemplo do campo da tecnologia, que pode ajudar a descobrir outros caminhos.

2.3. TECNOLOGIA EM SAÚDE

O incremento do desenvolvimento científico e tecnológico está entre as atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS) e previsto na Constituição brasileira (Art. 200) (BRASIL, 1988). No entanto, para que possa ser verificado, é importante que ocorra no contexto do país a redução da distância entre a academia e a gestão pública, de forma que as atividades acadêmicas se desenvolvam junto às do serviço (ações de prevenção e controle dos principais agravos à saúde). Além disto, também é fundamental a aproximação da saúde coletiva com a área de ciência, tecnologia e inovação, pois na medida em que isto se dá, progride-se rumo ao desenvolvimento econômico e social.

É recente no Brasil esta preocupação em aproximar a saúde da área de ciência, tecnologia e informação. Foram surgindo aos poucos, a partir da necessidade em promover esta aproximação, iniciativas e a criação de políticas visando intermediar e regulamentar o uso da tecnologia na saúde. Inicialmente verifica-se o surgimento desta preocupação em 1994, quando do acontecimento da 1ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (1ª CNCTIS), mas foi apenas em 2004, durante a 2ª CNCTIS, que propiciou o aumento da discussão em torno da pesquisa em saúde e democratizou o debate da ciência e tecnologia nesta área, anteriormente só existente no meio acadêmico, que a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) foram aprovadas (BRASIL, 2011c). Ressaltando-se o fato de que a PNCTIS tinha como seu primeiro princípio o compromisso com a melhoria das condições de saúde da população, afirmando que as diferenças regionais deveriam ser levadas em conta a fim de garantir a equidade (BRASIL, 1988; 1994a).

No mesmo ano também foi elaborada pelo Ministério da Saúde a proposta da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) (BRASIL, 2004c), que se configurou como uma base crítica para a gestão da informação em saúde. A política propunha-se a utilizar a tecnologia da informação para melhorar os processos de trabalho em saúde (tendo como resultado um Sistema Nacional de Informação em saúde articulado, produtor de informações e de conhecimento) e ajudar na melhoria da condição de saúde da população, com destaque para a preocupação com a modernização dos sistemas de informação do SUS e a melhoria da integração e articulação com os sistemas e bases de dados de interesse para a saúde (BRASIL, 2004c; BRASIL, 2011c).

Em 2009 foi instituída no SUS a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde pela Portaria GM/MS n. 2.690/2009, visando o melhoramento da capacidade de regulação do Estado e promoção da medicina baseada em evidências, a fim de servir de subsídio a gestão, o aperfeiçoamento e a racionalização no uso da tecnologia, prestar suporte ao ensino e à pesquisa em gestão de tecnologias em saúde, aumentando desta forma, os benefícios para toda a sociedade (BRASIL, 2011c).

A avaliação tecnológica em saúde, considerada como aquela que tem como unidade de análise uma tecnologia (de produto ou de processo) em que é possível determinar a sua dimensão temporal e espacial, teve origem como atividade institucionalizada nos anos 70 quando houve uma expansão na atenção à saúde e no desenvolvimento científico e tecnológico voltado à saúde, com incorporação de várias novas tecnologias, que tiveram importantes implicações políticas, econômicas, administrativas e sanitárias. Tudo isto abria caminho para que surgissem propostas de racionalização das decisões e das práticas (NOVAES, 2000).

Conceitualmente, pode-se dizer que *tecnologia* corresponde ao conhecimento aplicado. Em se tratando da saúde, é um conhecimento aplicado capaz de prevenir, diagnosticar e tratar doenças e reabilitar suas sequelas (BRASIL, 2011c). E *Tecnologias em saúde*, segundo a Portaria GM/MS nº 2.510 de 19 de dezembro de 2005 (que instituiu a Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica (CPG) no Sistema Único de Saúde), correspondem ao conjunto de elementos como medicamentos, materiais e procedimentos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, e os programas e protocolos assistenciais, que possibilitam a atenção e prestação de cuidados de saúde (BRASIL, 2005). *Inovação tecnológica em saúde* é a aplicação de novos conhecimentos, podendo estar incorporada num objeto físico (equipamento, medicamento etc.) ou ainda corresponder a um

pensamento de algo novo, como algum procedimento, práticas ou forma de reorganizar os serviços. A progressão da inovação tecnológica em uma determinada sociedade em um período de tempo específico (que na saúde consiste na prática médica e dos serviços de saúde) corresponde à *Difusão tecnológica*. A difusão tecnológica compreende os processos de adoção e uso da nova tecnologia.

Normalmente, verifica-se na saúde que a difusão de novas tecnologias se inicia de forma lenta e vai gradativamente aumentando na proporção em que se observa ser superior e mais efetiva que a tecnologia anterior, havendo o incremento no quantitativo de unidades de saúde que passam a usá-la (BRASIL, 2011c).

Outro conceito que é interessante ser lembrado para melhor compreensão do tema é o de *tecnologia da informação (TI)*, que apesar das múltiplas conceituações existentes, pode ser entendido como o “conjunto de recursos empregados na coleta, armazenamento, processamento e distribuição da informação, abrangendo ainda os métodos, técnicas e ferramentas para o planejamento, desenvolvimento e suporte dos processos de utilização da informação” (BRASIL, 2011c). Em torno desta definição há divergências (quanto à inclusão dos recursos humanos) e consenso (sobre seu uso para expressar a convergência entre a informática e as telecomunicações) entre autores. Alguns deles ainda fazem a diferenciação entre os termos tecnologia da informação e sistemas de informação (SI), sendo considerados pela tecnologia da informação somente aspectos técnicos e pelos sistemas de informação também levados em conta outros, como as questões que envolvem o fluxo de trabalho, pessoas e informações; enquanto outros deles não fazem esta distinção, usando tecnologia da informação nas duas situações (LAURINDO; SHIMIZU; CARVALHO, 2001).

A tecnologia da informação (TI) representa o conjunto de *hardware* (equipamentos e acessórios), *softwares* (programas, aplicativos, etc.) e *firmware*, circuitos integrados de alguns equipamentos com programas internos desenvolvidos para alguma atividade específica, a exemplo de um telefone celular (AZEVEDO, 2009).

Carvalho (1998) é outro autor a conceituar *Tecnologia da informação (TI)* como o conjunto de *hardware* e *software* capaz de desempenhar funções como o processamento de informações (coleta, transmissão, armazenagem, recuperação, manipulação e apresentação), não podendo estes componentes estar dissociados. Para o autor, tecnologia da informação é um meio de aplicação financeira em que a informação é tida como um recurso do processo produtivo, estando assim ligada à racionalidade da organização.

A Tecnologia da Informação, como conjunto de recursos tecnológicos que inclui o uso de computadores, *software*, redes de comunicação eletrônicas públicas e privadas, rede digital de serviços de telecomunicações, protocolos de transmissão de dados e outros serviços, tem sido um dos principais fatores capazes de influenciar (potencializando) no desenvolvimento dos processos produtivos e da gestão das instituições (PINOCHET, 2011).

A Tecnologia da Informação também proporciona uma redução de custos que facilita o estabelecimento de novas parcerias entre empresas e, assim, modifica o ambiente competitivo do mercado. Isto pode ser explicado da seguinte forma: a Tecnologia da Informação proporciona maior eficiência às empresas ao diminuir custos, e também uma maior eficácia, quando a valoriza, fazendo com que as empresas penetrem em novos mercados e se tornem mais sustentáveis (PINOCHET, 2011).

Para este autor, a utilização da tecnologia é importante para a integração e promoção da reestruturação das organizações e desempenha um papel de destaque quando auxilia a subsidiar a administração das empresas, por exemplo, através do fornecimento de elementos para a definição de estratégias empresariais; do apoio aos gestores no monitoramento dos negócios; quando torna a comunicação interna e também com fornecedores e clientes mais rápida; quando proporciona maior agilidade nas tarefas burocráticas; quando facilita a execução de atividades administrativas e ajuda na gestão da produção.

Ainda de acordo com Pinochet (2011), a informação e o seu adequado gerenciamento são determinantes para o sucesso das empresas, ao que faz algumas considerações a respeito da importância da informação no contexto atual. Assim, afirma que a informação é vista como a base da competição e também como um dos principais recursos da empresa (devendo ter uma gerência equiparada em importância a de recursos tradicionais como finanças, materiais, pessoas, entre outros); que a obtenção de informações sobre detalhes da organização são condições estratégicas para os tempos atuais; que a informação embasa o processo de tomada de decisões e é um instrumento de comunicação e desdobramento de objetivos; que é o registro de dados do cotidiano da empresa que viabiliza a obtenção de informação e conseqüentemente, que se efetue o controle; que a informação é o que produz conhecimento, essencial para o sucesso da empresa.

No âmbito dos serviços de saúde, o uso da informática, através da aplicação da TI, pode ser empregada para a obtenção de uma melhor qualidade da assistência, auxiliando na contabilidade (também de informações epidemiológicas e de avaliação de saúde) e na redução

de despesas. Em suma, é um instrumento que pode ser utilizado para ajudar a obter uma melhor saúde a um menor preço. Neste contexto, a solução está na reorganização do ambiente e do fluxo de trabalho dos serviços de saúde (CARVALHO, 1998).

No entanto, de acordo com o autor, a tecnologia da informação ainda é pouco empregada na área da saúde, mesmo tendo o seu uso cada vez mais difundido na sociedade moderna e apesar dos avanços ocorridos nas tecnologias relacionadas com a atenção à saúde. Ainda é um campo em descobrimento para este setor, e no Brasil por mais que tenha havido algumas iniciativas de sucesso isoladamente, continua a ser necessária uma maior consciência para que se torne mais conhecida e priorizada.

A expansão no uso de sistemas de informação observada nos últimos anos pode ser justificada em parte pela evolução na área da informática, em que se verifica uma redução no custo de equipamentos aliada a uma maior capacidade de processamento; pela diversidade e facilidade no acesso a aplicativos; pelas novas ferramentas de produtividade e surgimento das redes de computadores. Tudo isto tem facilitado o emprego crescente da TI em vários setores (CARVALHO, 1998).

Um fator que pode limitar o emprego da TI, segundo Carvalho (1998), é o desconhecimento do que a TI é capaz de realizar como ferramenta ou o medo do processo de mudança que o seu uso pode acarretar. O autor é da opinião de que posturas contrárias ou que dificultem a adoção da TI devem ser evitadas.

Muitas são as vantagens que o uso da informática moderna pode oferecer que justificam o seu emprego na realidade dos serviços de saúde do Brasil, como a facilidade de acesso à informação a qualquer momento, a confiabilidade da informação para a tomada de decisão, o menor tempo gasto para a recuperação da informação, e o uso das bases de dados para avaliação da efetividade de serviços de saúde (CARVALHO, 1998).

Segundo Moraes (2002), a utilização da informação em saúde deve ainda servir para o fortalecimento dos direitos humanos, para auxiliar na erradicação da miséria e das desigualdades sociais, além de contribuir para a tomada de decisão no setor, visando obter uma atenção de qualidade, mais efetiva e consonante com a particularidade das pessoas e ao contexto de cada população.

As atividades no âmbito da pesquisa científica e tecnológica em saúde devem ser capazes de promover, manter ou recuperar a saúde das pessoas, devendo o impacto no estado

de saúde destas pessoas servir como referencial para a definição e a delimitação das atividades (BRASIL, 2011c).

Assim, tem se usado mais os sistemas de informação no apoio à saúde da população e, no contexto da saúde pública, nas atividades de prevenção e promoção de saúde, controle, vigilância e monitoramento de doenças. No entanto, tanto para a área pública quanto para a privada se faz necessário o investimento em tecnologias que possibilitem o aumento no controle e melhoria na qualidade da atenção prestada (PINOCHET, 2011).

Infelizmente, no contexto brasileiro ainda é incipiente apesar dos esforços empreendidos, as atividades de Ciência, Tecnologia e Inovação no setor de serviços de saúde públicos e/ou privados, sendo a realização destas atividades mais comum na área acadêmica. Também se verifica no Brasil um quadro de desigualdade e manutenção de carências consideráveis em seu desenvolvimento tecnológico (em especial nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste) (BRASIL, 2011c).

Em pesquisa realizada por Carvalho (1998), este quadro de desigualdade e carência no desenvolvimento tecnológico é retratado. O autor descreve a situação encontrada nos níveis municipal, estadual e federal de saúde. Na maior parte do nível municipal se observa minimamente o uso da informática, isto devido à falta de responsabilização pela questão da informação, inclusive com a ausência de gerentes de informação e informática em saúde e a falta de capacitação e treinamento adequados. No nível estadual observam-se ações pontuais favoráveis à informação e à informática (acarretando em *ilhas de automação*, estas representando para o autor a desintegração em um sistema) em geral desconectadas das prioridades institucionais. Na esfera federal, encontra-se uma maior sintonia nas iniciativas, gerando produtos e serviços úteis para os gestores da saúde. Este trabalho apesar de ter sido realizado há bastante tempo, infelizmente ainda faz parte da realidade de muitas regiões brasileiras.

O autor destaca que a TI pode servir como ferramenta para uma maior aproximação e integração dos municípios de pequeno porte com as políticas nacionais de saúde e que deve ser incentivado o estabelecimento de uma cultura de informática a fim de estimular a utilização criativa da TI e a produção de novas bases de dados de interesse público. É sugerido ainda que a fim de evitar a desintegração da TI na saúde, devem-se integrar tecnologias nos próximos sistemas de informática e adotar padrões, sendo também importante que os gestores assumam

o papel de estimular a utilização da TI, com o intuito de se atingir a promoção da melhoria da saúde pelo uso da informação eletrônica.

Carvalho (1998) pondera que além da disseminação, qualidade, relevância e disponibilidade da informação, é importante que haja políticas que incentivem seu uso, com investimento em equipamentos e recursos (a exemplo de computadores, provedores de acesso e capacitação de usuários), em especial para os pequenos municípios.

Incitar um processo político em torno da produção, disseminação e uso das informações (pela gestão da saúde ou até mesmo para subsidiar a execução do controle social sobre as políticas públicas vigentes) é um grande desafio proposto para o campo da Informação e Tecnologia da Informação. A fim de atingir este objetivo, é importante que a informação e as tecnologias a ela associadas se constituam em parte da Agenda Política da Saúde e que o debate não se restrinja apenas aos técnicos e especialistas, mas que envolva outros atores sociais (MORAES; SANTOS, 2001).

Também é um desafio desenvolver ações que possam ajudar na superação de resistências na utilização das informações e suas tecnologias na gestão da saúde. Os autores acreditam que uma alternativa para uma nova abordagem na Gestão da Informação em Saúde é que se estabeleçam meios onde os usuários, profissionais e gestores do SUS possam interagir e se expressar em relação ao processo saúde-doença na população brasileira, partindo de seus posicionamentos nos diversos níveis e espaços de gestão do SUS. A abertura destes espaços interativos faz-se necessária principalmente devido à centralização das ações de governo, sendo uma forma de participar das tomadas de decisão (em especial para os usuários, que muitas vezes foram excluídos deste processo).

O Ministério da Saúde, tem se esforçado para modificar o quadro de dificuldade na operacionalização conjunta dos sistemas, e nesta tentativa desenvolveu iniciativas como a definição dos cadastros de usuários e de estabelecimentos de saúde, o Cartão Nacional de Saúde (CNS) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em princípio únicos para todos os SI, e depois disso unificou as tabelas do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) (BRASIL, 2011c). Atualmente tem sido implantado no país estratégias como o *e-SUS* e o *e-Saúde* ou *telessaúde*. O Ministério da Saúde (MS) assumiu recentemente o compromisso de reestruturar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), visando contribuir para a melhoria na qualidade da informação em

saúde potencializando o seu uso pelos gestores, profissionais de saúde e usuários. A reestruturação do sistema, que corresponde à *Estratégia e-SUS AB*, deve seguir diretrizes contidas em algumas políticas e programas nacionais, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), o Programa Saúde na Escola (PSE), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), o Plano Estratégico de e-Saúde no Brasil e a integração aos sistemas de informação que compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2014).

A *Estratégia e-SUS AB* é composta por dois sistemas de *software* para a captação eletrônica de dados, o sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB) e o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-AB). Os dados deverão ser coletados em um novo sistema de informação, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), substituto do SIAB (BRASIL, 2014).

Esta estratégia permite além da integração entre os vários sistemas de informação existentes (importante para otimizar o trabalho dos profissionais), que se faça o registro individualizado das informações em saúde, de forma que é possível o acesso a todo o histórico de atendimentos de cada paciente e também ao que foi produzido por cada profissional. Fora o registro de procedimentos das equipes de atenção básica, o SISAB também registra produção de outros setores como das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), de Consultório na Rua (CnaR), da Atenção Domiciliar (AD), do Programa Saúde na Escola, do Programa Academia da Saúde e das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) (BRASIL, 2014).

Na prática, ainda é muito recente a implantação do e-SUS, e já está sendo desenvolvida uma nova versão melhorada do sistema, com correção de falhas identificadas após o seu uso. Há dificuldades do sistema em consolidar todos os dados e de se fazer avaliações com base nestes dados, sendo um desafio, por exemplo, se efetuar a avaliação do PMAQ neste contexto informatizado (quando da comprovação de documentos). Estes são aspectos que deverão ser ajustados ao longo do tempo, com o uso rotineiro desta ferramenta.

De acordo com Brasil (2014), para que haja sucesso nos esforços de reestruturação do sistema, a partir do SISAB e e-SUS, é necessária a participação dos gestores, dos profissionais de saúde e dos trabalhadores do SUS no seu processo de implantação, utilização e aperfeiçoamento contínuo.

Em relação à outra estratégia, o e-Saúde ou telessaúde, esta vem sendo utilizada em vários países do mundo, inclusive no Brasil, sendo uma nova tendência do uso da informática na saúde. O desenvolvimento de ações de telessaúde na América Latina foi incentivado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) no momento em que este recurso foi incluso no documento *Estrategia y Plan de Acción sobre eSalud (2012–2017)* no ano de 2011 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011b). A OPAS então conceitua no referido documento, a telessaúde como o uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC) para a prestação de serviços de saúde principalmente em contextos onde há o distanciamento físico impedindo a prestação desses serviços. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a telessaúde de forma semelhante acrescentando que ela possibilita a realização de diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, pesquisa e avaliação e educação continuada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). A OMS recomenda ainda, para que se atinja um patamar de alta qualidade na saúde para todos, que se faça uso da telemática como um dispositivo político e estratégico de planejamento em saúde (CRAIG; PATTERSON, 2006), devendo-se compreender telemática como uma disciplina que tem como objeto de estudo a manipulação e a utilização da informação através do uso conjunto de computador, seus acessórios e meios de comunicação (FERREIRA, 1999). Nesta disciplina, subentende-se que há comunicação à distância e quando as informações trocadas dizem respeito a aspectos da saúde, pode assumir os nomes de telemedicina, telessaúde e e-Saúde ou e-Health (NORRIS, 2002).

A e-Saúde (*e-Health*) emprega recursos como a internet para propiciar o acesso à atenção em saúde, dando origem ao setor de informática médica, constituindo-se em não apenas um desenvolvimento técnico, mas em uma nova forma de trabalhar e fazer saúde sob uma ótica mais integrada (PAGLIARI et al., 2005). Esta estratégia possibilita a obtenção da “segunda opinião” de especialistas para locais geograficamente isolados, e promove o encontro entre profissionais, contribuindo desta forma para a sua capacitação e conseqüentemente para uma melhor qualidade no atendimento ao paciente (possivelmente até ajudando na redução do gargalo para a atenção secundária) (REZENDE et al., 2010). No entanto, Rezende et al. (2010) destacam que deve haver atenção em relação aos aspectos éticos e legais, antecipando que podem ocorrer problemas desta ordem, e que além da discussão em torno deste tema é necessário que se desenvolvam protocolos e normas específicas para as diferentes áreas envolvidas.

No contexto de um mundo globalizado, a e-Saúde possibilita a interação não só entre pessoas ou profissionais, mas também entre países, havendo a troca de experiências exitosas, permitindo com esta disseminação que haja melhoria nas atividades e que sejam encontradas soluções para determinadas questões problemáticas na área da saúde (SANTOS et al., 2007). No entanto, a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010) relata que apesar da grande utilização deste tipo de recurso no mundo, ela se dá de maneira desigual. Em países de menor desenvolvimento, a utilização é baixa e tem conteúdo distinto daquele apresentado pelos países mais desenvolvidos, nestes últimos estão voltados basicamente para o diagnóstico e o controle, enquanto que para os primeiros se relacionam com a interface entre os níveis de atenção.

Entre os motivos apontados pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010) para a pouca adoção deste tipo de recurso pelos países em desenvolvimento estão o desconhecimento por parte dos gestores sobre os benefícios trazidos pelo seu uso, a falta de evidência que comprove o benefício, as limitações no financiamento, a resistência na utilização, a inexperiência e a inércia do sistema de saúde. Ainda são consideradas como barreiras para a sua utilização em países em desenvolvimento os altos custos, a precariedade na infraestrutura e a falta de conhecimento técnico, enquanto que para os países desenvolvidos são as questões relativas à privacidade e segurança, às prioridades dos sistemas de saúde e à falta de demanda.

No cenário da América Latina, Santos et al. (2014) detectaram em seu estudo que vários países latino-americanos já implantaram projetos nacionais de telessaúde (Brasil, Colômbia, Equador, México, Panamá), enquanto alguns estão em fase de implantação (Bolívia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Peru, Venezuela) e outros ainda estão em formas muito iniciais. Os autores sugerem que a criação de ferramentas para o monitoramento das ações de telessaúde pode auxiliar em seu crescimento na região. Para Fernandez & Oviedo (2010), a realização de ações de telessaúde na América Latina é desafiadora devido ao fato de ser uma região heterogênea e com distribuição de renda desigual.

No Brasil, no âmbito da saúde pública já há várias iniciativas de telessaúde com previsão de expansão, especialmente após a implantação do Projeto Nacional de Telessaúde e da Rede Universitária de Telemedicina (REZENDE et al., 2010), com apoio de várias universidades brasileiras. Em Pernambuco, destaca-se o Projeto de Telessaúde no Programa de Saúde da Família (PSF) do Grupo de Tecnologias da Informação em Saúde (TIS) da Universidade Federal de Pernambuco, que através de financiamento federal conseguiu implantar a Rede de Núcleos de Telessaúde (NUTES) de Pernambuco no ano de 2003. A Rede tem como objetivo

contribuir para a formação dos profissionais da atenção básica através de videoconferências e educação à distância de forma a tornarem-se mais resolutivos em suas práticas (NOVAES et al., 2006).

Por fim, Santos et al. (2014) ressaltam a importância em se desenvolver ferramentas que permitam a avaliação de programas de telessaúde, pois a avaliação possibilitará conhecer o sucesso ou fracasso do programa, se há outra alternativa com melhor custo-efetividade, quais os seus efeitos (se desejáveis ou não), se são válidos a permanência e o investimento no programa.

Após a descrição de iniciativas surgidas no cenário brasileiro, é interessante abordar o que tem sido referido na literatura por pesquisadores em seus estudos sobre o uso de tecnologias na área de saúde, tanto no contexto nacional quanto no internacional.

Carvalho já em 1998 (CARVALHO, 1998) citava o uso tanto do prontuário eletrônico quanto a iniciativa dos cartões de saúde. Apontava que o uso do prontuário eletrônico poderia suprir a deficiência da informação trabalhada em papel (por exemplo, prontuários médicos incompletos ou de conteúdo indecifrável) e que os cartões de saúde que tinham como objetivo o armazenamento de dados e informações atualizadas dos pacientes, constituía-se numa proposta que se somava a outras iniciativas como a do cartão SUS, pretendendo através destes registros do paciente oferecer-lhe uma assistência de melhor qualidade.

Pinochet (2011) apontou alternativas no uso dos recursos de tecnologia de informação na saúde, como a contribuição na preservação do meio ambiente; o uso de inteligência artificial ou sistemas de tomada de decisão no suporte à implementação de processos específicos; o uso da ferramenta eletrônica no estabelecimento e na distribuição de equipes multiprofissionais nos estabelecimentos de saúde; o uso de computadores para auxílio na informação ao paciente; a utilização da computação voltada para o ensino e extensão; e o uso de Sistemas de Informação Hospitalar (SIH) de forma a viabilizar a comunicação interna nas unidades hospitalares.

Diversos autores têm discutido sobre o uso da ferramenta eletrônica automatizada na saúde, e em especial, a têm comparado com os métodos tradicionais de coleta de dados em papel.

Thwin et al. (2007) consideram que a informática tem contribuído para a mudança na coleta de dados para a investigação clínica, havendo um processo de transição na transferência da documentação médica em papel para o armazenamento eletrônico e a opção entre os dois

métodos tem se constituído em uma questão-chave para os pesquisadores clínicos. Os autores relatam ainda que é escassa a literatura sobre a coleta de dados eletrônicos.

Paulsen, Overgaard e Lauritsen (2012) afirmam que a investigação em processamento de documentos iniciou-se em meados dos anos 60 e que em 1980 a segmentação automática de texto e a pesquisa discriminatória se fortaleceram a partir do desenvolvimento dos computadores e da crescente necessidade de captar grande quantidade de dados. Surgiu uma variedade de sistemas de processamento de dados, dentre eles distintos tipos de procedimentos de processamento ou de digitalização automática de formulários, que passaram a ser oferecidos pela ascendente indústria comercial.

Os pesquisadores têm voltado a sua atenção para os métodos eletrônicos de coleta de dados com o intuito de obter dados de melhor qualidade e para que os estudos se tornem mais eficazes e eficientes (THWIN et al., 2007). Os autores ponderam que devido ao alto investimento em hardware, software e treinamento para a coleta eletrônica de dados (EDC), devem-se levar em conta as vantagens e desvantagens no momento de sua adoção. Como vantagens no uso de EDC têm-se: “(1) integração de tipos de dados mistos pelo pré-carregamento de dados disponíveis eletronicamente e introdução de dados não eletrônicos manualmente; (2) programada verificação de erros por algoritmos de decisão transparente; (3) direcionada entrada de dados através do uso de listas de seleção, entrada de dados forçada e padrões pular automatizados; (4) procedimentos de validação automatizados, como a confiabilidade dos dados e verificações de intervalo de dados; (5) maior oportunidade para a inovação; e (6) a redução do tempo de implementação do estudo para submissão de manuscritos. As desvantagens são: (1) muito tempo e necessidade de programação para desenvolver sistemas EDC; (2) os custos dos equipamentos; e (3) a falta de capacidade de verificar os dados mal codificados contra registros em papel, uma vez que os dados tenham sido inseridos”. Os autores enfatizam que mesmo com estas desvantagens, a EDC apresenta-se superior aos métodos de coleta em papel em flexibilidade, inovação e menor esforço.

Os autores consideram que o uso de EDC não só reduz gastos como aumenta a eficiência e que custos com desenvolvimento, suporte provisório e resolução de problemas podem ser compensados por ganhos de um sistema EDC.

Segundo Paulsen, Overgaard e Lauritsen (2012), cada vez é mais comum a utilização clínica e científica de dados reportados pelo paciente, sendo frequentemente empregados os formulários em papel. Os autores afirmam que a dupla entrada manual de dados apesar de

trabalhosa é considerada como o padrão-ouro definitivo para a transferência de dados para um formato eletrônico, e que o processamento automatizado de formulários pode constituir-se numa alternativa. A depender do método escolhido, o processamento automatizado de dados pode mostrar-se melhor que a entrada única de dados manuais.

Bouchet, Empereur e Kohler (1998) avaliaram o rendimento de uma ferramenta automatizada de codificação e também verificaram que os resultados alcançados por meio do uso do método computadorizado foram melhores que os obtidos através do método manual, mesmo quando se contou com participação médica. Além disso, comprovaram que a ferramenta automatizada de codificação permitiu uma recuperação mais rápida e eficiente dos códigos que a do método manual.

Apesar da substituição do uso dos formulários de papel pelas ferramentas webbased para a coleta de questionários representar o futuro, no momento existe dificuldade em utilizar e responder a este tipo de método por parte de alguns grupos da população (principalmente os idosos). Há ainda um problema em relação à validação quando se realiza a inserção direta dos dados através da internet, já que não há outra fonte de informação capaz de executar a correção dos dados (PAULSEN; OVERGAARD; LAURITSEN, 2012).

O processamento de formulários automatizados pode ser explicado como sendo um método onde se faz a captura "automática" das informações contidas nos campos de dados por leitura óptica, fazendo a conversão para um formato eletrônico, ficando os dados armazenados neste formato. Esta metodologia permite que se automatize o processamento de dados através da utilização de modelos pré-definidos e configurações (PAULSEN; OVERGAARD; LAURITSEN, 2012).

De acordo com os autores, as formas automatizadas de processamento de tecnologias estão ganhando espaço e passando a ser defendidas devido ao fato de possibilitar a melhoria da qualidade de dados, no tempo adequado e por reduzir custos.

Ao comparar o uso anterior e atual da tecnologia, Pinochet (2011) afirma que antes a tecnologia aumentava a resolubilidade, mas também o custo do atendimento e atualmente, tem possibilitado o estabelecimento de parcerias e com isso, reduzido despesas e elevado sua eficiência (através da racionalidade no gerenciamento da demanda dos pacientes) e eficácia, mudando o foco da preocupação da doença para a promoção da saúde.

O uso de processamento de formulários automatizados oferece como vantagens um baixo nível de erro, a melhoria no processo de verificação de dados e uma significativa redução no tempo necessário para a entrada de dados (importante para os estudos que envolvem muitos participantes) (PAULSEN; OVERGAARD; LAURITSEN, 2012; THWIN et al., 2007).

Ao avaliarem uma ferramenta automatizada de dados chamada LifeCode comparando-a a programadores humanos, Morris et al. (2000) também identificaram algumas outras vantagens dos programas automatizados (tipo o LifeCode) sobre codificadores humanos: o fato de serem previsíveis, reproduzíveis e rápidos. Concluíram também que a ferramenta em questão era precisa e que possuía potencial para uma maior codificação, consistência e produtividade. Os autores consideram que a precisão e a velocidade de codificação são imperativas numa época em que se busca “fazer mais com menos”, sendo essencial a produtividade e a eficiência na codificação. No entanto, não deixam de destacar que os programadores humanos por vezes se fazem necessários para a apreensão de detalhes de natureza subjetiva, que requerem a interpretação e a perspectiva do codificador (sendo este um aspecto discutível, ao qual os autores referem-se como “semente da discórdia defensável”).

Por fim, Morris et al. (2000) concluem que diante da escassez de programadores experientes, da natureza tediosa de codificação de registros médicos e da variabilidade na codificação humana tem-se um futuro promissor para os sistemas de codificação automatizados.

Os registros médicos eletrônicos (EMR) são apontados por Hazlehurst et al. (2009) como uma alternativa para uma medição abrangente da qualidade da atenção (considerada por eles como imprescindível para uma orientação efetiva para a melhoria da qualidade e da inovação do cuidado), já que atualmente a medição da qualidade global não é realizada rotineiramente e se dá através de dispendiosas revisões manuais de prontuários dos pacientes.

Para os autores, qualidade abrangente e rotina de avaliação de cuidados requer mais que a implementação de EMR, sendo necessário o uso de tecnologia confiável, de fácil manutenção e que faça a medição automatizada de práticas clínicas complexas.

Este tipo de tecnologia propicia o aumento da disponibilidade de dados eletrônicos, o que leva à preocupação em como se constatar a veracidade desses dados (THWIN et al., 2007).

Em relação a este último aspecto, de acordo com Brasil (2011c), a responsabilidade em assegurar melhores condições técnicas para os processos de coleta, tratamento e disseminação

de informações e para a manutenção das bases de dados, e de definir e implantar padrões e normas que possibilitem a comunicação de informações entre os vários sistemas digitais com a garantia da autenticidade e de segurança no armazenamento e transmissão de informações são atribuições da gestão de dados e informações.

Reeves & Bowen (2013) empregam o termo governança de dados para o “exercício da autoridade e controle sobre a gestão dos dados ativos numa empresa inteira” e afirmam que na área de saúde também se faz necessário o monitoramento e a implementação da segurança de informações críticas de saúde (sendo esta uma obrigação do setor). Considera-se ainda como governança de dados todos os meios empregados no sentido de orientar, gerenciar, proteger e governar a informação eletrônica sob o controle de um hospital ou sistema de saúde.

Além deste aspecto da preocupação com a governança dos dados das tecnologias empregadas, também deve haver preocupação quando do momento da sua incorporação. Assim, quando da decisão da incorporação de uma nova tecnologia, deve-se observar a questão ética e principalmente, realizar uma criteriosa revisão da literatura. Devem ser analisados fatores como a acurácia, eficácia, segurança da tecnologia, custo e impacto para o sistema de saúde, ou seja, se contribui para a promoção, manutenção e/ou reabilitação da saúde (ARAÚJO; FERRAZ, 2005; SCHRAMM; ESCOSTEGUY, 2000). Capucho et al. (2012) sinteticamente colocam que antes de disponibilizar uma tecnologia deve-se analisar seus benefícios, custos e riscos, a fim de racionalizar o seu uso.

Assim, com o intuito de institucionalizar uma forma legal que norteasse a incorporação de tecnologias na saúde, foi aprovada a Lei 12.401/2011 que cria a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC para auxiliar o MS nos processos de inclusão, exclusão e/ou alteração de tecnologias, levando em consideração os aspectos citados acima e estabelecendo critérios e prazos para a incorporação, visando garantir maior agilidade, transparência e eficiência a este processo. São disponibilizados relatórios com as decisões da CONITEC ao público, o que além de conferir transparência também pode auxiliar na tomada de decisão da gestão dos serviços de saúde e as decisões do judiciário (CAPUCHO et al., 2012).

A criação da CONITEC possibilita o aumento da discussão e comunicação entre os setores da sociedade, e traz informação atualizada e de qualidade e disponível a todos da mesma forma e ao mesmo tempo, além de permitir que a população participe e escolha o modelo e uso de tecnologia que considera mais apropriado e melhor para si (CAPUCHO et al., 2012).

Os aspectos mais importantes e que merecem destaque com esta iniciativa são que haja a democratização da informação e que o uso da tecnologia traga benefícios que superem os riscos e custos e que contemplem a toda a população.

Neste trabalho é apresentada a proposta de uma nova ferramenta eletrônica denominada *Portal Eletrônico para Avaliação e Monitoramento do CEO* (Portal CEO), que assim como indica o nome visa contribuir para uma melhor avaliação e acompanhamento contínuo dos CEO, auxiliando a identificar possíveis entraves nos serviços para o seu pleno funcionamento e qualidade no atendimento prestado.

Esta ferramenta é um dispositivo que permite a inclusão automatizada de dados, para avaliação e monitoramento remoto dos serviços, e que gera uma nota para cada critério de qualidade estabelecido no Portal CEO e uma nota geral do serviço, devendo com isso mostrar o nível de cumprimento dos padrões de qualidade daquele serviço servindo de instrumento de autoavaliação para gestão da informação e tomada de decisão imediata.

O Portal CEO permite ainda a visualização após inclusão e envio de dados, ficando disponíveis também as notas das avaliações dos meses anteriores, de modo que é possível o acompanhamento da evolução do serviço ao longo do tempo. Os resultados poderão ainda serem visualizados em nível nacional (módulo GestBucal), por estado (módulo gestor estadual) e municípios (módulo gestor municipal). Os serviços também poderão ser comparados através do estabelecimento de um parâmetro nacional (nota nacional resultaria da média aritmética dos resultados dos serviços estaduais disponíveis) e parâmetro estadual (nota estadual resultaria da média aritmética dos resultados dos serviços municipais disponíveis).

Assim, este trabalho é uma iniciativa inovadora e de caráter propositivo, que sugere o emprego de uma tecnologia que segue os aspectos éticos e preocupa-se com a segurança da informação (as notas podem ser visualizadas, mas não os dados), que não oferece risco e não requer custos adicionais, bastando apenas que haja acesso a um computador ligado à internet, e que apenas pode trazer benefícios para a gestão, para os profissionais de saúde e conseqüentemente, para a população. Desta forma, pode-se afirmar que tem grande potencial e que cumpre com o que se espera do uso da tecnologia em saúde.

PROPOSIÇÃO

3. PROPOSIÇÃO

3.1. OBJETIVO GERAL

- Avaliar a usabilidade de uma ferramenta *webbased*, denominada *Portal Eletrônico de Monitoramento e Avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas* (Portal CEO) durante o seu período inicial de implantação em serviços (CEO) de municípios do Estado de Pernambuco.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar a expectativa dos participantes sobre a utilização do Portal CEO;
- Avaliar o desempenho e a qualidade dos CEO de Pernambuco;
- Testar a existência de associação entre o desempenho e a classificação da qualidade encontrada a partir do Portal CEO.

Hipótese: A hipótese é que haja associação entre o desempenho e a classificação da qualidade apresentada pelos serviços.

METODOLOGIA

4. METODOLOGIA

Este estudo faz parte da pesquisa Avaliação de efetividade de uma ferramenta webased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Edital 10/2012 – Pesquisa em Saúde Bucal através do processo 403419/2012-3 e Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco - Edital 13/2012 - PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE PPSUS – REDE MS/CNPq/FACEPE/SES – APQ-0026-4.00/13, submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco, obtendo parecer favorável sob o N° 399.931. O projeto obedeceu aos requisitos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, beneficência e da não maleficência.

4.1. TIPO DE ESTUDO

Foi realizada uma investigação avaliativa, exploratória e analítica com o objetivo de contribuir para a consolidação do conhecimento na área de avaliação em saúde. A pesquisa teve um caráter quantitativo quasi-experimental, pois utilizou uma intervenção à investigação que é o Portal Eletrônico para Avaliação e Monitoramento do CEO (Portal CEO), num contexto controlado e o avaliador assumiu um posicionamento externo à intervenção. A utilização da informação é para demonstração e o juízo formulado em relação à temporalidade é de hipótese pontual. O estudo é transversal e avaliou apenas o recorte do **primeiro mês** de implantação do *Portal Eletrônico para Avaliação e Monitoramento do CEO* (Portal CEO) para uma análise inicial da usabilidade da ferramenta.

O instrumento Portal CEO foi previamente elaborado e validado na pesquisa “*Avaliação, monitoramento e gestão dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) do Brasil*”, no Projeto de Fortalecimento da Odontologia Brasil-Cuba.

4.2. LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em todos os Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco, implantados até o fim de 2013, a fim de ser possível a coleta dos dados de

produção destes serviços referentes a todo o ano de 2014, que se constitui na primeira etapa desta pesquisa. A base comparativa e operacional adotada foi as macrorregiões de saúde (Metropolitana, Agreste, Sertão, Vale do São Francisco e Araripe).

4.3. AMOSTRAGEM

Para facilitar o entendimento, de antemão é importante destacar que esta etapa foi composta pelas seguintes fases: projeto piloto e oficinas de implantação do portal CEO; investigação da expectativa dos participantes em relação ao Portal CEO; análise das classificações dos serviços após o uso inicial do Portal CEO, que serão descritas nesta sequência.

4.4. ETAPAS METODOLÓGICAS

A metodologia proposta foi dividida em 3 (três) momentos ou etapas para sua operacionalização. Desse modo, as atividades desenvolvidas em cada uma delas serão também descritas com base nesta divisão, a saber:

- 1) Avaliação inicial do desempenho dos CEO/PE;
- 2) Implantação do Portal CEO;
- 3) Teste do desempenho em função da classificação da qualidade dos CEO.

4.4.1. Avaliação inicial do desempenho dos CEO/PE

Esta etapa correspondeu à avaliação de desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas. Este estudo foi de corte transversal, quantitativo, com caráter normativo referente ao ano de 2014, oriundo da coleta de dados secundários do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

Para coletar os dados, identificaram-se todos os CEO registrados em Pernambuco no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e obtiveram-se os arquivos de dados dissemináveis para tabulação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS do estado de Pernambuco do ano de 2014. Todos os CEO que constavam no CNES foram incluídos, independentemente do tempo de implantação e produção apresentada, totalizando 53 serviços estudados.

De posse dos CNES dos Centros de Especialidades Odontológicas, os dados obtidos foram tabulados pelo programa TAB para Windows – TABWIN (Ministério da Saúde, Brasil) e exportados para o programa Microsoft Office Excel 2007 (Microsoft Corp., Estados Unidos), no qual agrupou-se os procedimentos de acordo com os subgrupos: procedimentos Básicos, procedimentos de Periodontia, procedimentos de Endodontia e procedimentos de Cirurgia Oral, além dos dados sobre o município detentor do CEO, tipo de CEO, tempo de implantação do serviço (segundo portaria) e IDH. Os dados sobre a cobertura populacional de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família (PSF) e porte populacional foram coletados no site da Coordenação Nacional de Saúde Bucal; os dados de IDH retirados do site do IBGE e os dados sobre a divisão em Micro e Macrorregiões de Saúde em Pernambuco foram coletados do Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco de 19 de setembro de 2011. Para efeito do cálculo do desempenho, apenas foi considerada a distribuição dos CEO por Macrorregiões de Saúde.

Respalhando este estudo, foram utilizadas as seguintes portarias: Portaria nº 599/GM/MS, de 23 de março de 2006, que definiu a implantação e estabeleceu critérios de credenciamento/habilitação dos serviços especializados Centros de Especialidades Odontológicas - CEO Tipo 1, CEO Tipo 2, CEO Tipo 3 (BRASIL, 2006a); a Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que instituiu o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (BRASIL, 2006b); e sobretudo, como referência para construção do indicador Cumprimento Global de Metas, a Portaria nº 1.464 de 24 de Junho de 2011 (BRASIL, 2011d), que alterou o anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que instituiu o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

A avaliação normativa foi pautada segundo a Portaria nº 1.464 de 24 de Junho de 2011 (BRASIL, 2011d), que instituiu como meta uma produção mínima mensal a ser realizada nos CEO, conforme o que se segue: para CEO tipo I: 80 procedimentos Básicos, 60 procedimentos de Periodontia, 35 procedimentos de Endodontia e 80 procedimentos de Cirurgia Oral; para CEO tipo II: 110 procedimentos Básicos, 90 procedimentos de Periodontia, 60 procedimentos de Endodontia e 90 procedimentos de Cirurgia Oral; para CEO tipo III: 190 procedimentos Básicos, 150 procedimentos de Periodontia, 95 procedimentos de Endodontia e 170 procedimentos de Cirurgia Oral. A portaria ainda complementa que para cumprimento da produção mínima mensal, é obrigatório que 50% dos procedimentos Básicos sejam procedimentos restauradores: restauração de dente decíduo (0307010023) e/ou restauração de dente permanente anterior (0307010031) e/ou restauração de dente permanente posterior

(0307010040); e que 20% dos procedimentos de Endodontia sejam os seguintes: obturação de dente permanente com 3 ou mais raízes (0307020053) e/ou retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes (0307020096).

Utilizou-se o indicador proposto por Figueiredo (2008) denominado Cumprimento Global de Metas, que é o resultado da operacionalização do quociente resultante da média mensal de procedimentos realizados de cada subgrupo de especialidades odontológicas pelo número de procedimentos correspondente à meta deste subgrupo multiplicado por 100. Consideraram-se meta atingida aqueles serviços que cumpriram percentual igual ou superior a 100% da meta normatizada para cada subgrupo de procedimentos odontológicos especializados. A partir daí, classificou-se o desempenho dos serviços em: desempenho péssimo (CEO que não cumpriu nenhuma meta); desempenho ruim (CEO que cumpriu apenas 1 meta); desempenho regular (CEO que cumpriu 2 metas); desempenho bom (CEO que cumpriu 3 metas); e, desempenho ótimo (CEO que cumpriu a totalidade das metas).

Para a operacionalização do indicador Cumprimento Global de Metas, este trabalho não considerou em seus resultados o complemento da Portaria nº 1.464 de 24 de Junho de 2011 (BRASIL, 2011d), que diz respeito à proporção de procedimentos restauradores (50%) à meta da Atenção Básica nem procedimentos para dentes trirradiculares (20%) para a Endodontia.

O DESEMPENHO do CEO serviu como variável dependente do estudo sobre a qual foi aferida sua alteração em função da classificação da qualidade apresentada no Portal Eletrônico para Avaliação e Monitoramento do CEO, entendido como intervenção a ser testada, como será visto mais adiante.

Fez-se uma análise de características avaliativas, com a intenção de verificar a possível influência destes fatores inerentes ao serviço e/ou ao município no desempenho dos CEO. Consideraram-se as seguintes variáveis referentes à estrutura dos serviços: tipo de Centro de Especialidades Odontológicas, podendo ser tipo I, II ou III; tempo de implantação do serviço, correspondente ao tempo de credenciamento oficial, que foi categorizado em menos ou mais de 6 (seis) anos. Enquanto que as variáveis referentes ao contexto municipal foram: cobertura populacional das equipes de saúde bucal no PSF, ou seja, municípios com cobertura acima ou abaixo de 50% de sua população; Microrregiões de Saúde (I-XII); Macrorregiões de Saúde, classificadas em Metropolitana, Agreste, Sertão e Vale do São Francisco e Araripe; porte populacional, dividindo-se em municípios com até 30 mil habitantes, entre 30 e 50 mil

habitantes, entre 50 e 100 mil habitantes e municípios acima de 100 mil habitantes e IDH, classificados em menor ou maior que 0,7.

As análises estatísticas operacionalizadas tiveram caráter exploratório e descritivo, com apresentação de proporções e tabelas e foram feitas através do programa estatístico Statistical Package for Social Sciences – SPSS versão 17.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) (ver explicação mais adiante na parte referente à análise estatística).

4.4.2. Implantação do Portal CEO

Inicialmente procurou-se fazer a testagem do projeto piloto para aperfeiçoar a ferramenta. Para este momento foram convidados gestores municipais e gestor estadual, gerentes e profissionais de CEO de cinco municípios para participarem do projeto piloto de uma ferramenta eletrônica para avaliação dos CEO, tendo sido realizada uma oficina para que a conhecessem melhor. Solicitou-se ainda que pedissem ao seu município a assinatura de uma carta de anuência autorizando as suas participações na pesquisa (**apêndice A**).

Foi proposto que participassem respondendo às questões do Portal durante um período de 3 meses (os gerentes de CEO deveriam responder a cada mês, os profissionais uma única vez, os gestores municipais apenas teriam acesso aos dados referentes ao seu município e o gestor estadual aos dados dos municípios participantes).

O questionário do Portal a que deviam responder era diferente para gerentes e profissionais. No questionário referente aos gerentes, as questões eram divididas em sete categorias ou componentes de qualidade: Cobertura do Serviço, Gestão e Gerência; Estrutura; Gestão de Pessoas; Critérios Organizacionais; Controle social e Financiamento; Avaliação e Monitoramento, e no questionário referente aos profissionais em apenas dois: Estrutura e Processo. Todos estes componentes de qualidade encontram-se relacionados à ESTRUTURA e PROCESSO do CEO. Estes componentes (com exceção de Cobertura do Serviço do questionário de gerentes) foram considerados como variáveis para a avaliação.

Os participantes então cumpriram com o que foi pactuado tendo acessado e respondido ao Portal CEO durante o período pactuado. Esta etapa do projeto piloto serviu para que fossem elaboradas as regras de decisão (ver **apêndice B**) para tornar possível a inclusão do processamento automatizado dos dados, de forma a determinar a **versão preliminar** da

avaliação/classificação dos Centros de Especialidades Odontológicas do Portal CEO nas suas versões para gerente e profissional.

A partir da **versão preliminar** foi possível classificar com nota geral e para cada componente avaliativo cada estabelecimento de saúde, sendo as notas (geral e por componente) de 0,0-10,0 de acordo com a pontuação. A visualização da inclusão e envio de dados é imediata e os resultados do Portal CEO podem ser visualizados em nível nacional (módulo GestBucal), por estado (módulo gestor estadual) e municípios (módulo gestor municipal), acompanhados e comparados com os outros serviços, também a nível estadual e nacional, além de consigo mesmo no decorrer de um determinado período.

4.4.2.1. Oficinas de Implantação

Após o término do projeto piloto, foi feito o convite a todos os serviços de Pernambuco, através de e-mail e/ou por telefone, para que participassem das oficinas de implantação do Portal CEO, inicialmente realizada em Recife, e posteriormente, em Serra Talhada para contemplar os municípios mais distantes que tinham dificuldade em deslocar-se para a capital, contando com o apoio local da coordenação municipal de saúde bucal e também da coordenação estadual de saúde bucal. Assim, foram convidados todos os representantes da gestão/gerência e profissionais de municípios com CEO implantados até o fim de 2013 por macrorregião.

No momento que antecedeu a abertura da oficina foi apresentado e aplicado um questionário semiestruturado, visando **conhecer a percepção sobre avaliação em saúde e suas expectativas em relação ao uso do portal CEO dos participantes antes da implantação propriamente dita do Portal CEO**. A amostra desta etapa da pesquisa então foi de conveniência e consistiu de 15 coordenadores de saúde bucal, 17 coordenadores de saúde bucal que acumulavam a função de gerentes de CEO, 18 gerentes de CEO; e 21 profissionais de CEO. A apresentação foi feita em caráter coletivo, tendo sido explicado o seu objetivo e sido garantido o sigilo da informação. Quando da aceitação voluntária, o participante assinou um termo de consentimento livre e esclarecido (**Apêndice C**), autorizando o pesquisador a incluí-lo na amostra.

O questionário foi objetivo, com reduzido número de questões que requeriam respostas rápidas e precisas, tendo sido utilizada para isso a escala de Likert. Foi entregue aos participantes voluntários que aderiram à pesquisa para que o respondesse de próprio punho por

um período máximo de 30 minutos, ao final do qual foi recolhido para ter início a oficina propriamente dita.

As questões contidas no questionário abordaram temas como avaliação em saúde, avaliação em saúde bucal e CEO especificamente, e as expectativas dos participantes em relação à ferramenta (**Apêndice D**).

Após a aplicação do questionário deu-se início à oficina onde a ferramenta foi apresentada aos convidados (**apêndices E e F**), bem como também foi explicado o seu funcionamento para a inclusão dos dados e sua capacidade de gerar notas avaliativas para monitoramento e avaliação dos serviços, que podem auxiliar na gestão da informação e no processo de tomada de decisão. As etapas operacionais foram executadas passo a passo com os participantes: 1º) cadastramento de serviços/gerentes pelo coordenador municipal; 2º) cadastramento de profissionais e avaliação do CEO pelos gerentes; e, 3º) avaliação do CEO pelos profissionais. A oficina resultou em qualificação/capacitação em avaliação e monitoramento de CEO e durou em torno de 8 horas.

Após a realização das oficinas de trabalho cada município teve no máximo 1 (um) mês para iniciar o uso do portal, tendo início a operacionalização do Portal. Decorrido este prazo, o portal passou a ser alimentado com dados dos formulários eletrônicos de avaliação do serviço preenchidos mensalmente pelo gestor/gerente dos CEO e semestralmente pelo profissional. Cada município teria até o dia 10 para fazer sua avaliação. Os meses disponíveis para análise deste estudo corresponderam a novembro e dezembro de 2014, com a seguinte definição para inclusão de dados do questionário no banco de dados: o único mês disponível (caso só tenha havido uma inclusão) ou mês de maior nota (quando houver inclusão nos 2 meses de análise).

Decorrido esse período inicial de operacionalização do Portal CEO, através do módulo GestBucal, administrador do Portal, foi possível ter acesso à pontuação valendo de 0,0-10,0 para cada componente e geral de cada serviço respondente com base nas regras de decisão. Considerou-se neste trabalho que seria feita uma classificação entre as notas superiores e inferiores a 7,0, considerada como parâmetro, assim nota acima de 7,0 corresponderia a um resultado satisfatório e abaixo de 7,0 a insatisfatório.

Foram contabilizados como amostra desta etapa 38 serviços. Em seguida, elaboraram-se bancos de dados em planilhas do Excel para as respostas dos gerentes e dos profissionais.

Dois tipos de análise foram realizados: a análise do conhecimento e da expectativa dos participantes em relação ao uso do Portal CEO obtida através do questionário semiestruturado, e a análise dos dados oriundos do preenchimento do Portal CEO.

4.4.3. Teste do desempenho em função da classificação da qualidade dos CEO/PE

Esta etapa consistiu em uma análise comparativa entre o desempenho apresentado por cada CEO e a sua respectiva classificação de qualidade obtida através da avaliação do Portal CEO, a fim de verificar se havia associação entre ambos os aspectos (se um CEO que teve um desempenho considerado bom ou ótimo também apresentou uma qualidade equivalente) e os fatores que podem ter influenciado no resultado alcançado.

Para isso elaborou-se um novo banco de dados em planilha do programa Excel, a partir da junção dos dois bancos anteriores com as informações de desempenho e de classificação obtidas por cada serviço. Depois da elaboração do banco de dados foi realizada análise estatística também utilizando o programa SPSS versão 17.0.

O objetivo em realizar esta análise comparativa era obter um “retrato” do serviço (em relação à sua produção e qualidade) para que a gestão e os profissionais possam identificar quais os pontos fracos e fortes apresentados e onde mudar para fortalecer e melhorar a assistência.

4.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados quantitativos obtidos provenientes de todas as etapas desta pesquisa foram analisados a partir de uma análise estatística descritiva e analítica inferencial. Na fase descritiva, foram apresentadas as distribuições de frequências das variáveis, e quando apropriado também foram calculadas as medidas de tendência central e dispersão, onde os resultados foram dispostos em tabelas e gráficos. Na fase analítica inferencial, analisaram-se as diferenças entre as proporções com o Qui-quadrado (X^2) para tendências de Pearson e do tipo correlacional não paramétrica (Coeficiente de Spearman). Para todas as análises foi considerado o nível de 5% de significância. As análises estatísticas para as etapas descritas foram feitas pelos Programas: Tab para Windows – TABWIN; Microsoft Office Excel; e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.

4.6. ASPECTOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA

A participação nesta pesquisa foi de caráter voluntário por parte de cada indivíduo, tendo tido a autorização também do município, e para isso os participantes assinaram um TCLE e uma Carta de Anuência anteriormente à sua participação. A segurança da informação e o sigilo foram garantidos e todos os instrumentos da pesquisa utilizados para a coleta de dados serão armazenados pelo prazo mínimo de 5 anos.

A necessidade em se obter um termo de consentimento por parte do sujeito ou responsável por parte desta pesquisa pode ser justificada devido ao fato desta se enquadrar na modalidade de risco mínimo de acordo com a Resolução CNS 466/12 (BRASIL, 2013b).

Esta pesquisa além de ter procurado cumprir com todos os preceitos éticos, também foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal Pernambuco (UFPE) e aprovada (CAAE: 13381813.8.0000.5208).

RESULTADOS

5. RESULTADOS

Os resultados deste trabalho serão esquematicamente divididos em 4 (quatro) etapas:

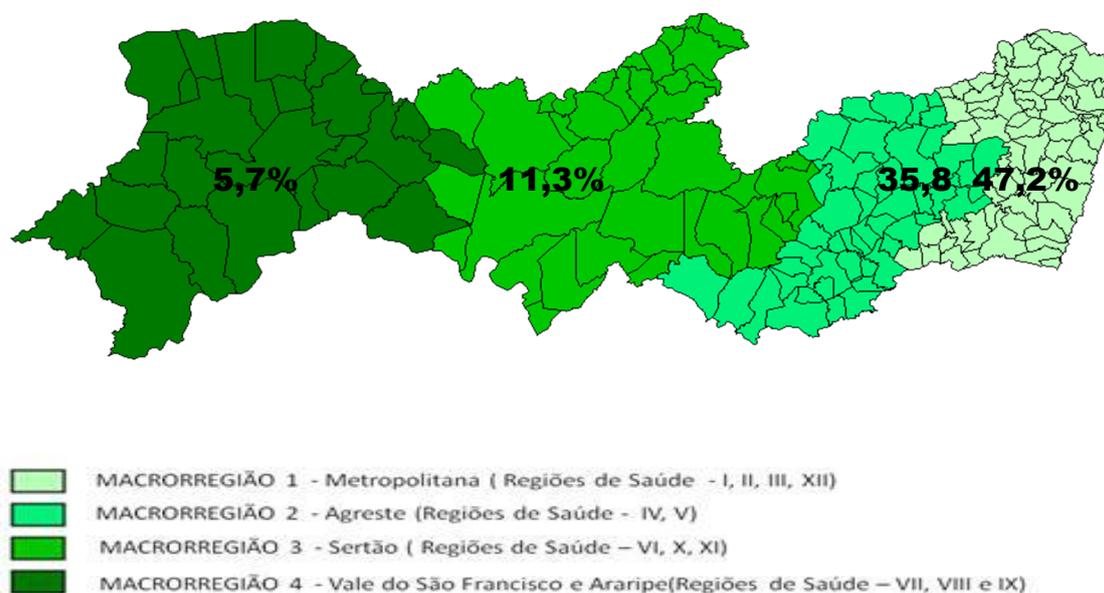
- 1) Avaliação de desempenho dos CEO de Pernambuco no ano de 2014;
- 2) Investigação da expectativa dos participantes do Portal CEO;
- 3) Avaliação da qualidade - Portal CEO;
- 4) Desempenho do CEO em função da qualidade (Portal CEO).

5.1. AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS CEO DE PERNAMBUCO NO ANO DE 2014

Foram estudados 53 Centros de Especialidades Odontológicas, sendo estes encontrados em igual proporção para os tipos I e II (45,3% cada), com apenas 9,4% dos CEO sendo do tipo III. O tempo médio de implantação do serviço foi de 6,7 anos e 54,7% possuíam mais de 6 anos de implantação.

Com relação às características municipais, observou-se que a maior proporção de estabelecimentos de saúde, ou seja, 32,1% estão localizados na I microrregião de saúde, seguidos da IV microrregião (28,3%). Os demais CEO estão assim distribuídos segundo Microrregiões: V e VI com 7,5% cada; II e III com 5,7% cada; IX e XII com 3,8% cada e as demais tem 1,9% cada de serviços. A distribuição por Macrorregiões de Saúde nos mostra que a maior proporção (47,2%) dos CEO de Pernambuco está localizada na macrorregião Metropolitana, seguida da macrorregião Agreste com 35,8%. A macrorregião Sertão apresentou 11,3% dos CEO e a menor concentração esteve na região Vale do São Francisco e Araripe, com 5,7% dos serviços (Figura 1). Constatou-se ainda, que os Centros de Especialidades Odontológicas do estado de Pernambuco encontram-se implantados principalmente em municípios com porte populacional acima de 100 mil habitantes (34%), seguidos dos 28,3% localizados, no menor parâmetro sugerido, os municípios com população inferior a 30 mil habitantes. Em relação ao IDH verificou-se que a maioria dos serviços estava localizada em municípios com IDH menor que 0,7 (81,1%). Quanto à cobertura municipal de equipes de saúde bucal no PSF, verificou-se que 66% dos municípios com CEO tinham cobertura municipal superior a 50%.

Figura 1 – Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas segundo macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2014.



O Desempenho do CEO é calculado pelo indicador Cumprimento Global de Metas. Constatou-se que dos 53 Centros de Especialidades Odontológicas do Estado de Pernambuco 32,1% obtiveram desempenho ruim, superando o quantitativo de CEO com desempenho ótimo que foi de 30,2%. A distribuição restante do desempenho dos serviços foi de 17% tanto para bom quanto regular e de 3,8% para desempenho péssimo. Sobre o cumprimento das metas segundo subgrupos de procedimentos a maioria dos serviços (94,3%) cumpriu com os Procedimentos Básicos e com Periodontia (62,3%), Cirurgia Oral teve cumprimento de 50,9% e no subgrupo de Endodontia apenas 30,2% dos serviços tiveram a meta cumprida.

Nas análises exploratórias entre o desempenho e características estruturais dos serviços, observamos que a maioria dos CEO tipo I (58,3%) obteve desempenho ótimo, enquanto que os CEO do tipo II apresentaram majoritariamente desempenho ruim (45,8%) e os do tipo III se dividiram igualmente entre desempenho regular e ótimo (40% cada), resultado estatisticamente significativo apesar do número de células estarem abaixo do esperado à análise (Tabela 1).

O tempo de implantação pareceu influenciar inversamente o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas, já que os CEO implantados a menos de 6 anos tiveram melhores resultados do que aqueles com maior tempo de implantação, pois a maioria dos CEO com menos de 6 anos de implantação (33,3%) apresentaram desempenho ótimo enquanto apenas 27,6% dos serviços com maior tempo o obtiveram (nesta categoria a proporção de CEO com desempenho ruim foi de 37,9%) (Tabela 1).

Quanto à cobertura de Equipes de Saúde Bucal no PSF, os resultados obtidos sugerem a influência desse fator no desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas, verificando-se desempenho ótimo nos CEO de municípios que dispõem de mais de 50% de cobertura populacional (37,1%), enquanto que nos que oferecem menos de 50% de cobertura observou-se predominância de desempenho ruim (38,9%) (Tabela 2).

Considerando as Macrorregiões de Saúde do estado de Pernambuco, pôde-se observar que a região Agreste obteve o maior percentual de CEO com desempenho ótimo (36,8%), a região do Sertão teve o mesmo percentual de serviços com desempenho ruim e ótimo (33,3% cada), a região Vale do São Francisco e Araripe teve CEO com desempenho ruim, regular e ótimo na mesma proporção (33,3% cada) e apenas a região Metropolitana teve um desempenho predominantemente ruim (36%) (Tabela 2).

Em relação ao IDH os resultados apontaram para desempenho ótimo para CEO localizados em municípios com IDH menor que 0,7 (4,9%) e desempenho ruim para os localizados em municípios com IDH maior que 0,7 (60%) (Tabela 2).

Os resultados referentes ao porte populacional dos municípios mostraram que o desempenho apresentado por eles foi inversamente proporcional ao seu porte populacional. Assim, a maioria dos serviços localizados em municípios com população inferior a 30.000 habitantes obteve desempenho ótimo (53,3%); obteve-se também desempenho ótimo na categoria entre 30.000 e 50.000 habitantes (44,4%); desempenho bom nos municípios entre 50.000 e 100.000 habitantes; e desempenho ruim para os serviços localizados em municípios com população acima dos 100.000 habitantes (50%) (Tabela 2).

Tabela 1 – Relação entre características avaliativas estruturais dos serviços e dos municípios segundo o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas. Pernambuco, Brasil. 2014.

| Características Avaliativas dos Serviços (estruturais) | Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas | | | | | | | | | | Valor X ² | Valor P | | |
|---|--|-----|------|------|---------|------|-----|------|-------|------|-------------------------|------------|--------|-------|
| | Péssimo | | Ruim | | Regular | | Bom | | Ótimo | | | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | n | % | | | N | % |
| Tipo de Centro de Especialidade Odontológica | | | | | | | | | | | | | | |
| I | - | - | 5 | 20,8 | 2 | 8,3 | 3 | 12,5 | 14 | 58,3 | 24 | 100,0 | 23,576 | 0,003 |
| II | 2 | 8,3 | 11 | 45,8 | 5 | 20,8 | 6 | 25 | - | - | 24 | 100,0 | | |
| III | - | - | 1 | 20,0 | 2 | 40,0 | 0 | - | 2 | 40,0 | 5 | 100,0 | | |
| Tempo de Implantação (em anos) | | | | | | | | | | | | | | |
| < 6 anos | 1 | 4,2 | 6 | 25,0 | 4 | 16,7 | 5 | 20,8 | 8 | 33,3 | 24 | 100,0 | 1,232 | 0,873 |
| > 6 anos | 1 | 3,4 | 11 | 37,9 | 5 | 17,2 | 4 | 13,8 | 8 | 27,6 | 29 | 100,0 | | |

Tabela 2 – Relação entre características avaliativas contextuais dos serviços e dos municípios segundo o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas. Pernambuco, Brasil. 2014.

| Características Avaliativas | Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas | | | | | | | | | | | | Valor X ² | Valor P |
|--|--|------|------|------|---------|------|-----|------|-------|------|-------|-------|-------------------------|------------|
| | Péssimo | | Ruim | | Regular | | Bom | | Ótimo | | Total | | | |
| | N | % | N | % | n | % | n | % | n | % | N | % | | |
| Contextuais | | | | | | | | | | | | | | |
| Cobertura populacional de ESB/PSF (%) | | | | | | | | | | | | | | |
| <50 | 1 | 5,6 | 7 | 38,9 | 5 | 27,8 | 2 | 11,1 | 3 | 16,7 | 18 | 100,0 | 4,699 | 0,320 |
| >50 | 1 | 2,9 | 10 | 28,6 | 4 | 11,4 | 7 | 20,0 | 13 | 37,1 | 35 | 100,0 | | |
| Macrorregião de Saúde | | | | | | | | | | | | | | |
| Macrorregião 1 – Metropolitana | 1 | 4,0 | 9 | 36 | 5 | 20,0 | 4 | 16,0 | 6 | 24,0 | 25 | 100,0 | 3,184 | 0,994 |
| Macrorregião 2 – Agreste | 1 | 5,3 | 5 | 26,3 | 2 | 10,5 | 4 | 21,1 | 7 | 36,8 | 19 | 100,0 | | |
| Macrorregião 3 – Sertão | - | - | 2 | 33,3 | 1 | 16,7 | 1 | 16,7 | 2 | 33,3 | 6 | 100,0 | | |
| Macrorregião 4 – Vale do São Francisco e Araripe | - | - | 1 | 33,3 | 1 | 33,3 | - | - | 1 | 33,3 | 3 | 100,0 | | |
| IDH municipal | | | | | | | | | | | | | | |
| <0,7 | 1 | 2,3 | 11 | 25,6 | 7 | 16,3 | 9 | 20,9 | 15 | 34,9 | 43 | 100,0 | 8,086 | 0,088 |
| >0,7 | 1 | 10,0 | 6 | 60,0 | 2 | 20,0 | - | - | 1 | 10,0 | 10 | 100,0 | | |
| Porte populacional (mil habitantes) | | | | | | | | | | | | | | |
| <30 | - | - | 5 | 33,3 | - | - | 2 | 13,3 | 8 | 53,3 | 15 | 100,0 | 22,612 | 0,031 |
| 30-50 | - | - | 2 | 22,2 | 2 | 22,2 | 1 | 11,1 | 4 | 44,4 | 9 | 100,0 | | |
| 50-100 | 1 | 9,1 | 1 | 9,1 | 2 | 18,2 | 5 | 45,5 | 2 | 18,2 | 11 | 100,0 | | |
| >100 | 1 | 5,6 | 9 | 50,0 | 5 | 27,8 | 1 | 5,6 | 2 | 11,1 | 18 | 100,0 | | |

5.2. INVESTIGAÇÃO DA EXPECTATIVA DOS PARTICIPANTS DO PORTAL CEO

O público alvo estudado compreendeu gestores em saúde bucal: 15 (21,1%) só coordenadores de saúde bucal, 17 (25,4%) coordenadores de saúde bucal que acumulavam a função de gerentes de CEO, e 18 (23,9%) gerentes de CEO; e 21 (29,6%) profissionais de nível superior de CEO. Em sua maioria era do sexo feminino (67,6%), com idade média de 40 anos (mínima de 26 e máxima de 62 anos), o que denota a maturidade deste público. Quanto à formação, quase a totalidade era de cirurgiões-dentistas (97,2%) e 73,2% possuem pós-graduação, com tempo de formação médio de 15 anos, onde 52,2% do grupo tinha tempo de formação superior a 15 anos.

Em relação à percepção dos participantes sobre avaliação em saúde, a maioria dos participantes afirmou que a utiliza sempre (64,8%) como instrumento capaz de ajudar na tomada de decisão pelo município. Porém 21,1% só a utilizam raramente, 4,2% não utilizam e cerca de 10% não sabiam ou não souberam responder. A análise desta questão por cargo mostrou que para todas as categorias a maioria utiliza sempre a avaliação, no entanto o pior resultado foi encontrado para os profissionais (tabela 3). Porém, estes resultados não são estatisticamente significantes.

Tabela 3 – Relação entre o cargo e a utilização da avaliação como instrumento para tomada de decisão. Pernambuco, 2014.

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

Na tabela 4, pode ser vista a Percepção da Avaliação sobre outros aspectos. Em relação à capacidade de melhorar a tomada de decisão, quase a totalidade (98,6%) considerou em muito que a avaliação possui esta capacidade, bem como o mesmo resultado foi obtido para o seu efeito em melhorar a qualidade do serviço.

Para 97,2% dos participantes a avaliação foi considerada em muito como sendo capaz de promover uma maior integração entre os diversos atores sociais (gestores, profissionais e

usuários), sendo inclusive também considerada como estratégia de ajuda à capacitação dos atores envolvidos (gestores, profissionais e usuários) (tabela 4).

Tabela 4 – Percepção dos participantes sobre aspectos da Avaliação em Saúde. Pernambuco, 2014.

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

A utilização da avaliação pelos participantes também foi investigada. A maioria é pouco convocada em seu trabalho para participar de reuniões de discussão de processos avaliativos (53,5%). A análise por cargo mostrou que houve diferença para quem acumula o cargo Coordenador SB e Gerente CEO, pois a maioria (64,7%) afirmou que há muita convocação para reuniões de avaliação, por outro lado, para os que são apenas Gerentes CEO (66,7%) e Profissionais CEO (61,9%) as reuniões são pouco convocadas. Acrescenta-se que também que 14,3% dos Profissionais CEO em nada eram convocados para reuniões (Tabela 5).

Tabela 5 – Relação entre o cargo e convocação para participação de reuniões de discussão de processos avaliativos no trabalho. Pernambuco, 2014.

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

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

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

O Portal CEO pode em muito melhorar a qualidade do serviço, afirmação considerada pela maioria (88,7%) dos participantes. Todavia, cerca de 10% não souberam/não responderam. Segundo cargo, ficou evidenciado que as melhores expectativas estão para os Gerentes CEO (100% consideraram muito o uso do Portal) e para os Coordenadores de Saúde Bucal (93,3%). As piores expectativas foram para os Profissionais CEO (19,0%) – (Tabela 7).

Tabela 6 – Investigação sobre o uso de ferramentas eletrônicas. Pernambuco, 2014.

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

Tabela 7 – Expectativas dos participantes em relação ao uso do Portal CEO (ferramenta eletrônica) na melhoria da qualidade do serviço ofertado. Pernambuco, 2014.

| Cargo | Expectativa de uso sobre Portal CEO | | | | | | | | | | Valor X ² | Valor P |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------|----------|------------|----------|----------|----------------------------|------------|-----------|--------------|-------------------------|------------|
| | Muito | | Pouco | | Em nada | | Não sabe/ Não respondeu | | Total | | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Coordenador de Saúde Bucal | 14 | 93,3 | 1 | 6,7 | - | - | - | - | 15 | 100,0 | 10,346 | 0,111 |
| Coordenador SB e Gerente CEO | 14 | 82,4 | 0 | 0 | - | - | 3 | 17,6 | 17 | 100,0 | | |
| Gerente CEO | 18 | 100,0 | 0 | 0 | - | - | - | - | 18 | 100,0 | | |
| Profissional | 17 | 81,0 | | | - | - | 4 | 19,0 | 21 | 100,0 | | |
| Total | 63 | 88,7 | 1 | 1,4 | - | - | 7 | 9,9 | 71 | 100,0 | | |

5.3. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE – PORTAL CEO

Esta etapa foi subdividida em: avaliação do CEO pelos gerentes; e avaliação do CEO pelos profissionais.

5.3.1. Avaliação do CEO pelos Gerentes

Foram respondidos 38 questionários na ferramenta eletrônica Portal CEO - módulo Gerente CEO. Das características dos serviços, pode ser observado que a maioria (55,3%) dos CEO era do tipo II, seguido do Tipo I (39,5%) e apenas 2 (5,3%) de CEO Tipo III. Observou-se que em geral os serviços estavam implantados há um tempo médio de 5 anos (mínimo de 1 e máximo de 10 anos). De acordo com a categorização do tempo de implantação dos serviços, 55,3% possuíam um tempo superior e 44,7% um tempo inferior a 5 anos.

Sobre as características municipais dos serviços investigados segundo GERES, primordialmente foram da I GERES (47,4%), seguidos da IV GERES (15,8%). Segundo Macrorregião de Saúde os serviços foram equitativamente distribuídos: Metropolitana (65,8%); Agreste (21,1%); Sertão (5,3%); e Vale do São Francisco e Araripe (7,9%). Metade era considerada município de grande porte, ou seja, com população acima de 100 mil habitantes (50%), porém as demais distribuições para esta categoria foram: 50-100 mil (18,4%); 30-50 mil (13,2%); e <30 mil (18,4%).

Quanto à cobertura de saúde bucal, 52,6% dos municípios apresentavam uma cobertura maior que 50% e 47,4% uma cobertura inferior a 50%, o que mostra o avanço na cobertura de saúde bucal, mas ainda com muita necessidade de expansão. A maioria deles estava localizada em municípios com IDH abaixo de 0,7 (68,4%).

A Nota Geral média obtida deste módulo no Portal foi de 7,0 (mínimo de 5,15 e máximo de 8,3), sendo esta considerada a Nota Média para o Estado de Pernambuco, classificada como satisfatória (maior ou igual a 7,0). Este resultado demonstra que se conseguiu obter as condições mínimas necessárias para a oferta de qualidade no serviço, uma vez que a nota 7,0 é considerada o limite mínimo para ser tida como satisfatória. Este fato merece atenção, pois a intenção é que este resultado possa ser melhorado, e que não se corra o risco de regressão. A intenção da implantação do Portal CEO é justamente colaborar para que cada vez mais se alcance patamares mais altos de qualidade. As notas médias segundo componente de qualidade, apresentado na tabela 8, mostram detalhadamente este panorama. Os componentes que mais merecem atenção por obterem notas médias insatisfatórias foram em ordem decrescente: Gestão de Pessoas (6,12), Critérios Organizacionais (5,84) e controle Social e Financiamento (5,11). A melhor nota média obtida foi para Avaliação e Monitoramento (8,42).

Tabela 8 – Notas médias segundo Componente de Qualidade e Nota Geral. Pernambuco, 2014.

| Componente de qualidade | N | Notas médias | | | |
|---------------------------------|-----------|--------------|-------------|-------------|---------------|
| | | Nota mínima | Nota Máxima | Média | Desvio padrão |
| Gestão e Gerência | 38 | 5,0 | 10,0 | 8,38 | 1,369 |
| Estrutura | 38 | 4,62 | 10,0 | 8,14 | 1,67471 |
| Gestão de Pessoas | 38 | 2,5 | 10,0 | 6,12 | 2,3029 |
| Crítérios Organizacionais | 38 | 3,0 | 8,0 | 5,84 | 1,443 |
| Controle social e Financiamento | 38 | 2,0 | 10,0 | 5,11 | 2,064 |
| Avaliação e Monitoramento | 38 | 5,38 | 10,0 | 8,42 | 1,26521 |
| Nota Geral | 38 | 5,15 | 8,30 | 7,00 | ,81544 |

A distribuição dos serviços segundo classificação Nota Geral Satisfatória (notas acima de 7,0) e Insatisfatória (notas inferiores a 7,0) mostrou um resultado equilibrado em que 52,6% dos serviços foram classificados com a primeira e 47,4% dos serviços com a segunda (Tabela 9).

Na tabela 10, verifica-se esta análise segundo Componente de Qualidade. Para a Gestão e gerência do serviço, em que se procurou conhecer o perfil da gestão e gerência (se há coordenador de saúde bucal, gerência de CEO e o grau de comprometimento do secretário de saúde com as questões do CEO), obteve-se que 15,8% do resultado apresentado foi insatisfatório, sendo predominantemente satisfatório (84,2%).

Sobre a estrutura do CEO pôde-se verificar que 71,1% dos serviços apresentaram avaliação Satisfatória (nota superior a 7,0), o que aponta para o fato de que os problemas enfrentados nestes serviços **não** necessariamente estão relacionados à sua estrutura.

Por outro lado, destaca-se o resultado encontrado para Gestão de pessoas, onde se abordou questões relativas a aspectos de processo de trabalho (como valorização profissional, satisfação e participação), em que 57,9% dos serviços obtiveram classificação Insatisfatória.

Também foram alarmantes os resultados para os Critérios organizacionais (incluem-se aspectos como acesso ao serviço e relação referência – contrarreferência), onde a avaliação mostrou 86,8% de notas Insatisfatórias.

Sobre Controle social e financiamento encontrou-se que 78,9% das notas foram abaixo de 7,0, um resultado crítico que indica a existência de problemas desta ordem.

Finalmente, em relação ao componente Avaliação e monitoramento de ações no CEO, obteve-se um resultado satisfatório, em que 84,2% das notas foram superiores a 7,0, o que mostra que o instrumento de avaliação começa a ser usado no serviço.

Tabela 9 – Distribuição dos serviços segundo Classificação dos CEO para Componente de Qualidade e Nota Geral. Pernambuco, 2014.

| Componente de Qualidade | Classificação do CEO | | | | Total | |
|---------------------------------|------------------------|-------------|----------------------|-------------|-----------|--------------|
| | Insatisfatório <7,0 | | Satisfatório >7,0 | | | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Gestão e Gerência | 6 | 15,8 | 32 | 84,2 | 38 | 100,0 |
| Estrutura | 11 | 28,9 | 27 | 71,1 | 38 | 100,0 |
| Gestão de Pessoas | 22 | 57,9 | 16 | 42,1 | 38 | 100,0 |
| Critérios Organizacionais | 33 | 86,8 | 5 | 13,2 | 38 | 100,0 |
| Controle social e Financiamento | 30 | 78,9 | 8 | 21,1 | 38 | 100,0 |
| Avaliação e Monitoramento | 6 | 15,8 | 32 | 84,2 | 38 | 100,0 |
| Nota Geral | 18 | 47,4 | 20 | 52,6 | 38 | 100,0 |

Realizou-se análise das variáveis exploratórias estruturais e contextuais dos serviços em função das classificações das Notas Gerais do Portal CEO, expostos na tabela 10. Observou-se que as características dos serviços pareceram não influenciar nos resultados, pois para ambas as análises não houve significância estatística. Em função do Tipo de CEO a maioria dos serviços foi satisfatória, sendo a maior proporção de CEO avaliados como Satisfatórios os do Tipo II (61,9%) e a maior proporção de CEO avaliados como insatisfatórios os do tipo I (60,0%). O tempo de implantação >5 anos agregou a maior proporção de CEO avaliados como Satisfatórios (64,7%).

Tabela 10 – Relação entre características avaliativas dos serviços segundo a classificação das notas gerais dos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasil. 2014.

| Características Avaliativas dos Serviços (estruturais) | Classificação Geral dos Serviços | | | | Total | | Valor | Valor |
|---|----------------------------------|------|--------------|------|-------|-------|----------------|-------|
| | Insatisfatório | | Satisfatório | | | | | |
| | <7,0 | >7,0 | N | % | N | % | X ² | P |
| Tipo de Centro de Especialidade Odontológica | | | | | | | | |
| I | 9 | 60,0 | 6 | 40,0 | 15 | 100,0 | 1,690 | 0,430 |
| II | 8 | 38,1 | 13 | 61,9 | 21 | 100,0 | | |
| III | 1 | 50,0 | 1 | 50,0 | 2 | 100,0 | | |
| Tempo de Implantação (em anos) | | | | | | | | |
| <5 anos | 12 | 57,1 | 9 | 42,9 | 21 | 100,0 | 1,799 | 0,180 |
| >5 anos | 6 | 35,3 | 11 | 64,7 | 17 | 100,0 | | |

As características contextuais também não explicariam os resultados observados (estatisticamente não foi significativo). Sobre a cobertura de ESB/PSF, a maior proporção de Satisfatórios (55,6%) ficou naqueles municípios com menor cobertura (<50%). Segundo o porte populacional, atenção deve ser dada as cidades com 30-50 mil habitantes, pois tiveram a maior proporção de CEO Insatisfatórios (60%), enquanto a maior proporção de CEO Satisfatórios era nos municípios de grande porte, acima de 100 mil habitantes (57,9%). Para o IDH, a maior parte de CEO Satisfatórios foi em municípios com índice >0,7 (58,3%) (enquanto que nas cidades com IDH <0,7 houve um equilíbrio entre os CEO insatisfatórios e os satisfatórios, ambos com 50%) (Tabela 11).

Tabela 11 – Relação entre características contextuais dos municípios segundo a Classificação das Notas Gerais dos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasil. 2014.

| Características avaliativas Contextuais | Classificação Geral dos Serviços | | | | Total | | Valor X ² | Valor P |
|---|----------------------------------|------|--------------|------|-----------|--------------|-------------------------|------------|
| | Insatisfatório | | Satisfatório | | | | | |
| | <7,0 | >7,0 | N | % | n | % | N | % |
| Cobertura populacional de ESB/PSF (%) | | | | | | | | |
| <50 | 8 | 44,4 | 10 | 55,6 | 18 | 100,0 | 0,117 | 0,732 |
| >50 | 10 | 50,0 | 10 | 50,0 | 20 | 100,0 | | |
| Porte populacional (mil habitantes) | | | | | | | | |
| <30 | 4 | 57,1 | 3 | 42,9 | 7 | 100,0 | 0,857 | 0,836 |
| 30-50 | 3 | 60,0 | 2 | 40,0 | 5 | 100,0 | | |
| 50-100 | 3 | 42,9 | 4 | 57,1 | 7 | 100,0 | | |
| >100 | 8 | 42,1 | 11 | 57,9 | 19 | 100,0 | | |
| IDH municipal | | | | | | | | |
| <0,7 | 13 | 50,0 | 13 | 50,0 | 26 | 100,0 | 0,229 | 0,632 |
| >0,7 | 5 | 41,7 | 7 | 58,3 | 12 | 100,0 | | |

5.3.2. Avaliação do CEO pelos Profissionais

A caracterização dos CEO avaliados pelo Portal CEO - módulo Profissional CEO mostrou que 24 questionários foram respondidos na ferramenta eletrônica.

Das características dos serviços, pode ser observado que a maioria (66,7%) dos CEO era do tipo II, seguido do Tipo I (29,2%) e apenas 1 CEO Tipo III (4,2%). Observou-se que em geral os serviços estavam implantados há um tempo médio de 5 anos (mínimo de 2 e máximo de 10 anos), sendo metade em cada grupo.

Sobre as características municipais dos serviços investigados segundo GERES, primordialmente eram da I GERES (58,3%), seguidos da IV GERES (12,5%). Segundo Macrorregião de Saúde os serviços foram equitativamente distribuídos: Metropolitana (79,2%); Agreste (16,7%); e, Vale do São Francisco e Araripe (4,2%), fato que chamou atenção foi que não houve resultados do Sertão. 62,5% foram de município de grande porte, ou seja, com população acima de 100 mil habitantes, porém as demais distribuições para esta categoria foram: 50-100 mil (25,0%); 30-50 mil (8,3%); e <30 mil (4,2%).

Quanto à cobertura de saúde bucal, 54,2% dos municípios apresentavam uma cobertura maior que 50% e 45,8% uma cobertura inferior a 50%. A maioria deles estava localizada em municípios com IDH abaixo de 0,7 (58,3%).

A Nota Geral média obtida no Portal foi de 7,83 (mínimo de 6,0 e máximo de 9,0), sendo esta considerada a Nota Média para o Estado de Pernambuco classificada como Satisfatória. A avaliação por parte dos profissionais do CEO foi melhor que a realizada pelos gerentes, mesmo considerando que alguns componentes de qualidade diferem entre os questionários. Embora a classificação geral tenha sido satisfatória, pode ser observado que o componente Estrutura foi melhor avaliado do que o componente Processo (Tabela 12).

Tabela 12 – Notas médias segundo Componente de Qualidade: Estrutura e Processo e Nota Geral. Pernambuco, 2014

| Componente de Qualidade | Notas médias | | | | |
|-------------------------|--------------|-------------|-------------|--------------|---------------|
| | N | Nota mínima | Nota máxima | Média | Desvio Padrão |
| Estrutura | 24 | 6,0 | 10,0 | 8,875 | 1,1156 |
| Processo | 24 | 5,0 | 10,0 | 6,958 | 1,1221 |
| Nota Geral | 24 | 6,0 | 9,0 | 7,833 | ,8165 |

A distribuição dos serviços segundo classificação Nota Geral Satisfatória (notas acima de 7,0) e Insatisfatória (notas inferiores a 7,0) mostrou que a maioria (95,8%) dos serviços foram classificados com a primeira e apenas 1 serviço foi avaliado como Insatisfatório (4,2%). Sobre a distribuição do Componente de Qualidade Estrutura, os resultados foram semelhantes aos da Nota Geral. As questões diziam respeito às condições de trabalho ofertadas para o seu pleno funcionamento, assim, pode-se perceber que em geral é oferecida uma boa condição de trabalho nos CEO (Tabela 13).

Entretanto, fator preocupante foi o verificado para o Componente de Qualidade Processo, pois obteve 33,3% de serviços Insatisfatórios. O processo abordava a relação de referência e contra referência entre a atenção básica e a especializada, a avaliação da gerência do CEO do ponto de vista do profissional e a oferta de educação continuada pela gestão. Assim, vê-se através da pontuação atribuída que o resultado para este componente não foi satisfatório, e que como na avaliação dos gerentes, as dificuldades estavam no processo de trabalho (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição dos serviços segundo Classificação dos CEO para Componente de Qualidade e Nota Geral. Pernambuco, 2014.

| Componente de Qualidade | Classificação do CEO | | | | Total | |
|-------------------------|------------------------|------|----------------------|------|-----------|--------------|
| | Insatisfatório <7,0 | | Satisfatório >7,0 | | | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Estrutura | 1 | 4,2 | 23 | 95,8 | 24 | 100,0 |
| Processo | 8 | 33,3 | 16 | 66,7 | 24 | 100,0 |
| Nota Geral | 1 | 4,2 | 23 | 95,8 | 24 | 100,0 |

As análises das variáveis exploratórias segundo a classificação do CEO não obtiveram significância estatística, mas verificou-se que o único serviço Insatisfatório era do Tipo II e com mais de 5 anos de implantado, de cidade de porte populacional de 50 a 100 mil habitantes, com cobertura de ESB/PSF superior a 50% e com IDH menor que 0,7.

5.4. DESEMPENHO DO CEO EM FUNÇÃO DA QUALIDADE (PORTAL CEO)

Nesta etapa foram realizadas análises inferenciais para verificar se o resultado obtido no Portal CEO pelos serviços estava associado ao desempenho apresentado. No entanto, as análises não tiveram significância estatística e assim possuem apenas caráter exploratório.

Ao testar os dados de desempenho em função da classificação dos serviços obtida no Portal CEO, observou-se que não houve associação. Dentre os resultados destacou-se que o único serviço com desempenho péssimo apresentou contraditoriamente classificação satisfatória. Por outro lado, a maior proporção de CEO com desempenho bom teve classificação satisfatória, que foi um resultado positivo (tabela 14).

Ao aprofundar e detalhar a análise por componente de qualidade do questionário do Portal CEO percebeu-se que em geral, a avaliação dos serviços por componente mostrou-se não associada ao desempenho apresentado, não tendo aparentemente exercido nenhuma influência sobre este. Todavia, é interessante destacar alguns dados: o serviço com desempenho péssimo conseguiu obter classificação satisfatória para os componentes de Gestão e gerência, Gestão de pessoas e Avaliação e monitoramento, e insatisfatória para as demais, indicando que as dificuldades encontradas que provavelmente resultaram no desempenho obtido estão relacionadas à Estrutura, Critérios organizacionais e Controle social e financiamento.

Os CEO com desempenho ruim apresentaram a maior parte dos componentes de qualidade com classificação satisfatória, com exceção dos componentes Critérios organizacionais e

Controle social e financiamento; os CEO considerados com bom desempenho apesar de terem obtido classificação satisfatória para a maioria dos componentes também apresentaram problemas em nível de Critérios organizacionais (em 100% dos casos) e de Controle social e financiamento; os serviços com desempenho considerado ótimo aparentemente não tinham problemas em relação à Gestão e gerência, Estrutura e Avaliação e monitoramento (apresentaram classificação satisfatória em 100% da amostra para o primeiro componente e em 90,9% da amostra para os dois últimos), mas provavelmente também encontram dificuldades em relação à Gestão de pessoas, Critérios organizacionais e Controle social e financiamento.

Por fim, de uma maneira geral, os dados parecem apontar que os aspectos críticos enfrentados pelos serviços provavelmente dizem respeito aos componentes de Gestão de pessoas, Critérios organizacionais e Controle social, onde tiveram classificação insatisfatória. Já em relação à Gestão e gerência, Estrutura e Avaliação e monitoramento, parece não haver maiores problemas, uma vez que apresentaram alto percentual de classificação satisfatória (tabela 14).

Tabela 14 – Análise do desempenho em função da nota geral e dos componentes de qualidade do Portal CEO. Pernambuco, 2014.

| | Desempenho | Classificação dos Serviços | | | | | | | |
|------------------------------------|------------|----------------------------|------|------|------|--------------|-----|----------------|-------|
| | | Insatisfatório | | | | Satisfatório | | | |
| | | <7,0 | | >7,0 | | Total | | Valor | Valor |
| | | N | % | N | % | N | % | X ² | P |
| Nota Geral | | | | | | | | | |
| | Péssimo | - | - | 1 | 100 | 1 | 100 | 2,428 | ,658 |
| | Ruim | 5 | 45,5 | 6 | 54,5 | 11 | 100 | | |
| | Regular | 3 | 60 | 2 | 40 | 5 | 100 | | |
| | Bom | 2 | 28,6 | 5 | 71,4 | 7 | 100 | | |
| | Ótimo | 6 | 54,5 | 5 | 45,5 | 11 | 100 | | |
| | Total | 16 | 45,7 | 19 | 54,3 | 35 | 100 | | |
| Por Componente de Qualidade | | | | | | | | | |
| Gestão e gerência | | | | | | | | | |
| | Péssimo | - | - | 1 | 100 | 1 | 100 | 4,974 | ,290 |
| | Ruim | 2 | 18,2 | 9 | 81,8 | 11 | 100 | | |
| | Regular | 2 | 40 | 3 | 60 | 5 | 100 | | |
| | Bom | 2 | 28,6 | 5 | 71,4 | 7 | 100 | | |
| | Ótimo | - | - | 11 | 100 | 11 | 100 | | |
| | Total | 6 | 17,1 | 29 | 82,9 | 35 | 100 | | |
| Estrutura | | | | | | | | | |
| | Péssimo | 1 | 100 | - | - | 1 | 100 | 5,657 | ,226 |
| | Ruim | 3 | 27,3 | 8 | 72,7 | 11 | 100 | | |
| | Regular | 1 | 20 | 4 | 80 | 5 | 100 | | |
| | Bom | 3 | 42,9 | 4 | 57,1 | 7 | 100 | | |
| | Ótimo | 1 | 9,1 | 10 | 90,9 | 11 | 100 | | |
| | Total | 9 | 25,7 | 26 | 74,3 | 35 | 100 | | |
| Gestão de Pessoas | | | | | | | | | |
| | Péssimo | - | - | 1 | 100 | 1 | 100 | 4,688 | ,321 |
| | Ruim | 5 | 45,5 | 6 | 54,5 | 11 | 100 | | |
| | Regular | 4 | 80 | 1 | 20 | 5 | 100 | | |
| | Bom | 3 | 42,9 | 4 | 57,1 | 7 | 100 | | |
| | Ótimo | 8 | 72,7 | 3 | 27,3 | 11 | 100 | | |
| | Total | 20 | 57,1 | 15 | 42,9 | 35 | 100 | | |
| Critérios Organizacionais | | | | | | | | | |
| | Péssimo | 1 | 100 | - | - | 1 | 100 | 4,412 | ,353 |
| | Ruim | 10 | 90,9 | 1 | 9,1 | 11 | 100 | | |
| | Regular | 3 | 60 | 2 | 40 | 5 | 100 | | |
| | Bom | 7 | 100 | - | - | 7 | 100 | | |
| | Ótimo | 9 | 81,8 | 2 | 18,2 | 11 | 100 | | |
| | Total | 30 | 85,7 | 5 | 14,3 | 35 | 100 | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---------|----|------|----|------|-----------|------------|-------|------|
| Controle Social e Financiamento | Péssimo | 1 | 100 | - | - | 1 | 100 | 3,624 | ,459 |
| | Ruim | 8 | 72,7 | 3 | 27,3 | 11 | 100 | | |
| | Regular | 5 | 100 | - | - | 5 | 100 | | |
| | Bom | 4 | 57,1 | 3 | 42,9 | 7 | 100 | | |
| | Ótimo | 9 | 81,8 | 2 | 18,2 | 11 | 100 | | |
| | Total | 27 | 77,1 | 8 | 22,9 | 35 | 100 | | |
| Avaliação e Monitoramento | Péssimo | - | - | 1 | 100 | 1 | 100 | 1,390 | ,846 |
| | Ruim | 2 | 18,2 | 9 | 81,8 | 11 | 100 | | |
| | Regular | 1 | 20 | 4 | 80 | 5 | 100 | | |
| | Bom | 2 | 28,6 | 5 | 71,4 | 7 | 100 | | |
| | Ótimo | 1 | 9,1 | 10 | 90,9 | 11 | 100 | | |
| | Total | 6 | 17,1 | 29 | 82,9 | 35 | 100 | | |

Com o intuito de dar maior robustez à análise buscou-se agregar as categorias de desempenhos em Desempenho Bom-Ótimo e Desempenho Péssimo-Regular realizando-se a análise tanto por nota geral quanto por componente de qualidade (tabela 15). No entanto, a análise permaneceu não tendo significância estatística.

Em relação à nota geral, foi possível apenas observar uma distribuição mais equilibrada e próxima entre as categorias de desempenho em relação à classificação (tabela 15).

A disposição dos desempenhos categorizados permitiu uma melhor visualização, facilitando comparar as classificações por componentes entre os serviços que obtiveram melhores e piores desempenhos. Esta análise continuou sem apresentar significância estatística, mas apontou para um fato interessante: os CEO com desempenho Bom-Ótimo apesar de terem apresentado proporcionalmente em geral melhor desempenho que os CEO com desempenho Péssimo-Regular para a maioria dos componentes de qualidade, para os componentes Gestão de pessoas e Critérios organizacionais tiveram percentual mais alto de classificação insatisfatória que os de desempenho Péssimo-Regular (tabela 15).

Tabela 15 – Análise do desempenho categorizado em função da nota geral e por componente de qualidade do Portal CEO. Pernambuco, 2014.

| | Desempenho | Classificação dos Serviços | | | | | | | |
|---|-----------------|----------------------------|------|------|------|--------------|------------|----------------|-------|
| | | Insatisfatório | | | | Satisfatório | | | |
| | | <7,0 | | >7,0 | | Total | | Valor | Valor |
| | | N | % | N | % | N | % | X ² | P |
| Nota Geral | Péssimo-Regular | 8 | 47,1 | 9 | 52,9 | 17 | 100 | ,024 | ,877 |
| | Bom-Ótimo | 8 | 44,4 | 10 | 55,6 | 18 | 100 | | |
| | Total | 16 | 45,7 | 19 | 54,3 | 35 | 100 | | |
| Componente de Qualidade (categorizado) | | | | | | | | | |
| Gestão e gerência | Péssimo-Regular | 4 | 23,5 | 13 | 76,5 | 17 | 100 | ,949 | ,330 |
| | Bom-Ótimo | 2 | 11,1 | 16 | 88,9 | 18 | 100 | | |
| | Total | 6 | 17,1 | 29 | 82,9 | 35 | 100 | | |
| Estrutura | Péssimo-Regular | 5 | 29,4 | 12 | 70,6 | 17 | 100 | ,237 | ,627 |
| | Bom-Ótimo | 4 | 22,2 | 14 | 77,8 | 18 | 100 | | |
| | Total | 9 | 25,7 | 26 | 74,3 | 35 | 100 | | |
| Gestão de Pessoas | Péssimo-Regular | 9 | 52,9 | 8 | 47,1 | 17 | 100 | ,238 | ,625 |
| | Bom-Ótimo | 11 | 61,1 | 7 | 38,9 | 18 | 100 | | |
| | Total | 20 | 57,1 | 15 | 42,9 | 35 | 100 | | |
| Critérios Organizacionais | Péssimo-Regular | 14 | 82,4 | 3 | 17,6 | 17 | 100 | ,305 | ,581 |
| | Bom-Ótimo | 16 | 88,9 | 2 | 11,1 | 18 | 100 | | |
| | Total | 30 | 85,7 | 5 | 14,3 | 35 | 100 | | |
| Controle Social e Financiamento | Péssimo-Regular | 14 | 82,4 | 3 | 17,6 | 17 | 100 | ,509 | ,476 |
| | Bom-Ótimo | 13 | 72,2 | 5 | 27,8 | 18 | 100 | | |
| | Total | 27 | 77,1 | 8 | 22,9 | 35 | 100 | | |
| Avaliação e Monitoramento | Péssimo-Regular | 3 | 17,6 | 14 | 82,4 | 17 | 100 | ,006 | ,939 |
| | Bom-Ótimo | 3 | 16,7 | 15 | 83,3 | 18 | 100 | | |
| | Total | 6 | 17,1 | 29 | 82,9 | 35 | 100 | | |

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

Este trabalho traz como proposta uma nova forma de avaliação específica para a área de saúde bucal através do uso de uma inovação tecnológica, uma ferramenta eletrônica. Assim, é duplamente importante: propõe um método de avaliação em saúde bucal voltado à atenção especializada, ao mesmo tempo em que utiliza a tecnologia em saúde, ambos raramente empregados na área. Em um tempo onde se começa a empregar a tecnologia na saúde, iniciativas como esta têm muito a contribuir e devem ter uso crescente e cada vez mais frequente no campo da saúde. No contexto brasileiro especificamente, o SUS por ser sempre alvo de questionamentos sobre a qualidade de seus serviços e sobre sua eficiência, eficácia e efetividade e por ser cobrado quanto ao emprego de novas tecnologias, é considerado um grande impulsionador da avaliação (FURTADO, 2009) e parece realmente ser ideal para acolher este tipo de iniciativa.

Quanto ao aspecto da utilização da Tecnologia da Informação cabe fazer algumas considerações: é um fator que pode influenciar positivamente na produção e gestão das instituições e traz vantagens como a redução de custos, a melhora na comunicação e na agilidade, facilitando o desenvolvimento de ações e do próprio processo produtivo, além da produção de conhecimento a partir da informação. Assim, é importante investir em tecnologias que auxiliem no aumento do controle e na melhoria da qualidade dos serviços (PINOCHET, 2011). Além disto, a utilização de métodos de coleta automatizada de dados tem sido defendida e comprovadamente superior em comparação com os métodos de coleta manuais em relação à qualidade dos dados e por requerer menor tempo e custo, conferindo maior eficiência e eficácia (BOUCHET; EMPEREUR; KOHLER, 1998; PAULSEN; OVERGAARD; LAURITSEN, 2012; THWIN et al., 2007).

Em relação à avaliação em saúde, tem-se atribuído a restrição em seu uso a fatores como a limitação de recursos e ao longo tempo necessário, não havendo a disponibilidade oportuna da informação quando da tomada de decisão (NICKEL, 2008; TANAKA; TAMAKI, 2012). No entanto, o Portal CEO é um instrumento de avaliação em que estes fatores limitantes não se aplicam.

O Portal CEO atende a requisitos para uma avaliação de qualidade de serviço, emprega critérios de qualidade (componentes de qualidade no Portal CEO) e segue um modelo teórico universalmente aceito que é o modelo sistêmico de Donebedian (FRIAS et al., 2010), e, além disto, apresenta todas as três formas de abordagem de operacionalização citadas por Chaves

(COLUSSI; CALVO, 2012) para uma avaliação de qualidade: 1) análise de registros clínicos ou auditoria, neste trabalho correspondente à fase de análise de desempenho dos serviços; 2) observação direta do profissional por especialista, que equivale à etapa de operacionalização do Portal CEO; e 3) estudos de comportamentos e opiniões, que neste estudo se equipara à análise do questionário para investigação da expectativa dos participantes em relação ao uso do Portal CEO.

Além destas etapas, neste trabalho procurou-se aprofundar ainda mais a análise, buscando verificar possíveis associações que pudessem interferir nos resultados das classificações obtidas no Portal CEO.

Pôde-se constatar neste estudo sobre Pernambuco uma ampliação na oferta de atenção secundária, tendo-se verificado um aumento superior ao dobro no número de CEO no Estado em um período de 7 anos, com a existência de 53 Centros de Especialidades Odontológicas implantados até 2014, em detrimento dos 25 implantados até dezembro de 2007, como aponta Magalhães *et al.* (MAGALHÃES *et al.*, 2012).

No entanto, ao se considerar os resultados relacionados às microrregiões de saúde, uma característica que se evidencia são os possíveis vazios assistenciais provocados pela iniquidade na distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas, já que se percebem disparidades consideráveis, inclusive microrregiões sem serviços implantados. Quando se agrupou esses dados em Macrorregiões de Saúde observou-se a diminuição da oferta de estabelecimentos de saúde em detrimento da interiorização. Este dado está de acordo com a constatação de trabalhos anteriores onde se verificou que a maioria dos CEO localizava-se em municípios de maior porte e com melhores condições sociais (FIGUEIREDO; GOES, 2009; GOES *et al.*, 2012; SALIBA *et al.*, 2010). Saliba *et al.* (2010) também relataram distribuição homogênea dos CEO em todas as regiões brasileiras, mas com maior cobertura nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste. Outro estudo que analisou a distribuição territorial do CEO no estado do Ceará além de apontar a localização dos CEO em municípios maiores indicou que muitas vezes as escolhas para implantação dos serviços é resultante de interesses políticos e não a partir de necessidades de saúde da população (GUIMARÃES, 2010).

A iniquidade na distribuição dos CEO significa que parcelas da população, muitas vezes as mais necessitadas, deixam de ter acesso aos serviços especializados de saúde bucal. De acordo com Pedrazzi, Dias e Rode (2008), era necessário que houvesse uma melhor distribuição destes serviços no país para que eles fossem ofertados de forma mais equânime ou equilibrada.

Na verdade, mais do que isto, deveria haver mais CEO implantados nestes locais mais carentes de serviços, em consonância com as suas necessidades.

É importante ressaltar que uma maior oferta e disponibilidade de serviços de saúde podem não necessariamente significar uma maior utilização (GUAY, 2004; RIBEIRO-SOBRINHO; SOUZA; CHAVES, 2008), como verificado por Chaves, que afirmou que a oferta de serviços odontológicos especializados pode estar sendo subutilizada para um tipo de serviço essencial na garantia da integralidade da atenção à saúde bucal (CHAVES et al., 2011). Assim como também, o aumento na quantidade de procedimentos pode não descartar problemas na resolutividade do serviço, como apontaram Araújo, Menezes e Sousa (2012) em seu estudo.

Deste modo, faz-se necessário avaliar constantemente os serviços oferecidos a fim de contribuir à garantia de acesso e utilização, bem como, sua melhoria de qualidade, primordial aos Centros de Especialidades Odontológicas, a exemplo deste estudo.

Muito embora, o desempenho de cada Centro de Especialidades Odontológicas seja avaliado apenas por metas dos subgrupos de procedimentos odontológicos (SIA/SUS) (BRASIL, 2011), não contemplando inclusive a totalidade de procedimentos que deveriam ser ofertados, este pode demonstrar de imediato a problemática vivenciada por estes serviços ao seu papel como centro de referência especializada em saúde bucal. Neste estudo, observou-se que 32,1% dos Centros de Especialidades Odontológicas obtiveram um desempenho ruim, sendo superior à proporção de CEO que obtiveram desempenho ótimo (30,2%). Este dado é preocupante e alarmante, pois indica claramente que a maior parte dos serviços pernambucanos não está conseguindo minimamente cumprir com a produção esperada, o que aponta para a não garantia da integralidade do cuidado aos pacientes. E, uma vez havendo a dificuldade no acesso, com a interrupção do cuidado e o prejuízo no alcance da integralidade da atenção, há também o prejuízo na obtenção de uma adequada interface entre a atenção primária e secundária (AGUILERA et al., 2013).

Comparando este resultado ao de trabalho anterior realizado por Figueiredo & Goes (FIGUEIREDO; GOES, 2009), é possível observar no tocante ao desempenho que naquele trabalho a maior proporção de serviços (40,9%) havia apresentado desempenho bom, o que de imediato conduziria a pensar que houve piora no resultado, mas na verdade praticamente o quantitativo de CEO com desempenho ruim se manteve, já que no estudo de Figueiredo & Goes este índice era de 31,8%, o que deve ter ocorrido é que os 40,9% de serviços com desempenho bom se redistribuíram nas outras categorias.

Em relação ao cumprimento de metas por subgrupo de especialidade, o melhor cumprimento obtido foi para o subgrupo Atenção Básica (94,3%) em detrimento dos demais, principalmente para o subgrupo de Endodontia que não conseguiu cumprir a meta, com percentual de cumprimento de apenas 30,2%. Este resultado difere um pouco do obtido por Figueiredo & Goes (2009), pois neste, a especialidade de Endodontia havia conseguido cumprir a meta (63,6%) e a de Cirurgia Oral não (13,6%), assim, houve melhora no cumprimento de Cirurgia Oral que conseguiu atingir a meta (50,9%) e piora para a Endodontia. Também houve aumento no cumprimento de procedimentos básicos que passou de 81,8% para 94,3%, no entanto esta proporção tão elevada no cumprimento do subgrupo Atenção Básica indica que a atenção básica pode estar funcionando dentro dos serviços especializados, ou seja, em local inapropriado, e os procedimentos de especialidades deixando de ser executados, com comprometimento do fluxo de pacientes na rede de atenção. De forma semelhante, pode haver a realização inadequada de procedimentos especializados dentro da atenção básica, como encontraram Lino et al. (2014) em seu estudo. Estes autores afirmaram, no entanto, que os CEO mostraram-se eficientes apesar de não cumprirem metas.

Sobre este aspecto do não cumprimento de metas, deve-se destacar esta dificuldade generalizada dos serviços em cumprir com as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Machado, Silva e Ferreira (2015) procurando identificar fatores que poderiam estar relacionados ao desempenho, encontraram que as formas de organização do processo de trabalho e as características contextuais dos municípios em que se localizavam os serviços exerciam influência em seu desempenho. Assim, na tentativa de compreender quais os fatores que poderiam estar interferindo no desempenho apresentado pelos CEO, realizou-se neste estudo a análise das variáveis estruturais e contextuais dos municípios em que foram implantados, a fim de observar sua possível associação neste processo.

Considerando as análises entre desempenho e aspectos avaliativos investigados, especificamente sobre características estruturais dos serviços, observou-se que para o tipo de CEO pareceu haver alguma associação com o desempenho obtido. CEO do tipo I tiveram 58,3% dos serviços com desempenho ótimo, opostamente ao encontrado por Magalhães et al. (2012), onde o maior índice de não cumprimento esteve associado a este tipo de CEO. Este resultado sugere que não necessariamente uma maior densidade tecnológica e estrutural, em relação ao tipo de CEO, melhora o desempenho. Esta afirmação é reforçada novamente neste trabalho na etapa de análise dos dados do Portal CEO, quando fica evidente que os problemas enfrentados relacionam-se muito mais a aspectos de processo de trabalho que de estrutura. Os aspectos de

processo de trabalho mostram-se superiores na capacidade de influenciar a oferta e a qualidade dos serviços, o que corrobora com a afirmação de Machado, Silva e Ferreira (2015), e que será visto mais adiante.

No entanto, não se descarta a influência da Estrutura no desempenho. De acordo com Celeste et al. (2014), ao investigar este componente, também o investimento em recursos humanos e financeiros pode acarretar no aumento do número de procedimentos, o que reflete assim no desempenho.

Em relação à característica tempo de implantação, esta parece não se configurar como um fator determinante no desempenho, pois se verificou neste trabalho inversão nos resultados quanto ao desempenho entre os serviços implantados há mais e a menos de 6 anos. Esse achado se contrapõe ao encontrado por Figueiredo & Goes (FIGUEIREDO; GOES, 2009) e Magalhães *et al.* (MAGALHÃES et al., 2012), que creditaram melhores desempenhos aos CEO implantados há mais tempo. Cabe uma ressalva quanto ao tempo considerado para análise, que foi diferente dos outros dois estudos (tempo superior ou inferior a 1 ano).

Quando da análise das características contextuais, considerando a cobertura populacional de ESB/PSF, verificou-se que os melhores desempenhos estiveram associados a maiores coberturas de ESB/PSF. Este resultado contraria à afirmação de Herkrath et al. (2013), que referiram que a cobertura de ESB não possuía relação com o desempenho, estando este atrelado às características sociodemográficas, e também ao resultado encontrado por Figueiredo & Goes (FIGUEIREDO; GOES, 2009) e Fernandes (2014), em que foi encontrada relação negativa entre o aumento na produção de procedimentos especializados e a cobertura de ESB/PSF.

Em relação ao porte populacional das localidades dos Centros de Especialidades Odontológicas, verificou-se relação inversa com o seu desempenho. Este achado divergiu do estudo de Figueiredo & Goes (2009), que afirmava que quanto menor a cidade e o IDH, piores resultados de desempenho eram obtidos, e de Fernandes (2014), que não evidenciou relação entre o aumento na produção de procedimentos especializados com a maioria das características contextuais dos municípios brasileiros, como IDH, Índice de GINI, Número de Especialistas e Número de CEO.

Além da análise de desempenho este estudo buscou principalmente avaliar a usabilidade da ferramenta eletrônica Portal CEO, mas anteriormente a isto se procurou saber sobre o

conhecimento que os participantes tinham acerca de avaliação e sobre sua aproximação com a tecnologia, e qual a expectativa que faziam em relação ao uso do Portal CEO.

Em geral, aspectos referentes às opiniões e expectativas de profissionais e da gestão dos serviços são pouco relatados na literatura, em detrimento do ator usuário, cujo perfil, olhar e satisfação vem sendo bem explorados por serem considerados como um importante indicador de qualidade. De acordo com Volpato et al. (2009), a avaliação da satisfação dos usuários permite avaliar aspectos do serviço e atendimento, enquanto que a investigação da satisfação profissional possibilita avaliar outros aspectos, como os administrativos e gerais. A avaliação do ponto de vista profissional pode ainda estar mais relacionada a aspectos referentes à qualidade técnica dos serviços (FADEL, 2006).

Este trabalho, então, voltou a sua abordagem aos gestores e profissionais que fazem os CEO pernambucanos. Primeiramente, percebeu-se um aspecto positivo no perfil da gestão dos CEO: apesar da indicação política para os cargos de coordenação de saúde bucal dos municípios e gerência de CEO, verificou-se que a maioria dos cargos eram ocupados por cirurgiões-dentistas pós-graduados, com idade média de 40 anos e com tempo de formação superior a 15 anos, apontando para a consideração de critérios nesta indicação, como a experiência profissional, fundamental para que se adquira melhores resultados. De acordo com Martelli et al. (2008), é importante conhecer o perfil destes profissionais e gestores já que se fazem essenciais para a reorganização do modelo de atenção à saúde por compreenderem as realidades locais e poderem assim executar ações que possam modificar esta realidade a favor da população.

Outro dado verificado foi que os gestores e profissionais relataram fazer uso da avaliação e demonstraram reconhecer a sua importância e suas finalidades, apesar de não se reunirem para debater sobre o assunto. Deste modo, embora a avaliação em saúde seja considerada de grande importância aos serviços públicos de saúde, os resultados denotam que a prática operativa não é frequente. Este quadro poderia ser mudado com mais formação nesta temática, e caberia principalmente aos gestores convocar as reuniões, especialmente com utilização de ferramentas específicas, como por exemplo, o Portal CEO à gestão e gerência destes serviços, uma vez que é possível a superação de problemas que dificultam a obtenção de qualidade através da ênfase em aspectos referentes ao processo de trabalho e pelo maior investimento na capacitação dos recursos humanos (FRIAS et al., 2010).

O estabelecimento destes espaços de discussão é essencial para que haja a interação entre os envolvidos no processo avaliativo e participação na tomada de decisão (MORAES;

SANTOS, 2001), além de ser também importante para a sua aprendizagem e empoderamento (KUSMA; MOYSÉS, SIMONE; MOYSÉS, SAMUEL, 2012). A participação dos implicados na avaliação é o fator responsável pela garantia do seu uso (TANAKA; TAMAKI, 2012).

A utilização da avaliação pelos municípios pôde ser comprovada através da informação do alto índice de adesão aos programas PMAQ-AB e PMAQ-CEO. No entanto, ao confrontar este achado com o citado anteriormente, em que há pouca participação na discussão dos processos avaliativos, percebe-se que apenas a adesão à avaliação não é suficiente, e que o pouco diálogo e debate sobre o tema empobrece este processo tornando-o incompleto em sua finalidade. Tanto não é suficiente apenas a adesão que apesar do alto índice de credenciamento ao PMAQ-CEO, obteve-se um resultado de desempenho ruim para a maioria dos CEO de Pernambuco.

Os resultados mostraram familiaridade no uso de ferramentas eletrônicas por parte dos gestores e profissionais, mas não no âmbito de seus trabalhos no SUS, o que é um desperdício, uma vez que uma das finalidades do emprego da TI na saúde é servir como apoio à gestão (PINOCHET, 2011). O uso da TI na saúde também promove uma melhor qualidade na assistência além de colaborar na contabilidade e redução de custos (CARVALHO, 1998). Um dos motivos associados à limitação no seu uso é a não compreensão de sua capacidade como ferramenta ou o temor da mudança que a sua utilização poderá trazer (CARVALHO, 1998).

O fato de os gerentes e profissionais não estarem familiarizados com o emprego da TI em seus trabalhos indica a necessidade de implementação de tecnologias e de capacitação dos recursos humanos para a sua utilização. Entretanto, o simples fato de estarem participando deste trabalho já traz a possibilidade de vivência e aproximação a uma tecnologia em saúde. Atualmente já se verifica a utilização de tecnologias na saúde como o *eSUS* e o *telessaúde*, que assim como esta ferramenta, Portal CEO, constituem-se em alternativas para o melhoramento da qualidade dos serviços. O uso da tecnologia em saúde deve ser incentivado através de políticas governamentais para a disseminação e uso da informação e tecnologia, principalmente para os municípios de pequeno porte, a fim de garantir a melhoria da qualidade na saúde (CARVALHO, 1998).

Pôde-se observar ainda uma melhor expectativa em relação ao uso do Portal CEO por parte dos gestores do que pelos profissionais. Estes resultados podem apontar para duas perspectivas: a primeira é que os atores sociais mais ligados à gestão/gerência são aqueles mais interessados em instrumentos que facilitem ou ajudem na tomada de decisão, comparados aos

profissionais, que geralmente pelo perfil de formação, estão mais interessados pelo atendimento clínico e técnico (FADEL, 2006); a outra perspectiva é que em função destes interesses divergentes, o uso do Portal CEO pôde conseguir mais adesão por parte dos gerentes do que por parte dos profissionais dos CEO.

A maior participação da gerência também foi comprovada quando da operacionalização do Portal CEO. Para esta etapa em que gerentes e profissionais de CEO participaram preenchendo questionários distintos para cada categoria, foram realizadas novas análises de dados relativas às classificações de qualidade obtidas, cujos principais aspectos serão debatidos.

A análise do questionário para gerentes teve nota geral média 7,0, considerada como satisfatória, no entanto, vale destacar que o percentual dos serviços avaliados por seus gestores como insatisfatórios ou insuficientes em cumprir com critérios julgados como necessários para a obtenção de qualidade foi muito próximo, fato que merece atenção.

As notas por componente de qualidade demonstraram resultado satisfatório para Gestão e Gerência, Estrutura e Avaliação e Monitoramento, e insatisfatório para Gestão de Pessoas, Critérios Organizacionais e Controle Social e Financiamento. Estes dados são importantes por indicarem a possível natureza dos principais problemas enfrentados pelos serviços, que dificultam na sua qualidade.

Assim, em relação aos resultados satisfatórios, pode-se dizer que é positivo o fato desta classificação para o componente Gestão e Gerência por denotar a mudança no perfil da gestão, com maior grau de comprometimento, o que corrobora com os dados obtidos sobre o perfil da gestão no questionário de investigação da expectativa do uso do Portal CEO, já debatido anteriormente.

Quanto ao bom resultado também para o componente Estrutura, este dado é importante por reforçar que os problemas enfrentados nestes serviços **não** dizem respeito à questão estrutural, que na maior parte das vezes é satisfatória. Este dado reforça o resultado obtido na avaliação de desempenho dos serviços, quando se constatou que o melhor desempenho não estava associado à estrutura ou densidade tecnológica do CEO (o desempenho havia sido superior nos CEO tipo I). Vale recordar aqui a afirmação de Vuori (1991) de que não necessariamente uma boa estrutura implicará em um bom processo ou resultado. O nó crítico dos serviços parece estar relacionado ao componente Processo, em acordo com o achado de Machado, Silva e Ferreira (2015), devendo-se então dar maior ênfase na discussão sobre

problemas e dificuldades referentes ao processo de trabalho, como recomendam Frias et al. (2010) para a superação de problemas que são obstáculos à obtenção de qualidade.

O resultado satisfatório para o componente Avaliação e Monitoramento parece indicar o uso da avaliação pelos serviços, o que é um aspecto positivo, mas espera-se que esse processo possa amadurecer no interior das instituições conduzindo a uma maior reflexão e diálogo em um momento posterior de avaliação das ações, já que os dados deste trabalho referentes ao questionário da investigação da expectativa dos gestores e profissionais dos CEO apontam para a sua inexistência. Chama-se a atenção para a importância do caráter reflexivo da avaliação e do seu potencial transformador, fazendo com que os atores sociais possam tomar decisões fundamentadas, repensar a sua prática e mudar de opinião, como sugerem Silva & Brandão (2003), o que pode mostrar o caminho para a superação de problemas identificados, acarretando no melhoramento da qualidade do serviço ofertado.

Os resultados considerados como insatisfatórios indicam as possíveis origens dos problemas enfrentados que dificultam a obtenção de uma melhor qualidade do serviço. Assim, o dado de maior percentual de notas abaixo de 7,0 no componente Gestão de Pessoas é relevante por apontar para uma possível insatisfação profissional, que pode influenciar na produção e oferta de qualidade no atendimento ao paciente; no componente Critérios organizacionais parece indicar a existência de problemas relacionados à dificuldade de acesso ao serviço e à relação de referência e contra referência ou interface Atenção Básica/Atenção especializada. Uma grande demanda por serviços especializados odontológicos associada a uma baixa capacidade de oferta acaba por comprometer o estabelecimento de um adequado sistema de referenciamento, como aponta a Organização Pan-americana de Saúde (2006) e conseqüentemente também comprometem a integralidade da assistência (COLUSSI *et al.*, 2009); e no critério de Controle social e financiamento, pode demonstrar a não participação e a não escuta das necessidades dos usuários, contrariando ao recomendado por Costa et al. (2008), que preconizam a participação do usuário nas avaliações, uma vez que esta participação pode modificar as práticas de saúde tornando-as mais humanas, acolhedoras e resolutivas; e também indicar o não gerenciamento de recursos recebidos ou investimento insuficiente de recursos da contrapartida dos municípios, afinal o financiamento deve ser tripartite, e como ressalta Martelli (2010), apenas o investimento da esfera federal não é suficiente, e uma vez não havendo o cumprimento de todos os entes federados com a sua devida participação, poderá acarretar no comprometimento do desempenho dos serviços (MARTELLI, 2010).

Em relação à avaliação obtida a partir dos profissionais dos CEO, inicialmente o primeiro aspecto notado foi a sua menor participação no Portal CEO, o que pode sugerir uma menor preocupação por parte destes em responder a ferramenta eletrônica quando comparado aos gerentes. Esta perspectiva foi anteriormente apontada pelos resultados do conhecimento da percepção sobre avaliação em saúde e suas expectativas em relação ao uso do portal CEO no qual apontou os piores resultados para este tipo de ator social. Outro fator determinante para a menor frequência foi a ausência deste ator nas oficinas de implantação do Portal CEO, ainda que este ator não fosse procurado/solicitado pelo gerente participante da pesquisa para repassar a tarefa (o que foi pactuado).

No entanto, de uma maneira geral, a categoria dos profissionais mostrou-se mais otimista na avaliação dos serviços, tendo feito uma avaliação superior, com nota geral média de 7,83. Quando decomposto por componentes, correspondentes a Estrutura e Processo, o resultado foi melhor para Estrutura, tendo sido considerado insatisfatório para o critério Processo.

O resultado insatisfatório para o componente Processo reforça o encontrado na categoria de gerente, indicando que realmente as dificuldades encontradas estão neste nível e não são estruturais, estando muito mais relacionadas ao processo e organização do trabalho, ao acesso aos serviços e a problemas na referência - contra referência, como debatido anteriormente. Assim, mais uma vez recomenda-se o enfoque nas questões referentes ao processo de trabalho para o melhoramento no desempenho e na qualidade dos serviços (FRIAS et al., 2010; MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015).

Buscando ainda verificar os fatores que podem influenciar na obtenção da qualidade dos serviços, procurou-se neste trabalho analisar se o desempenho estava associado à classificação no Portal CEO. No entanto, mesmo não tendo sido verificada significância estatística nos dados da análise, fato que pode ter ocorrido devido à limitação numérica da amostra da pesquisa, cabe ressaltar alguns aspectos encontrados.

Mesmo não tendo sido possível estabelecer a associação entre o desempenho e a qualidade obtida no Portal CEO, tendo se observado apenas uma distribuição próxima entre estas categorias quando se agregou os dados de desempenho na análise, e de não ter sido também verificada a influência do desempenho (até quando categorizado) sobre os componentes de qualidade do Portal CEO, ficou claro que apesar de um serviço ter tido um desempenho péssimo, ele poderia ter sido classificado satisfatoriamente no Portal ou pelo

menos para alguns componentes de qualidade, da mesma forma em que um CEO com desempenho ótimo poderia apresentar classificação insatisfatória para algum critério. Este fato pode significar que existe para todos os serviços, independente do desempenho apresentado, algum grau de dificuldade a ser enfrentada.

De uma maneira geral, os aspectos mais críticos parecem estar relacionados aos componentes Gestão de pessoas, Critérios organizacionais e Controle social e financiamento, ou seja, aparentemente todos os serviços demonstram dificuldades a nível de organização do processo de trabalho, na participação social e no financiamento ou gestão de recursos, mais uma vez apontados e confirmados pelos dados desta pesquisa.

Uma vez que a análise leva à conclusão de que todos os serviços, mesmo os considerados com ótimo desempenho, enfrentam algum tipo de dificuldade para a obtenção de qualidade na sua oferta, e que nem sempre o bom desempenho está atrelado a uma boa qualidade, fica a reflexão: como fazer para conseguir aliar um bom desempenho a uma classificação satisfatória quanto aos aspectos de qualidade nos serviços? Para isso sugere-se um perfil adequado de gestores e profissionais, e que estes se sintam valorizados profissionalmente e satisfeitos com o seu trabalho e que não haja a precarização do vínculo, havendo também cumprimento da carga horária de trabalho; deve-se facilitar o acesso dos pacientes e a oferta de serviço (é interessante também que haja a ampliação no quantitativo de CEO); é importante que se estabeleça o diálogo entre os atores sociais e que haja um espaço específico para discussão; é necessário que se discuta principalmente sobre aspectos que melhorem o processo de trabalho; e, para o melhoramento na questão de financiamento, pode-se tentar estabelecer parcerias, mas antes de tudo tem que haver vontade política em cumprir com o determinado por lei.

Dentre as principais limitações apresentadas por este trabalho está o uso de sistemas de informação em saúde, a exemplo do SIA/SUS, visto que os dados disponíveis são de procedimentos realizados, restringindo a análise da utilização dos serviços, não permitindo um levantamento de perfis de morbidade. Além disso, em sua origem, foi implantado para fins de pagamento dos procedimentos realizados, o que pode interferir no registro dos dados, seja no supra ou sub-registro (BARROS; CHAVES, 2003).

No entanto, em face de rápida e ágil captação de informações, o SIA/SUS fornece aos gestores um material imprescindível para a tomada de decisão, objetivo principal dos processos avaliativos de programas e serviços de saúde, sobretudo se associados a outras fontes documentais, sendo usado em estudos sobre a utilização de serviços em saúde bucal (SANTOS;

ASSIS, 2006; SOUZA; RONCALLI, 2007). A escolha por este método neste estudo foi coerente com os seus objetivos, visto que uma análise quantitativa e normativa das metas dos Centros de Especialidades Odontológicas, construídas a partir dos procedimentos do SIA/SUS, associadas a outras fontes de informações, permitiu uma avaliação da atenção secundária em saúde bucal em Pernambuco, possibilitando uma orientação para organização do modelo de atenção em saúde bucal nos municípios (CHAVES; VIEIRA-DA-SILVA, 2007; VOLPATO; SCATENA, 2006).

Outra limitação deste estudo foi a ausência da participação do usuário, que não chegou a ser contemplada devido aos objetivos da pesquisa, mas como esta faz parte de um projeto ainda maior, deverá constar na fase de avaliação externa deste projeto. A participação do usuário na avaliação proporcionará, a partir de outro olhar, o enriquecimento da discussão sobre a qualidade nos serviços.

Apesar destas limitações no estudo, que indicam a necessidade futura de outras pesquisas que venham a melhorar estes aspectos, este trabalho apresenta grande potencial a partir da proposta do Portal CEO, que sugere uma nova forma de avaliação da qualidade no contexto da saúde bucal, voltada ainda para a área da atenção secundária, área pouco contemplada na literatura, como refere Fernandes (2002). O Portal CEO por gerar instantaneamente a informação, permite que seja utilizado para a tomada de decisão imediata, podendo prestar grande contribuição no apoio à gestão, e ainda ajudar na identificação de aspectos críticos do serviço, que prejudicam a qualidade em sua oferta. Iniciativas como o Portal CEO devem ser estimuladas e difundidas para uso no âmbito do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. A análise de desempenho mostrou um panorama crítico, em que infelizmente a maioria dos CEO de Pernambuco apresentou desempenho ruim. Isto demonstra que o serviço não está sendo capaz de suprir com as necessidades da população, que tem grande demanda para o cuidado especializado de saúde bucal, um problema que pode acarretar em outros maiores em nível de interface entre AP/AS e no comprometimento da integralidade da atenção;
2. Ainda em relação à análise de desempenho, quanto às variáveis estruturais dos municípios, observou-se que os melhores desempenhos se deram em municípios da região Agreste e os piores na região Metropolitana;
3. O tipo de CEO pareceu influir sobre o desempenho, tendo-se verificado desempenho ótimo para CEO tipo I, o que denota que a densidade tecnológica e a estrutura não estiveram relacionadas ao desempenho obtido; e o tempo de implantação dos serviços teve relação inversa com o desempenho;
4. Quanto às características contextuais, o desempenho ótimo foi verificado em municípios que tinham cobertura de ESB superior a 50%, e as variáveis IDH e porte populacional tiveram relação negativa com o desempenho apresentado;
5. Os resultados da investigação da expectativa dos usuários quanto ao uso do Portal CEO mostraram que os coordenadores de saúde bucal, gerentes e profissionais de CEO conheciam a avaliação e as vantagens de seu uso e a empregavam, mas não debatiam o assunto;
6. Os participantes também estavam familiarizados com o uso de tecnologias, mas não voltadas ao trabalho, e uma vez havendo este déficit, o Portal CEO apresenta-se como uma nova forma de aprendizado e capacitação; e a expectativa dos participantes era positiva, sendo acreditada a capacidade de ajuda do Portal CEO para a melhoria da qualidade dos serviços;
7. Os resultados da operacionalização do Portal CEO para os gerentes mostraram nota média geral de 7,0, um resultado satisfatório, mas que pode ser melhorado, e classificação insatisfatória para os componentes Gestão de Pessoas, Critérios Organizacionais e controle Social e Financiamento, sendo a melhor nota média obtida no componente Avaliação e Monitoramento;
8. Os resultados da análise do Portal CEO para profissionais mostraram uma nota média geral de 7,83, demonstrando que os profissionais avaliaram mais positivamente os

serviços que os gerentes. O componente Estrutura teve avaliação satisfatória, o que não aconteceu com o componente Processo, indicando a existência de problemas referentes ao processo de trabalho;

9. Em relação à análise do desempenho em função da qualidade obtida no Portal CEO, não foi possível estabelecer a existência de associação por não ter sido verificada significância estatística, mas em geral, indicou que classificação insatisfatória para os componentes Gestão de pessoas, Critérios organizacionais e Controle social e financiamento;
10. Com base no resultado da análise do desempenho em função da classificação do Portal CEO, pôde-se perceber que todos os serviços, mesmo os considerados com ótimo desempenho, aparentam possuir problemas em nível de organização do processo de trabalho, na participação social e no financiamento ou gestão de recursos, fatores que dificultam a obtenção de qualidade na assistência;
11. Para que se melhore a qualidade do serviço é importante que haja a existência de espaço de discussão no ambiente de trabalho e que se enfoque nos debates as questões referentes ao processo de trabalho, que como mostram os resultados deste estudo consiste no principal problema enfrentado pelos serviços.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS²

1. AGUILAR, MI. **A integralidade na saúde bucal:** estudo das articulações entre os serviços públicos na zona norte do município de São Paulo. 2009. 118 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, 2009.
2. AGUILAR, MJ; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais.** Petrópolis: Vozes, 1994.
3. AGUILERA, SLVU; FRANÇA, BHS; MOYSÉS, ST; MOYSÉS, SJ. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Rev Adm Pública** — Rio de Janeiro 47(4): 1021-39, jul./ago. 2013.
4. ALBANAES, HC; LOBO, E; BERNARDINI, IS. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e sua Relação com a Qualidade dos Serviços Prestados nos Centros de Saúde. **Coleção Gestão da Saúde Pública**, vol. 4, artigo 5, 2013.
5. ALKIN, MC. **Evaluation roots: tracing theorists' views and influences. Part 1 introduction.** Thousand Oaks: Sage Publications; 2004: 3-65.
6. ALMEIDA, PF. **Estratégias de coordenação dos cuidados: fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos** [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2010.
7. ALVES, CKA. **Institucionalização da avaliação na atenção básica: análise do programa em uma gestão estadual.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) 176f.: Centro de pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.
8. ALVES, CKA *et al.* **Interpretação e Análise de Informações: O Uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões.** In: I. SAMICO *et al.* Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais – Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 196p.
9. ANTUNES, JLF *et al.* City-level gender differentials in the prevalence of dental caries and restorative dental treatment. **Health Place.** 2003a; 9(3): 231-9.
10. ANTUNES, JLF *et al.* Ethnic disparities in the prevalence of dental caries and restorative dental treatment in Brazilian children. **Int Dent J.** 2003b; 53(1): 7-12.
11. ANTUNES, JLF *et al.* Measuring inequalities in the distribution of dental caries. **Community Dent Oral Epidemiol.** 2004; 32(1): 41-8.
12. ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho.** Campinas, SP: UNICAMP, 1995.

² De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas NBR 6023.

13. ARAÚJO, DB de; MENEZES, LMB de; SOUSA, DL de. Secondary dental care and implementation procedures of specialized dental clinics in a state in Northeast Brazil. **RGO - Rev Gaúcha de Odontologia**, vol. 60, n. 01, 2012.
14. ARAÚJO, DV; FERRAZ, MB. Impacto econômico do tratamento da cardiopatia isquêmica crônica no Brasil: o desafio da incorporação de novas tecnologias cardiovasculares. **Arq Brasil Cardiol**. 2005; 85(1): 1-2.
15. AZEVEDO, LFA. **Uso de informações de saúde para suporte à decisão: uma metodologia focada no consumidor da informação**. / Luiz Fernando de Aguiar Azevedo. Rio de Janeiro: s.n., 2009. 79 f.
16. BALDANI MH *et al*. Associação do índice CPO-D com indicadores socioeconômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2004; 20(1): 143-52.
17. BARROS, SG; CHAVES, SCL. A utilização do sistema de informações ambulatoriais como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiol Serv Saúde**. 2003; 12(1): 41-51.
18. BARTOLE, MCS. **Da boca cheia de dentes ao Brasil Sorridente: uma análise retórica da formulação da política nacional de saúde bucal** [Dissertação]. Rio de Janeiro, RJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
19. BORGHI, GN; VAZQUEZ, FL; CORTELLAZZI, KL; BULGARELI, JV; PEREIRA, AC. A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia. **RFO UPF** vol.18 no. 2 Passo Fundo Mai./Ago. 2013.
20. BOUCHET, C; EMPEREUR, F; KOHLER, F. Evaluating a computerized tool for coding patient information. **Proc AMIA Symp**. 1998: 185-189.
21. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>.
22. _____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em 19 maio 2014. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia, 1. Brasília: Ministério da Saúde, 1994a.
23. _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. Coordenação Geral de Investimentos em Saúde. **Diretrizes para Investimentos em Saúde**. Brasília, 2004a.
24. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004b. 16p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf> Acesso em: julho de 2014.

25. _____. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Proposta versão 2.0 (inclui deliberações da XII Conferência Nacional de Saúde). 2004c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf> Acesso em maio 2015.
26. _____. Portaria n. GM/MS n. 2.510, de 19 de dezembro de 2005. Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde (CPGT). 2005.
27. _____. Portaria nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Brasília: **Diário Oficial da União**, 24 mar. 2006a. p. 51. Seção 1.
28. _____. Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 58, 24 mar. 2006b, p. 52.
29. _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **A política nacional de saúde bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2006c. (Serie Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).
30. _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Recomendações para referência e contra-referência aos Centros de Especialidades Odontológicas**. Brasília, 2006d. 29p.
31. _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006e. 60p.
32. _____. Portaria GM/MS no 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BR). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
33. _____. (2011a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 62p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
34. _____. (2011b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 134 p.: il. – (Série B. Textos básicos de saúde).
35. _____. (2011c). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Ciência e Tecnologia em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011. 143 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 11).

36. _____. (2011d). Ministério da Saúde. Portaria 1.464 de 27 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 de jun. 2011.
37. _____. (2012a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento Síntese para Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Ministério da Saúde, 2011. 55 p.
38. _____. (2012b). Ministério da Saúde. Portaria 866, de 03 de maio de 2012. Altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e as regras de classificação da certificação das equipes participantes do Programa.
39. _____. (2013a). Ministério da Saúde. Portaria 261, de 21 de fevereiro de 2013. Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal.
40. _____. (2013b). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013.
41. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
42. BULGARELI, JV *et al.* Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. **Rev Odontol UNESP**. 2013; 42(4): 229-236.
43. CALVO, MM *et al.* **Avaliação da atenção primária em saúde bucal**. In: PSA, GOES & MOYSÉS, SJ. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 2012. 248p.
44. CALVO, MCM; HENRIQUE, F. **Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema**. In: LACERDA, JT; TRAEBERT, JL. A Odontologia e a estratégia saúde da família. Tubarão: Unisul; 2006. p. 115-139.
45. CAMPOS, CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, 5 (Supl 1): 563-569, dez., 2005.
46. CAPUCHO, HC *et al.* Incorporação de Tecnologias em Saúde no Brasil: novo modelo para o Sistema Único de Saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 3, n.3, julho, 2012.

47. CARVALHO, AO. Tecnologias da informação na gestão da saúde. **RAP** Rio de Janeiro ~2(2): 195-205. mar./abr. 1998.
48. CASOTTI, E *et al.* Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde debate** vol. 38 no.spe Rio de Janeiro Oct. 2014.
49. CECÍLIO, LCO. **Contribuições para uma teoria da mudança do setor público**. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. Hucitec. São Paulo, 1997. ISBN:85-271-00266-8.
50. CECÍLIO, LCO. **Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental**. In: MERHY, E. E. (Org.). *Agir em saúde*. Hucitec. São Paulo, 2003. ISBN: 85-271-0407-5.
51. CELESTE, RK; MOURA, FRR; SANTOS, CP; TOVO, MF. Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem centros de especialidades odontológicas no Brasil em 2010. **Cad Saúde Pública** vol. 30 n. 3 Rio de Janeiro Mar. 2014.
52. CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. IDSUS – números sem epidemiologia: como prestar um desserviço ao SUS e aos bons gestores. <http://www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=2370&idSubCategoria=56> (acessado em 19/mar./2015).
53. CHAVES, SCL *et al.* Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública** [online]. 2011; 27(1): 143-54.
54. CHAVES, SCL *et al.* Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11): 3115-3124, 2012.
55. CHAVES, SCL *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Rev Saúde Pública** 2010; 44(6): 1005-1013.
56. CHAVES, SCL; VIEIRA-DA-SILVA, LM. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Cad Saúde Pública** 2007; 23: 1119-31.
57. CHIMARA, MB *et al.* Gestão do Sistema de Saúde do Município de São Paulo com Base nos Parâmetros de Avaliação do PMAQ-AB: Estudo de Casos na Microrregião de Cidade Tiradentes. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 174-197, jul./dez. 2013.
58. COLUSSI, CF; CALVO, MCM. Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura. **Saúde Transform Soc.** vol. 3 no. 1 Florianópolis jan. 2012.
59. COLUSSI, CF; NICKEL, DA; CALVO, MCM; CAETANO, JC; SILVA, ACB. Análise da evolução da produção de procedimentos odontológicos de média e alta complexidade na rede de serviços públicos em Santa Catarina. **Cad Saúde Colet**, Rio de Janeiro, 17(4): 939-950, 2009.

60. CONTANDRIOPOULOS, AP *et al.* **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos.** In: HARTZ, ZMA (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas.* 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 29-46.
61. COSTA, GD *et al.* *Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo.* **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18[4]: 705-726, 2008.
62. COSTA, JLBM da. **Análise dos serviços de atenção secundária na especialidade de endodontia de municípios de Minas Gerais: percepções de usuários e endodontistas/** José Leonardo Barbosa Melgaço da Costa. 2012. 88 f.: il. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.
63. COSTA, FL; CASTANHAR, JC. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Rev adm pública** 2003; 37(5): 969-92.
64. CRAIG, J; PATTERSON, V. **Introduction to the practice of telemedicine.** In: Wooton R, Craig J, Patterson V. *Introduction to telemedicine.* 2a ed. Londres: Royal Society of Medicine; 2006. Pp. 3-14.
65. CRUZ, DF; PRADO, RL; VALENÇA, AMG; MACHADO, LS. A linha do cuidado em saúde bucal no município de João Pessoa: uma análise de indicadores. **Revista Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 11, n. 2, p. 291-295, abr./jun. 2011.
66. CUNHA, GT *et al.* **Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e a Qualidade da Atenção Básica: um estudo qualitativo.** 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde - Universalidade, Igualdade e Integralidade da Saúde: Um Projeto Possível. Universidade Estadual de Campinas, Belo Horizonte, 2013.
67. DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación.** México, DF: La Prensa Mexicana, 1984.
68. DONABEDIAN, A. The epidemiology of quality. **Inquiry** 1985; 22: 282-92.
69. DONABEDIAN, A. **Garantía y monotoria de la calidad de la atención médica: um estudio introductorio.** México: Instituto Nacional de Salud Publica; 1990.
70. FADEL, MAV. (Dissertação). **Percepção da qualidade em serviços públicos de odontologia: um estudo de caso.** Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2006.
71. FAULKNER, A. *et al.* A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. **Br J Gen Pract.** 2003; 53(496): 872-84.

72. FELISBERTO, E; ALVES, CKA; BEZERRA, LCA. **Institucionalização da Avaliação.** In: I. SAMICO *et al.* Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais – Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 196p.
73. FELISBERTO, E *et al.* **Institucionalização da avaliação em saúde.** In: P. S. A., GOES & MOYSÉS, S. J. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 2012. 248p.
74. FERNANDES, ESP. **Avaliação de procedimentos especializados, em saúde bucal, realizados no Brasil, no período de 2008 a 2012.**/ Emerson Siqueira Pena Fernandes. Recife: O autor, 2014. 104f.
75. FERNANDES, LMAG. **Validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos usuários, com os serviços públicos de saúde bucal – QASSaB.** Camaragibe. 2002, 181p. Tese (doutorado em Odontologia, Saúde Coletiva) - Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco. 2002.
76. FERNANDEZ, A; OVIEDO, E. **Salud electrónica en América Latina y el Caribe: avances y desafíos.** Santiago: CEPAL; 2010. Disponível em: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/5/41825/di-salud-electrinica-LAC.pdf> Acessado em maio de 2015.
77. FERREIRA, ABH. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa.** 3a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.
78. FIGUEIREDO, N *et al.* **Avaliação de ações da atenção secundária e terciária de saúde bucal.** In: P. S. A., GOES & MOYSÉS, S. J. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 2012. 248p.
79. FIGUEIREDO, N. **Centros de Especialidades Odontológicas – CEO: Um estudo linha de base para a avaliação e monitoramento dos serviços para a região Nordeste/** Nilcema Figueiredo. - Camaragibe: N. Figueiredo, 2008. 320p. Tese (Doutorado).
80. FIGUEIREDO, N; GOES, PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de especialidades odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública.** 2009 fev.; 25(2): 259-67.
81. FIGUEIRÓ, AC; FRIAS, PG; NAVARRO, LM. **Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições.** In: I. SAMICO *et al.* Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais – Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 196p.
82. FORTUNA, RFP. **A média complexidade no quadro da Política Nacional de Saúde Bucal: uma abordagem do seu processo de desenvolvimento em uma perspectiva regional** [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.
83. FREIRE, P. **Pedagogia da Liberdade: Ética, Democracia e Coragem Cívica.** Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996.

84. FRIAS, PG *et al.* **Atributos da Qualidade em Saúde.** In: I. SAMICO *et al.* Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais – Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 196p.
85. FURTADO, JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** 2001; 6(1): 165-181.
86. FURTADO, JP. **Avaliação de programas e serviços.** In: Campos GW, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. p. 715-740.
87. FURTADO, JP. **Avaliação de programas e serviços.** In: G. W. S, CAMPOS *et al.* Tratado de saúde Coletiva – São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. 871p.: il. – (Saúde em debate; v. 170).
88. GARCIA, DV. **A construção da Política Nacional de Saúde Bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação** [Dissertação]. Rio de Janeiro, RJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
89. GOES, PSA; FIGUEIREDO, N; ROCHA, RACP. **Aspectos Teóricos e Metodológicos da Avaliação de Serviços e Programas em Saúde Bucal.** In: A. C. PEREIRA e cols. Tratado de saúde Coletiva em Odontologia/ Antônio Carlos Pereira. Nova Odessa: Napoleão, 2009. 704p.: il.
90. GOES, PSA *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28 Sup: S81-S89, 2012.
91. GOES, PSA; FIGUEIREDO, N. **Conceitos, teorias e métodos da avaliação em saúde.** In: P. S. A., GOES & MOYSÉS, S. J. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 2012. 248p.
92. GUAY, AH. Access to dental care: the triad of essential factors in access-to-care programs. **J Am Dent Assoc** 2004; 135: 779-85.
93. GUBA, EG; LINCOLN, YS. **Fourth generation evaluation.** Newbury Park: Sage Publications; 1989.
94. GUERRA, KCM. **Os Centros de Especialidades Odontológicas nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro: Uma Investigação dos Fatores Identificáveis como Facilitadores ou Não na Implantação de Uma Política de Indução Financeira** [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
95. GUIMARÃES, M. **Cuidados secundários em saúde bucal: Centros de especialidades odontológicas no Ceará, Brasil, 2010.** [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará. 2010.
96. HARTZ, ZMA, organizador. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.

97. HAZLEHURST, B. *et al.* Automating Quality Measurement: A System for Scalable, Comprehensive, and Routine Care Quality Assessment. **AMIA Annu Symp Proc.** 2009; 2009: 229-233.
98. HERKRATH, F. J. *et al.* Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 148-158, jan./mar. 2013.
99. HERNANDEZ, PJS. **La definición de la calidad de la atención. In: Palomer RM. Garantía de calidad en atención primaria de salud.** Barcelona: Doyma; 1993. p. 7-18. (Monografías Clínicas en Atención Primaria, n. 13).
100. JESUS WLA; ASSIS MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Cien Saude Colet** 2010; 15(1): 161-70.
101. KUSMA, S; MOYSÉS, ST; MOYSÉS, SJ. **Avaliação de ações de promoção da saúde bucal.** In: P. S. A., GOES & MOYSÉS, S. J. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 2012. 248p.
102. LAMY, RLR. **Indicadores de saúde bucal no Estado de Minas Gerais, no período de 2005 a 2012: um estudo explorativo.** / Renata de Lourdes Ribeiro Franco Lamy. 2014. 117 f.: graf.; mapas.
103. LAURINDO, F. J. B.; SHIMIZU, T.; CARVALHO, M. M. *et al.* O papel da tecnologia da informação (TI) na estratégia das organizações. **Gestão & Produção**, v. 8, n. 2, ago. 2001, p.160-179.
104. LIMA, ACS; CABRAL, ED; VASCONCELOS, MMVB. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública.** 2010; 26(5): 991-1002.
105. LINO, P. A., WERNERCK, M. A. F., LUCAS, S. D., ABREU, M. H. N. G. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. **Ciênc saúde coletiva** vol.19 no. 9 Rio de Janeiro Sept. 2014.
106. LOBOS, J. **Qualidade através das pessoas.** São Paulo, 1991, p. 14.
107. LOHR, K. Institute of Medicine. **Medicare: a strategy for quality assurance.** Washington, DC: National Academy Press, 1990.
108. LONGO, RMJ. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Texto para discussão n° 397. **Gestão da qualidade: evolução histórica, conceitos básicos e aplicação na educação.** Brasília, jan 1996. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_397.pdf Acesso em: 19. Mai. 2014.
109. MACHADO, AT *et al.* Who did not appear? First dental visit absences in secondary care in a major Brazilian city: a cross-sectional study. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(1): 289-298, 2015.

110. MACHADO, FCA; SILVA, JV; FERREIRA, MAF. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(4): 1149-1163, 2015.
111. MAGALHÃES, B. G. *et al.* Avaliação do Cumprimento de Atenção Secundária em Saúde Bucal. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, 12(1): 107-12, jan./mar., 2012.
112. MAIA, L.S. **Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal no estado do Rio de Janeiro frente aos incentivos federais**. 2008. 213f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2008.
113. MARTELLI, P.JL. **Política Nacional de Saúde Bucal, da teoria à prática: um estudo de caso acerca de sua implantação em Recife-PE no período 2000 a 2007** [tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2010.
114. MARTELLI, P.JL. *et al.* Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(5): 1669-1674, 2008.
115. MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R; MATTOS, RA. (org.). *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. 180p.
116. MEDEIROS, E. **Centros de Especialidades Odontológicas como suporte da atenção básica: uma avaliação na perspectiva da integralidade/** Medeiros, Ezilda – Natal, RN, 2007. 157f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centros de Ciências da Saúde. Departamento de Odontologia. Área de concentração Odontologia Preventiva e Social.
117. MEHROTRA A, KEEHL-MARKOWITZ, L, AYANIAN, J. Implementing open-access scheduling of visits in primary care practices: a cautionary tale. **Ann Intern Med** 2008; 148: 915-22.
118. MENDES, EV. - **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
119. MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago., 2010.
120. MENDES, MFM *et al.* **Avaliabilidade ou Pré-avaliação de um Programa**. In: I. SAMICO *et al.* *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais* – Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 196p.
121. MINAYO, MCS. **Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos**. In: Bosi MLM, Mercado JF, organizadores. *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes; 2006. p. 163-90.

122. MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
123. MORAES, I. H. S. **Política, tecnologia e informação em saúde – a utopia da emancipação**. Rio de Janeiro: Editora Casa da Qualidade; 2002.
124. MORAES, I. H. S. de; SANTOS, S. F. R. F. dos. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. **Inf Epidemiol Sus**, v. 2001, n. 1, Brasília, mar. 2001.
125. MORAES, P. N. de; IGUTI, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**• Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, jul/set 2013.
126. MORRIS, W. C. *et al.* Assessing the Accuracy of an Automated Coding System in Emergency Medicine. **Proc AMIA Symp.** 2000: 595-599.
127. MORRIS, A. J.; BURKE, F. J. T. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. **British Dental Journal**. Londres, v. 191, n. 12, p. 660-664, 2001a.
128. MORRIS, A. J.; BURKE, F. J. T. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? **British Dental Journal**. Londres, v. 191, n. 12, p. 666-70, 2001b.
129. MUNKEVIZ, M. S. G; PELICIONI, M. C. F. Saúde bucal na estratégia de saúde da família no município de São Paulo: perspectiva do usuário. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.** 2010, 20(3) 787-797.
130. NARVAI, PC. **Avaliação de ações de saúde bucal**. Oficina Saúde Bucal no SUS. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. São Paulo, 1996.
131. NARVAI, PC. Saúde bucal no PSF: SUS ou SUSF? **Jornal do Site Odonto**, ano 3, número 37, edição da primeira quinzena de maio de 2001. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/capel8.htm>
132. NARVAI, PC; FRAZÃO, P. **O SUS e a política nacional de saúde bucal**. In: **Tratado de saúde coletiva em odontologia**. PEREIRA, A. C. e colaboradores. 1 ed. Nova Odessa: Napoleão, 2009.
133. NASCIMENTO, RB; FILHO, NT; BARROS, FGF. Avaliação da qualidade dos serviços prestados nas unidades de informação universitárias. **Transinformação**. 2005, 17(3): 235-251.
134. NICHOLSON, C. *et al.* A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world – results of a systematic review. **BMC Health Services Research**, v. 13. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-13-528.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
135. NICKEL, DA. **Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal/** Daniela Alba Nickel. 2008. 89f. Dissertação (mestrado).

136. NORMAN, AH. (2012). Qualidade em saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 7(23). Recuperado de <http://rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/655>
137. NORRIS, AC. **Essentials of telemedicine and telecare**. Londres: John Wiley & Sons; 2002.
138. NOVAES, HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev Saúde Pública**, 34(5): 547-59, 2000 www.fsp.usp.br/rsp
139. NOVAES, MA; ARAÚJO, KS; COUTO, JMLA. **A experiência de Pernambuco em telessaúde**. Em: Santos AF, Souza C, Alves HJ, Santos SF, org. Telessaúde — um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: UFMG; 2006. Pp. 198-233.
140. OMS – Organizzazione Mondiale della Salute (1988), “Qualità dei servizi sanitari”, *Quaderni di sanità pubblica*, 57, 4-36.
141. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas**. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2010. (OPS. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las América, 04).
142. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011a. (OPS. Serie NAVEGADOR SUS, 2).
143. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Estrategia y plan de acción sobre eHealth**. Washington: OPAS; 2011b. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5723&Itemid=4139&lang=pt Acessado em maio de 2015.
144. ØVRETVEIT, J. (1996), **La qualità nel Servizio Sanitario**. Napoli: EdiSES.
145. PAGLIARI, C. *et al.* What is eHealth (4): a scoping exercise to map the field. **J Med Internet Res**. 2005; 7(1): e9.
146. PAIM, C.R. P.; CICONELLI, R. M. (2007). Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, 9(36), p. 85-91.
147. PAIM, JS. **Bases conceituais da reforma sanitária brasileira**. In: Fleury S, organizador. A luta do Cebes. São Paulo: Lemos; 1997.
148. PALMIER, AC; ANDRADE, DA; CAMPOS, ACV; ABREU, MHNG; FERREIRA, EF. Indicadores socioeconômicos e serviços odontológicos em uma região brasileira desfavorecida. **Rev Panam Salud Publica**. 2012; 32(1): 22-9.

149. PAULSEN, A; OVERGAARD, S; LAURITSEN, JM. Quality of Data Entry Using Single Entry, Double Entry and Automated Forms Processing – An Example Based on a Study of Patient-Reported Outcomes. **PLoS One**. 2012; 7(4): e35087.
150. PEDRAZZI, V; DIAS, KRHC; RODE, SM. Oral Health in Brazil – Part II: Dental Specialty Centers (CEOs). **Braz Oral Res** 2 18 008; 22 (Spec Iss 1): 18-23.
151. PENNA FIRME, T. **Avaliação em rede**. Disponível em: <http://www.rits.org.br>
Acessado em: 29 de junho de 2014.
152. PEREIRA, AC. *et al.* Referência e Contra-Referência na Atenção Secundária em Odontologia em Campinas, SP, Brasil. **Cien Saude Colet** 2013; 19(1): 245-256.
153. PINOCHET, LHC. Tendências de Tecnologia de Informação na Gestão da Saúde Pública, **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2011; 35(4): 382-394.
154. PINTO, HA; SOUSA, A; FLORÊNCIO, AR. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 6, n. 2, supl., 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/624/1083>>. Acesso em 25. Mai. 2015.
155. PINTO, VB. Informação: a chave para a qualidade total. **Ciência da Informação**. 1993; 22(2): 133-137.
156. PUCCA JÚNIOR, GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciênc Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 243-246, 2006.
157. RANCI ORTIGOSA, E. (2000), “**La qualità nei servizi sanitari**”, in E. Ranci Ortigosa (org.), *La valutazione di qualità nei servizi sanitari*. Milano: Angeli.
158. REEVES, MG; BOWEN, R. **Developing a data governance model in health care**. Hfma.org. February 2013.
159. RESES, MLN. **Avaliação da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas em Santa Catarina** [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
160. REZENDE, EJC; MELO, MCB; TAVARES, EC; SANTOS, AF; SOUZA C. Ética e telessaúde: reflexões para uma prática segura. **Rev Panam Salud Publica**. 2010; 28(1): 58-65.
161. RIBEIRO-SOBRINHO, C; SOUZA, LEPF; CHAVES, SCL. Avaliação da cobertura do Serviço Odontológico da Polícia Militar da Bahia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad saúde pública** 2008; 24(2): 295-302.
162. ROEMER, M.; MONTROYA-AGUILAR, C. (1988), **Evaluación y garantía de la calidad en la atención primaria de salud**. Ginebra: Organización Mundial da Saúde.

163. SALIBA, NA *et al.* Saúde Bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional. **Rev Odontol Bras Central** 2010; 18(48): 62-66.
164. SALIBA, NA *et al.* Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. **Rev Odontol UNESP**. 2013; 42(5): 317-323.
165. SANTOS, AF; D'AGOSTINO, M; BOUSKELA, MS; FERNANDÉZ, A; MESSINA, LA; ALVES, HJ. Uma visão panorâmica das ações de telessaúde na América Latina. **Rev Panam Salud Publica**. 2014; 35(5/6): 465-70.
166. SANTOS, AM; ASSIS, MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciênc Saúde Coletiva** 2006; 11: 53-61.
167. SCHRAMM, FR; ESCOSTEGUY, CC. Bioética e avaliação tecnológica em saúde. **Cad Saúde Pública**. 2000; 16(4): 951-961.
168. SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, 85, Junho 2009: 65-82.
169. SHAW, C.; KALO, I. (2002), **A Background for National Quality Policies in Health Systems**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
170. SILVA, LMV da. **Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde**. In: HARTZ, ZM. A.; SILVA, LMV da (org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática de programas e sistemas de saúde. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Editora Fiocruz, 2005. Cap. 1, p. 15-39.
171. SILVA, LMV; FORMIGLI, VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de saúde pública** 1994; 10(1): 80-91.
172. SILVA, LS; SANTANA, KR; PINHEIRO, HHC; NASCIMENTO, LS. Indicadores de atenção básica e especializada em saúde bucal nos municípios do Estado do Pará, Brasil: estudo ecológico, 2001-2010. **Epidemiol Serv Saúde** v. 22 n. 2 Brasília jun. 2013.
173. SILVA, R. S; BRANDÃO, D. **Construção da capacidade avaliativa em organizações da sociedade civil**. São Paulo: Instituto Fontes, 2003.
174. SILVA, SF; MAGALHÃES JÚNIOR, HM. **Redes de atenção à saúde: importância e conceitos**. In: SILVA SF, organizador. Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: Idisa, CONASEMS; 2008. p. 69-85.
175. SOARES CLM; PAIM JS. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador. **Cad Saude Publica** 2011; 27(5): 966-974.

176. SOARES, SCM. (Dissertação). **Avaliação da saúde bucal na atenção básica: a perspectiva do usuário**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2007.
177. SOUZA, GC de A. **Centros de Especialidades Odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal**/ Georgia Costa de Araújo Souza – Natal, RN, 2009. 105f.: il. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Odontologia.
178. SOUZA, TMS; RONCALLI, AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad Saude Publica**. 2007; 23(11): 2727-39.
179. STARFIELD, B. **Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004. 726p.
180. TANAKA, O; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente, um modo de fazer**. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.
181. TANAKA, O; MELO, C. **Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção de abordagens qualitativa e quantitativa**. In: Bosi, MLM; Mercado, FJ (org.). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.
182. TANAKA, OY; TAMAKI, EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(4): 821-828, 2012.
183. THWIN, SS *et al*. Automated inter-rater reliability assessment and electronic data collection in a multi-center breast cancer study. **BMC Med Res Methodol**. 2007; 7: 23.
184. UCHIMURA, K; BOSI, ML. “Qualidade e subjetividade na avaliação de programa e serviços em saúde”, **Cad de Saúde Pública**. 2002; 18(6), 151-169.
185. VAITSMAN, J; ANDRADE, GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 599-613, 2005.
186. VAZQUEZ, FL; GUERRA, LM; VÍTOR, ES; AMBROSANO, GMB; MIALHE, FL; MENEGHIM, MC; PEREIRA, AC. Referência e contrarreferência na Atenção Secundária em Odontologia em Campinas, SP, Brasil. **Ciênc saúde coletiva** vol.19 n. 1 Rio de Janeiro Jan. 2014.
187. VIEIRA-DA-SILVA, LM *et al*. Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a programme. **J Epidemiol Community Health** 2010; 64: 1100-5.
188. VOLPATO, LER; SCATENA, JH. Análise da política de saúde bucal do município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, a partir do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). **Epidemiol Serv Saúde**. 2006; 15(2): 47-55.

189. VOLPATO, LF *et al.* **Avaliação da Qualidade: A possibilidade do uso de uma ferramenta de Avaliação no Serviço de saúde Pública.** In: A. C. PEREIRA e cols. Tratado de saúde Coletiva em Odontologia/ Antônio Carlos Pereira. Nova Odessa: Napoleão, 2009. 704p.: il.
190. VUORI, HV. A qualidade da saúde. Divulgação em **Saúde para debate** 1991; 3; 17-24.
191. VUORI, HV. **Quality Assurance of Health Services: concepts and methodology.** Copenhagen: WHO Regional office for Europa, 1982.
192. WEBBER, AA. **Política nacional de saúde bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal em Cascavel e demais municípios/** Alexandre Almeida Webber – Rio de Janeiro, RJ, 2009. 87f.: il. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.
193. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Observatory for ehealth series.** v. 2. Genebra: WHO; 2010. Disponível em: http://www.who.int/goe/publications/ehealth_series_vol2/en/ Acessado em maio de 2015.
194. WORTHEN, BR; SANDERS, JR; FITZPATRICK, JL. **Avaliação de programas: concepção e práticas.** São Paulo: Gente, 2004. 730p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA



CECOL/UFPE

Universidade Federal de Pernambuco
 Centro de Ciências da Saúde
 Departamento de Medicina Social
 Centro Colaborador em Vigilância da Saúde Bucal do Ministério da Saúde
 Grupo de Pesquisa GestBucal

Logomarca municipal/estadual

CARTA DE ANUÊNCIA

A coordenação municipal/estadual de Saúde Bucal de _____, no nome do seu Coordenador (a), _____, dá **ANUÊNCIA** para participação da pesquisa intitulada “Avaliação inicial do uso de uma ferramenta webased para o planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em Pernambuco, 2014”, sob a coordenação da professora adjunta **Dra. NILCEMA FIGUEIREDO** do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco (DMS/UFPE), com o objetivo *Avaliar o uso inicial de uma ferramenta webased, denominada Portal Eletrônico de Monitoramento e Avaliação do CEO, para o processamento automatizado de dados dos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil.*

E ainda como objetivos específicos: Investigar a expectativa dos gerentes e profissionais de CEO sobre a utilização do Portal CEO; Avaliar a relação entre o desempenho obtido pelo serviço e a classificação da qualidade encontrada a partir do Portal CEO. Tendo como Hipótese: Verificar se existe associação entre o desempenho e a classificação da qualidade (serviços com melhores desempenhos também apresentariam melhor classificação de qualidade), esperando-se que a ferramenta tenha uma boa aceitação e que possa contribuir para resultados mais favoráveis.

Salienta-se que esta pesquisa foi aprovada em Chamada MCTI/CNPq/MS- SCTIE- Dedit Nº 10/2012 – Pesquisa em Saúde Bucal, bem como, está concorrendo ao EDITAL FACEPE 13/2012 - PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE- PPSUS – REDE MS/CNPq/FACEPE/SES para o recorte Pernambuco.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Local, data -ano

APÊNDICE B - REGRA DE DECISÃO PARA NOTA

REGRAS DE DECISÃO PARA OS QUESTIONÁRIOS DE GERENTE E PROFISSIONAL SEGUNDO ABA= Componente de Qualidade

1 +- Questionário Gerente CEO – Pontuação varia de 0-51 (6+13+4+10+5+13)

$\Sigma[8+12+16] + [19+22+23+24] + [25+27+28+29] + [31+32+33+34+36+38] + [42+43+44+45+46] + [47+48]$

Aba Cobertura do serviço – não entrará na contagem

Aba Gestão e Gerência dos Serviços – pontuação varia de 0-6, 0=nota 0 a 6= nota 10,0

Questão 8:

| | |
|------------------------|----|
| 1 | =1 |
| 2 | =0 |
| não sabe/não respondeu | =0 |

Questão 12

| | |
|------------------------|----|
| 1 | =1 |
| 2 | =0 |
| não sabe/não respondeu | =0 |

Questão 16 – Varia de 0-4

| | |
|--------------------|----|
| Descomprometido | =0 |
| Pouco comprometido | =1 |
| Indiferente | =2 |
| Comprometido | =3 |
| Muito comprometido | =4 |

Aba estrutura – pontuação varia de 0 – 13, 0= nota 0,0 a 13= nota 10,0

Questão 19

| | |
|----|----|
| 0 | =1 |
| ≠1 | =0 |

Questão 22

| | |
|--|----|
| Serviço próprio municipal ou Serviço terceirizado ou Misto | =1 |
|--|----|

Não é feita =0

Questão 23

Sim =1

Não =0

Questão 24 – varia de 0 – 10

Equipamento de proteção individual (EPI) + Material de consumo + Instrumentais odontológicos + Equipamentos odontológicos periféricos + Impressos

Ruim =0

Regular =1

Bom =2

Aba Gestão de Pessoas – Pontuação varia de 0-4, sendo 0 = 0,0 a 4=10,0

Questão 25

Sim =1

Não =0

não sabe/não respondeu =0

Questão 27

Sim =1

Não =0

não sabe/não respondeu =0

Questão 28

Livro de ponto ou Ponto eletrônico =1

Não há monitoramento ou Outros =0

Questão 29

Sim =1

Não =0

Aba Critérios organizacionais – pontuação varia de 0-10, sendo 0=0,0 a 10=10,0

Questão 31

Apenas demanda espontânea ou Não Sabe/Não Informou =0

Apenas demanda referenciada ou Demanda espontânea e demanda referenciada =1

Questão 32

A equipe da Unidade Básica/USF se responsabiliza pela marcação =1

O usuário é o responsável, fazendo a marcação ou Outras =0

Questão 33

Sim =1

Não =0

Questão 34

Sim =1

Não =0

não sabe/não respondeu =0

Questão 36

Sim =1

Não =0

não sabe/não respondeu =0

Questão 38 – varia 0-5

Sim ou não sabe/não respondeu =0

Não =1

Aba Controle Social e Financeiro – pontuação varia 0-5, sendo 0=0,0 a 5=10,0

Questão 42

Sim =1

Não= =0

Questão 43

Sim =1

Não =0

Questão 44

Sim =1

Não =0

não sabe/não respondeu =0

Questão 45

Sim =1

Não =0

não sabe/não respondeu =0

Questão 46

Sim =1

Não =0

não sabe/não respondeu =0

Aba Avaliação e monitoramento das ações do CEO – Pontuação varia de 0-13, sendo 0=0,0 a 13=10,0

Questão 47 – Varia de 0-12

Assiduidade + Pontualidade + Cumprimento de metas + Organização dos serviços + Relacionamento profissional-usuário + Relacionamento profissional-gerência/outras profissionais

Ruim =0

Regular =1

Bom =2

Questão 48

Sim =1

Não= =0

2. - Questionário Avaliação Profissional – pontuação varia de 0 – 69 (23+46)

$\Sigma[1+2+5+9]+[12+13+14+15+16+17+18+19]$

Aba Estrutura – Pontuação varia 0-23, sendo 0=0,0 a 23=10,0

Questão 1 – varia de 0-2

| | | |
|---------|----|----|
| Ruim | | =0 |
| Regular | =1 | |
| Bom | | =2 |

Questão 2 – varia de 0-18

Equipamento de proteção + Equipamentos odontológicos + Impressos + Instrumentais odontológicos + Materiais de consumo e insumos + Equipamentos periféricos

| | | | |
|--------------|-----|------------|----|
| Ruim | =0 | | |
| Regular | =1 | | |
| Bom | =2+ | Suficiente | =1 |
| Insuficiente | = | | |

Questão 5

| | | |
|-----|--|----|
| Sim | | =1 |
| Não | | =0 |

Questão 9

| | | |
|-----|--|----|
| Sim | | =1 |
| Não | | =0 |

Questão 10

| | | |
|--|----|--|
| Sim, Ministério da Saúde ou Sim, próprio | | =1 |
| Não | =0 | Aba Processo – pontuação varia de 0 – 46, Sendo 0=0,0 a 46=10,0 |

Questão 12

| | | |
|-----|--|----|
| Sim | | =1 |
| Não | | =0 |

Questão 13 – varia de 0-24

Estomatologia + Periodontia + Cirurgia oral menor + Endodontia + Pacientes especiais + outras especialidades

| | | |
|---------|----|----|
| Todos | | =5 |
| Maioria | =3 | |
| Alguns | | =2 |

| | | |
|---------|----|----|
| Minoria | =1 | |
| Nenhum | | =0 |

Questão 14

| | | |
|-----|--|----|
| Sim | | =1 |
| Não | | =0 |

Questão 15

| | | |
|-----|--|----|
| Sim | | =1 |
| Não | | =0 |

Questão 16 – varia de 0-5

Educação permanente + Análise dos casos de referência e contrarreferência + Intervenção em casos na situação de saúde doença + Apoio diagnóstico e terapia + Discussão de casos clínicos

| | | |
|-----|--|----|
| Sim | | =1 |
| Não | | =0 |

Questão 17

| | | |
|------|--|----|
| Sim | | =1 |
| Não= | | =0 |

Questão 18 – varia 0-12

Assiduidade + Pontualidade + Gerenciamento do cumprimento de metas + Organização dos serviços + Relacionamento Gerente/Usuário + Relacionamento Gerente/Profissional

| | | |
|---------|----|----|
| Ruim | | =0 |
| Regular | =1 | |
| Bom | | =2 |

Questão 19

| | | |
|-----|--|----|
| Sim | | =1 |
| Não | | =0 |

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Medicina Social
Centro Colaborador em Vigilância da Saúde Bucal do Ministério da Saúde
Grupo de Pesquisa GestBucal

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido **Avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas**

Eu, _____

Abaixo assinado, dou o meu consentimento livre esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa **Avaliação inicial do uso de uma ferramenta webased para o planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em Pernambuco, 2014**, sob a responsabilidade das pesquisadoras Lia Ximenes Santos (mestranda) e Profª Drª Nilcema Figueiredo (orientadora e coordenadora), Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco.

Assinando este termo o participante está ciente que:

1. O objetivo desta pesquisa é avaliar os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, onde questionários serão usados para coletar informações sobre a qualidade dos estabelecimentos de saúde quanto a estrutura, processo e resultados.
2. Não haverá riscos aos participantes.
3. O principal benefício para o participante é contribuir com sua opinião à melhoria da qualidade dos estabelecimentos de saúde, que impactarão positivamente à saúde da população.
4. Aceitando o convite, deve se comprometer a responder a todas as perguntas expressando, verdadeiramente, o seu ponto de vista;
5. Os autores da pesquisa se comprometem a preservar a privacidade e assegurar a confiabilidade dos dados e informações coletadas garantindo que os resultados obtidos serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluídos sua publicação na literatura científica especializada.
6. Que obteve todas as informações necessárias para responder conscientemente sobre a participação na referida pesquisa;
7. Está livre para interromper a qualquer momento a participação na pesquisa sem nenhuma forma de prejuízo para si e aos CEO estudados.
8. Dúvidas ou outras informações posteriores poderão ser obtidas com a equipe da pesquisa no telefone (81) 21268550 e também no endereço Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, Bloco D, Departamento de Medicina Social/UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126 8588, nilcema@uol.com.br; Poderei contatar o Comitê de ética da UFPE para apresentar recursos ou reclamações em relação a pesquisa, através Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, Sala 4, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126 8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.

_____, _____ de _____ de 20 .

Município, data

_____, R.G. _____

Voluntário
 Pesquisador

Testemunha

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO SOBRE PERCEPÇÃO E EXPECTATIVAS SOBRE PORTAL CEO



Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Medicina Social
Centro Colaborador em Vigilância da Saúde Bucal do Ministério da Saúde
Grupo de Pesquisa GestBucal

Seja bem vindo (a) a pesquisa Portal Eletrônico para Avaliação e Monitoramento do CEO (Portal CEO).
Você está convidado (a) a responder este formulário que objetiva conhecer sua percepção sobre avaliação em saúde e suas expectativas em relação ao uso do Portal CEO.

Para isso é necessário que você responda todas as questões propostas, onde não há respostas certas ou erradas.

Desde já agradecemos a sua colaboração, Equipe GestBucal / CECOL / UFPE.

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
Sexo: 1- Masculino 2- Feminino
Idade: _____
Formação: _____
Tempo de formação: _____
Possui alguma pós-graduação? 1- Sim 2- Não **Qual?** _____
Cargo ocupado: 1- Coordenador de Saúde Bucal 2- Gerente de CEO 3- Coordenador e gerente de CEO 4- Profissional de CEO
Município: _____

QUESTIONÁRIO

1. Como você observa o uso da avaliação de serviços (considerando a avaliação como um instrumento capaz de ajudar na tomada de decisão) pelo seu município?
1- utiliza sempre 2- utiliza raramente 3- não utiliza 9- não sei
2. O quanto você considera que a avaliação pode contribuir para uma melhor tomada de decisão?
1- Muito 2- Pouco 3- Em nada 9- não sei
3. O quanto você considera que a avaliação pode contribuir para melhorar o serviço?
1- Muito 2- Pouco 3- Em nada 9- não sei
4. O quanto você considera que a avaliação possa promover uma maior integração e acordo entre os diversos atores (gestores, profissionais e usuários)?
1- Muito 2- Pouco 3- Em nada 9- não sei
5. O quanto você considera que a avaliação dos serviços pode ajudar na capacitação dos envolvidos (gestores, profissionais, usuários)?
1- Muito 2- Pouco 3- Em nada 9- não sei
6. O quanto você é convocado a participar de reuniões de discussão de processos avaliativos em seu trabalho?
1- Muito 2- Pouco 3- Em nada 9- não sei
7. O município aderiu ao PMAQ – AB?
1- Sim 2- Não
8. O município aderiu ao PMAQ – CEO?
1- Sim 2- Não
9. O quanto você está familiarizado com o uso de tecnologias eletrônicas como tablet, smartphone, computador etc?
1- Muito 2- Pouco 3- Em nada 9- não sei
10. O quanto você está familiarizado com o uso de ferramentas eletrônicas (no âmbito do trabalho no SUS)?
1- Muito 2- Pouco 3- Em nada 9- não sei
11. O quanto você considera que o Portal CEO poderá melhorar a qualidade do serviço ofertado?
1- Muito 2- Pouco 3- Em nada 9- não sei

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO PORTAL CEO – GERENTE

Aba Cobertura do serviço

1- Descreva as Características da atenção básica municipal:

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

2- Este serviço é referência para outros municípios?

- 1 - Sim
- 2 - Não

3- Para quantos municípios?

4- Qual a cobertura populacional deste CEO?

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

- Referência macrorregional
- Referência microrregional
- Referência municipal
- Não Sabe/Não Informou

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

- Colegiado de gestão regional
- Consórcio
- Não Sabe/Não Informou

7- Qual o modelo de gestão deste serviço?

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

Qual é o grau de dificuldade e entendimento sobre as questões deste tema:

Comentário:

Aba Gestão e gerência do serviço

8- O Município possui coordenador municipal de saúde bucal?

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

9- Há quanto tempo o mesmo exerce esta função?

Ano(s) mês(es)

10- Tem formação em gestão/gerência?

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

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

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

12- Há um profissional responsável pela gerência do CEO?

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

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

Ano(s) mês(es)

14- Tem formação em gestão/gerência?

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

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

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

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

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

Qual é o grau de dificuldade e entendimento sobre as questões deste tema:

Comentário:**Aba Estrutura do CEO****17- Preencha o quadro abaixo com o número de profissionais em cada especialidade segundo turno de atendimento:**

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

18- Existem quantos conjuntos odontológicos completos?**22- Por qual tipo de serviço é feita a manutenção preventiva ou reparadora dos equipamentos odontológicos do CEO?**

Serviço próprio municipal

Serviço terceirizado

Misto

Não é feita

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

1 - Sim

2 - Não

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

>> Equipamento de proteção individual (EPI)

Ruim

Regular

Bom

>> Material de consumo

Ruim

Regular

Bom

>> Instrumentais odontológicos

Ruim

Regular

Bom

>> Equipamentos odontológicos periféricos

Ruim

Regular
Bom

>> Impressos
Ruim
Regular
Bom

Qual é o grau de dificuldade e entendimento sobre as questões deste tema:

Comentário:

Aba Gestão de pessoas

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

1 – Sim
2 – Não
Não Sabe/Não Informou

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

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

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

1 – Sim
2 – Não
Não Sabe/Não Informou

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

Livro de ponto
Ponto eletrônico
Não há monitoramento
Outros

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

Sim
Não

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

Sim
 Não

Qual é o grau de dificuldade e entendimento sobre as questões deste tema:

Comentário:

Aba Critérios organizacionais

31- Como se dá o acesso ao CEO?

Apenas demanda espontânea
 Apenas demanda referenciada
 Demanda espontânea e demanda referenciada
 Não Sabe/Não Informou

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

A equipe da Unidade Básica/USF se responsabiliza pela marcação
 O usuário é o responsável, fazendo a marcação
 Outras

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

Sim
 Não

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

Sim
 Não
 Não Sabe/Não Informou

35- Caso positivo na questão anterior:

Suficiente
 Insuficiente

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

Sim
 Não
 Não Sabe/Não Informou

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

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

Sim
 Não
 Não Sabe/Não Informou

>> Periodontia especializada

Sim

Não
 Não Sabe/Não Informou

>> Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros
 Sim
 Não
 Não Sabe/Não Informou

>> Endodontia
 Sim
 Não
 Não Sabe/Não Informou

>> Atendimento a portadores de necessidades especiais
 Sim
 Não
 Não Sabe/Não Informou

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

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

>> Periodontia especializada

>> Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros

>> Endodontia

>> Atendimento a portadores de necessidades especiais

40- Quantos usuários tiveram tratamentos concluídos no último mês?

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

>> Periodontia especializada

>> Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros

>> Endodontia

>> Atendimento a portadores de necessidades especiais

41- Quantos usuários faltaram ao agendamento no último mês?

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

>> Periodontia especializada

>> Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros

>> Endodontia

>> Atendimento a portadores de necessidades especiais

Qual é o grau de dificuldade e entendimento sobre as questões deste tema:

Comentário:

Aba Controle Social e Financiamento

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

Sim

Não

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

Sim

Não

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

Sim

Não

Não sabe

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

Sim

Não

Não sabe

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

Sim

Não

Não sabe

Qual é o grau de dificuldade e entendimento sobre as questões deste tema:

Comentário:

Aba Avaliação e monitoramento das ações no CEO**47- Como você avalia o grau de comprometimento dos profissionais que trabalham neste CEO?**

>> Assiduidade

Ruim

Regular

Bom

>> Pontualidade

Ruim

Regular

Bom

>> Cumprimento de metas

Ruim

Regular

Bom

>> Organização dos serviços

Ruim

Regular

Bom

>> Relacionamento profissional-usuário

Ruim

Regular

Bom

>> Relacionamento profissional-gerência/outros profissionais

Ruim

Regular

Bom

48- Realizou-se a avaliação da produção do CEO segundo as metas de desempenho propostas pela portaria N° 1464/11 GM?

Sim

Não

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

Sim

Não

50- Estas informações foram utilizadas como instrumento de gestão, avaliação e planejamento?

Sim

Não

Qual é o grau de dificuldade e entendimento sobre as questões deste tema:

Comentário:

APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO PORTAL CEO – PROFISSIONAL

Aba Estrutura

1- Como estão as condições físicas de trabalho: iluminação, ventilação (circulação de ar), conservação de pisos, paredes e teto, instalações elétricas, portas, janelas, vidros e extintor, de acordo com a regulamentação sanitária (instalações físicas, equipamentos e procedimentos) e ainda abastecimento de água, disposição dos resíduos líquidos e sólidos, etc.?

Bom: Cumpre todos os requisitos.

Regular: Quando não cumpre pelo menos 2 dos requisitos.

Ruim: Quando não cumpre mais de 3 dos requisitos.

2- Faça uma avaliação no quesito qualidade e disponibilidade de cada item em função dos últimos seis meses:

| | Classificação quanto a qualidade | | | Disponibilidade | |
|--------------------------------|----------------------------------|---------|------|-----------------|--------------|
| | Bom | Regular | Ruim | Suficiente | Insuficiente |
| Equipamento de proteção | | | | | |
| Equipamentos odontológicos | | | | | |
| Impressos | | | | | |
| Instrumentais odontológicos | | | | | |
| Materiais de consumo e insumos | | | | | |
| Equipamentos periféricos | | | | | |

3- Os profissionais deste serviço foram imunizados para Hepatite B, Influenza H1N1 ou outras doenças?

Sim

Não

4- Este CEO possui uma unidade de saúde de referência para testar HIV em casos de acidentes com perfuro cortantes?

Sim

Não

5- Usa-se algum tipo de prontuário clínico neste serviço?

Sim

Não

6- Os prontuários estão organizados?

Sim

Não

7- São preenchidos corretamente?

Sim

Não

8- Diariamente?

Sim

Não

9- O preenchimento dos Boletins Diários de Atendimento é realizado diariamente?

Sim

Não

10- Há disponibilidade de protocolo clínico ao atendimento de especialidades odontológicas?

Sim, Ministério da Saúde

Sim, próprio

Não

11- Há o cumprimento deste protocolo clínico?

Sim

Não

Qual é o grau de dificuldade e entendimento sobre as questões deste tema:

Comentário:

Aba Processo

12- O CEO recebe o usuário referenciado da unidade de saúde portando termo escrito com descrição do caso, critérios clínicos conforme formulário instituído?

Sim

Não

13- Marque a melhor descrição para proporção de casos que são devidamente referenciados da atenção primária para a especialidade, ou seja, casos que de fato necessitavam da atenção secundária:

| Especialidade | Todos | Maioria | Alguns | Minoria | Nenhum |
|-----------------------------------|-------|---------|--------|---------|--------|
| Estomatologia | | | | | |
| Periodontia | | | | | |
| Cirurgia oral menor | | | | | |
| Endodontia | | | | | |
| Pacientes especiais | | | | | |
| Opções para outras especialidades | | | | | |

14- Os usuários referenciados foram devidamente preparados clinicamente para receber o tratamento especializado?

Sim

Não

15- Após a conclusão do tratamento o usuário volta para a unidade de saúde com as informações necessárias (termo escrito) para continuidade do tratamento? (contra referência).

Sim

Não

16- São realizadas reuniões/atividades conjuntas entre os profissionais da atenção primária e secundária em relação a:

>> Educação permanente

Sim

Não

>> Análise dos casos de referência e contra referência

Sim

Não

>> Intervenção em casos na situação de saúde doença

Sim

Não

>> Apoio diagnóstico e terapia

Sim

Não

>> Discussão de casos clínicos

Sim

Não

17- Ocorreu reunião ou discussão para a gestão da informação do período avaliado?

Sim

Não

18- Como você avalia o grau de relacionamento gerente deste CEO?

>> Assiduidade

Ruim

Regular

Bom

>> Pontualidade

Ruim

Regular

Bom

>> Gerenciamento do cumprimento de metas

Ruim

Regular

Bom

>> Organização dos serviços

Ruim

Regular

Bom

>> Relacionamento Gerente/Usuário

Ruim

Regular

Bom

>> - Relacionamento Gerente/Profissional;

Ruim

Regular

Bom

19- Nos últimos seis meses houve alguma forma de educação continuada/permanente para o profissional do CEO?

Sim

Não

20- Qual?

Atualização profissional

Aperfeiçoamento profissional

Curso de especialização

Mestrado

Doutorado

Outros