



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CINDY AVANI SILVA CEISSLER

**ANÁLISE DAS RELAÇÕES E CONDIÇÕES DE TRABALHO NOS CENTROS DE
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO BRASIL**

Recife
2019

CINDY AVANI SILVA CEISSLER

**ANÁLISE DAS RELAÇÕES E CONDIÇÕES DE TRABALHO NOS CENTROS DE
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Nilcema Figueiredo

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Gabriela da Silveira Gaspar

Recife
2019

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Elaine Freitas CRB 1790

C391a	<p>Ceissler, Cindy Avani Silva Análise das relações e condições de trabalho nos centros de especialidades odontológicas do Brasil / Cindy Avani Silva Ceissler. – 2020. 130 f.</p> <p>Orientadora: Nilcema Figueiredo. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2020. Inclui referências e anexos.</p> <p>1. Política Pública. 2. Atenção Secundária à Saúde. 3. Serviços de Saúde Bucal. 4. Recursos Humanos em Odontologia. I. Figueiredo, Nilcema (Orientadora). II. Título.</p>	
614	CDD (23.ed.)	UFPE (CCS2020-165)

CINDY AVANI SILVA CEISSLER

**ANÁLISE DAS RELAÇÕES E CONDIÇÕES DE TRABALHO NOS CENTROS DE
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 28 / 08 / 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Nilcema Figueiredo (Orientadora)
Departamento de Medicina Social – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli (Examinador Interno)
Departamento de Medicina Social – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Maria Ercília de Araújo (Examinador Externo)
Departamento de Clínica e Odontologia Social – Universidade de São Paulo

Para Diogo (*in memoriam*):

*“diante da vastidão do tempo e da imensidão do universo,
foi um imenso prazer dividir um planeta, uma época”*
e os sonhos com você.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa nos primeiros meses do mestrado.

Aos meus pais e minha família. Minha irmã, Cilla, pelos cafés, pães de queijo e por nunca duvidar. Meu irmão Ciro, por no último minuto não me deixar desistir, pelo bolo e por ser meu porto seguro.

À Prefeitura Municipal de Jabotão dos Guararapes e aos usuários da Unidade Básica de Saúde Odorico Melo. Espero que meu aprendizado consiga se traduzir em ações no cotidiano do meu trabalho e na luta pela garantia do seu direito à saúde (bucal).

À minha orientadora, Nilcema, que nos últimos anos tem sido uma das minhas principais referências acadêmicas e pessoais. Obrigada por todo o apoio. Essa dissertação, nem o caminho acadêmico que venho trilhando, não seria possível sem sua compreensão. À minha coorientadora Gabriela, que nos meses finais conseguiu acalmar uma mente inquieta e um coração ansioso.

À amiga da residência e do mestrado, Rafa, por todo o apoio e compartilhar mais essa batalha. À turma do mestrado, ver tantas pessoas reafirmando um compromisso de transformação da realidade me fez renovar as esperanças no futuro. Aos demais amigos e amigas, daqui ou de lá, pelo constante incentivo.

O povo vitorioso

*Está meu coração nesta luta.
Meu povo vencerá. Todos os povos
vencerão, um por um.
Estas dores
se espremerão como lenços até
esmagar tantas lágrimas vertidas
em socavões do deserto, em túmulos,
em escalões do martírio humano.
Mas perto está o tempo vitorioso.
Que sirva o ódio para que não tremam as mãos do castigo,
que a hora
chegue a seu horário no instante puro,
e o povo encha as ruas vazias
com suas frescas e firmes dimensões.*

*Aqui está minha ternura para então.
Vós a conheceis. Não tenho outra bandeira.*

(NERUDA, 1979, p. 214)

RESUMO

A conquista da Política Nacional de Saúde Bucal representou um importante avanço na oferta de serviço público odontológico. Nesse sentido, faz-se necessário saber mais sobre as diversas dimensões da força de trabalho em saúde bucal e quais os determinantes de seu desempenho, a fim de nortear políticas e práticas de gestão no setor da saúde. Assim, o presente estudo objetivou investigar a relação entre padrões de qualidade referentes às relações e condições de trabalho de cirurgiões-dentistas e o cumprimento de metas de produção ambulatorial em Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) do Brasil. Foi desenvolvido estudo quantitativo, descritivo e analítico com dados secundários nacionais de domínio público. Consideraram-se todos os CEO incluídos na Avaliação Externa do 1o Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Centros de Especialidades Odontológicas (AE-PMAQ-CEO) e que responderam os Módulos I e II, perfazendo 929 CEO. As informações referentes às relações e condições de trabalho foram oriundas da AE-PMAQ-CEO. Os dados de produção ambulatorial para avaliação normativa do cumprimento de meta foram do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS) e nortearam o cálculo do indicador Cumprimento Global de Metas Modificado (CGMM). Foi testada a associação entre o CGM e 8 padrões de qualidade de relações de trabalho e 6 de condições de trabalho utilizando-se o qui-quadrado de Pearson e regressão logística com nível significativo de 5%. Entre as relações de trabalho foi encontrada associação positiva com 5 padrões: vínculo protegido, ingresso por concurso público, plano de carreira, oferta de educação permanente e gerente com atuação exclusiva. Para as condições de trabalho a associação foi positiva com 3 padrões: garantia de insumos ou instrumentais, equipamentos em funcionamento e imunização dos profissionais. A análise multivariada apontou mais chances de desempenho ótimo para 3 padrões: CEO com gerente com atuação exclusiva, garantia de insumos ou instrumentais e imunização dos profissionais.

Palavras-chave: Atenção Secundária à Saúde. Serviços de Saúde Bucal. Recursos Humanos em Odontologia.

ABSTRACT

The achievement of the National Oral Health Policy represented an important advance in the provision of public dental services. In this sense, it is necessary to know more about the various dimensions of the oral health workforce and what are the determinants of its performance, in order to guide policies and management practices in the health sector. Thus, the present study aimed to investigate the correlation between quality standards regarding the labor relations and working conditions of dental surgeons and the fulfillment of outpatient production goals in Dental Specialist Centers (CEO) in Brazil. A quantitative, descriptive and analytical study was developed with national public domain secondary data. All CEOs included in the 1st Cycle External Evaluation of the National Program for Access and Quality Improvement of Dental Specialist Centers (AE-PMAQ-CEO) were considered and responded to Modules I and II, totaling 929 CEO. Information regarding working relationships and conditions came from AE-PMAQ-CEO. Outpatient production data for normative assessment of goal achievement were from the Unified Health System Ambulatory Information System (SIA-SUS) and guided the calculation of the Modified Global Goal Achievement (CGMM) indicator. The association between the CGMM and 8 quality standards of labor relations and 6 of working conditions was tested using Pearson's chi-square and logistic regression with a significant level of 5%. Among the employment relations, a positive association was found with 5 standards: protected bond, admission by public examination, career plan, permanent education offer, and manager with exclusive operation. For working conditions, the association was positive with 3 standards: guarantee of inputs or instruments, functioning equipment, and immunization of professionals. The multivariate analysis showed more chances of great performance for 3 standards: CEO with a manager with exclusive performance, guarantee of inputs or instruments and immunization of professionals.

Keywords: Health Evaluation. Secondary Care. Dental Health Service. Dental Staff.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1	Trabalho em Saúde	14
2.1.1	Contexto Internacional.....	16
2.1.2	Contexto Nacional.....	20
2.2.3	Força de Trabalho em Saúde Bucal	25
2.2	Gestão do Trabalho em Saúde	27
2.2.1	Relações de Trabalho	32
2.2.2	Condições de Trabalho.....	36
2.3	Política Nacional de Saúde Bucal	38
2.3.1	Centro de Especialidades Odontológicas	40
2.3.2	Avaliação de CEO.....	41
3	OBJETIVOS.....	51
3.1	Objetivo Geral.....	51
3.2	Objetivos Específicos	51
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	52
4.1	Aspectos Gerais	52
4.2	Aspectos Operacionais.....	52
4.2.1	Etapa I - Caracterização da amostra e das relações e condições de trabalho.....	52
4.2.2	Etapa II - Classificação dos estabelecimentos a partir do Indicador Cumprimento Global de Metas Modificado.....	53
4.2.3	Etapa III - Teste de associação entre as variáveis do estudo	54
4.3	Aspectos Analíticos	56
4.4	Aspectos Éticos	56
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	57
5.1	Artigo: Analysis of Labor Relations and Working Conditions at Centers for Dental Specialties in Brazil.....	57
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS.....	79
	ANEXO A - MÓDULO I.....	94
	ANEXO B - MÓDULO II.....	105

1 INTRODUÇÃO

A Organização das Nações Unidas (ONU) aponta em sua Declaração Universal de Direitos Humanos que o gozo do mais alto padrão atingível de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano (ONU, 1948). Em 1978, como produto da I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, a Declaração de Alma-Ata apresentou a concepção ampliada de saúde, como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, além de reforçá-la como direito humano fundamental e apontá-la como importante meta social mundial. O documento indica que para a garantia deste direito há a necessidade de articulação de diversos setores sociais e econômicos, além do setor saúde (OMS, 1978).

No Brasil, a organização do movimento da Reforma Sanitária Brasileira vem para reafirmar o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do estado, recomendando-se a organização de um sistema único de saúde descentralizado (com atribuições específicas para a União, estados e municípios) e democrático (garantindo a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação) (PAIM, 2008). Esses ideais e propostas expressaram-se em um complexo projeto, cuja implantação iniciou-se após a 8ª Conferência Nacional de Saúde e formalizou-se a partir da Constituição Federal de 1988, conforme aponta no Capítulo II:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Instituiu-se, então, um sistema nacional de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), onde o texto constitucional aponta o compromisso social do estado com políticas públicas que visem à reorientação do modelo de atenção à saúde, investindo na integralidade, em conformidade com princípios e diretrizes (SAMPALHO, 2016). Todavia, a operacionalização desse sistema encontrou alguns entraves ao seu funcionamento.

A implantação do SUS trouxe ao setor público de saúde a experiência descentralizadora da gestão juntamente com a defesa de que essa traria aumento na eficiência na alocação dos recursos pelo sistema de governo. Entretanto, passados 30 anos de municipalização da saúde, ainda é recorrente o questionamento sobre a capacidade gestora neste ente federado, visto que o processo de descentralização não acarreta automaticamente a superação das dificuldades de

gerência nestas instâncias de poder. Este processo tem repercussões importantes em uma das principais áreas da gestão da saúde, a gestão do trabalho em saúde (GTS) (PIERANTONI *et al.*, 2012).

Nos últimos anos, o setor saúde foi o que mais ampliou a oferta de emprego, com a forte expansão da Atenção Primária à Saúde, em virtude da Estratégia Saúde da Família (POZ; PIERANTONI; GIRARDI, 2013). Por outro lado, houve a ampliação também de vínculos de trabalho desprotegidos e precários nos serviços públicos de saúde (GIRARDI; CARVALHO, 2008), resultando na ampliação das discussões acerca das relações de trabalho. A importância atribuída a essa questão se relaciona, em grande medida, ao processo de expansão da precarização do trabalho nos serviços de saúde, sejam eles de natureza pública ou privada, que tem ocasionado relevantes problemas, tanto para os trabalhadores como para as instâncias de gestão do sistema de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Nesse sentido, a força de trabalho em saúde (FTS) pode deixar de ser uma potencialidade e tornar-se um elemento dificultador para a melhoria dos sistemas de saúde (PIERANTONI *et al.*, 2012).

Ressalta-se que a FTS é central a qualquer sistema de saúde, visto que estes atuam ou medeiam a maior parte das funções destes sistemas, atuando como a medula dos sistemas sanitários (PIERANTONI *et al.*, 2012). Os trabalhadores são responsáveis por importantes decisões no serviço e suas ações influenciam eficiência dos recursos que são utilizados. Para ser eficaz, um sistema de saúde deve ter o número certo, uma mescla de profissionais de saúde e deve assegurar que eles possuam os meios e a motivação para realizar habilmente as funções que lhes são atribuídas (MCPAKE *et al.*, 2013).

Nesse sentido, a OMS, considerando os trabalhadores da saúde como imprescindíveis, dedicou a década 2006-2015 ao tema, estabelecendo metas a serem atingidas no plano internacional (MORITA; HADDAD; ARAUJO, 2010). O período foi eleito como a década de valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, reforçando a mobilização de diferentes segmentos e reflexões sobre tensões e conflitos inerentes às relações que se estabelecem no campo do trabalho e da educação na saúde (MENDES, 2016).

Gestão do trabalho e da FTS enquanto eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde são elementos estratégicos, pois produtividade e a qualidade dos serviços oferecidos à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições com que são tratados os que atuam profissionalmente na organização (ARIAS *et al.*, 2006). Por vezes os governos tendem a se preocupar mais com questões macroeconômicas, como o tamanho da força de trabalho e salário, ignorando questões importantes relacionadas com a organização do trabalho, motivação pessoal e desempenho individual (DUSSAULT; DUBOIS, 2003).

O bom desempenho dos serviços de saúde depende não apenas da localização, habilidades e motivação do pessoal, mas também da estrutura, equipamentos e materiais necessário para o trabalho. Como os diferentes recursos são partes interdependentes de um único sistema de prestação de serviços de saúde, o desempenho não está inteiramente nas mãos daqueles que gerenciam a força de trabalho: uma política destinada a melhorar a equidade na distribuição de pessoal também afeta as oportunidades de desenvolvimento e as perspectivas de carreira; os contratos temporários destinados a melhorar o desenvolvimento do pessoal também afetam os níveis de pessoal das instalações, dentre outros aspectos (MARTINEZ; MARTINAU, 1998).

Diante desse contexto e discussões, no âmbito das políticas de saúde bucal no Brasil, consolida-se em 2004 a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, procurando romper o modelo de cuidado baseado em ações focalizadas com foco na integralidade da atenção (CRUZ; CHAVES; CANGUSSU, 2016), apontando para uma reorganização da atenção em todos os níveis, por meio da expansão da atenção básica e ampliação e qualificação da oferta de serviços odontológicos especializados (BRASIL, 2004). Os Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) se apresentaram como importante estratégia para a expansão dessa oferta de procedimentos especializados e a literatura apresenta avanços como: expansão da oferta, cobertura e uso dos serviços e alto grau de satisfação dos usuários. Entretanto, estudos de desempenho do CEO e de fatores relacionados apontam que o alcance da produtividade mínima proposta para estes estabelecimentos permanece um desafio (FERNANDES; GOES; FIGUEIREDO, 2018; GOES *et al.*, 2018).

Para além da expansão quantitativa, visando a melhoria em qualidade dos CEO foi implementada uma iniciativa de avaliação institucional em âmbito nacional, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO). O principal objetivo é induzir, além da ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos CEO, garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção especializada em saúde bucal (BRASIL, 2015). Este programa, além de fomentar a institucionalização da cultura de avaliação no âmbito do SUS, realiza o levantamento nacional de diversos aspectos estruturais e contextuais, dentre os quais, ressalta-se a investigação de questões relacionadas às relações e condições de trabalho.

Saber mais sobre as diversas dimensões da FTS, quem são, como se comportam e quais os determinantes de seu desempenho, faz-se cada vez mais necessário para nortear as políticas e as práticas de gestão no setor da saúde (MORAIS; OLIVEIRA, 2012). Além disso, existe

atualmente uma lacuna acerca de informações da força de trabalho em saúde bucal (GABRIEL *et al.*, 2018) e principalmente de estudos que investiguem as relações e condições de trabalho de cirurgiões-dentistas da atenção especializada em relação ao cumprimento de metas.

Diante do exposto, o presente trabalho, por meio da pergunta condutora: “Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que garantem melhores relações e condições de trabalho a seus trabalhadores e trabalhadores possuem melhor cumprimento de metas estabelecidas em normativas legais?”, objetiva investigar a relação entre relações e condições de trabalho de cirurgiões-dentistas de CEO do Brasil e o cumprimento de metas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O marco teórico deste estudo propõe a construção de um referencial na literatura acerca dos temas pertinentes ao objeto do estudo. Inicialmente discute-se o Trabalho em Saúde e suas transformações recentes a partir de contextos internacional e nacional, para depois apresentar um panorama da força de trabalho em saúde bucal no Brasil. O segundo tópico a ser discutido é Gestão do Trabalho em Saúde, abordando sua institucionalização na estrutura dos órgãos gestores da saúde e as limitações apresentadas para sua efetivação, além de discussões acerca de tópicos específicos das relações e condições de trabalho. Por fim, apresenta-se brevemente a evolução das políticas de saúde bucal no Brasil até efetivação da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente e sua importante frente de atuação, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), dos quais serão apresentados estudos de avaliação e as avaliações institucionais.

2.1 Trabalho em Saúde

Para compreender as especificidades do processo de trabalho em saúde é necessário abordar teoricamente o conceito de trabalho. O trabalho, valorizado em todas as sociedades, é um processo no qual o ser humano transforma a natureza, gerando conhecimentos, riquezas materiais, satisfação pessoal e desenvolvimento econômico, sendo, portanto, o conjunto de atividades, produtivas ou criativas, que o homem exerce para atingir determinado fim (MENDES, 2016). Além de possuir uma finalidade social e uma intencionalidade, tem uma racionalidade, diante da faculdade mental e capacidade humana de pensar o trabalho antes de sua execução (FRANCO; SANTOS; SALGADO, 2011).

Por força de trabalho ou capacidade de trabalho entende-se como as capacidades físicas e mentais que existem na personalidade viva de um homem e que ele utiliza ao produzir valores de uso de qualquer tipo (MARX, 2013). Essa capacidade o diferencia dos outros animais, que modificam os elementos da natureza com o único objetivo de sobreviver, e adquiriu valor econômico e social para a produção de bens necessários à sobrevivência humana (MENDES, 2016).

O trabalho faz parte da história humana e em sua incessante luta por sobrevivência e felicidade social, tornou-se atividade vital e omnilateral. Entretanto, as exigências da sociedade capitalista, transformou-o em alienante, penoso e unilateralizado. Ou seja, o trabalho humano

abandona seu potencial transformador e emancipador, passando a ser utilizado para a exploração e infelicitando o ser social que o exerce (ANTUNES, 2018).

Logo, o trabalhador é compreendido como aquele que exerce uma atividade independentemente de sua forma de inserção no mercado, inclusive na forma de trabalho familiar e/ou doméstico. Nessa perspectiva, pode incluir trabalhadores autônomos, informais e desempregados, servidores públicos, empregados domésticos, trabalhadores avulsos e trabalhadores agrícolas (MENDES, 2016).

No mundo do trabalho, o setor saúde é de grande importância pela natureza dos serviços prestados e também pelo volume de empregos gerados diretamente. Com o avanço da tecnologia e da quarta revolução Industrial, que se caracteriza também pela redução do uso de mão-de-obra, este setor segue sendo um dos maiores gerados de empregos (MACHADO, 2006). Apesar do desenvolvimento de novas tecnologias e sua incorporação no setor saúde, este requer sempre o uso de mão-de-obra intensiva, pois ao contrário dos outros setores da economia, com a modernização acrescentam-se novas qualificações para sua operação e assim a demanda por força de trabalho diversa (MACHADO, 2012).

Diante da diversidade do trabalho em saúde, faz-se necessário delimitar os termos profissional da saúde, trabalhador da saúde e trabalhador do SUS. Profissionais da saúde são aqueles que, estando ou não ocupados no setor saúde, tem formação profissional específica ou qualificação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas direta ou indiretamente ao cuidado ou às ações de saúde. Os trabalhadores de saúde são todos os que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde em estabelecimentos de saúde ou nas atividades de saúde, podendo ter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor. Já os trabalhadores do SUS são todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde nas instituições que compõem o SUS, podendo ter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2015).

O trabalho em saúde não se distancia das transformações no mundo do trabalho, assim, é importante considerar o contexto atual de reestruturação produtiva e ofensas de Estados neoliberais, com intensa internacionalização da economia e dependências do mercado financeiro (PIRES, 2000), além de transformações resultantes da incapacidade do regime de acumulação fordista e do *Welfare State* em responder a crise estrutural capitalista (BLEICHER, 2016). Ou seja, o setor saúde gera empregos, mas a expansão dessa oferta está sendo balizada pelas transformações que ocorrem no mundo do trabalho. Sendo assim, importante estudá-lo a luz dessas mudanças.

2.1.1 Contexto Internacional

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta a importância dos trabalhadores da saúde para os Sistemas de Saúde e ressalta que a melhora da cobertura dos serviços de saúde e o gozo do mais alto padrão de saúde é dependente da disponibilidade, acesso, aceitação e qualidade desses trabalhadores. Além desses aspectos, cita-se a distribuição e acesso equitativos à população, competências necessárias, motivação e empoderamento dos trabalhadores para ofertar o cuidado com qualidade, corresponder as expectativas socioculturais da população, além de obter o apoio adequado do sistema de saúde, para a tradução da cobertura dos serviços de saúde em uma cobertura efetiva da população (OMS, 2016).

Assim, a FTS é central a qualquer sistema de saúde visto que estes atuam ou medeiam a maior parte das funções destes sistemas. PIERANTONI *et al.* (2012) aponta a FTS como a medula dos sistemas sanitários. São os trabalhadores que tomam as decisões de tratamento no serviço e suas ações determinam a eficiência dos recursos que são usados. Para ser eficaz, um sistema de saúde deve ter o número certo e uma mescla de profissionais de saúde e deve assegurar que eles possuam os meios e a motivação para realizar habilmente as funções que lhes são atribuídas (MCPAKE *et al.*, 2013).

Para além de um bom delineamento, políticas públicas de saúde devem considerar realidades sociais e econômicas para poderem sair do estágio de planejamento e ter ampla influência. Um dos nós críticos das políticas de saúde está em não considerar a FTS, apesar de ter um papel crucial no alcance dos objetivos estabelecidos (DUSSAULT; DUBOIS, 2003).

Muitos países enfrentam uma crise na FTS que envolve três dimensões: disponibilidade, que diz respeito à oferta de profissionais de saúde qualificados; distribuição, que se relaciona com o recrutamento e retenção de profissionais de saúde onde a sua presença é mais necessária; e desempenho, que se relaciona com a produtividade e com a qualidade do atendimento que os profissionais de saúde fornecem. Além disso, as condições de emprego, por exemplo, infraestrutura adequada, gestão de apoio, oportunidades de desenvolvimento profissional e progressão na carreira, são tão importantes quanto os salários na determinação dos resultados do mercado de trabalho (MCPAKE *et al.*, 2013).

A tendência é de agravamento dessa crise caso não hajam investimentos em formação e desenvolvimento da FTS nos próximos anos. Estes desafios não se limitam às fronteiras, o que resultou na abertura de espaços de discussões em diversas agendas de organizações

internacionais, organizações não governamentais (ONG) e instituições de ensino e de pesquisa (PORTELA *et al.*, 2017).

Nesse sentido, a OMS, considerando os trabalhadores da saúde como imprescindíveis, dedicou a década 2006-2015 ao tema, estabelecendo metas a serem atingidas no plano internacional (MORITA; HADDAD; ARAUJO, 2010). O período foi eleito como a década de valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde (MENDES, 2016), reforçando a mobilização de diferentes segmentos envolvidos com esta temática na análise e reflexão sobre as tensões e conflitos inerentes às relações que se estabelecem no campo do trabalho e da educação na saúde (PIERANTONI *et al.*, 2012).

O primeiro relatório mundial, denominado “Trabalhando juntos pela Saúde” (2006), destacou que as falhas no registro e atualização nos números de trabalhadores da saúde resultavam em grande obstáculo para aprimoramento de políticas para o desenvolvimento dos sistemas de saúde e suas políticas públicas (MORITA; HADDAD; ARAUJO, 2010). A partir disso, foram disparados diversos projetos para levantamento da FTS.

A realização dos Fóruns Globais de Recursos Humanos em Saúde (RHS) se constituíram em importantes representações de pactos assumidos globalmente, visando desenvolver estratégias para alcançar as metas de saúde relacionadas aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Foram realizadas edições em Uganda (2008), na Tailândia (2011), no Brasil (2013) e na Irlanda (2017), contando com especialistas, gestores e os profissionais de saúde (PORTELA *et al.*, 2017).

Em 2008, a OMS se reuniu na cidade de Kampala em Uganda para o primeiro Fórum Global de Recursos Humanos para a Saúde. Nesta ocasião foi redigida a Declaração de Kampala intitulada “Trabalhadores de saúde para todos e todos pelos trabalhadores de saúde”, onde foram abordadas e apresentadas propostas para a falta de profissionais e seu reflexo no impedimento ao acesso aos cuidados em saúde e em situações de risco em nível global como epidemias e em consequência de mudanças climáticas. Destacou-se também a necessidade de criação de sistemas de informação, melhoria de pesquisas e o desenvolvimento da capacidade de gestão de dados de forma a se institucionalizar a tomada de decisão baseada em evidência e incentivar o aprendizado compartilhado (OMS, 2008).

Outras resoluções sobre o tema foram lançadas nos anos seguintes: Código Global de Práticas para o Recrutamento Internacional de Pessoal de Saúde (2010); Reforço às condições de saúde da força de trabalho (2011); Reforço da enfermagem e obstetrícia (2011); Transformar a educação dos profissionais de saúde e apoiar a cobertura universal de saúde (2013), e a

Declaração Política do Recife sobre Recursos Humanos para a Saúde: renovação de compromissos para com a cobertura universal de saúde (2013) (PORTELA *et al.*, 2017).

A Declaração de Recife (2013), resultado do Terceiro Fórum Global de Recursos Humanos para a Saúde reforçou a alta prioridade da centralidade em investimentos em RHS, além de reafirmar a importância dos documentos prévios. Direcionou pactuações nacionais e internacionais e apresentou como desafios: a persistência no baixo investimento em RHS; discrepâncias fundamentais entre oferta e demanda de trabalhadores de saúde; intervenções em questões únicas, com foco em um quadro ou doença individual e não em prevenção; e a falta de adoção e implementação de políticas efetivas. Como consequência, carência severa de RHS, na distribuição e no desempenho, desequilíbrios de gênero e ambientes de trabalho precários (OMS, 2013).

Em 2016, lançou-se a “A Estratégia Global de Recursos Humanos para a Saúde: Mão de Obra 2030”, destinando-se principalmente a planejadores e formuladores de políticas dos Estados Membros (OMS, 2016). É importante verificar que o documento aborda que desenvolvimento da FTS perpassa diversos setores, não sendo exclusivo do setor saúde. Dentre os princípios citados no documento estão os direitos pessoais e profissionais de todos os trabalhadores de saúde, incluindo ambientes de trabalho seguros e decentes e liberdade de todos os tipos de discriminação, coerção e violência. Pontua-se novamente a necessidade de fortalecimento dos dados sobre RHS, garantindo o monitoramento e accountability.

O Quarto Fórum Global de RHS foi realizado em Dublin, na Irlanda, em 2017. O documento resultante do encontro indica parceiros além do setor saúde, tais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional. Diante dos desafios das transições demográfica, epidemiológica e tecnológica, aponta a necessidade da qualificação dos dados, da formação dos profissionais de saúde e da parceria de instituições acadêmicas e sociedade civil (OMS, 2017).

Verifica-se que o tema teve sua discussão aprofundada ao longo dos anos, ampliando a necessidade da formulação de dados e construção de evidências para fortalecer as políticas e sistemas de saúde. Outro ponto defendido internacionalmente é a importância de uma abordagem intersetorial, visto que as questões relativas à FTS não dependem apenas do setor saúde.

Quanto à região da América Latina e Caribe, tem havido um renovado interesse no campo de recursos humanos e a necessidade de fortalecer a capacidade de coletar informações de qualidade, relevantes e oportunas, para uso no planejamento, tomada de decisão e monitoramento. Em busca desse objetivo, organizações internacionais, governos nacionais e múltiplas instituições não-governamentais, têm a tarefa de produzir e disseminar informações

no campo. Em 1999, foi criado o Observatório de Recursos Humanos em Saúde, com a participação da Organização Internacional do Trabalho (OIT), da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e nove países signatários: México, Panamá, Peru, Brasil, Costa Rica, Chile, Equador, El Salvador e Jamaica. Em 2004, 21 países da região das Américas estavam associados à rede do Observatório (LÓPEZ, 2011).

Os técnicos, profissionais e auxiliares são os que, em última análise, determinam o que é produzido e em que quantidade afetam diretamente as condições de saúde da população. Na medida em que este contingente é alocado à FTS, eles também têm um impacto direto na sustentabilidade econômica e financeira do sistema de saúde (PRADERE, 2011). Estudo conduzido com dados públicos de diferentes países, permitiu uma análise descritiva e econométrica da relação entre recursos humanos e desfechos em saúde, e apontou evidências de uma relação estatisticamente negativa entre a densidade de trabalhadores de saúde (especificamente médicos) e a carga de doença, ao controlar variáveis de renda e distribuição de renda. Em termos de magnitude, um aumento de uma unidade na densidade de trabalhadores de saúde por 1 000 diminuiu, em média, a carga total da doença entre 2% e 3%. As conclusões dos pesquisadores apontam que se os países aumentarem a densidade dos profissionais de saúde, poderão reduzir significativamente a carga de doença (CASTILLO-LABORDE, 2011).

De forma geral, desafios apontados no cenário internacional, referentes à gestão do trabalho são: baixa remuneração e motivação, desigualdade na distribuição da força de trabalho, o desempenho, *accountability* (PIERANTONI *et al.*, 2012), dificuldades em atrair profissionais de saúde para áreas remotas e rurais e redução da má distribuição e da grande rotatividade desses trabalhadores, particularmente dos médicos, necessidades de qualificar e adequar essa força de trabalho às novas condições sanitárias e demográficas, bem como de produzir evidências científicas que possam apoiar de forma coerente os processos de decisão e gestão de políticas, programas e intervenções sobre os recursos humanos (PORTELA *et al.*, 2017).

A maioria dos estudos e relatórios globais se concentra em médicos, enfermeiros e parteiras, o que pode ser explicado pela alta proporção da FTS que eles constituem, mas também pela disponibilidade de melhores dados. Também se concentram em países de alta renda e língua inglesa. Os dados sobre dentistas são frequentemente agregados aos de outros profissionais de saúde, o que dificulta ter uma visão clara de seu perfil e distribuição (GABRIEL *et al.*, 2018). Assim, é importante ampliar a perspectiva e incluir outras profissões na saúde e bem-estar das populações, como a Odontologia.

Outra questão acerca da Odontologia é que embora os avanços tecnológicos e científicos dos últimos 50 anos tenham contribuído para melhorar a qualidade de vida de alguns, as doenças da cavidade bucal continuam causando dor, infecção, perda de dentes e miséria para um grande número de pessoas. Se por um lado, em muitos países com renda per capita média e alta a melhora na saúde bucal é notável, por outro, as desigualdades em saúde bucal, tanto entre os países quanto dentro deles, constitui agora um problema maior (COHEN *et al.*, 2017).

Considerando esse cenário para a saúde bucal, a Declaração de Cascada (2017) feita por 06 professores de diferentes países, apresenta uma crítica ao caminho da profissão odontológica no mundo. Aponta como problemas as políticas de austeridade em todo o mundo, que desviam o social e o bem-estar social do público para o privado, na crença de que o mercado pode atender às necessidades sociais, apesar de evidências ao contrário; planos de saúde assumindo a prestação de serviços de saúde em diversos países, cujos regimes de tratamento são projetados mais para assegurar retornos aos acionistas do que melhorar o estado de saúde; o declínio do financiamento público para as universidades, relatando que o maior investimento feito pela indústria resulta em pesquisas direcionadas para seus interesses; formação excessiva de dentistas, concentração em centros urbanos e distante de áreas remotas; a lógica de mercado, do pagamento por procedimentos, resulta em excesso de tratamento; especialização excessiva, com tratamentos excessivos e inadequados, transformando dentistas em *cosmeticians* (COHEN *et al.*, 2017).

Nesse sentido, a discussão sobre a FTS em âmbito internacional aponta para uma escassez de dados acerca dos profissionais da saúde bucal, de uma necessidade da construção de evidências e do levantamento de dados para fortalecimento dos sistemas de saúde e garantia do acesso ao cuidado integral em saúde às populações. Quanto à Odontologia, pode-se acrescentar ao debate o excesso de profissionais em alguns países, devido ao aumento do número de faculdades, como Brasil, Chile, Colômbia, Chile, Índia e Estados Unidos (WATT *et al.*, 2019), além dos rumos mercantilistas que a profissão está tomando, sem interferir nas desigualdades do acesso às populações. Tal contexto reflete também no cirurgião-dentista e no exercício da sua profissão.

2.1.2 Contexto Nacional

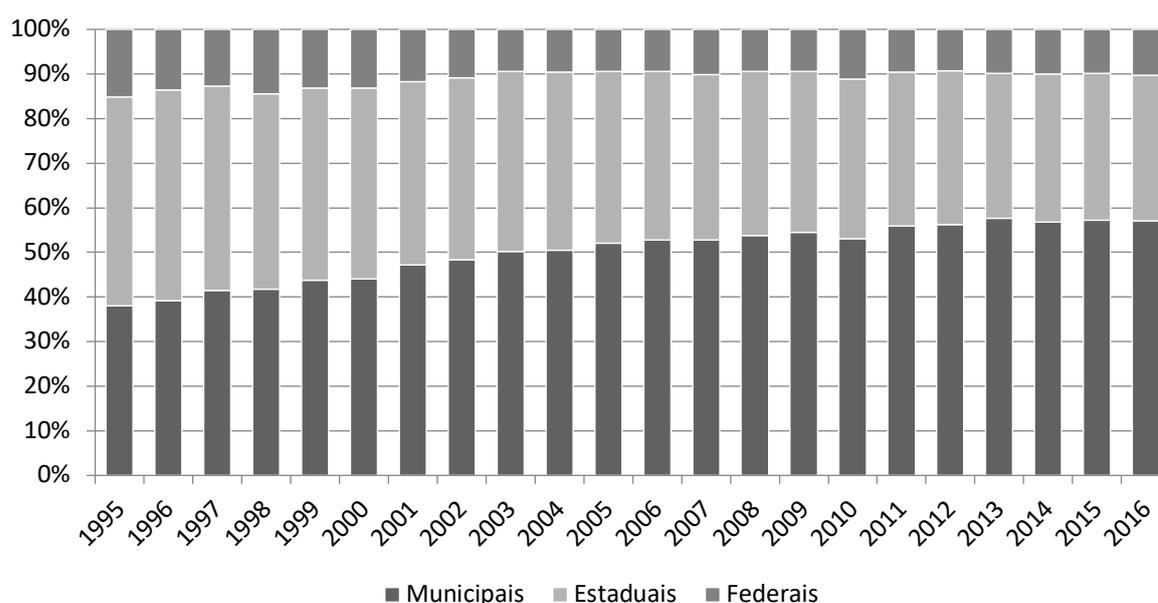
A implementação do SUS induziu a expansão da rede pública de serviços de saúde e, conseqüentemente, a abertura de postos de trabalho, para uma gama de trabalhadores, principalmente nas esferas subnacionais. Esse aumento despontou para conflitos com as

exigências macroeconômicas que norteiam políticas de privatização, flexibilização e desregulação (PIERANTONI *et al.*, 2008).

Um dos processos significativos e perceptíveis da construção e expansão do SUS foi a descentralização dos serviços de saúde, com ênfase na municipalização, proporcionando a aproximação entre gestão dos serviços de saúde e a população. Além disso, o gestor local, juntamente com a sociedade, passou a ter mais força e autonomia para a execução das políticas públicas de saúde, voltadas para a realidade local, possibilitando uma gestão autônoma e democrática, fortalecendo o controle social (SILVA; SILVA, 2007).

Observa-se nesse período a municipalização dos empregos no setor público. Conforme o Atlas do Estado Brasileiro (2018), observamos um crescimento dos vínculos no setor público no nível municipal, uma diminuição nos níveis estadual e federal ao longo de duas décadas (Figura 01). Enquanto que para o nível municipal observou-se um crescimento de 175,2%, para o nível estadual foi de 28% e o federal foi de 24,6% (LOPEZ; GUEDES, 2018).

Figura 1- Proporção de vínculos – civis e militares – no setor público, por nível da administração (1995-2016).



Fonte: Elaboração própria com dados do Ipea (2018).

Além disso, houve uma descentralização dos órgãos, hospitais, ambulatórios e leitos que passaram a ter centralidade nos municípios. A década de 90 é marcada pela expansão do setor saúde no âmbito público e privado, no encolhimento da rede hospitalar e pelo aumento de empregos de saúde na esfera municipal. Os municípios, além de precisarem ampliar sua rede de atendimento, tiveram de se adequar à nova realidade: os maiores empregadores em saúde do país (MACHADO, 2006; MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2015).

Dá-se início à normatização e institucionalização do processo de descentralização, determinando profundas mudanças na estrutura das relações de trabalho e a responsabilização dos municípios pela contratação e gerência de profissionais para dar conta dos múltiplos objetivos e metas do projeto de reforma setorial (PIERANTONI *et al.*, 2012). Todavia, esta descentralização da gestão dos serviços de saúde no país não resultou, automaticamente, na transferência de capacidade gestora para as esferas municipais. Mais ainda, potencializou problemas crônicos e desafios agudos (PAIM, 1994), desencadeando a necessidade de soluções diversas para que o gestor municipal, em face das demandas da política e das restrições ampliadas da esfera jurídico-legal, pudesse executar as propostas de reformulação do sistema (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

A municipalização, apesar de estratégica para a consolidação do SUS, não foi acompanhada por uma política de descentralização de recursos financeiros e adequações na legislação que possibilitasse o exercício da autonomia local para obter os melhores impactos na qualidade dos serviços prestados à população (SILVA; SILVA, 2007), além de configurar um país com profundas desigualdades entre si quanto a suas capacidades (PIERANTONI *et al.*, 2012). É necessário observar esses problemas e entraves para buscar equacioná-los, tendo sempre em vista a qualidade da assistência prestada à população (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

É importante pontuar que a transferência dessas atribuições inicialmente para os governos estaduais e em seguida para os governos municipais, nas décadas de 1980 e 1990, ocorreu em um período em que a agenda hegemônica do Estado brasileiro estava ocupada pelo chamado “ajuste fiscal neoliberal”, que induziu à forte redução de gastos com políticas sociais e diminuição do papel do Estado. O surgimento de milhares de sistemas municipais de saúde, mesmo nesse contexto político e econômico desfavorável, foi uma conquista importante da sociedade, por ampliar o acesso a muitos serviços até então inacessíveis. Analisado sob a ótica da reforma de Estado que estava em curso, foi também um movimento contra-hegemônico. Por ocorrer com financiamento insuficiente de outras esferas de governo, resultou em uma sobrecarga progressiva sobre os governos locais (SILVA; SILVA, 2007).

Acerca dessa agenda neoliberal, aponta-se seu surgimento em uma resposta do capital à crise dos anos 1970, o qual foi marcada pela reconfiguração dos Estados nacionais, assim como por uma reestruturação produtiva que impactou fortemente o trabalho e o movimento dos trabalhadores em nível mundial. No Brasil, em particular, esse processo se iniciou após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e teve nos governos do presidente Fernando Henrique Cardoso as mudanças de maior impacto a partir de um intenso processo de

privatização e introdução de mudanças constitucionais que reconfiguraram o Estado brasileiro. Tais mudanças prosseguiram com menor intensidade nos governos seguintes (MARCH, 2011).

Tais mudanças decorrentes da nova ordem de organização produtiva (contexto internacional) e reflexos da reformulação do papel do Estado (contexto nacional) refletiram no setor saúde em aspectos relativos às dimensões estruturais (como, por exemplo, composição e distribuição da força de trabalho), regulatórias (representadas por diferentes atores e grupos de interesses na área da saúde e que envolvem sistema formador, corporações, entre outros) e gerenciais (sistemas centralizados de financiamento, legislação e trabalho entre esferas de governo) (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

A reforma do Estado aprovou a possibilidade legal da implementação do trabalho flexível, materializando-se por meio da Emenda Constitucional nº 19/1998. Desde então, na administração pública, passaram a ser permitidas: a nomeação sem concurso público para os cargos em comissão, de livre nomeação e exoneração; a contratação por tempo determinado em caso de necessidade temporária de excepcional interesse público estabelecida pelo regime especial; e a introdução do vínculo contratual regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que vem substituindo o vínculo estatutário regido pelo Regime Jurídico Único (RJU). A partir desse novo arcabouço jurídico, formalizou-se as relações flexíveis de trabalho ou a possibilidade legal da precarização na administração pública (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

No final da década de 90, surge a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que reflete um conjunto de normas sobre finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal. A LRF propõe atuar no fortalecimento do federalismo nacional, permitindo tratamento isonômico do Governo Federal, estados e/ou municípios do país. Esta surge em um contexto de desequilíbrio e endividamento público, visto que entre 1996 e 2000, os estados gastaram, em média, 67% de suas receitas correntes líquidas com o funcionalismo público. Assim, a LRF propôs limites máximos para as despesas com pessoal aos três poderes (MEDEIROS *et al.*, 2017).

A LRF vem como proposta de equilibrar os gastos públicos, entretanto, agrava a situação do setor saúde ao impor restrições orçamentários nos gastos com contratação de profissionais, pois limita os gastos com pessoal a 60% da receita corrente líquida para estados e municípios. Os municípios necessitam da incorporação de pessoal para atender às novas demandas trazidas pelas políticas de saúde em constante expansão, que vão desde a estruturação de equipes básicas da Estratégia de Saúde da Família até a gestão de serviços de alta complexidade e até mesmo fábricas de medicamentos e imunobiológicos (PIERANTONI *et al.*, 2012).

Nesse sentido, abrem-se outras possibilidades para a contratação de pessoal. Muitos municípios passaram utilizar de diferentes formas de contratação da FTS, a exemplo de parcerias com ONG, organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP) e organizações sociais (OS), sobretudo como forma de resolver o limite de gastos com pessoal imposto pela LRF. A combinação dessa lei com o ajuste fiscal brasileiro das décadas de 1980 e 90 tem trazido resultados perversos para as políticas sociais descentralizadas, com consequências graves para a expansão e continuidade de construção do SUS (SILVA; SILVA, 2007), visto que gestores municipais indicam a flexibilização da legislação, a LRF e a instabilidade do financiamento como as principais razões para a adoção das formas precárias de contratação (MARCH, 2011).

Diante dessas discussões, recentemente apresentou-se a lei complementar nº 164/2018, retirando restrições da LRF que impedia cidades com despesas com pessoal acima de 60% da receita corrente líquida de receber transferências de recursos da União ou contratar novas operações de crédito. A nova lei abriu exceção para os municípios com queda de receita superior a 10%. Entretanto, esta lei complementar não altera os limites de gastos, apresentando apenas casos em que as punições previstas não serão aplicadas (BRASIL, 2018).

Fica claro que há um impasse criado pela contradição entre a legislação e a realidade do SUS em nível local, devendo este ser superado a partir do envolvimento de todos os entes federados, para que o princípio da descentralização do sistema não se transforme em um processo de estrangulamento da gestão pública municipal (SILVA; SILVA, 2007). Dentre as propostas apresentadas na literatura tem-se a criação de um fundo tripartite específico para o financiamento da contratação da força de trabalho em saúde (SILVA; SILVA, 2007) e a criação de uma carreira Interfederativa do SUS (NARVAI, 2017).

Discute-se a regionalização como uma possibilidade para abordar essa problemática. No início dos anos 2000, já era inquestionável a necessidade de avançar na regionalização, superando o estágio de fortalecimento de sistemas municipais isolados e a constituição de um espaço regional de pactuação mais potente, desenhando redes de atenção à saúde com relações intermunicipais, visando a reorganização dos serviços na região de saúde e garantia da integralidade (REIS *et al.*, 2017). Neste contexto, o Pacto pela Saúde (2006) ressaltou a regionalização como estratégia essencial para consolidar o SUS e o Decreto Federal 7.508/2011 buscou conferir empoderamento legal ao processo de articulação Interfederativa (BRASIL, 2006b; 2011a).

Diante do exposto, é importante compreender que apesar dos marcos legais para a expansão do sistema de saúde brasileiro, os entraves para sua operacionalização implicam

diretamente na força de trabalho em saúde e podem refletir nas suas relações e condições de trabalho e na garantia do cuidado ofertado. Desse modo, a construção de evidências nesta temática pode apontar caminhos ou pontos iniciais para a transformação do setor.

2.2.3 Força de Trabalho em Saúde Bucal

As profissões podem ser definidas em termos sociológicos por suas jurisdições de trabalho exclusivas, autonomia e capacidade de autorregulação. Detém um patrimônio constituído por um conhecimento complexo e abstrato, adquirido através de um longo processo de formação, geralmente nas universidades, e não acessível nas suas aplicações para o julgamento imediato pelo grande público (POZ; PIERANTONI; GIRARDI, 2013). Isso dá a possibilidade aqueles que a exercem de deter o monopólio do conhecimento e dessa forma ter controle sobre seu próprio trabalho. Tipicamente, cirurgiões-dentistas (CD) dominam o tratamento odontológico do diagnóstico à alta e não precisam submeter seu trabalho ao julgamento ou à autorização de outra profissão. Assim, no que se refere à prática clínica, o CD em geral tem autonomia. Mas o mesmo não pode ser constatado nas suas relações de trabalho (BLEICHER, 2016).

O grande contingente de CD e de faculdades de Odontologia no Brasil também é tema de relevância quando se discute a FTS. Dados do CFO para agosto de 2019 indicam que no Brasil tem-se 325.158 registros profissionais ativos, destes 117.902 (36,26%) estão registrados como especialistas (CFO, 2019). Em relação ao número de especialistas, a proporção brasileira apresenta-se superior à encontrada em outros países como os Estados Unidos (21%), Reino Unido (11%), Canadá (11%) Alemanha (7%) e França (4%) (MORITA; HADDAD; ARAUJO, 2010). Assim, pontua-se que a quantidade de CD no Brasil tem aumentado em uma proporção muito superior à taxa de crescimento populacional, um fenômeno que já ultrapassa cinco décadas de duração (BLEICHER, 2016).

Uma das justificativas que a literatura aponta para este fenômeno está na implantação de políticas e programas setoriais da saúde que impulsionou a abertura de inúmeros cursos na área da saúde, em função de novos postos de trabalho demandado por: Enfermagem e Medicina - Estratégia Saúde da Família (ESF); Odontologia – Programa Brasil Sorridente (Estratégia Saúde da Família e os CEO); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com inserção de fisioterapeutas, assistentes sociais, educadores físicos, dentre outros. O Censo da Educação Superior de 2016 mostra que o número de cursos de Medicina (42,3%), Enfermagem (41,9%), Odontologia (38,1%) e Farmácia (43,9%) estão concentrados no Sudeste, em instituições

privadas. Assim, observa-se que a região Sudeste aglutina a maioria do parque formador da saúde e detém também o maior volume de empregos do país. Os estados que compõem a região Norte estão em sentido oposto, exibindo percentuais baixos para ambos (MACHADO; XIMENES NETO, 2018).

Sobre a distribuição dos CD nas regiões brasileiras, destaca-se que três quartos estão concentrados no Sudeste e Sul do país. Cerca de 56% dos especialistas do país estão no Sudeste. Nesta região também se observa a maior concentração de profissionais com mais de uma especialidade, possivelmente relacionada à ampla oferta de oportunidades educativas locais. Proporcionalmente, considerando o número de profissionais atuando na região, o maior percentual de especialistas pertence à região Centro-oeste (MORITA; HADDAD; ARAUJO, 2010).

Portanto, observa-se uma profunda desigualdade de distribuição dos profissionais, mais concentrados na região Sudeste e em grandes centros urbanos. Embora o estudo dessa distribuição seja útil para revelar tendências temporais e apontar desigualdades entre regiões, não é possível estabelecer qual seria a proporção ideal de CD por população. Populações de tamanhos diferentes podem precisar de mais ou menos profissionais, a depender da prevalência de doenças bucais que apresentem, de diferenças sociodemográficas, do modelo de atenção e do processo de trabalho utilizado (BLEICHER, 2016). O Brasil concentra aproximadamente 20% dos CD do mundo, mas a distribuição interna é desigual. A fixação de profissionais no interior do país e a formação voltada para atender o conjunto da população estão entre os principais desafios (MORITA; HADDAD; ARAUJO, 2010).

Em revisão de literatura sobre o mercado de trabalho do CD relatou-se uma ampliação de postos de trabalho no SUS, especialmente na Atenção Primária, a partir de 1994. A criação de novas faculdades de Odontologia implica em um grande contingente de profissionais formados a cada ano, o que resulta em um mercado de trabalho saturado, especialmente em grandes centros. O crescimento populacional é bem inferior ao ingresso de novos CD, aumentando a competitividade no mercado a cada ano. Apesar do grande número de CD, ainda existem regiões com possibilidade de agregar novos profissionais, especialmente em locais com menor desenvolvimento e menor concentração da população. Uma das principais causas para a má distribuição dos CD generalistas e especialistas está na má distribuição das faculdades de Odontologia, pelo Brasil. Discute-se também, além da redução da remuneração da profissão, a perda de prestígio social da Odontologia (COSTA; ROCHA, 2017).

Ao contrário do que se observa com algumas categorias da saúde, não há uma escassez de profissionais. Todavia há uma má distribuição que resulta em concentração em grandes

centros urbanos que pode levar a fragilidades dos vínculos trabalhistas e refletir nas condições de trabalho.

2.2 Gestão do Trabalho em Saúde

Diante da importância dos trabalhadores da saúde para o bom desempenho dos sistemas de saúde, a gestão do trabalho no setor saúde tem ocupado posição estratégica na tomada de decisões institucionais (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2015). As características do trabalho em saúde – coletivo, multidisciplinar, relacional, que exige uma interação constante entre profissionais e entre estes e os usuários do sistema – são uma das razões pelas quais os trabalhadores exercem papel estratégico para que o SUS alcance seus princípios e diretrizes. Tais características também reforçam a relevância e a complexidade da gestão do trabalho no SUS, exigindo mais atenção nas agendas políticas e técnicas e maior reconhecimento sobre a importância da FTS (SANTINI *et al.*, 2017).

A nomenclatura da área que discute a gestão do trabalho passou por reformulações teóricas que lhe conferiram a agregação de um arcabouço teórico das ciências da Administração, Economia Política e Sociologia, pautando uma nova forma de entender os processos de trabalho complexos e interdisciplinares (ALVES; ASSIS, 2011). Atualmente, a área tem sido denominada de Gestão do Trabalho em Saúde (GTS), encontrando-se frequentemente associada à Educação na Saúde.

Inicialmente denominada gestão de Recursos Humanos (RH), sendo o termo originário da ciência da Administração, o qual predominou até 1990 (CHIAVENATO, 2010). Para Dessler (2017) a administração de RH indica formular e executar políticas e práticas na área para a produção das competências e comportamentos necessários para o desenvolvimento da empresa nos funcionários; consistindo no processo de adquirir, treinar, avaliar e compensar funcionários, e de cuidar de suas relações de trabalho, saúde, segurança e preocupações com a justiça.

Outro termo, administração de pessoas, visou personalizar e a visualizar as pessoas como seres humanos, dotados de habilidades e capacidades intelectuais (CHIAVENATO, 2010). Discute-se a Gestão de Pessoas (GP) como função gerencial que visa à cooperação das pessoas que atuam nas organizações para o alcance dos objetivos tanto organizacionais quanto individuais. O estudo sobre gestão de pessoas busca estabelecer relações entre as pessoas e o ambiente de trabalho, pois considera que os trabalhadores não são meros recursos de uma organização (ALVES; ASSIS, 2011).

No entanto, o termo foi ampliado: gestão com as pessoas, significando tocar a organização juntamente com os colaboradores e parceiros internos que mais entendem dela, dos seus negócios e do seu futuro. Aponta-se essa nova abordagem como o início da visão das pessoas não mais como recurso organizacional, objeto servil e passivo do processo, mas fundamentalmente como um sujeito ativo e provocador das decisões, empreendedor das ações, criador da inovação e agregador de valor dentro das organizações (CHIAVENATO, 2010).

Por vezes, as terminologias RH e GP são questionadas por autores da saúde coletiva. Assim, com ampliação da visão instrumental e prática, a GTS incorpora a responsabilidade por parte do Estado à função de regular o trabalho no setor saúde, incluindo componentes ideológicos e enxergando o trabalhador da saúde como ator social no processo de desenvolvimento e consolidação do sistema de saúde. A GTS envolve a combinação de estratégias que visam à análise e operacionalização de políticas que direcionem a regulação profissional, com vistas a propiciar uma melhor distribuição, o desenvolvimento de competências e uma gerência de pessoal envolvida com as demandas dos trabalhadores do SUS (ALVES; ASSIS, 2011).

Em uma revisão da literatura sobre o tema, Santini *et al.* (2017) apontam também essa evolução conceitual da gestão do trabalho, expandindo-se para um modelo conceitual que considerava a gestão do trabalho e educação na saúde com ênfase na contratação de trabalhadores, capacitação e formação, avaliação, remuneração, condições de trabalho, regulação das relações sociais de trabalho e gestão do processo de trabalho, envolvendo os diferentes níveis de governo.

Institucionalmente, pode-se verificar a consolidação da GTS com a criação em 2003 pelo Ministério da Saúde (MS) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), destacando o papel do trabalhador como sujeito e agente transformador de seu ambiente. Essa transformação da estrutura do MS foi considerada um marco, tendo em vista que deu visibilidade a uma área que até então ocupava espaços menores na hierarquia do ministério, do ponto de vista do acesso à linha de poder (PIERANTONI *et al.*, 2012).

Machado e Ximenes Neto (2018) dividem as Políticas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde em três grandes momentos:

- Período de 1990 a 2002 – Momento da Antipolítica de RH: caracterizado pelo abandono da proposta de planos de carreira, precarização do trabalho, desmobilização do movimento sindical, pulverização das ações educativas e formativas no âmbito do SUS, proliferação de escolas na área da saúde. Período

marcado pelo desrespeito e desvalorização dos trabalhadores da saúde. Também chamada de a Década perdida para os trabalhadores do SUS.

- Período de 2003 a 2015 – Momento da Política de Gestão do Trabalho e Educação: retorno aos princípios constitucionais de que saúde é um bem público e trabalhadores da saúde também o são. A grande mudança positiva culmina com a criação da SEGTES (2003). Momento em que, o dispositivo do ordenamento de RH para o SUS passa a valer com políticas públicas.
- O momento atual, meados de 2016 até os dias atuais – Momento de ameaça de perda dos direitos essenciais - direitos trabalhistas, salários, estabilidade, aposentadoria, desregulação da política de formação profissional, privatização, etc., ou seja, o retorno da Anti-política de RH, preconizada nos tempos neoliberais da década de 1990.

Algumas iniciativas importantes foram desencadeadas nos últimos anos, tais como a Política Nacional de Educação Permanente; o Pró-Saúde; a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; as Diretrizes Nacionais para a elaboração dos Planos de Carreira, Cargos e Salários dos trabalhadores do SUS; a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador; a elaboração da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS) (SCALCO; LACERDA; CALVO, 2010).

A institucionalização da GTS foi marco transformador e disparador de políticas públicas, todavia, em âmbitos estadual e municipal, o processo de descentralização provocou alguns entraves. Se, por um lado, isso facilitava a definição de propostas mais adequadas à problemática regional e local; por outro, evidenciou a existência de problemas estruturais e conjunturais, que repercutiam na capacidade de gestão de muitas secretarias de estado e municípios (COUTINHO; ALMEIDA, 2016).

Nesse sentido, pensar em gestão do trabalho e da FTS como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde significa pensar estrategicamente, pois produtividade e a qualidade dos serviços oferecidos à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições com que são tratados os que atuam profissionalmente na organização (ARIAS *et al.*, 2006).

Dussault (2015) aponta quatro características principais para a FTS: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade. Primeiro é preciso ter um número suficiente de trabalhadores de saúde qualificados, que possam executar as múltiplas tarefas e que respondam às necessidades e expectativas da população; que sejam acessíveis quer em termos de distância a percorrer, de horários de atendimento e de custos; que sejam aceitáveis à população

utilizadora, em termos de linguagem, de valores, de sensibilidade cultural; e que tenham as competências técnicas e sociais para produzirem serviços de qualidade. Para além dessas características, é importante compreender os fatores que a determinam, quer em relação à aquisição das competências, quer do trabalho profissional, para poder criar capacidades e condições de produção de serviços de qualidade.

Por vezes, em subordinação à critérios económicos, os profissionais de saúde são tratados como meras ferramentas de produção, como quando são introduzidos incentivos financeiros para aumentar a produtividade, sem considerar outras dimensões do trabalho. Como resultado, essas medidas geralmente não produzem os resultados esperados. Os governos tendem a se preocupar mais com questões macroeconômicas, como o tamanho da força de trabalho e salário e facilmente ignorar outras questões de importância relacionadas com a organização do trabalho, motivação pessoal e desempenho individual (DUSSAULT; DUBOIS, 2003).

Fazer mudanças e manter altos níveis subsequentes de desempenho não pode ser alcançado em nenhuma organização sem um bom gerenciamento da FTS. O bom desempenho dos serviços de saúde decide não apenas sobre a localização, habilidades e motivação do pessoal, mas também sobre a estrutura, equipamentos e materiais necessário para o trabalho. Como os diferentes recursos são partes interdependentes de um único sistema de prestação de serviços de saúde, o desempenho não está inteiramente nas mãos daqueles que gerenciam a força de trabalho: uma política destinada a melhorar a equidade na distribuição de pessoal também afeta as oportunidades de desenvolvimento e as perspectivas de carreira; os contratos temporários destinados a melhorar o desenvolvimento do pessoal também afetam os níveis de pessoal das instalações; aumentar o número de profissionais para atender às metas também afeta as estruturas de carreira e assim por diante (MARTINEZ; MARTINAU, 1998).

Druck (2016) aponta que no campo da saúde do trabalhador há uma estreita relação entre as condições de trabalho e melhoras nas intervenções do processo saúde-doença. Dussault e Dubois (2003) em uma análise dos estudos de MARTINEZ e MARTINAU (1998) apontam quatro categorias de questões que as políticas de GTS devem abordar:

- Planejamento para o fornecimento de pessoal: assegurar um número adequado de profissionais de diversas categorias e que estejam disponíveis e distribuídos de forma equitativa e coerente entre regiões geográficas, estabelecimentos e níveis de atenção;
- Educação e treinamento: fornecer às diferentes categorias as habilidades exigidas pelos objetivos definidos pelas políticas de saúde;

- Gestão de desempenho: otimização do processo de produção de serviços e a garantia de que os trabalhadores sejam incentivados a fornecer serviços eficazes, eficientes e de alta qualidade que atendam às necessidades e expectativas dos cidadãos. Diretrizes relativas à organização e divisão do trabalho, padrões de prática, métodos de pagamento, circulação de informações, práticas e ferramentas de gestão, mecanismos de avaliação e prestação de contas e, mais genericamente, as estratégias para manter e melhorar a qualidade dos serviços fornecidos estão aqui inclusas;
- Condições de trabalho: as diretrizes políticas esperadas abordam métodos de recrutamento e retenção de pessoal, gestão de carreira, mecanismos de mobilidade, métodos e níveis de incentivos de remuneração, gestão de relações de trabalho e sistemas de avaliação.

Assim, políticas na área da GTS implicam processos e procedimentos diferentes de outros recursos, tem implicações como contexto, relacionamento, conflito, autonomia para decisão, entre outras. Além da remuneração econômica, também o status, o prestígio, oportunidades de formação, a satisfação no local de trabalho são fatores que devem ser considerados ao se criar um sistema de incentivos capaz de atrair os profissionais para onde são mais necessários, além de motivá-los (PIERANTONI *et al.*, 2012).

Santini *et al.* (2017) em pesquisa acerca de fatores acerca das dificuldades de fixação de profissionais apontam: remuneração e condições de trabalho aquém das expectativas, inclusive com dificuldade de acesso aos locais de trabalho; exigências de cumprimento de carga horária integral ou de dedicação exclusiva; baixa oportunidade de progressão profissional e sem vinculação a um plano de carreira; ausência de formação prévia compatível como o modelo da ESF; falta de profissionais; vínculos precários e sem seleção pública; e falta de integração entre os gestores municipais de uma mesma região. Propõe-se que essa discussão se amplie para além da fixação dos profissionais e ganhe escopo no campo do desempenho destes nos estabelecimentos de saúde.

Para Machado, Vieira e Oliveira (2015) as relações de trabalho são aquelas que envolvem a negociação entre trabalhadores e empregadores, já as condições de trabalho compreendem temas relacionados à saúde dos trabalhadores, à qualidade do trabalho e à humanização dos serviços. De modo geral, as pesquisas no campo da saúde têm dado prioridade às relações de trabalho, ao conhecimento dos tipos de modalidades de vínculos contratuais e empregatícios, aos padrões de remuneração, à durabilidade do emprego, aos esquemas de proteção e aos benefícios e direitos dos trabalhadores (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Além desses aspectos, ressalta-se que o processo de mundialização do capital exige que a relação entre o empregador e o empregado seja flexível, de forma que o arcabouço jurídico de proteção ao trabalhador seja substituído, reformado ou eliminado. Assim, formular proposições que impliquem melhorias nas condições do trabalhador torna-se árdua tarefa, dentro modelos flexíveis e precários de relação de trabalho sustentados por reformas no Estado brasileiro (BARALDI *et al.*, 2008).

2.2.1 Relações de Trabalho

Neste tópico serão apresentados estudos e pesquisas sobre relações de trabalho de trabalhadores da saúde de diversas categorias e também de CD. Os temas a serem explorados são: agente contratante, tipo de vínculo, mecanismo de ingresso no serviço público, plano de cargo, carreira e salários, gratificação, educação permanente e intensificação do trabalho.

Acerca do agente contratante, este pode ser pela administração direta, direto pelo governo local, ou terceirizado por organizações privadas ou organizações públicas autônomas. A terceirização ocorre quando o governo local contrata profissionais através de organizações privadas, com ou sem fins lucrativos, e organizações públicas autônomas ou descentralizadas. (GIRADI; CARVALHO, 2008).

Identificar os agentes contratantes é fundamental para desenhar estratégias e instrumentos de gestão voltados aos RHS (GIRARDI; CARVALHO, 2003). Um estudo exploratório e descritivo apontou que duas capitais identificadas como tendo modelo de gestão por meio de OS, São Paulo e Rio de Janeiro, mediante os indicadores selecionados e no período analisado, de modo geral, não obtiveram melhor desempenho no conjunto dos indicadores perante as capitais que mantiveram a provisão e a gestão da Atenção Primária por meio da Administração Direta (RAMOS; SETA, 2019).

Quanto ao tipo de vínculo, o conceito adotado no presente trabalho é o de vínculo protegido, que inclui os vínculos estatutários e o da CLT, por entender a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários. É um tema bastante investigado e a literatura aponta uma precarização dos vínculos trabalhistas na saúde, em diversas categorias e nos diversos níveis de atenção. Todavia, na literatura o vínculo entendido como não-precário pode ser apenas o estatutário (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Em entrevista realizada com CD, o interesse pelo emprego público costuma ser justificado pelo salário fixo, a segurança, a previsibilidade e a garantia de direitos trabalhistas.

Novas gerações, e parte das anteriores, enxergam o vínculo público como uma fuga à imprevisibilidade do setor privado (BLEICHER, 2016).

Estudo realizado em CEO do Rio Grande do Sul apontou que enquanto na capital os vínculos eram protegidos, no interior apenas 56% o eram. Essa diferença na garantia de direitos trabalhistas também foi observada entre CD e coordenadores do CEO, visto que mais coordenadores eram terceirizados em comparação aos CD (FRICHEMBRUDER; HUGO; HILGERT, 2017).

Em estudo de caso conduzido na Atenção Primária em dois municípios na Bahia, todos os profissionais da saúde bucal, de nível superior ou médio, tinham vínculo de trabalho desprotegido (ROSSI; CHAVES, 2017). Já estudo de caso em Minas Gerais com profissionais também da Atenção Primária observou que 67,4% dos CD possuíam contrato temporário e que 58,3% tiveram a indicação como requisito para a contratação (MATTOS *et al.*, 2014). Por serem atividades nucleares da Estratégia Saúde da Família, CD, enfermeiro/a e médico/a possuem características particulares que organizam a estrutura ocupacional e deveriam estar menos expostos aos mecanismos de oferta e demanda da força de trabalho do mercado de trabalho em geral (DEDECCA; TROVÃO, 2013). Todavia, reforça-se a defesa do vínculo protegido para toda a FTS.

Em Pernambuco, pesquisa revelou que a forma de contratação de 65,2% dos CD inseridos na Estratégia Saúde da Família consiste em vínculo irregular, o que aponta para a real precariedade das relações de trabalho, podendo contribuir para a alta rotatividade e insatisfação do profissional, comprometendo, dessa forma, a qualidade da assistência à saúde prestada à população (MARTELLI *et al.*, 2010). Já na Região Metropolitana de Vitória/ES, a vinculação de CD no serviço público é predominantemente permanente, visto que 72,4% dos entrevistados declaram ter vínculo efetivo nas prefeituras municipais (SANTOS NETO *et al.*, 2012). Por outro lado, em Santa Maria/RS todos os CD estavam com contrato temporário (LENZI *et al.*, 2010).

Em pesquisa na macrorregião oeste do Paraná, a análise de 28.239 vínculos distribuídos em diversos estabelecimentos públicos e privados de saúde de quatro regionais de saúde demonstrou um total de 36,5% vínculos classificados como desprotegidos. Destes, 85,3% eram de nível superior, 45,6% CD e a 67,8% no setor privado (EBERHARDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2015).

Observa-se a presença de vínculo desprotegido também fora do Brasil. Pesquisa conduzida em Córdoba, Argentina, com 786 trabalhadores da saúde de nível superior e médio de 96 centros de Atenção Primária em saúde indicou que quanto às contratações, a modalidade

predominante foi o trabalho protegido com 78% (planta permanente e planta transitória) enquanto os demais foram contratos por tempo determinado com 19% e monotributistas com 3% (ACEVEDO *et al.*, 2012).

A Constituição Federal indica que a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos (BRASIL, 1988). Todavia, a literatura evidencia casos de contratação irregular na saúde (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004; OLIVEIRA *et al.*, 2015; OLIVEIRA; MORAIS, 2016). Em entrevista com trabalhadores de diversas categorias profissionais, encontrou-se que 31,1% dos profissionais foram admitidos de forma irregular (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004). Estudo em CEO do Brasil verificou que a região Nordeste foi a que apresentou maior número de profissionais admitidos irregularmente, com 46,1%; seguida pela região Centro-Oeste, com 34,6%; região Norte, com 31,2%; região Sudeste, com 22,5%; e região Sul, com 18,4%. Para o Nordeste, 25,9% dos CD ingressaram por concurso público nos CEO; enquanto que no região Sudeste, esse número se eleva para 73,8% (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Já estudo realizado em CEO de Pernambuco observou que todos os profissionais foram admitidos de forma irregular (OLIVEIRA; MORAIS, 2016).

A lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 estabelece que um dos critérios para repasse financeiros dos recursos da saúde seja a instituição de Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) (BRASIL, 1990). Nesse contexto, segundo as diretrizes fixadas para a área de RH na Norma Operacional Básica (NOB/RH-SUS), o PCCS é considerado um instrumento de ordenação do trabalho, devendo ser incorporado em cada nível de gestão do SUS (BRASIL, 2005).

O PCCS pode ser definido como um instrumento de gestão do trabalho, que tem como finalidade valorizar o trabalhador e instaurar o processo de carreira nas instituições. Além disso, é um conjunto de normas que orienta e disciplina a trajetória do trabalhador em sua carreira, bem como a respectiva remuneração, promovendo oportunidades de qualificação profissional. Nesse sentido, é uma potente ferramenta de gestão, principalmente quando agregado a outros subsídios, como a gratificação, a avaliação de desempenho e a progressão por qualificação (VIEIRA *et al.*, 2017).

A luta pela estruturação de PCCS para todos (igualdade na forma de vinculação e promoção profissional) converte-se em diretriz nacional como resposta ao movimento de precarização do trabalho, identificado na esfera pública, bem como à intensidade reivindicativa expressa pelo segmento trabalhador. Entretanto, esse instrumento de gestão, além de não ser consensual entre gestores, enfrenta uma série de barreiras no plano executivo e legal. A

investigação sobre a adoção e a operacionalização de PCCS nas esferas subnacionais tem sido recorrente nos estudos sobre gestão de recursos humanos em saúde (PIERANTONI *et al.*, 2012). Todavia, o PCCS não se efetivou como estratégia para o provimento e a fixação da força de trabalho no SUS (SANTINI *et al.*, 2017).

Em estudo realizado em 2008 com gestores de RH em 253 secretarias estaduais e municipais do país, 47,8% responderam não contar com PCCS para seus trabalhadores e apenas 11,8% têm PCCS aprovados e implantado (PIERANTONI *et al.*, 2008). Outra pesquisa, que definiu um modelo de avaliação para a GTS, pesquisadores consideraram como “boa valorização” a gestão que possuía PCCS implantado, como um dos fatores determinantes para a motivação e manutenção do trabalhador nos serviços. Ao aplicar o modelo em 15 dos 22 municípios da macrorregião da Grande Florianópolis, identificou-se que apenas 40% dos municípios estudados possuíam PCCS implantado (SCALCO; LACERDA; CALVO, 2010).

Não obstante, a existência de um PCCS não implica no cumprimento de todos os processos previstos, como exemplos são as avaliações de desempenho, que apresentam dificuldade para implantação, especialmente em municípios de menor porte populacional (SEIDL *et al.*, 2014).

A recompensa do trabalho realizado pode ser vista como uma forma de valorização do trabalho e pode ser feita de diversas formas: recompensas financeiras diretas, como salário, prêmios, comissões; recompensas financeiras indiretas em forma de férias, gratificações, horas extras, 13º salário, adicionais; recompensas não-financeiras oferecidas em forma de oportunidades de desenvolvimento, reconhecimento, segurança no emprego, qualidade de vida no trabalho, promoções, liberdade, autonomia (SCALCO; LACERDA; CALVO, 2010). Por outra via, é fundamental a articulação entre os diversos aspectos, de forma que a questão financeira não seja pensada isoladamente da questão gerencial, assim como não se pode tentar solucionar os problemas educacionais sem que se articulem mecanismos de incentivos financeiros ou participativos (PIERANTONI *et al.*, 2012).

Em pesquisa realizada com 289 CD de 59 CEO do Brasil, observou-se que 78,5% dos profissionais não recebiam gratificação ou incentivo; em 90,8% desses serviços também não havia gratificação por desempenho ou por metas atingidas (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Ainda acerca sobre aspectos da valorização do trabalhador, tem-se a Educação Permanente em Saúde (EPS) caracterizada por ser uma prática de produção e compartilhamento de conhecimento vinculado ao cotidiano do trabalho, constituindo-se a partir de problematizações e processos significativo desta realidade. Busca, o desenvolvimento de saberes técnicos e das dimensões ético-políticas do trabalho (CECCIM, 2005). Todavia,

existem desafios estão na definição de políticas de valorização do trabalhador em todas as esferas de poder (ALVES; ASSIS, 2011).

Em estudo conduzido em CEO do Rio Grande do Sul verificou-se que 60,7% não reconhecem programa de EPS nas instituições, mas informam acesso a colegas para discussão de casos (FRICHEMBRUDER; HUGO; HILGERT, 2017). Em pesquisa realizada com 58 CD da Atenção Primária de Natal – RN, demonstrou-se a presença de atividades de EPS em 46,5% da amostra; 18,96% responderam que ações de educação permanente com os profissionais favorecem a implementação das características operacionais propostas pelo MS nas unidades de saúde (ROCHA; ARAÚJO, 2009). Como alternativa para promover as mudanças desejadas, é necessário investir principalmente na qualificação do acesso e na formação profissional e na efetivação dos programas de educação tais como o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e o Telessaúde (MANASSERO; BAVARESCO, 2016).

A percepção de 332 CD que realizaram cursos a distância cujo objetivo era refletir sobre suas práticas em temas vinculados a atenção nos Centros de Especialidades Odontológicas, demonstrou relevância, reflexão crítica, apoio de tutores e compreensão, demonstrando o êxito da experiência (SANTOS *et al.*, 2018a). Assim, observa-se a potencialidade desse recurso para fortalecer o processo de trabalho dos trabalhadores da saúde bucal.

O papel da gerência é organizar os meios e os processos de trabalho para que a organização cumpra os seus fins. No caso da saúde, os fins são: cuidar da saúde da população, ajudando as pessoas a mudar seus estados de consciência (autonomia), levando-as a cuidar de sua própria saúde, ou seja, suas vidas. Outra finalidade é levar os trabalhadores também a mudar seu estado de consciência, tendo mais autonomia na organização de seus processos de trabalho. O trabalho deve ser um fator importante na formação e crescimento destes trabalhadores do ponto de vista político, cognitivo e afetivo. Para tanto, todos têm que ser corresponsáveis e cogestores do trabalho da equipe (FRANCO; SANTOS; SALGADO, 2011). Investigação em CEO do Brasil com dados do PMAQ apontam que a existência de um profissional que atua exclusivamente como gerente do CEO teve associação com a realização do planejamento no serviço quando comparado aos que não tem gerente ou que o mesmo acumula função clínica e de gestão (LUCENA *et al.*, 2019).

2.2.2 Condições de Trabalho

Para as condições de trabalho a literatura será abordada de forma geral tanto sobre a estrutura dos estabelecimentos de saúde, o fornecimento de insumos e equipamentos para a execução das funções pelos trabalhadores e a garantia de imunização para os mesmos.

Mendes (2016) indica que as precárias condições de trabalho a que muitos profissionais de saúde são submetidos interfere no cuidado ofertado aos usuários, resultando em adoecimento. Problemas relacionados à ambiência interferem no processo de trabalho, comprometendo a qualidade dos serviços prestados, gerando desmotivação em profissionais e gestores e desconforto aos usuários (NORA; JUNGES, 2013).

Em estudo conduzido em CEO do Rio Grande do Sul verificou-se que elementos estruturais no ambiente foram avaliados pela maioria dos profissionais como bons (FRICHEMBRUDER; HUGO; HILGERT, 2017). Pesquisas realizadas na Atenção Primária na Bahia relatam que a ausência de condições apropriadas foi apontada como o maior problema para a realização do trabalho por CD (ROCHA; ARAÚJO, 2009; ROSSI; CHAVES, 2017). Os profissionais também relataram a falta de material ou de manutenção dos equipamentos (ROSSI; CHAVES, 2017). Levantamento realizado com CD da Atenção Básica de Natal apontou que quanto aos fatores que interferem positivamente nas condições de trabalho dos CD com relação ao ambiente físico, 39,66% responderam ter ar-condicionado, 8,62% iluminação do ambiente e 3,45% limpeza do ambiente. Além disso, 91,38%, dos CD relataram que as condições de trabalho em relação à disponibilidade de equipamentos e insumos é boa ou razoável (ROCHA; ARAÚJO, 2009).

Estudo em Córdoba na Argentina, com 786 trabalhadores da saúde de nível superior e médio de 96 centros de Atenção Primária em saúde indicou que a relação entre as demandas das tarefas desempenhadas pelos trabalhadores e os recursos disponíveis foi, muitas vezes, avaliada negativamente visto que mais de 60% dos respondentes consideraram-na como regular a ruim (ACEVEDO *et al.*, 2012).

A garantia dos equipamentos necessários para o funcionamento de um estabelecimento é fundamental para a oferta do cuidado. Todavia, em pesquisa realizada na rede pública de 12 municípios de São Paulo entrevistando CD e gestores, 75% dos entrevistados relataram que já deixaram de atender pacientes no SUS por falta de condições de trabalho, em algum momento de seu exercício profissional, sendo 28% por falta de material de consumo, 64% por equipamento quebrado, 30% por falta de água, 32% por falta de energia e 4% por outros motivos (MOIMAZ *et al.*, 2015).

Em pesquisa conduzida em dois municípios da Bahia observou-se que serviços mais organizados, com apoio político, planejamento técnico e com gestores com capacidade de

governo e controle da condução do processo de trabalho estiveram associados a maior uso dos serviços públicos odontológicos (SOARES; CHAVES; CANGUSSU, 2015). Assim, observa-se a importância da garantia das condições de trabalho como forma de garantir acesso aos serviços de saúde.

Os profissionais de saúde estão imersos em um contexto onde o risco ocupacional faz parte de seu cotidiano. Esses riscos e, conseqüentemente, o medo do adoecimento e/ou sua concretização interferem diretamente no desempenho dos trabalhadores com repercussões na sua qualidade de vida (NORONHA, 2013). Nesse sentido, a imunização torna-se importante como proteção ao profissional e também aos usuários, visto que além de segura e eficiente, está disponível no SUS.

A literatura é escassa quanto à imunização de profissionais em relação às vacinas investigadas neste estudo, apontando mais levantamentos para Hepatite B. Para esta infecção, pesquisas realizadas apenas com CD de Unidades Básicas de Saúde de São Paulo indicou que 77,7% destes profissionais estavam imunizados (GARBIN *et al.*, 2019). Dois estudos realizados nas redes pública e privada apresentaram valores superiores, Paiva *et al.* (2008) observou que 98,4% dos CD de Goiânia (GO) relataram estar com esquema vacinal completo e Ferreira *et al.* (2012) relatou 91,2% dos CD de Montes Claros (MG), relatando que a falta de informação foi o motivo de para que 48% dos que não tomaram vacina deixarem de fazê-lo.

Dentre os fatores que constituem barreiras para a vacinação entre trabalhadores da saúde estão: receio quanto aos efeitos colaterais, falta de percepção do risco de infecção, ausência de informação sobre a transmissão, pressão no trabalho, dificuldades de acesso e custos da vacina (MARTINS *et al.*, 2015).

2.3 Política Nacional de Saúde Bucal

Desde suas origens, a odontologia esteve longe de se constituir como uma profissão dos serviços públicos de saúde, ao mesmo tempo pautou um modo de intervenção principalmente voltado aos grupos populacionais com elevado poder de compra (OLIVEIRA; MORAIS; GOES, 2014). Anterior a 1989, as iniciativas estatais eram voltadas para alguns problemas bucais, principalmente sob a forma de políticas verticalizadas, desarticuladas entre si e com períodos relativamente curtos de vigência (ROSSI, 2018). A intervenção do Estado brasileiro na atenção odontológica, iniciada de forma incipiente, em meados da década de 1920, e intensificada a partir da segunda metade dos anos 1970, caracterizou-se por uma falta de

coordenação, revestindo-se em políticas de caráter fragmentário, periférico e pouco sistematizado (VIANNA; PAIM, 2016).

Em outubro de 1988, é lançado o primeiro documento intitulado Política Nacional de Saúde Bucal, remetendo a um conceito de Atenção Básica em Saúde Bucal. As ações essenciais eram destinadas ao alívio da dor e controle de infecção em grupos epidemiologicamente prioritários, e o objetivo principal era enfrentar o problema da cárie (ROSSI, 2018).

Após a Constituição de 1988 e o surgimento do SUS, a formulação e implementação das políticas de saúde bucal representaram um desafio semelhante ao da saúde em geral, onde os serviços de saúde bucal eram meros reprodutores do sistema nacional de saúde que refletia uma atenção centrada na assistência curativa, além dos gastos insuficientes na área e de sua má utilização (ASSIS; PAIM; SOARES, 2016).

É com a entrada a participação da equipe de saúde bucal no então Programa Saúde da Família (PSF) que se tem início a institucionalização da participação do CD no SUS e a reestruturação do modelo de atenção à saúde bucal (BRASIL, 2000). Ressalta-se que a inclusão da equipe de saúde bucal no PSF representou uma grande alternativa de mercado de trabalho para o cirurgião-dentista.

Em 2003, uma nova administração federal emerge, sendo instituída a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente. Esta política foi considerada como prioritária para o novo governo em virtude do crescente repasse financeiro do MS: mais de R\$1,2 bilhões investidos entre 2003 e 2006, alcançando mais de R\$2,7 bilhões entre 2007 a 2010 (FERNANDES; GOES; FIGUEIREDO, 2018).

O Brasil Sorridente expressou um conjunto de diretrizes e articulação de ações de saúde bucal no SUS, com concepção ampliada de saúde na perspectiva do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, com foco na qualificação e ampliação da atenção primária e especializada. Essa política implementada nos governos de Lula e Dilma, entre 2003 e 2014, promoveu o crescimento na oferta e cobertura potencial de serviços públicos odontológicos entre 2003 e 2006 e certa manutenção nos períodos 2007-2010 e 2011-2014 (CHAVES *et al.*, 2018).

Todavia, atualmente observa-se redução da implantação, expressa pela menor cobertura populacional das equipes de saúde bucal e estabilidade no número de CEO, revelados pela tendência de queda nos indicadores dos serviços odontológicos e também redução no financiamento da política entre 2015 e 2017. Além disso, um cenário político restritivo para a PNSB, expresso nas mudanças sucessivas na coordenação nacional da política e no próprio MS, que certamente influenciam na perda de direcionamento da política no nível federal (CHAVES *et al.*, 2018).

2.3.1 Centro de Especialidades Odontológicas

A PNSB é considerada um importante avanço, visto que é uma política que procurou romper com as ações focalizadas pretendendo uma integralidade da atenção (CRUZ; CHAVES; CANGUSSU, 2016), apontando para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tanto na expansão da atenção básica e ampliação e qualificação da oferta de serviços odontológicos especializados (BRASIL, 2004).

Dados de 2004 indicam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondiam a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. Dessa forma, os CEO se apresentam como importante estratégia para a expansão da oferta desses procedimentos (BRASIL, 2004). O grande diferencial dessa política de saúde bucal, em relação às anteriores, portanto, centra-se no investimento para a organização de serviços públicos especializados em odontologia (ASSIS; PAIM; SOARES, 2016).

Nesse sentido, os CEO são estabelecimentos de saúde incluídos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade, com serviço especializado de Odontologia para realizar, no mínimo, as seguintes atividades: 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. Devem funcionar 40 horas semanais, sendo classificados quanto à quantidade de cadeiras odontológicas em tipo I (3 consultórios odontológicos completos), tipo II (4 a 5) e tipo III (7 ou mais) (BRASIL, 2006b).

Quanto ao financiamento desses serviços, cabe destacar os incentivos federais para os CEO são em duas modalidades: parcela única, para construção, ampliação, reforma, aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos; e custeio mensal, de acordo com o tipo de CEO. Este custeio mensal está atrelado ao cumprimento de produção mensal mínima por subgrupo de procedimentos estabelecida na Portaria MS/GM nº 1.464, de 24 de junho de 2011 (Quadro 01).

Quadro 1- Produção mínima estabelecida na Portaria MS/GM nº 1.464, de 24 de junho de 2011 por tipo de CEO.

Tipo de CEO	Procedimentos Básicos	Procedimentos Básicos Restauradores	Endodontia	Endodontia 3 ou mais raízes	Periodontia	Cirurgia Oral
I	80	40	35	07	60	80
II	110	55	60	12	90	90
III	190	95	95	19	150	170

Fonte: Elaboração própria.

Para fins de monitoramento de produção, os Procedimentos Básicos a serem realizados em qualquer dos três tipos de CEO são exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais. A transferência de recursos referentes aos incentivos mensais será suspensa, de maneira integral, quando a produção mínima mensal, em qualquer das especialidades acima citadas, não for atingida por dois meses consecutivos ou três meses alternados no período de um ano, e será mantida até a regularização (BRASIL, 2011b).

Esses serviços foram implantados, em sua maioria, inicialmente no Sudeste e no Nordeste. No primeiro ano, os municípios do Norte, Centro-Oeste e Sul foram aqueles que menos implantaram CEO. Entretanto, na análise por municípios, os do Nordeste eram aqueles mais atendidos, ou seja, há maior distribuição entre cidades com uma quantidade menor de CEO. No Sudeste, ocorreu o oposto, uma quantidade maior de serviços numa quantidade menor de municípios (CHAVES; ROSSI; FREIRE, 2016).

Uma grande disparidade foi encontrada entre os estados e macrorregiões do Brasil em relação à implementação, bem como a disparidade entre a implementação da atenção primária e primária à saúde bucal, mostrando que, apesar do aspecto evolutivo na implementação dos CEO, a implementação de serviços de média complexidade é desorganizado no Brasil (ESTERY *et al.*, 2017).

Um panorama recente de estudos sobre CEO indica avanços como: expansão da oferta, cobertura e uso dos serviços e alto grau de satisfação dos usuários. Entretanto, estudos de desempenho do CEO e os fatores relacionados apontam que o alcance da produção mínima proposta para estes estabelecimentos permanece um desafio, além de ser observar uma lacuna quanto à estudos de avaliação de efetividade e o impacto (FERNANDES; GOES; FIGUEIREDO, 2018; GOES *et al.*, 2018).

2.3.2 Avaliação de CEO

No campo das ações políticas, e no nosso caso específico das políticas de saúde, a avaliação vem ganhando uma centralidade nas organizações. O processo de descentralização das responsabilidades, ações e recursos, a maior complexidade do perfil epidemiológico do país, a incorporação de novas tecnologias, a exigência cada vez maior do controle de gastos em saúde e, com mais frequência e mais contundência, a cobrança dos organismos financiadores externos faz com que haja um interesse crescente na avaliação das ações e serviços de saúde (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Sob o rótulo de avaliação reúnem-se diversas atividades, desde julgamentos subjetivos de determinada prática social, até a chamada pesquisa avaliativa, que busca responder a perguntas semelhantes recorrendo a métodos e técnicas possuidoras de maior objetividade (SILVA; FORMIGLI, 1994). Assim, propõe-se o seguinte conceito de avaliação:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

As práticas de saúde, à semelhança de outras práticas sociais, podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas. Entretanto, na prática cotidiana dos serviços de saúde no Brasil, a avaliação não é feita rotineiramente e sua incorporação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde pode propiciar aos seus gestores informações. Há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas nem para a análise da situação de saúde, nem para a definição de prioridades, nem para a reorientação de práticas (SILVA; FORMIGLI, 1994).

No cenário atual, observa-se um movimento para a institucionalização da avaliação no âmbito das organizações de forma a promover e consolidar os processos de gestão. Disseminar a cultura avaliativa tornando essa prática incorporada às rotinas nas três instâncias gestoras do SUS, busca qualificar as ações dos tomadores de decisão (FELISBERTO; ALMEIDA; BEZERRA, 2010). Todavia, essas iniciativas apresentam-se de forma incipiente, pouco incorporada à prática e quase sempre apresentando um caráter burocrático e prescritivo. Assim, a avaliação de ações e serviços de saúde é um desafio permanente para gestores (GOES *et al.*, 2018).

Superar os desafios inerentes à avaliação de serviços de saúde é necessário para a garantia da qualidade na atenção às demandas de saúde da população. A prática avaliativa configura-se, como instrumento essencial para a realização de aprimoramentos a partir da determinação de fragilidades e potencialidades dos serviços de saúde (ROCHA; SILVA; BARBOSA, 2011).

A avaliação no campo da saúde, em sua maioria, segue um modelo normativo, o qual considera a realidade de forma objetiva e quantificável. Essa maneira de se fazer avaliação vem influenciando o campo da saúde, como mostram algumas das estratégias adotadas pelo MS para avaliar a qualidade dos serviços prestados pelo SUS (GOMES; BEZERRA, 2014).

A avaliação normativa é a atividade mediante a qual se procura verificar se uma intervenção corresponde às expectativas. Consiste em emitir um juízo, de acordo com o modelo Donabedian, sobre a estrutura (os recursos implementados e sua organização), os processos (os serviços ou bens produzidos) e os resultados da intervenção em comparação com determinadas normas e critérios existentes. Faz parte do processo de gestão e está estreitamente associada ao controle dentro das organizações, tendo como principais características apoiar os gerentes e profissionais na rotina dos serviços, ser normalmente realizadas por pessoas diretamente envolvidas no programa, como os responsáveis pelo funcionamento e pela gestão da intervenção (avaliadores internos) e apresenta forte relação entre o respeito às normas e critérios estabelecidos e os efeitos da intervenção (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010; CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Seguindo o caminho da institucionalização da avaliação nos espaços do SUS, algumas estratégias foram desenvolvidas em anos recentes. Como exemplo cita-se o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) que, entre os anos de 2008 e 2010, avaliou, em nível de atenção básica, atenção especializada ambulatorial e hospitalar e de urgência e emergência, a infraestrutura de saúde para atender as pessoas e a capacidade de responder aos problemas de saúde da população. Adotou 24 indicadores que receberam uma nota (0 a 10) e ao final, houve um ranqueamento entre os municípios. Foi bastante criticado por pesquisadores da área que, mesmo reconhecendo a importância da avaliação de desempenho do SUS, discordam do ranqueamento dos municípios e da escolha de seus indicadores, alegando que os mesmos são fragmentados e extensos (GOMES; BEZERRA, 2014).

Outro exemplo de iniciativa do MS para avaliação do sistema, especificamente da AB, foi a Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ-ESF), lançada em 2005 como parte da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica. Este foi o primeiro instrumento de avaliação de qualidade desenvolvido e validado especificamente para a ESF, com o intuito de possibilitar a análise de processos de trabalho específicos do modelo brasileiro. Teve pouca adesão dos municípios, apesar de bem avaliado por autores. A AMQ-ESF foi utilizada como base para a construção de uma das etapas do PMAQ (GOMES; BEZERRA, 2014).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído pelo MS em 2011 e em 2015 iniciou o seu 3º ciclo. O PMAQ-AB tem como objetivo induzir a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde e melhorar a qualidade da atenção básica, permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais destinadas a esse nível de atenção. A adesão ao PMAQ-AB pelos estados, municípios e equipes de saúde não possui um caráter obrigatório, tendo eles a liberdade de opção pela adesão ou não ao programa. Este programa está organizado em três fases (Adesão e Contratualização, Certificação e Recontratualização) e possui um eixo estratégico transversal de desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade (BRASIL, 2017).

Para o caso específico da PNSB, visando fortalecer e expandir as ações fomentadas pelo PMAQ-AB, foi instituído, por meio da Portaria nº 261/GM/MS, de 21 de fevereiro de 2013, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro, denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal. O principal objetivo do Programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos CEO, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção especializada em saúde bucal (BRASIL, 2015).

O processo de avaliação dos serviços iniciado no ano de 2013 já foi desenvolvido em dois ciclos. O PMAQ-CEO no seu primeiro ciclo era organizado em quatro fases complementares: 1. Adesão e Contratualização; 2. Desenvolvimento; 3. Avaliação Externa; e 4. Recontratualização. A terceira fase, Avaliação Externa (AE), foi realizada pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal/Departamento de Atenção Básica em parceria com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP), onde um grupo de avaliadores da qualidade, selecionados e capacitados pelas IEP, aplicaram instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelos profissionais e pela gestão. Foram realizadas observações de infraestrutura do CEO, entrevista com o Gerente do CEO, com um cirurgião-dentista do CEO, com usuários e verificação de documentos (BRASIL, 2013b).

Para condução da AE foi utilizado um Instrumento de Avaliação Externa organizado em três módulos, conforme o método de coleta das informações: Módulo I – Observação no CEO: objetivava avaliar as condições de estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos do estabelecimento; Módulo II – Entrevista com o Gerente do CEO e um Cirurgião Dentista, de qualquer especialidade: objetivava obter informações sobre processo de trabalho, organização

do serviço e do cuidado para os usuários; Módulo III – Entrevista com usuários no CEO: para verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços especializados de saúde bucal no que se refere ao seu acesso e utilização (BRASIL, 2013b).

Já o segundo ciclo do PMAQ-CEO apresenta três fases (Adesão e Contratualização, Certificação e Recontratualização) e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento. Neste novo ciclo, a AE ocorre dentro da etapa de Certificação, aos moldes do ciclo anterior (BRASIL, 2015).

Apesar de um avanço para a qualificação constante dos serviços em saúde ofertados à população, alguns autores apontam algumas críticas ao PMAQ. Gomes & Bezerra (2014) indicam haver um predomínio da medição estatística, sem considerar a polissemia do conceito de qualidade, com foco de maneira exacerbada, se não exclusiva, em dimensões passíveis de quantificação, excluindo a dimensão intersubjetiva. Estes autores consideram que para trabalhar com os princípios do SUS no campo da avaliação é necessário incluir a qualidade no sentido polissêmico, o que impõe considerar a centralidade dos processos simbólicos e práticas discursivas dos atores envolvidos, compreendendo o que para eles significa qualidade.

Além de avaliações institucionais, os CEO são objeto de pesquisa na literatura recente. O quadro 02 apresenta os estudos acerca do cumprimento das metas propostas apresentadas no quadro 01. Ressalta-se a importância desses estudos visto que enquanto ferramenta de auxílio ao processo de tomada de decisão, a avaliação de desempenho é considerada como um instrumento de levantamento de dados, que possibilita caracterizar as condições que dificultam o aproveitamento dos trabalhadores da organização (PIERANTONI; GARCIA, 2011).

Quadro 2- Estudos literatura sobre cumprimento de metas de Centro de Especialidades Odontológicas

(continua)

Autores	Título	Objetivo	Principais Resultados
FIGUEIREDO e GOES (2009)	Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil	Avaliar os CEO em funcionamento em Pernambuco, comparando o cumprimento global das metas propostas para cada tipo de CEO em função das características dos serviços e dos municípios onde foram implantados.	A análise do cumprimento global das metas segundo tipo de CEO apontou que dentre os Tipo I nenhum teve ótimo desempenho. Dentre os Tipo II, 46,2% tiveram desempenho bom. O Tipo III teve desempenho ruim. Os CEO que funcionavam há mais tempo têm melhor cumprimento global das metas, pois obtiveram desempenho bom, adicionando-se que os CEO com desempenho ótimo estavam neste grupo. Quanto menor a cidade, pior o desempenho do CEO. Os piores desempenhos foram observados nos 83,3% municípios com Gestão Plena da AB Ampliada.

CHAVES <i>et al.</i> (2011)	Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil	Avaliar a oferta e a utilização dos serviços odontológicos especializados de 4 CEO da Bahia, considerando que a oferta disponível está subutilizada pelos usuários potenciais, identificando possíveis fatores relacionados	Apesar de apresentar bons resultados na percepção dos profissionais executores dessa política há uma baixa taxa de utilização dos serviços públicos odontológicos especializados. Justifica-se por barreiras de acesso ao serviço.
GOES <i>et al.</i> (2012)	Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil	Avaliar a atenção secundária em saúde bucal dos CEO, a qual se constituiu na primeira fase da Pesquisa de Linha de Base para Avaliação e Monitoramento: CEO do Brasil, estudo resultante do Projeto de Cooperação Internacional entre Brasil e Cuba	Na maioria das regiões houve dificuldade no cumprimento das metas relativas à quantidade de procedimentos a serem informados no SIA/SUS, com exceção das regiões Centro-oeste e Sudeste. O maior cumprimento de metas foi obtido pelo subgrupo atenção básica em detrimento dos demais, particularmente cirurgia.
MAGALHÃES <i>et al.</i> (2012)	Avaliação do Cumprimento de Atenção Secundária em Saúde Bucal	Avaliar os CEO de Pernambuco, implantados até 31 de dezembro de 2007, analisando o cumprimento da atenção secundária em saúde bucal	Os resultados apontam que o cumprimento da atenção secundária em saúde bucal está associado a fatores contextuais e estruturais dos serviços, apresentando melhores resultados em serviços implantados há mais de um ano e em municípios maiores. O estudo revela maior cumprimento em municípios com menor cobertura de saúde da família. E o dispositivo de antecipação financeira, o qual apesar de induzir a implantação do serviço não melhora a frequência de cumprimento da atenção secundária.
HERKRATH <i>et al.</i> (2013)	Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009	Caracterizar a atenção especializada em saúde bucal no estado do Amazonas, considerando as características sociodemográficas dos municípios, em 2009.	Não foi observado um desempenho satisfatório quanto ao cumprimento das metas de produção ambulatorial. Parece não haver relação entre o desempenho avaliado e a cobertura das equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família, número de cirurgiões-dentistas e proporção de auxiliar de saúde bucal/cirurgiões-dentistas no centro de especialidades, destarte, os resultados sugerem que os desempenhos dos CEO podem estar mais ligados às características sociodemográficas dos municípios do que com as características estruturais dos serviços.
CELESTE <i>et al.</i> (2014)	Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem centros de especialidades	Descrever a produção de serviços especializados odontológicos em municípios com e sem CEO e estimar a associação deles com	Em relação aos procedimentos básicos realizados pelos CEO, não existe diferença entre municípios com e sem os CEO. No entanto, para os procedimentos de endodontia, periodontia e cirurgia, os municípios com CEO apresentaram taxas

	odontológicas no Brasil em 2010	alguns fatores que podem influenciar nessa produção.	maiores. Os municípios com maior taxa de cirurgiões-dentistas no SUS possuíam maiores taxas para qualquer tipo de procedimento. Municípios com habitantes de maior renda média apresentaram maiores taxas para quaisquer procedimentos.
CORTELLA ZZI <i>et al.</i> (2014)	Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil	Avaliar o desempenho dos CEO em todo o País e as associações com indicadores sociodemográficos dos municípios, variáveis estruturais dos serviços e de organização da atenção básica no período de 2004 a 2009	Apenas 30,75% dos CEO obtiveram desempenho bom/ótimo, salientando-se que os melhores resultados foram observados no subgrupo de procedimentos da atenção básica. Municípios com maiores coberturas apresentaram maior prevalência de CEO ruins/regulares. Municípios com menor densidade demográfica e menor IDH tiveram maior prevalência de desempenho ruim/regular nos CEO.
LINO <i>et al.</i> (2014)	Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil	Descrever e analisar os procedimentos odontológicos considerados de atenção secundária pela Política Nacional de Saúde Bucal no SUS no estado de Minas Gerais	A maioria dos procedimentos de atenção especializada é realizada em estabelecimentos de atenção básica. Estabelecimentos CEO são mais eficientes do que os não CEO, considerando-se a média de procedimentos realizados. Os municípios que apresentam CEO possuem maior população e melhor IDH, mais ESB I e II, mas menor cobertura potencial quando comparados aos que não possuem CEO. As metas de produção mínima são cumpridas por uma minoria de CEO.
MACHADO; SILVA e FERREIRA (2015)	Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas	Analisar os estudos de avaliação de desempenho de CEO para identificar fatores possivelmente relacionados ao desempenho (Revisão de Literatura)	O desempenho de CEO é influenciado por formas de organização e gerenciamento dos processos de trabalho e por características contextuais dos locais onde estão implantados. Localidades mais desenvolvidas apresentaram os melhores resultados de desempenho segundo os indicadores utilizados; a implantação de centros de regulação e a formação de consórcios de saúde foram formas de organização da assistência relacionadas com o melhor desempenho dos CEO.
ANDRADE <i>et al.</i> (2015)	Análise Crítica dos Indicadores de Monitoramento do CEO-R Juazeiro do Norte X Modelo de Gestão Consorcial	Analisar os indicadores de monitoramento da Portaria No 1.464/2011 nos 3 últimos anos de funcionamento do CEO Regional de Juazeiro do Norte, finalizando com uma análise crítica do desempenho da unidade versus modelo de gestão adotado.	Para os três anos (2012, 2013, 2014) o CEO-R alcançou as metas para os subgrupos de especialidades investigados (Atenção Básica, Endodontia, Periodontia e Cirurgia), excetuando-se Cirurgia em 2012. A meta para Endodontia de dente com 03 ou mais raízes também foi alcançada. A meta de Atenção Básica Restauração não foi alcançada em 2012. Defende-se que o modelo de

			gestão Consórcio Público vem se mostrando eficiente e eficaz.
LAROQUE; FASSA e CASTILHO S (2015)	Avaliação da atenção secundária em saúde bucal do Centro de Especialidades Odontológicas de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012-2013	Avaliar a estrutura, o processo de cuidado e os resultados na endodontia, periodontia e cirurgia pelo CEO Jequitibá no município de Pelotas (RS), examinando também a lista de espera para atendimento no serviço	O CEO universitário Jequitibá, afetado pela menor experiência clínica dos alunos no atendimento e em vários indicadores, não consegue alcançar os parâmetros mínimos de produção exigidos pelo Ministério da Saúde.
PIRES <i>et al.</i> (2016)	Atenção secundária em saúde bucal no Rio Grande do Sul: análise descritiva da produção especializada em municípios com Centros de Especialidades Odontológicas com base no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde	Descrever o cumprimento das metas da produção odontológica especializada do Rio Grande do Sul, para assim compreender o panorama regional e contribuir como instrumento das novas políticas públicas de saúde.	A maioria dos municípios gaúchos com CEO não atingiu as metas estabelecidas - de janeiro de 2013 a março de 2015. Apenas seis (26%) dos 23 municípios atingiram mais do que 50% das metas cumpridas durante os 28 meses analisados.
POSSAMAI <i>et al.</i> (2015)	Ações secundárias em Saúde Bucal: Análise do Centro de Especialidades Odontológicas de um município do interior do Paraná, Brasil	Avaliar o desempenho do CEO – Tipo 1, implantado em Laranjeiras do Sul/PR, por meio da normativa, para identificar os aspectos referentes às atividades desenvolvidas e distribuição das vagas de cada especialidade e dos parâmetros para monitoramento	Apontou o cumprimento da meta em todas as especialidades, excetuando-se em setembro/2010, em que o subgrupo de procedimentos de Cirurgia obteve 78,7% da meta. Além disso, o desempenho foi considerado ótimo, na grande maioria dos meses, cumprindo integralmente a meta nas especialidades Atenção Básica, Periodontia e Endodontia, com índices variando de 100 a 273,3%.
SANTANA <i>et al.</i> (2015)	Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia	Avaliar o desempenho da atenção especializada em saúde bucal na Região de Saúde de Jequié/BA, descrever o cumprimento de metas e refletir acerca da relação da estrutura dos CEOs e dos indicadores sociodemográficos dos municípios com o desempenho encontrado	Não houve cumprimento de metas em nenhum subgrupo de especialidade pelos CEOs do estudo. Os dados sociodemográficos e a cobertura de ESBs pareceram não influenciar no desempenho, embora o tempo de habilitação e as condições estruturais e de recursos humanos dos estabelecimentos pareçam estar relacionadas à melhor produção.
FREITAS <i>et al.</i> (2016)	Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba	Avaliar a Política Nacional de Saúde Bucal na atenção de média complexidade, considerando o desempenho e a efetividade dos CEO da Paraíba, na busca da integralidade do cuidado e	Verificou-se que a maioria dos CEOs não conseguiu cumprir as metas estabelecidas. A cobertura de Saúde da Família e de Saúde Bucal nos municípios não influenciou os resultados encontrados, assim como o IDH de todos os municípios analisados. No geral, o desempenho

		da qualidade da atenção à saúde.	dos CEOs tipo I foi ruim ou regular. Já o CEO tipo III exibiu um desempenho bom no ano de 2007 e ótimo nos anos seguintes.
THOMAZ <i>et al.</i> (2016)	Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011	Avaliar o cumprimento das metas de produtividade nos CEO do estado do Maranhão	A maioria dos CEO não atingiu as metas de produção, exceto para os procedimentos básicos em pacientes especiais. Características socioeconômicas dos municípios e da gestão em saúde estão associadas com o cumprimento das metas, principalmente para endodontia e menos para periodontia. As características dos CEO pouco explicaram sobre o cumprimento das metas de produtividade desses serviços no Maranhão.
REIS DE MOURA; TOVO e CELESTE (2017)	Cumprimento de metas dos Centros de Especialidades Odontológicas da Região Sul do Brasil	Verificar o cumprimento das metas ambulatoriais dos CEO localizados na região sul do Brasil e fatores associados aos processos de trabalho.	Observou-se um baixo cumprimento de metas dos CEO da Região Sul do Brasil, principalmente de procedimentos endodônticos. Maiores gastos totais com a saúde, PIB per capita e municípios com porte populacional até 50 mil/hab contribuíram com maior média de meses de metas cumpridas para os procedimentos de periodontia. Capacitada instalada (Tipo de CEO I, II e III) foi capaz de contribuir o cumprimento das metas de procedimentos básicos. Não foram encontradas associações significativas com o cumprimento de metas e estrutura; nem forma de contratação, nem capacitação dos profissionais.
FERNANDES; GOES e FIGUEIREDO (2018)	Evaluation of Specialized Oral Health Procedures Performed in Brazil in the Period from 2008 to 2012	Verificar e avaliar as correlações entre a realização de procedimentos especializados produzidos, e fatores de estrutura, como a quantidade de especialistas, quantidade de serviços, cobertura por equipes de saúde da família de saúde bucal, e sociais IDH e Índice de GINI.	Nos locais onde a cobertura de saúde bucal na saúde da família era maior, a proporção dos procedimentos especializados foi menor. Não foi observada correlação observada entre a proporção média do Brasil de procedimentos especializados e a quantidade de CEO. Foi vista relação significativa entre quantidade de profissionais no SUS e a produção de procedimentos especializado.
GONÇALVES <i>et al.</i> (2018)	Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná	Avaliar o desempenho dos CEO da 2ª Regional de Saúde do Paraná e refletir sobre sua relação com os indicadores socioeconômicos dos municípios estudados.	A maioria dos estabelecimentos obteve desempenho ótimo, mas nem todos os municípios atingiram a meta proposta. O desempenho dos CEO pode sofrer influência das características contextuais dos locais em que estão inseridos. Os municípios que apresentaram melhores indicadores socioeconômicos foram os que obtiveram maior desempenho. Maior

			cobertura de saúde da família, melhor desempenho. Menor o IDH, pior é o resultado alcançado.
SAN MARTIN <i>et al.</i> (2018)	Produção especializada no SUS em capitais brasileiras com centros de especialidades odontológicas: uma análise descritiva	Descrever a produção odontológica especializada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal com CEO e analisar se a produção de média complexidade desses municípios condiz com a quantidade de CEO presentes.	Observou-se elevada produção de média complexidade nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, sendo que 86% das metas foram cumpridas. Algumas capitais apresentaram dificuldades no cumprimento das metas, principalmente na área de endodontia.
RIOS e COLUSSI (2019)	Avaliação normativa dos Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2014	Realizar uma avaliação normativa dos CEO do Brasil credenciados até o ano de 2014, buscando julgar se estes estão funcionando em conformidade com as normas preconizadas pelos documentos legais.	A avaliação evidenciou o descumprimento de diversos indicadores normativos, especialmente os relacionados com o cumprimento das metas ambulatoriais. Com base em resultados do PMAQ-CEO, as dimensões estrutural e organizacional dos CEO apresentaram os melhores resultados.

Fonte: Elaboração própria.

Como observado, estudos de avaliação sobre a produção odontológica ambulatorial, bem como sobre a organização dos CEO têm apontado resultados contraditórios ao esperado pelas normativas exigidas pelo MS (RIOS; COLUSSI, 2019). O uso de indicadores de produção ambulatorial a partir de dados secundários dos sistemas de informação no SUS tem limitações como o sub ou suprarregistro. Contudo, muitos estudos publicados com dados estaduais e municipais também os utilizam e podem apontar tendências com relação ao efeito das políticas (CHAVES; ROSSI; FREIRE, 2016).

O monitoramento de indicadores sinalizando desempenhos indesejáveis e acionando aprofundamentos na análise pode contribuir na identificação de aspectos sobre problemas abordáveis com intervenções específicas, podendo apontar direções a serem aprofundadas ou suprimindo lacunas (DRUMOND JÚNIOR, 2017). Todavia, comumente, a complexidade dos processos avaliativos fica reduzida ao cumprimento de metas, mas estas não significam muito, quando se restringem ao alcance de objetivos ou apenas aos resultados. Metas requerem, para serem bem interpretadas e úteis à resolução de problemas, que seja levado em consideração o maior número possível de variáveis implicadas (NARVAI; FRAZÃO, 2017).

Nesse contexto, sugere-se a revisão das metas ambulatoriais nas especialidades ofertadas pelos CEO, considerando as particularidades de cada região, a demanda existente, o perfil epidemiológico, as reais necessidades de tratamento da população em cada local, assim como questões relativas aos recursos estruturais dos CEO, a força de trabalho de CD e de outros profissionais em cada região do País (FIGUEIREDO; GOES, 2009; RIOS; COLUSSI, 2019).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Analisar padrões de qualidade referentes a relações e condições de trabalho de cirurgiões-dentistas (CD) em Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil, as relações e condições de trabalho dos CD do CEO do Brasil e os estabelecimentos e municípios incluídos na pesquisa;
- Classificar os estabelecimentos de acordo com o indicador cumprimento global de metas modificado;
- Verificar a associação entre as relações e condições de trabalho e o indicador cumprimento global de metas modificado.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Aspectos Gerais

A presente pesquisa trata-se de um estudo observacional, descritivo e inferencial de natureza quantitativa, desenvolvido a partir de dados secundários de domínio público. A pesquisa considerou todos os CEO incluídos na Avaliação Externa (AE) do 1º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), contabilizando 932 estabelecimentos (GOES *et al.*, 2018). Destes, foram incluídos apenas os que responderam completamente os Módulos I e II do instrumento de AE. Assim, a amostra consistiu de 929 CEO.

4.2 Aspectos Operacionais

Para fins de operacionalização, o estudo foi dividido em três etapas descritas a seguir:

4.2.1 Etapa I – Caracterização da amostra e das relações e condições de trabalho

Esta etapa envolveu a coleta de informações de bancos de dados de domínio público.

O primeiro conjunto de dados foi referente aos dados da Avaliação Externa (AE) do 1º Ciclo do PMAQ-CEO. Durante este processo os CEO foram visitados e avaliados, no período de outubro de 2013 a maio de 2014, com o auxílio de um instrumento de coleta composto por três módulos: Módulo I – Observação do Serviço; Módulo II – Entrevista com Gerente e Profissional; Módulo III - Entrevista com Usuários (BRASIL, 2013b; GOES *et al.*, 2018).

Referentes ao Módulo I - Observação do CEO (ANEXO A), que objetivava avaliar as condições de estrutura, equipamento, instrumentais e insumos, as informações extraídas foram: localização em Universidade ou Faculdade, quantidade de cadeiras odontológicas, características de ambiência (acústica, ventilação, limpeza), presença de banheiro para funcionários, quantidade e titulação acadêmica de CD atuantes em cada especialidade.

Quanto ao Módulo II - Entrevista com o Gerente do CEO e um Cirurgião-dentista (ANEXO B), de qualquer especialidade, realizado a fim de obter informações sobre processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado para os usuários, os dados incluídos neste estudo referiam-se a: agente contratante, tipo de vínculo, forma de ingresso no serviço público, presença de plano de cargo, carreira e salários, progressão por antiguidade, por avaliação de

desempenho, por titulação e formação, adicional de insalubridade e periculosidade, gratificação por desempenho e ações de educação permanente. Também foram incluídas questões referentes à falta de atendimento por ausência de insumos ou instrumentais ou equipamento funcionando adequadamente.

4.2.2 Etapa II – Classificação dos estabelecimentos a partir do Indicador Cumprimento Global de Metas Modificado

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Quando este julgamento resulta da aplicação de critérios e normas chama-se de avaliação normativa (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). Tem como principais características apoiar os gerentes e profissionais na rotina dos serviços, ser normalmente realizada por pessoas diretamente envolvidas no programa, como os responsáveis pelo funcionamento e pela gestão da intervenção, e apresenta forte relação entre o respeito às normas e critérios estabelecidos e os efeitos da intervenção (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

De acordo com CHAMPAGNE *et al.* (2011), os critérios são as características mensuráveis, ao passo que as normas são o valor aceitável dentro deste critério. Neste sentido, esta etapa da pesquisa considerou como critério o número de procedimentos ambulatoriais realizados, enquanto que a norma baseou-se em padrões determinados pelo MS na Portaria nº 1.464/2011. Portanto, esta etapa consistiu na avaliação normativa dos CEO a partir de parâmetros de produção ambulatorial estabelecidos em portarias ministeriais e uma versão modificada do indicador Cumprimento Global de Metas (CGMM) (FIGUEIREDO; GOES, 2009).

Para o cálculo do indicador considerou-se a média da produção ambulatorial de todos os meses do ano de 2014. Justifica-se o uso da produção referente a este período, ao invés de apenas os meses de julho, agosto e setembro de 2013 conforme realizado pela avaliação do PMAQ-CEO, diante da observação empírica da pesquisadora. Em uma análise da produção ambulatorial desses dois anos (2013 e 2014), os meses indicados pelo MS para compor a nota na avaliação do PMAQ-CEO apresentam uma produção acima dos demais meses. Nesse sentido, a escolha visa minimizar esse viés.

A produção ambulatorial foi obtida a partir do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIA/SUS. Para acesso à base de dados, utilizou-se o software TabWin 4.14 do DATASUS. Em seguida os dados foram exportados para o programa Microsoft Excel para Mac

(versão 14.1.0) e consolidados nos grupos de especialidades Endodontia, Endodontia de dentes posteriores, Periodontia, Cirurgia Oral, Atenção Básica e Atenção Básica Procedimentos Restauradores, de acordo com a Portaria nº 1.464/2011.

Com esse resultado, calculou-se uma versão modificada do indicador Cumprimento Global de Metas (CGM) (FIGUEIREDO; GOES, 2009). Este indicador é resultante do quociente da média mensal de procedimentos realizados de cada subgrupo pelo número de procedimentos correspondente à meta deste subgrupo multiplicado por 100. Considerou-se que os serviços atingiram a meta quando alcançou o cumprimento percentual igual ou superior a 100% da meta preconizada para cada subgrupo. Em seguida, o desempenho dos serviços foi classificado como: péssimo (CEO que não cumpriu nenhuma meta); ruim (CEO que cumpriu 1 meta); regular (2 metas); bom (3 metas); ótimo (4 ou mais metas).

4.2.3 Etapa III – Teste de associação entre as variáveis do estudo

Contemplando a etapa analítica, na terceira etapa do estudo testou-se a associação entre os padrões de qualidade. Em Avaliação em Saúde, padrões se referem a um valor especificado para distinguir a qualidade de práticas, ou de serviços de saúde, em aceitável ou não, à luz de um indicador (PORTELA, 2000). Nesse sentido, os dados coletados foram transformados em padrões de qualidade a partir de critérios especificados no quadro 03, os quais encontram-se agrupados em componentes de análise. Ressalta-se que em alguns casos, os valores foram agregados e dicotomizados a partir do valor da mediana.

Quadro 3- Padrões de qualidade utilizados na pesquisa agrupados em componentes de análise *(continua)*

Padrão de Qualidade	Fonte dos Dados	Descrição do Padrão	Códigos e critérios
Componente de Análise: Cumprimento de Metas			
Cumprimento Global de Metas Modificado (CGMM)	SIA/SUS	Classificar os CEO de acordo com as 06 metas estabelecidas para a produção ambulatorial.	1 = Péssimo (nenhuma meta) 2 = Ruim (1 meta) 3 = Regular (2 metas) 4 = Bom (3 metas) 5 = Ótimo (4 ou mais)
Componente de Análise: Padrões de Relações de Trabalho			
Agente Contratante ^b	AE/PMAQ-CEO Módulo II Código: VIII.4.1.1 a VIII.4.1.12	Indicar a proporção de CD contratados pela administração direta em relação ao total de CD do CEO. As demais modalidades de contrato (Consórcio intermunicipal de direito público; Consórcio intermunicipal de direito privado; Fundação pública de direito público; Fundação pública de direito privado; Organização social (OS); Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP); Entidade	1 = < 1,0 2 = ≥ 1,0

		filantrópica; Organização não governamental (ONG); Empresa; Cooperativa; Outros) foram consideradas via administração indireta. Verificou-se a mediana (1,0) e classificou-se o serviço de acordo com o valor acima ou abaixo da mediana.	
Vínculo protegido ^b	AE/PMAQ-CEO Módulo II Códigos: VIII.4.2.1 a VIII.4.2.7	Indicar a proporção de CD com vínculo protegido (tipo de vínculo servidor público estatutário e contrato CLT) em relação do total de CD do CEO. Os demais vínculos indicados no instrumento (cargo comissionado, contrato temporário, autônomo e outros) foram considerados vínculos desprotegidos. Verificou-se a mediana (0,92) e classificou-se o serviço de acordo com o valor acima ou abaixo da mediana.	1 = < 0,92 2 = ≥ 0,92
Mecanismo de ingresso ^b	AE/PMAQ-CEO Módulo II Códigos: VIII.4.3.1 a VIII.4.3.3	Indicar a proporção de CD que ingressaram mediante concurso público em relação ao total de CD do CEO. As outras formas de ingresso (seleção pública e outros) não foram contabilizadas. Verificou-se a mediana (0,75) e classificou-se o serviço de acordo com o valor acima ou abaixo da mediana.	1 = < 0,75 2 = ≥ 0,75
Plano de Carreira ^b	AE/PMAQ-CEO Módulo II Código: VIII.5.1	Indicar a presença de plano de carreira para os/as cirurgiões-dentistas dos CEO.	1 = Sim 2 = Não
Gratificação ^b	AE/PMAQ-CEO Módulo II Código: VIII.5.6	Indicar se cirurgiões-dentistas recebem incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho.	1 = Sim 2 = Não
Educação Permanente ^c	AE/PMAQ-CEO Módulo II Código: VIII.18.1	Indicar se município promove ações de educação permanente que incluam os profissionais do CEO.	1 = Sim 2 = Não
Acúmulo de Função ^b	AE/PMAQ-CEO Módulo II Código: VIII.1.4	Indicar se há acúmulo da função de cirurgião-dentista e de gerente do CEO nos CEO em que existe essa função.	1 = Sim 2 = Não
Atuação em mais de uma especialidade ^c	AE/PMAQ-CEO Módulo II Códigos: VIII.17.1 a VIII.17.13	Indicar se o cirurgião-dentista entrevistado atua em mais de uma especialidade odontológica no CEO.	1 = Sim 2 = Não
Componente de Análise: Padrões de Condições de Trabalho			
Acústica adequada ^a	AE/PMAQ-CEO Módulo I Código: VII.8.2.3	Indicar se a acústica do CEO evita ruídos do ambiente externo e interno, incluindo compressor.	1 = Sim 2 = Não
Climatização ^a	AE/PMAQ-CEO Módulo I Códigos: VII.8.2.4 e VII.8.2.5	Indicar se os consultórios do CEO possuem ar-condicionado.	1 = Sim 2 = Não
Condições de uso, limpeza e iluminação ^a	AE/PMAQ-CEO Módulo I Código: VII.8.2.6	Indicar se os consultórios odontológicos estão em boas condições uso, de limpeza e apresentam uma boa iluminação (natural ou artificial).	1 = Sim 2 = Não
Imunização ^b	AE/PMAQ-CEO Módulo II Códigos: VIII.2.1.1 a VIII.2.1.5	Indicar se todos os profissionais da equipe do CEO (CD, TSB, ASB) receberam vacina para Hepatite B; Febre Amarela; Sarampo, Caxumba e Rubéola; Difteria e Tétano; Influenza.	1 = Toda a equipe recebeu todas as vacinas 2 = A equipe recebeu algumas vacinas ou nenhuma vacina
Falta de insumos ou instrumentais ^c	AE/PMAQ-CEO Módulo II Código: VIII.20.1	Indicar a suspensão do atendimento por falta de insumos ou instrumentais no CEO.	1 = Sim 2 = Não

Equipamento com defeito ^c	AE/PMAQ-CEO Módulo II Código: VIII.20.2	Indicar a suspensão do atendimento por falha no funcionamento adequado de equipamentos no CEO.	1 = Sim 2 = Não
--------------------------------------	---	--	--------------------

Fonte: Elaboração própria.

Notas: ^aItens preenchidos pelo Avaliador Externo; ^bPerguntas direcionadas ao gerente do CEO; ^cPerguntas direcionadas a um cirurgião-dentista do CEO.

4.3 Aspectos Analíticos

Para as etapas I e II, os dados foram agrupados em bancos de dados no software Microsoft Excel versão 14.1 para Mac. Em seguida os dados foram analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0 para Mac, onde foram feitas as distribuições de frequência e cálculo das medidas de tendência central (média, mediana, moda). Na etapa III, além das estatísticas descritivas foram testadas as associações utilizando-se o teste Qui-quadrado de Pearson, considerando como significativo o nível de 5%.

4.4 Aspectos Éticos

Assim, esta pesquisa segue os critérios éticos de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que rege a pesquisa com seres humanos. Este estudo não impôs riscos diretos por tratar de dados secundários disponíveis em bancos de dados públicos, além de ter sido desenvolvido com dados de pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco em 31 de julho de 2014, sob o número de registro 740.874. Seus benefícios podem ser oriundos da publicação de seus resultados, pois a partir destes pode haver o desenvolvimento de políticas de valorização do trabalhador, além de subsídios para qualificar e ampliar outros processos e instrumentos avaliativos, ressaltando a importância do profissional trabalhador do SUS e sua valorização.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme reunião do Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - PPGSC, de 14 de fevereiro de 2014, ficou estabelecido que as dissertações poderiam ser também Modelo Misto, os resultados são apresentados a seguir em formato de artigo de acordo com os padrões preconizados pela revista selecionada.

O artigo, intitulado “Análise das Relações e Condições de Trabalho nos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil”, compreende uma análise entre o cumprimento de metas de produção ambulatorial dos Centros de Especialidades Odontológicas brasileiros e os padrões de qualidade referentes à relações e condições de trabalho, apresentando as normas da revista *Evaluation & the Health Professions* (Anexo C).

5.1 Artigo: Análise das Relações e Condições de Trabalho nos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil

INTRODUÇÃO

A força de trabalho em saúde (FTS) é central a qualquer sistema de saúde e sua eficiência depende do número certo e uma mescla de profissionais de saúde, onde deve-se assegurar que eles possuam os meios e a motivação para realizar habilmente as funções que lhes são atribuídas¹. Assim, o bom desempenho dos serviços de saúde depende não apenas da localização, habilidades e motivação do pessoal, mas também da estrutura, equipamentos e materiais necessário para o trabalho².

Além disso, como os diferentes recursos são partes interdependentes de um único sistema de prestação de serviços de saúde, o desempenho não está inteiramente nas mãos daqueles que gerenciam a força de trabalho: uma política destinada a melhorar a equidade na distribuição de pessoal também afeta as oportunidades de desenvolvimento e as perspectivas de carreira; os contratos temporários destinados a melhorar o desenvolvimento do pessoal também afetam os níveis de pessoal das instalações, dentre outros aspectos².

Pensar em gestão do trabalho e da FTS como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde significa pensar estrategicamente, pois a produtividade e a qualidade dos serviços oferecidos à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições com que são tratados os que atuam profissionalmente na organização³. Por vezes os governos tendem a se preocupar mais com questões macroeconômicas, como o tamanho da força de trabalho e

salário, ignorando questões importantes relacionadas com a organização do trabalho, motivação pessoal⁴, infraestrutura adequada, gestão de apoio, oportunidades de desenvolvimento profissional e progressão na carreira¹.

No âmbito internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS) dedicou a década 2006-2015 a esta temática, estabelecendo metas a serem atingidas no plano internacional, considerando os trabalhadores da saúde como imprescindíveis⁵. O período foi eleito como a década de valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, reforçando a mobilização de diferentes segmentos envolvidos com o tema na análise e reflexão sobre as tensões e conflitos inerentes às relações que se estabelecem no campo do trabalho e da educação na saúde⁶. A realização dos Fóruns Globais de Recursos Humanos em Saúde (RHS) se constituíram em importantes representações de pactos assumidos globalmente: Uganda (2008)⁷, Tailândia (2011)⁸, Brasil (2013)⁹ e Irlanda (2017)¹⁰. Os desafios apontados no cenário internacional, referentes à gestão do trabalho foram: baixa remuneração e motivação, desigualdade na distribuição da força de trabalho, o desempenho, accountability⁶, dificuldades em atrair profissionais de saúde para áreas remotas e rurais e redução da má distribuição e da grande rotatividade desses trabalhadores, necessidades de qualificar e adequar essa força de trabalho às novas condições sanitárias e demográficas, bem como de produzir evidências científicas que possam apoiar de forma coerente os processos de decisão e gestão de políticas, programas e intervenções sobre os recursos humanos¹¹.

A maioria dos estudos sobre a gestão em saúde baseada em evidências não contempla os trabalhadores da saúde¹² e além desses estudos e relatórios globais se concentrarem em médicos, enfermeiros e parteiras, o que pode ser explicado pela alta proporção da FTS que eles constituem, mas também pela disponibilidade de melhores dados¹³. Os dados sobre cirurgiões-dentistas são frequentemente em países de alta renda e de língua inglesa, agregados aos de outros profissionais de saúde, o que dificulta ter uma visão clara de seu perfil e distribuição¹³. Nesse sentido, observa-se uma escassez de dados acerca dos profissionais da saúde bucal, de uma necessidade da construção de evidências e do levantamento de dados para fortalecimento dos sistemas de saúde e garantia do acesso ao cuidado integral em saúde às populações.

No Brasil, houve ampla oferta de emprego na saúde nos últimos anos com o Sistema Único de Saúde (SUS) e sua forte expansão da atenção primária à saúde em virtude da estratégia saúde da família¹⁴. Entretanto, houve também a ampliação de contratos desprotegidos e precários nos serviços públicos¹⁵ e também nos serviços de natureza privada¹⁶ resultando no aumento do debate acerca das relações de trabalho. A importância atribuída a essas questões está relacionada em grande medida aos relevantes problemas ocasionados tanto para os

trabalhadores e trabalhadoras como para as instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁶.

A implantação em 2004 da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente foi responsável pela expansão dos postos de trabalho de cirurgiões-dentistas no SUS¹⁷. Esta política buscou romper um modelo baseado em ações focalizadas¹⁸, apontando reorganização da atenção em todos os níveis, por meio da expansão da Atenção Primária em Saúde (APS) e ampliação e qualificação da oferta de serviços odontológicos especializados¹⁹. O governo federal assumiu importante papel de indução do crescimento da oferta de serviços de saúde bucal nos municípios e estados, criando linhas de financiamento específicas, que fizeram do Brasil Sorridente uma das maiores políticas públicas de saúde bucal do mundo²⁰.

Quanto à oferta dos serviços odontológicos especializados, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) se apresentaram como importante estratégia para a ampliação da oferta de procedimentos especializados e a literatura relata avanços como: expansão da oferta, cobertura e uso dos serviços e alto grau de satisfação dos usuários^{21,22}. Diversos estudos acerca do cumprimento de metas destes estabelecimentos têm sido realizados, configurando-se como uma análise do seu desempenho²²⁻⁴² e apontam que o alcance da produção mínima proposta para estes estabelecimentos permanece um desafio^{21,22}, podendo ser influenciado por alguns fatores, como as formas de organização e gerenciamento dos processos de trabalho e por características contextuais dos locais onde estão implantados³³.

Apesar de estudos sobre desempenho dos estabelecimentos de atenção secundária em saúde bucal, observa-se ausência de informações sobre a influência das relações e condições de trabalho de cirurgiões-dentistas neste desempenho, apesar de já haver algumas investigações no âmbito da APS^{43,44}. Com o baixo cumprimento de metas ao longo do tempo, a construção de evidências torna-se relevante em um contexto de ameaça da manutenção da Política de Saúde Bucal⁴⁵. Assim, saber mais sobre as diversas dimensões da FTS, quem são, como se comportam e quais os determinantes de seu desempenho, faz-se cada vez mais necessário para nortear estas políticas e as práticas de gestão no setor da saúde⁴⁶. Nesse sentido, objetivou-se investigar a relação entre padrões de qualidade referentes às relações e condições de trabalho de cirurgiões-dentistas e o cumprimento de metas de produção ambulatorial em CEO do Brasil.

MÉTODOS

O presente estudo é classificado como quantitativo, descritivo e analítico desenvolvido a partir de dados secundários de domínio público de abrangência nacional. Consideraram-se

todos os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) incluídos na Avaliação Externa do 1º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Centros de Especialidades Odontológicas (AE/PMAQ-CEO) que responderam completamente os Módulos I e II, totalizando 929 CEO.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO) é uma iniciativa de avaliação institucional em âmbito nacional cujo principal objetivo, além da ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos CEO, é garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção especializada em saúde bucal teve seu primeiro ciclo em momento oportuno após 10 anos de implantação da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente e dos CEO. Este programa, além de fomentar a institucionalização da cultura de avaliação no âmbito do SUS, realiza o levantamento nacional de diversos aspectos estruturais e contextuais, dentre os quais, ressalta-se a investigação de questões relacionadas às relações e condições de trabalho. A AE/PMAQ-CEO traz em seu manual instrutivo os diversos padrões de qualidade utilizados como critérios para avaliar os estabelecimentos de saúde nacionalmente⁴⁷. Os padrões de qualidade relacionados aos temas investigados nesta pesquisa foram coletados e transformados em variáveis a partir de critérios especificados no quadro 1, os quais se encontram agrupados três componentes de análise: cumprimento de metas, relações de trabalho e condições de trabalho.

Os padrões de qualidade dos componentes de análise das relações e condições de trabalho referiam-se aos cirurgiões-dentistas trabalhadores destes estabelecimentos e foram oriundos dos módulos I e II da AE/PMAQ-CEO. O Módulo I - Observação do CEO, objetivava avaliar as condições de estrutura, equipamento, instrumentais e insumos, enquanto que o Módulo II - Entrevista com o Gerente do CEO e um Cirurgião-dentista, de qualquer especialidade, foi realizado a fim de obter informações sobre processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado para os usuários²¹.

Para o componente de análise de cumprimento de metas foram coletados dados de produção para o ano de 2014, a partir do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS) por meio do software TabWin versão 4.15 do DATASUS. Para a avaliação considerou-se a produção mínima mensal a ser apresentada por estes estabelecimentos de acordo com sua modalidade de habilitação, agrupando-a em 06 subgrupos de procedimentos: Procedimentos Básicos, Procedimentos Básicos Restauradores, Procedimentos de Periodontia, Procedimentos de Endodontia, Procedimentos de Endodontia em dentes com 3 ou mais raízes e Procedimentos de Cirurgia Oral⁴⁸.

A partir desses dados calculou-se uma versão modificada do indicador Cumprimento Global de Metas (CGM)²³ a partir da atualização da normativa ministerial em que se acrescenta mais duas metas antes não contemplada: procedimentos básicos restauradores e procedimentos de endodontia em dentes com 3 ou mais raízes. Assim, o CGM é resultante do quociente da média mensal de procedimentos realizados em cada subgrupo pelo número de procedimentos correspondente à meta deste subgrupo multiplicado por 100. Considera-se que o CEO atingiu a meta ao alcançar percentual igual ou superior a 100% do valor preconizado. Por fim, o desempenho dos serviços foi classificado em: péssimo (CEO que não cumpriu nenhuma meta), ruim (cumpriu 1 meta); regular (cumpriu 2 metas); bom (cumpriu 3 metas); ótimo (cumpriu 4 ou mais metas).

Figura 1: Padrões de qualidade utilizados na pesquisa agrupados em componentes de análise.

Padrão de Qualidade	Fonte dos Dados	Descrição do Padrão	Códigos e critérios
Componente de Análise: Cumprimento de Metas			
Cumprimento Global de Metas (CGM)	SIA/SUS	Classificar dos CEO de acordo com as 06 metas estabelecidas para a produção ambulatorial na portaria nº 1464/2011.	1 = Péssimo (nenhuma meta) 2 = Ruim (1 meta) 3 = Regular (2 metas) 4 = Bom (3 metas) 5 = Ótimo (4 ou mais)
Componente de Análise: Padrões de Relações de Trabalho			
Agente Contratante ^a	Módulo II Códigos: VIII.4.1.1 a VIII.4.1.12	Indicar a proporção de cirurgiões-dentistas contratados pela administração direta em relação ao total de CD do CEO. Verificou-se a mediana (=1,0) e classificou-se o serviço de acordo com o valor acima ou abaixo da mediana.	1 = < 1,0 2 = ≥ 1,0
Vínculo protegido ^a	Módulo II Códigos: VIII.4.2.1 a VIII.4.2.7	Indicar a proporção de cirurgiões-dentistas com vínculo protegido (tipo de vínculo servidor público estatutário e contrato CLT) em relação do total de CD do CEO. Verificou-se a mediana (=0,92) e classificou-se o serviço de acordo com o valor acima ou abaixo da mediana.	1 = < 0,92 2 = ≥ 0,92
Mecanismo de ingresso ^a	Módulo II Códigos: VIII.4.3.1 a VIII.4.3.3	Indicar a proporção de CD que ingressaram mediante concurso público em relação ao total de CD do CEO. Verificou-se a mediana (=0,75) e classificou-se o serviço de acordo com o valor acima ou abaixo da mediana.	1 = < 0,75 2 = ≥ 0,75
Plano de Carreira ^a	Módulo II Código: VIII.5.1	Indicar a presença de plano de carreira para cirurgiões-dentistas dos CEO.	1 = Sim 2 = Não
Gratificação ^a	Módulo II Código: VIII.5.6	Indicar se dentistas recebem incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho.	1 = Sim 2 = Não
Educação Permanente ^b	Módulo II Código: VIII.18.1	Indicar se o município promove ações de educação permanente que incluam os profissionais do CEO.	1 = Sim 2 = Não
Acúmulo de Função ^a	Módulo II Código: VIII.1.4	Indicar se há acúmulo da função de cirurgião-dentista e de gerente nos CEO em que existe essa função.	1 = Sim 2 = Não
Atuação em mais de uma especialidade ^b	Módulo II Códigos: VIII.17.1 a VIII.17.13	Indicar se o cirurgião-dentista entrevistado atua em mais de uma especialidade odontológica no CEO.	1 = Sim 2 = Não

Componente de Análise: Padrões de Condições de Trabalho			
Acústica adequada ^c	Módulo I Código: VII.8.2.3	Indicar se a acústica do CEO evita ruídos do ambiente externo e interno.	1 = Sim 2 = Não
Climatização ^c	Módulo I Códigos: VII.8.2.4 e VII.8.2.5	Indicar se os consultórios do CEO possuem ar-condicionado.	1 = Sim 2 = Não
Condições de uso, limpeza e iluminação ^c	Módulo I Código: VII.8.2.6	Indicar se os consultórios odontológicos estão em boas condições uso, de limpeza e apresentam uma boa iluminação (natural ou artificial).	1 = Sim 2 = Não
Imunização ^a	AE/PMAQ-CEO Módulo II Códigos: VIII.2.1.1 a VIII.2.1.5	Indicar se todos os profissionais da equipe do CEO (CD, TSB, ASB) receberam vacina para Hepatite B; Febre Amarela; Sarampo, Caxumba e Rubéola; Difteria e Tétano; Influenza.	1 = Toda a equipe recebeu todas as vacinas 2 = A equipe recebeu algumas vacinas ou nenhuma vacina
Falta de insumos ou instrumentais ^b	Módulo II Código: VIII.20.1	Indicar a suspensão do atendimento por falta de insumos ou instrumentais no CEO.	1 = Sim 2 = Não
Equipamento com defeito ^b	Módulo II Código: VIII.20.2	Indicar a suspensão do atendimento por falha no funcionamento adequado de equipamentos no CEO.	1 = Sim 2 = Não

Fonte: Elaboração própria.

Notas: ^aPerguntas direcionadas ao gerente do CEO; ^bPerguntas direcionadas a um cirurgião-dentista do CEO; ^cItens preenchidos pelo Avaliador Externo.

Foram testadas possíveis associações entre o indicador CGM e os padrões de qualidade relacionados às condições e relações de trabalho utilizando-se o teste qui-quadrado de Pearson. Então, um modelo de regressão logística foi realizado considerando os padrões de qualidade que foram estatisticamente significantes na etapa anterior. Para esta etapa, o indicador CGM foi dicotomizado em duas categorias: uma que contemplava as classificações péssima, ruim, regular e boa, e outra com as classificações ótima; de forma a apontar o perfil dos padrões de qualidade dos estabelecimentos com os melhores desempenhos. Todos os testes estatísticos foram operacionalizados por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0. Em todas as etapas foi considerado como significativo o nível de 5%.

Os critérios éticos foram respeitados de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que rege a pesquisa com seres humanos. Este estudo não impôs riscos diretos por tratar de dados secundários disponíveis em bancos de dados públicos, além de ter sido desenvolvido com dados oriundos de pesquisa aprovada em Comitê de Ética.

RESULTADOS

No estudo foram investigados 929 CEO do país. Destes, os localizados na região Nordeste apresentaram a menor média de profissionais por CEO, apesar de os estados com os menores valores estarem localizados na região Norte (Acre, Roraima, Amazonas e Rondônia). Ao considerar estes quantitativos a partir de parâmetros populacionais, a região Sul apresentou

mais cirurgiões-dentistas (CD) e mais CEO por habitante, enquanto que o Norte possui os menores valores observados (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição do quantitativo de profissionais e de CEO por estados e regiões de acordo com o Módulo II do PMAQ-CEO (Brasil, 2014).

Região/Estado	Quantitativo de CD		Quantitativo de CEO		Média de CD por CEO	População Censo 2010	Média de CEO por habitante	Média de CD de CEO por habitante
	n	%	n	%				
Região Norte	578	5,8	59	6,4	9,8	15.864.454	268.889,1	27.447,2
Acre	9	1,6	2	3,4	4,5	733.559	366.779,5	81.506,6
Amapá	63	10,9	3	5,1	21	669.526	223.175,3	10.627,4
Amazonas	77	13,3	11	18,6	7	3.483.985	316.725,9	45.246,6
Pará	295	51	28	47,5	10,5	7.581.051	270.751,8	25.698,5
Rondônia	54	9,3	7	11,9	7,7	1.562.409	223.201,3	28.933,5
Roraima	5	0,9	1	1,7	5	450.479	450.479,0	90.095,8
Tocantins	75	13	7	11,9	10,7	1.383.445	197.635,0	18.445,9
Região Nordeste	3243	32,4	355	38,2	9,1	53.081.950	149.526,6	16.368,2
Alagoas	180	5,6	22	6,2	8,2	3.120.494	141.840,6	17.336,1
Bahia	712	22	74	20,8	9,6	14.016.906	189.417,6	19.686,7
Ceará	741	22,8	79	22,3	9,4	8.452.381	106.992,2	11.406,7
Maranhão	240	7,4	26	7,3	9,2	6.574.789	252.876,5	27.395,0
Paraíba	426	13,1	53	14,9	8	3.766.528	71.066,6	8.841,6
Pernambuco	364	11,2	40	11,3	9,1	8.796.448	219.911,2	24.166,1
Piauí	265	8,2	28	7,9	9,5	3.118.360	111.370,0	11.767,4
Rio Grande do Norte	201	6,2	23	6,5	8,7	3.168.027	137.740,3	15.761,3
Sergipe	114	3,5	10	2,8	11,4	2.068.017	206.801,7	18.140,5
Região Centro-Oeste	757	7,6	62	6,7	12,2	14.058.094	226.743,5	18.570,8
Distrito Federal	115	15,2	9	14,5	12,8	2.570.160	285.573,3	22.349,2
Goiás	364	48,1	28	45,2	13	6.003.788	214.421,0	16.493,9
Mato Grosso do Sul	174	23	15	24,2	11,6	2.449.024	163.268,3	14.074,9
Mato Grosso	104	13,7	10	16,1	10,4	3.035.122	303.512,2	29.183,9
Região Sudeste	4070	40,7	337	36,3	12,1	80.364.410	238.470,1	19.745,6
Espírito Santo	82	2	9	2,7	9,1	3.514.952	390.550,2	42.865,3
Minas Gerais	1021	25,1	83	24,6	12,3	19.597.330	236.112,4	19.194,3
Rio de Janeiro	818	20,1	66	19,6	12,4	15.989.929	242.271,7	19.547,6
São Paulo	2149	52,8	179	53,1	12	41.262.199	230.515,1	19.200,7
Região Sul	1358	13,6	116	12,5	11,7	16.942.365	146.054,9	12.476,0
Paraná	573	42,2	48	41,4	11,9	10.444.526	217.594,3	18.227,8
Rio Grande do Sul	336	24,7	25	21,6	13,4	10.693.929	427.757,2	31.827,2
Santa Catarina	449	33,1	43	37,1	10,4	6.248.436	145.312,5	13.916,3
BRASIL	10006	100	929	100	10,8	180.311.273	205.334,6	19.064,1

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da AE do 1º ciclo PMAQ-CEO (2014), IBGE (2010).

A região Centro-oeste apresentou maior quantidade de estabelecimentos na classificação ótima, já o Nordeste concentrou o desempenho dos CEO em péssimo e ruim. Para as relações de trabalho, os estabelecimentos que exibiram desempenho na classificação ótima foram os que apresentaram proporção de CD com vínculo protegido e ingresso por concurso público acima da mediana. Nestas variáveis, CEO classificados com desempenho péssimo foram os com a proporção dessas variáveis abaixo da mediana. O mesmo comportamento é observado para a presença de plano de carreira, onde os CEO que relataram sua existência

exibiram mais desempenho na classificação ótima. Ressalta-se que o plano de carreira está presente em 32,9% dos estabelecimentos investigados (Tabela 02).

A garantia de atividades de Educação Permanente esteve presente em quase metade dos estabelecimentos e sua relação com o CGM apresentou significância estatística ($p=0,003$), onde o desempenho ótimo também foi observado nos estabelecimentos que promovem estas atividades. De forma similar, CEO em que o gerente não acumulava a função de atendimento clínico também apresentaram melhor desempenho ($p=0,001$) (Tabela 02).

Tabela 2: Associação do Cumprimento Global de Metas com os padrões de qualidade de relações de trabalho dos cirurgiões-dentistas dos CEO (2014).

Variáveis Independentes	Cumprimento Global de Metas Ajustado						Total n %	p-valor
	Péssimo n %	Ruim n %	Regular n %	Bom n %	Ótimo n %			
Região								
Norte	3 5,1	12 20,3	12 20,3	12 20,3	20 33,9	59 100,0	0,000*	
Nordeste	63 17,7	82 23,1	80 22,5	58 16,3	72 20,3	355 100,0		
Centro-oeste	4 6,5	8 12,9	11 17,7	15 24,2	24 38,7	62 100,0		
Sudeste	24 7,1	28 8,3	76 22,6	88 26,1	121 35,9	337 100,0		
Sul	9 7,8	19 16,4	22 19,0	28 24,1	38 32,8	116 100,0		
Proporção de CD contratados pela Administração Direta pelo total de CD								
< 1,0	28 9,5	53 18,0	59 20,0	57 19,3	98 33,2	295 100,0	0,239	
≥ 1,0	75 11,8	96 15,1	142 22,4	144 22,7	177 27,9	634 100,0		
Proporção de CD com vínculo protegido em relação ao total de CD								
< 0,92	65 14,1	93 20,1	96 20,8	81 17,5	127 27,5	462 100,0	0,000*	
≥ 0,92	38 8,1	56 12,0	105 22,5	120 25,7	148 31,7	467 100,0		
Proporção de CD ingresso concurso público em relação ao total de CD								
< 0,75	57 13,1	83 19,0	94 21,6	76 17,4	126 28,9	436 100,0	0,006*	
≥ 0,75	46 9,3	66 13,4	107 21,7	125 25,4	149 30,2	493 100,0		
Os cirurgiões-dentistas do CEO têm plano de carreira?								
Sim	20 6,5	41 13,4	70 22,9	70 22,9	105 34,3	306 100,0	0,006*	
Não	83 13,3	108 17,3	131 21,0	131 21,0	170 27,3	623 100,0		
Os cirurgiões-dentistas recebem incentivo, periculosidade, gratificação, prêmio financeiro por desempenho?								
Sim	17 10,5	15 9,3	36 22,2	36 22,2	58 35,8	162 100,0	0,081	
Não	86 11,2	134 17,5	165 21,5	165 21,5	217 28,3	767 100,0		
O município promove ações de educação permanente que incluam os profissionais do CEO?								
Sim	38 8,3	66 14,3	96 20,9	102 22,2	158 34,3	460 100,0	0,004*	
Não	65 13,9	83 17,7	105 22,4	99 21,1	117 24,9	469 100,0		
Nos CEO em que há gerente, o profissional acumula a atividade clínica e de gerente do CEO?								
Sim	51 14,6	68 19,4	73 20,9	64 18,3	94 26,9	350 100,0	0,001*	
Não	36 7,7	62 13,3	99 21,3	108 23,2	160 34,4	465 100,0		
Atuação em mais de uma especialidade no mesmo CEO?								
Sim	20 9,4	31 14,6	55 25,9	48 22,6	58 27,4	212 100,0	0,41	
Não	83 11,6	118 16,5	146 20,4	153 21,3	217 30,3	717 100,0		

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da AE do 1º ciclo PMAQ-CEO (2014), SIA/SUS (2014).

*se p-valor < 0,05 a variável avaliada influencia no indicador CGMA.

Em relação as condições de trabalho, a acústica adequada foi observada em 74,2% dos CEO e 86,1% dos estabelecimentos apresentam boas condições uso, de limpeza e boa iluminação (natural ou artificial). Todavia, não foi observada relação dessas variáveis com o

cumprimento de metas. O padrão que investiga a garantia de insumos ou instrumentais, questiona se a falta destes itens interrompeu o atendimento nos últimos 12 meses. Observa-se que 30,5% (n=283) dos CEO deixaram de atender por este motivo, mas os CEO que não o fizeram foi a maioria classificado como ótimo (p=0,001). O mesmo observa-se na suspensão do atendimento por não ter equipamento funcionando adequadamente, onde 38,6% (n=359) dos CD questionados sobre a suspensão do atendimento nos últimos 12 meses por não ter equipamento funcionando adequadamente, responderam que sim. Os estabelecimentos que não interromperam o atendimento apresentaram maior porcentagem observada para a classificação ótima (33,7%) do indicador CGM (p=0,018) (Tabela 03).

Quanto à imunização dos profissionais do CEO, observa-se que em 53,8% dos estabelecimentos todos os profissionais da equipe tomaram todas as vacinas investigadas. Nestes CEO, quando a equipe não tomou nenhuma ou apenas algumas das vacinas citadas, o desempenho concentrou-se nas classificações ruim e péssimo (p=0,000) (Tabela 03).

Tabela 3: Associação do Cumprimento Global de Metas Ajustado com os padrões de qualidade de condições de trabalho dos cirurgiões-dentistas dos CEO (2014).

Variáveis Independentes	Cumprimento Global de Metas Modificado										p-valor	
	Péssimo		Ruim		Regular		Bom		Ótimo			Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
A acústica do CEO evita ruídos do ambiente externo e interno, incluindo compressor												
Sim	72	10,4	103	14,9	156	22,6	147	21,3	211	30,6	689	100,0
Não	31	12,9	46	19,2	45	18,8	54	22,5	64	26,7	240	100,0
Os consultórios do CEO possuem ar-condicionado												
Sim	94	11,0	137	16,0	185	21,6	181	21,1	260	30,3	857	100,0
Não	9	12,5	12	16,7	16	22,2	20	27,8	15	20,8	72	100,0
Os consultórios odontológicos estão em boas condições de uso, de limpeza e apresentam boa iluminação (natural ou artificial)												
Sim	86	10,6	127	15,6	175	21,5	175	21,5	251	30,8	814	100,0
Não	17	14,8	22	19,1	26	22,6	26	22,6	24	20,9	115	100,0
Imunização dos profissionais do CEO												
A equipe tomou todas as vacinas	39	7,8	68	13,6	111	22,2	112	22,4	170	34	500	100,0
A equipe tomou algumas/nenhuma vacina	64	14,9	81	18,9	90	21,0	89	20,7	105	24,5	429	100,0
Nos últimos 12 meses, você deixou de atender por falta de insumos ou instrumentais?												
Sim	36	12,7	56	19,8	64	22,6	70	24,7	57	20,1	283	100,0
Não	67	10,4	93	14,4	137	21,2	131	20,3	218	33,7	646	100,0
Nos últimos 12 meses, você deixou de atender por não ter equipamento funcionando adequadamente?												
Sim	43	12,0	63	17,5	87	24,2	83	23,1	83	23,1	359	100,0
Não	60	10,5	86	15,1	114	20,0	118	20,7	192	33,7	570	100,0

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da AE do 1º ciclo PMAQ-CEO (2014).

*se p-valor < 0,05 a variável avaliada influencia no indicador CGMA.

Ao empregar o modelo de regressão logística múltipla evidenciou-se, após ajuste, a influência para o desempenho ótimo do CEO das variáveis de acúmulo de função da atividade clínica e de gerência (OR: 1,5; IC 95% 1,1–2,0), suspensão do atendimento por falta de insumos ou instrumentais (OR:1,7; IC 95% 1,1–2,5) e imunização dos profissionais (OR: 1,5; IC 95% 1,1–2,0), além da perda do valor estatístico para a presença de plano de carreira, a promoção de atividades de educação permanente e suspensão do atendimento por equipamento sem funcionamento adequado (Tabela 4).

Tabela 4: Resultado do modelo de regressão logística binária.

Variáveis independentes	Não ajustada Odds (95,0% IC)	p-valor	Ajustada Odds (95,0% IC)	p-valor
Proporção de CD com vínculo protegido em relação ao total de CD				
< 0,92	1	0,161	1	0,358
≥ 0,92	1,2 (0,9 – 1,6)		1,2 (0,8 – 1,7)	
Proporção de CD ingresso concurso público em relação ao total de CD				
< 0,75	1	0,659	1	0,693
≥ 0,75	1,1 (0,8 – 1,4)		0,9 (0,6 – 1,3)	
Os cirurgiões-dentistas do CEO têm plano de carreira?				
Sim	1,4 (1,0 – 1,9)	0,028*	1,4 (1,0 – 1,9)	0,053
Não	1		1	
O município promove ações de educação permanente que incluem os profissionais do CEO?				
Sim	1,6 (1,2 – 2,1)	0,002*	1,2 (0,9 – 1,7)	0,158
Não	1		1	
Nos CEO em que há gerente, o profissional acumula a atividade clínica e de gerente do CEO?				
Sim	1	0,021*	1	0,015*
Não	1,4 (1,1 – 1,9)		1,5 (1,1 – 2,0)	
Nos últimos 12 meses, você deixou de atender por não ter equipamento funcionando adequadamente?				
Sim	1	0,000*	1	0,176
Não	1,7 (1,3 – 2,3)		1,3 (0,9 – 1,9)	
Nos últimos 12 meses, você deixou de atender por falta de insumos ou instrumentais?				
Sim	1	0,001*	1	0,01*
Não	2,0 (1,4 – 2,8)		1,7 (1,1 – 2,5)	
Imunização dos profissionais do CEO				
A equipe tomou todas as vacinas	1,6 (1,2 – 2,1)	0,002*	1,5 (1,1 – 2,0)	0,009*
A equipe tomou algumas/nenhuma vacina	1		1	

Fonte: Elaboração própria.

Nota: *Se p-valor <0,05 as variáveis influenciam no desempenho do CEO.

DISCUSSÃO

Este estudo foi de âmbito nacional, a partir de dados do 1o Ciclo do AE-PMAQ/CEO-2014, importante programa de avaliação, em momento oportuno, ou seja, após 10 anos de implantação do Brasil Sorridente e dos CEO, contribuindo ao fortalecimento da evidência tanto aos estudos de avaliação em saúde bucal, especificamente sobre o tema relações e condições de

trabalho e cumprimento de metas, quanto à contribuição de informações válidas que poderão contribuir a tomada de decisão para esta política.

As diferenças se fazem evidentes visto que apesar da grande expansão da implantação de CEO no Brasil, principalmente no Nordeste^{49,50}, parece que o número de profissionais não acompanhou essa expansão, com uma maior densidade de profissionais por habitantes na região Sul. Este fato talvez pudesse ser explicado pela distribuição desigual de especialistas no território nacional, visto que há concentração de especialistas no Sudeste e Sul do país⁵, muito embora não haja obrigatoriedade da atuação de especialistas no CEO em detrimento à oferta das especialidades.

Porém a presença de profissionais deve ser considerada recurso importante à oferta de serviços e procedimentos executados, e conseqüentemente no cumprimento de metas, visto que a literatura aponta uma relação entre quantidade de profissionais no SUS e a quantidade de procedimentos odontológicos especializados²³. Ressalta-se que no período estudado, o Nordeste obteve o pior desempenho do cumprimento de metas, a semelhança de estudos anteriores^{25,29}.

Diante dos resultados observa-se que ter o vínculo protegido, ingressar por concurso público, ter plano de carreira, oferta de educação permanente pela gestão municipal e ter gerente atuando exclusivamente na função favoreceu ao melhor cumprimento das metas. Por outro lado, há relatos da ausência de associação entre forma de contratação e capacitação para o trabalho e o cumprimento de metas em CEO³⁹.

Em uma análise dos editais disponíveis para cirurgiões-dentistas ingressarem em CEO, observou-se que o principal mecanismo de ingresso foi o concurso público. A contratação via concurso proporciona estabilidade ao profissional, por não estar atrelado a possíveis mudanças políticas e garantir os direitos trabalhistas e previdenciários, apesar de editais de concursos apresentar baixos salários, variações de remuneração e de jornada de trabalho que podem resultar em desestímulo para o profissional¹⁷.

Nesse sentido, é importante ressaltar que os resultados aqui apresentados indicam que o ingresso por concurso público favorece o melhor cumprimento de metas nos CEO. Todavia, apesar dessa importante relação, estudos apontam vínculos sem garantia de proteção trabalhista para cirurgiões-dentistas em outros estados do país como Bahia^{51,52}, Minas Gerais⁵³, Pernambuco⁵⁴, Paraná⁵⁵ e Rio Grande do Sul⁵⁶, fragilizando a oferta do cuidado aos usuários.

Tal fato torna-se importante, pois se esta questão reflete no desempenho dos serviços, em um cenário atual de redução no financiamento da PNSB, com um caráter político restritivo, a queda nos indicadores dos serviços odontológicos podem levar a repercussões negativas que

terão impactos importantes no mercado de trabalho odontológico, visto que o 63% dos cirurgiões-dentistas do país atuam no SUS⁵⁷.

Estabelecimentos que indicaram a oferta de ações de educação permanente pelo município parecem cumprir mais as metas de procedimentos. Apesar da importância da Educação Permanente para qualificação dos profissionais, a literatura evidencia a baixa presença dessas ações para cirurgiões-dentistas tanto na APS⁵⁸ quanto na atenção secundária⁵⁹. Como alternativa para promover as mudanças desejadas, é necessário investir principalmente na qualificação do acesso e na formação profissional e na efetivação dos programas de educação tais como o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e o Telessaúde⁶⁰.

Uma boa estrutura não implica necessariamente em um bom processo ou bom resultado, então os padrões de qualidade ligados ao processo merecem maior importância à intervenção do que aqueles vinculados a disponibilidade de recursos – estrutura^{23,25,61}, onde neste estudo, ficou evidenciado que a maioria das condições de trabalho investigados não esteve relacionada ao cumprimento de metas, com exceção para a falta de insumos ou instrumentos, o funcionamento adequado dos equipamentos e imunização dos profissionais. Contudo, não se faz a defesa do não investimento em recursos, pois se indica que é necessária a garantia do adequado funcionamento e manutenção dos estabelecimentos de saúde.

Na análise dos padrões de qualidade investigados foi possível observar através da regressão maior chance de alcançar desempenho na classificação ótima os estabelecimentos que apresentavam gerente atuando exclusivamente na sua função, equipamentos funcionando adequadamente, garantia de insumos e instrumentais e os profissionais imunizados. O melhor desempenho na presença do gerente atuando exclusivamente na função pode ser explicado pela maior disponibilidade para atuar na organização do processo de trabalho visto que a literatura aponta maior realização de planejamento no serviço quando comparado aos CEO que não tem gerente ou que o mesmo acumula função clínica e de gestão⁶¹.

O risco ocupacional faz parte do cotidiano de profissionais de saúde além do medo do adoecimento ou sua concretização, podendo interferir diretamente no seu desempenho e na sua qualidade de vida⁶². Nesse sentido, a imunização torna-se importante como proteção ao profissional e também aos usuários, visto que além de segura e eficiente, está disponível no SUS. A literatura é escassa quanto à imunização de profissionais em relação às vacinas investigadas neste estudo, apontando mais levantamentos para Hepatite B, onde boa parte dos cirurgiões-dentistas, do público e do privado, relataram estar vacinados⁶³⁻⁶⁵, ao contrário dos achados deste estudo que apontam pouco mais da metade dos profissionais. Dentre os fatores que constituem barreiras para a vacinação entre trabalhadores da saúde estão: receio quanto aos

efeitos colaterais, falta de percepção do risco de infecção, pressão no trabalho, dificuldades de acesso, custos da vacina⁶⁶ e ausência de informação^{65,66}.

Os principais limites que poderiam ser levantados para este estudo seriam o uso de dados secundários, que têm possibilidade de estes apresentarem falha de registro. Na etapa de avaliação normativa do 1o ciclo do PMAQ-CEO, realizou-se a do cumprimento da norma para a produção ambulatorial dos meses de julho, agosto e setembro de 2013. Para esses meses, a produção apresentou-se acima dos demais. Visando minimizar essa diferença, utilizou-se a média anual desta produção ambulatorial para o ano de 2014. Outra limitação apontada é a temporalidade dos dados, em função da dinâmica organizacional dos serviços, onde devido a uma rotatividade dos trabalhadores, o panorama identificado no período investigado pode não refletir a dinâmica atual.

Apesar das limitações apresenta-se um panorama nacional das relações e condições de trabalho dos cirurgiões-dentistas inseridos na atenção secundária por meio da Política Nacional de Saúde Bucal, suas implicações com o cumprimento de metas, permitindo juízo de valor sobre a situação analisada e com evidência para tomada de decisão às mudanças necessárias.

Os dados oriundos da AE/PMAQ-CEO reforçam a importância da continuidade de avaliações institucionais de forma a fomentar a cultura avaliativa na gestão e nos serviços de saúde. Além disso, fortalece-se a evidência diante da garantia da estabilidade profissional com a construção de planos de carreira como mecanismo de garantia de bom desempenho dos CEO. Outros estudos podem ser conduzidos acerca desses padrões de qualidade envolvendo questões como diferenças regionais e contextuais dos municípios com aprofundamento às análises estatísticas multivariadas, além de estudos com componentes qualitativos.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa permitiu identificar um panorama das relações e condições de trabalho na atenção especializada em saúde bucal do Brasil. Após 10 anos da implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, pode-se observar que, apesar de importantes avanços em termos de expansão, a ausência de diretrizes envolvendo a força de trabalho é capaz de influenciar na oferta dos procedimentos nos serviços.

Em conclusão, mostrou-se que a garantia de relações de trabalho nos CEO parece ter um efeito positivo no cumprimento de metas normativas. Assim, investir em planos de carreira e garantia de profissional atuando exclusivamente na gestão do CEO apontam para melhor desempenho destes estabelecimentos. Por outro lado, foi observada pouca relação das

condições de trabalho investigadas, onde apenas a garantia de insumos, instrumentais e equipamentos e imunização dos profissionais apresentou maior chance de um bom desempenho pelos CEO.

Os resultados aqui apresentados têm influência do caráter transitório da dinâmica dos vínculos de trabalho no setor público. A realidade que o país nos apresenta na atualidade, de perda de direitos e retrocessos em garantias trabalhistas antes consolidadas, desenha um prognóstico sombrio.

REFERÊNCIAS

1. McPake, B., Maeda, A., Araújo, E. C., Lemiere, C., El Maghraby, A., & Cometto, G. (2013). Why do health labour market forces matter?. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 841-846. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.118794>
2. Martinez, J., & Martineau, T. (1998). Rethinking human resources: an agenda for the millennium. *Health policy and Planning*, 13(4), 345-358. <https://doi.org/10.1093/heapol/13.4.345>
3. Arias, E. H. L., Vitalino, H. A., Machado, M. H., Aguiar Filho, W., & Cruz, L. A. M. (2006). Gestão do Trabalho no SUS. *Cadernos RH Saúde*, 3(1), 119-124.
4. Dussault, G., & Dubois, C. A. (2003). Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human resources for health*, 1(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-1-1>
5. Morita, M. C., Haddad, A. E., & Araujo, M. E. (2010). *Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro*. Maringá, PR: Dental Press International.
6. Pierantoni, C. R., França, T., Garcia, A. C., Santos, M. R. D., Varella, T. C., & Matsumoto, K. S. (2012). *Gestão do trabalho e da educação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH.
7. World Health Organization (WHO) (2008). *The Kampala declaration and agenda for global action: Health workers for all and all for health workers*. Geneva: WHO.
8. World Health Organization (WHO) (2011). *From Kampala to Bangkok: Reviewing Progress, Renewing Commitments*. Geneva: WHO.
9. World Health Organization (WHO) (2013). *The Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage*. Geneva: WHO.

10. World Health Organization (WHO) (2017). *Dublin Declaration on Human Resources for Health: Building the Health Workforce of the Future*. Geneva: WHO.
11. Portela, G. Z., Fehn, A. C., Ungerer, R. L. S., & Poz, M. R. D. (2017). Human resources for health: global crisis and international cooperation. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7), 2237-2246. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02702017>
12. Jaana, M., Vartak, S., & Ward, M. M. (2014). Evidence-based health care management: what is the research evidence available for health care managers?. *Evaluation & the health professions*, 37(3), 314-334. <https://doi.org/10.1177/0163278713511325>
13. Gabriel, M., Cayetano, M. H., Galante, M. L., Carrer, F. C., Dussault, G., & Araujo, M. E. (2018). A Global overview of the geographical distribution of dentists: a scoping review. *JDR Clinical & Translational Research*, 3(3), 229-237. <https://doi.org/10.1177/2380084418774316>
14. Poz, M. R. D., Pierantoni, C. R., & Girardi, S. N. (2013). Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (Ed.), *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde* (187-233). Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.
15. Girardi, S. N., & Carvalho, C. L. (2007). Trends in Labor Contracting in The Family Health Program in Brazil: A Telephone Survey. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 48(2), 271-88.
16. Oliveira, R. S., Morais, H. M. M., Goes, P. S. A., Botazzo, C., & Magalhães, B. G. (2015). Analysis of contractual relations and profile of dentists at dental specialty centers of low and high performance in Brazil. *Saúde e Sociedade*, 24(3), 792-802. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015128285>
17. Gabriel, M., Cayetano, M. H., Chagas, M. M., Araujo, M. E., Dussault, G., Pucca Junior, G. A., & Almeida, F. C. S. (2020). Admission of dentist in Brazilian Universal Health System (SUS): a priority agenda for the strengthening of Smiling Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(3), 859-868. Epub March 06, 2020. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020253.14532018>
18. Cruz, D. N.; Chaves, S. C. L.; Cangussu, M. C. T. A utilização dos serviços odontológicos: elementos teóricos e conceituais. In: Chaves, S. C. L. (Ed.). *Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática* (203-225). Salvador: EDUFBA.

19. Brazil (2004). *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde.
20. Cayetano, M. H., de Almeida Carrer, F. C., Gabriel, M., Martins, F. C., & Pucca Jr, G. A. (2019). Brazilian national oral health policy (Smiling Brazil): A rescue of history, learning and future. *Universitas Odontologica*, 38(80). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.pnsb>
21. Figueiredo, N., Goes, P. S. A., Martelli, P. J. L., Luvison, I. R., Werneck, M. A. F., Ribeiro, M. A. B. Araujo, M. E., Padilha, W. W. N., & de Lucena, E. H. G. (2018). Theoretical and Methodological Aspects of the External Evaluation of the Improvement, Access and Quality of Centers for Dental Specialties Program. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 18(1), 3433. <http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2018.181.60>
22. Fernandes, E. S. P., Goes, P. S. A., & Figueiredo, N. (2018). Evaluation of Specialized Oral Health Procedures Performed in Brazil in the Period from 2008 to 2012. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 18(1), 3358. <http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2018.181.36>
23. Figueiredo, N., & Goes, P. S. A. (2009). Development of secondary dental care: a study on specialized dental clinics in Pernambuco State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(2), 259-267. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200004>
24. Chaves, S. C. L., Cruz, D. N., Barros, S. G., & Figueiredo, A. L. (2011). Assessing the supply and use of secondary care in specialized dental clinics in Bahia State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(1), 143-154. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100015>
25. Goes, P. S. A., Figueiredo, N., Neves, J. C., Silveira, F. M. M., Costa, J. F. R., Pucca Júnior, G. A., & Rosales, M. S. (2012). Evaluation of secondary care in oral health: a study of specialty clinics in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(Suppl.), s81-s89. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300009> .
26. Magalhães, B. G., Oliveira, R. S., Gaspar, G. D. S., Figueiredo, N., & Goes, P. S. A. (2012). Evaluating the Fulfillment of Secondary Attention in oral health care. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 12(1), 107-112. <http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2012.121.17>
27. Herkrath, F. J., Herkrath, A. P. C. Q., Costa, L. N. B. S., & Gonçalves, M. J. F. (2013). Performance of Specialized Dental Care Centers considering the sociodemographic

- context of municipalities of the Amazonas State (Brazil, 2009). *Saúde em Debate*, 37(96), 148-158. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000100017>
28. Celeste, R. K., Moura, F. R. R., Santos, C. P., & Tovo, M. F. (2014). Analysis of outpatient care in Brazilian municipalities with and without specialized dental clinics, 2010. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(3), 511-521. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00011913>
 29. Cortellazzi, K. L., Balbino, E. C., Guerra, L. M., Vazquez, F. L., Bulgareli, J. V., Ambrosano, G. M. B., Pereira, A. C., & Mialhe, F. L. (2014). Variables associated with the performance of Centers for Dental Specialties in Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 17(4), 978-988. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400040015>
 30. Lino, P. A., Werneck, M. A. F., Lucas, S. D., & Abreu, M. H. N. G. (2014). Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(9), 3879-3888. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014199.12192013>
 31. Andrade, E. M., Oliveira, M. C. S., Rosas, J. F., & Dantas, A. B. O. (2015). Análise crítica dos indicadores de monitoramento do CEO-R Juazeiro do Norte X Modelo de gestão consorcial. Brasília: VIII Congresso do Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração.
 32. Laroque, M. B.; Fassa, A. C. G.; & Castilhos, E. D. (2015). Evaluation of Secondary Dental Health Care at the Dental Specialties Centre, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, 2012-2013. Evaluation of Secondary Dental Health Care at the Dental Specialties Center, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, 2012-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(3), 421-430. <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300008>
 33. Machado, F. C. A., Silva, J. V., & Ferreira, M. A. F. (2015). Factors related to the performance of Specialized Dental Care Centers. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(4), 1149-1163. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00532014>
 34. Possamai, T., Pilger, C., Lentsck, M. H., & Mestriner Junior, W. (2015). Effectiveness and performance evaluation of the Dental Specialties Center in Laranjeiras do Sul, Paraná, Brazil. *Revista de APS*, 18(3), 266 – 272.
 35. Santana, D. A., Santos, L. P. S., Carvalho, F. S., & Carvalho, C. A. P. (2015). Performance of Dental Care Specialties Centers of a Region Health from Bahia. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23(3), 261-267. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400030122>
 36. Freitas, C. H. S. D. M.; Lemos, G. A.; Pessoa, T. R. R. F.; Araujo, M. F. D., & Forte, F. D. S. (2016). Attention to oral health: evaluation of the dental specialty centers in

- Paraíba. *Saúde em Debate*, 40(108), 131-143. <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080011>
37. Pires, A., Gruendemann, J., Figueiredo, G., Conde, M., Corrêa, M., & Chisini, L. (2016). Atenção secundária em saúde bucal no Rio Grande do Sul: análise descritiva da produção especializada em municípios com Centros de Especialidades Odontológicas com base no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde. *Revista Da Faculdade De Odontologia - UPF*, 20(3). <https://doi.org/10.5335/rfo.v20i3.5407>
38. Thomaz, E. B., Sousa, G. M., Queiroz, R. C., & Coimbra, L. C. (2016). Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25(4), 807-818. <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000400014>
39. Reis De Moura, F. R., Tovo, M. F., & Celeste, R. K. (2017). Cumprimento de metas dos Centros de Especialidades Odontológicas da Região Sul do Brasil. *Revista de Salud Publica (Bogota)*, 19(1), 86-93.
40. Gonçalves, J. R. S. N., Ditterich, R. G., Gonçalves, R. N., Gavina, V. P., Silva, R. O. C., Graziani, G. F., & Kusma, S. Z. (2018). Performance of Dental Care Specialties Centers of the 2nd Health Regional from Paraná. *Cadernos Saúde Coletiva*, 26(4), 432-438. 2018. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201800040429>
41. San Martin, A., Conde, K., Morales, L., Corrêa, M., Conde, M., & Chisini, L. (2018). Produção especializada no SUS em capitais brasileiras com centros de especialidades odontológicas: uma análise descritiva. *Revista Da Faculdade De Odontologia - UPF*, 23(2). <https://doi.org/10.5335/rfo.v23i2.8245>
42. Rios, L. R. F., & Colussi, C. F. (2019). Avaliação normativa dos Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2014. *Saúde em Debate*, 43(120), 122-136. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912009>
43. Cunha, M. A., Vettore, M. V., Santos, T., Matta-Machado, A. T., Lucas, S. D., & Abreu, M. (2020). The Role of Organizational Factors and Human Resources in the Provision of Dental Prosthesis in Primary Dental Care in Brazil. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1646. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051646>
44. Essvein, G., Baumgarten, A., Rech, R. S., Hilgert, J. B., & Neves, M. (2019). Dental care for early childhood in Brazil: from the public policy to evidence. *Revista de Saúde Pública*, 53(15). <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000540>.

45. Chaves, S. C. L., Almeida, A. M. F. L., Reis, C. S., Rossi, T. R. A., & Barros, S. G. (2018). Oral Health Policy in Brazil: transformations in the period 2015-2017. *Saúde em Debate*, 42(spe2), 76-91. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s206>
46. Morais, H. M., & Oliveira, R. S. (2012). O trabalho em saúde e os desafios para o SUS. In Goes, P. S. A. & Moyses, S. J. (Eds). *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal* (93-101). São Paulo: Artes Médicas.
47. Brazil. (2015). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Manual Instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas. Brasília: Ministério da Saúde.
48. Brazil. (2011). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União. Brasília.
49. Chaves, S. C. L., Rossi, T. R. A., & Freire, A. M. (2016). Implementação de serviços públicos odontológicos especializados no Brasil. In Chaves, S. C. L. (Ed.). *Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática* (227-253). Salvador: EDUFBA.
50. Estery, L., Cericato, G. O., Rigo, L., Rode, S. M., Lima, I. F.P., & Paranhos, L.R. (2017). Implementation of dental specialty centers: a descriptive analysis of the current status in the Brazilian territory. *Anais da Academia Brasileira de Ciências*, 89(4), 2843-2850. <https://doi.org/10.1590/0001-3765201720160834>
51. Bleicher, L. (2016). *O dentista e o seu trabalho: entre a autonomia e o assalariamento precário*. Curitiba: Appris.
52. Rossi, T. R. A., & Chaves, S. C. L. (2017). Considerations about the work process in the implementation of Dental Specialty Centers in the local context. *Saúde e Debate*, 41(spe3), 188-201. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s314>
53. Mattos, G. C. M., Ferreira, E. F., Leite, I. C. G., & Greco, R. M. (2014) The inclusion of the oral health team in the Brazilian Family Health Strategy: barriers, advances and challenges. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 373-382. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.21652012>
54. Martelli, P. J. L., Macedo, C. L. S. V., Medeiros, K. R., Silva, S. F., Cabral, A. P. S., Pimentel, F. C., & Monteiro, I. S. (2010). Surgeon dentist's profile inserted in the Strategy of Family Health in cities in the state of Pernambuco, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Suppl. 2), 3243-3248. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000800029>

55. Eberhardt, L. D., Carvalho, M., & Murofuse, N. T. (2015). Employment bonds in the health sector: the precariousness scenery at the Western macro-region of Paraná (BR). *Saúde em Debate*, 39(104), 18-29. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040432>
56. Lenzi, T. L., Rocha, R. D. O., Dotto, P. P., & Raggio, D. P. C. (2010). Profile of the dentists members of the Family Health Program in a City South of Brazil. *Journal of the Health Sciences Institute*, 28(2):121-4.
57. Cascaes, A. M., Dotto, L., & Bomfim, R. A. (2018). Trends in the dental surgeon workforce in Brazil 2007-2014: a time series study using data from the National Registry of Health Services. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27(1), e201723615. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000100015>
58. Rocha, E. C. A., & Araújo, M. A. D. (2009). Working conditions of oral health teams in the Family Health Program: the case of North Health District in Natal, RN, Brazil. *Revista de Administração Pública*, 43(2), 481-517. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122009000200010>
59. Frichembruder, K., Hugo, F., & Hilgert, J. (2017). Profile and perception of professionals of Dental Specialty Centers in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. *Revista Da Faculdade De Odontologia - UPF*, 22(1). <https://doi.org/10.5335/rfo.v22i1.7109>
60. Santos, C. M., Bulgarelli, P. T., Frichembruder, K., Colvara, B. C., & Hugo, F. N. (2018a). Avaliação da qualidade de aprendizagem no ambiente virtual (Moodle) em saúde bucal, na perspectiva dos discentes. *Revista da ABENO*, 18(1), 116–123. <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v18i1.433>
61. Santos, L. X.; Almeida, D. R. D. S.; Silva, J. D. S.; Rizental, Â. C. M. F., Goes, P. S. A., & Figueiredo, N. (2018b). A Web-Based Tool for Monitoring and Evaluating Health Care Services: An Analysis of Centers for Dental Specialties Webpage. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 18(1), e3385. <http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2018.181.59>
62. Lucena, E. H. G., Lucena, C. D. R. X., Goes, P. S. A., & Sousa, M. F. (2019). Conditions associated with activity planning in dental specialty centers. *Univ. odontol*; 38(80): 1-27. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.caap>
63. Noronha, M. S. M. (2013). Occupational risks and pathologies in dental surgeons from the Center for Dental Specialties. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF*, 18(3), 316-320. <http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v18i3.3574>

64. Garbin, C. A. S., Vanzo, K. L. T., Moimaz, S. A. S., Garbin, A. J. I., & Chiba, F. Y. (2019). Vaccination coverage and immunity against hepatitis B in public health dentists. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 52, e20180534. <https://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0534-2018>
65. Paiva, E. M. M., Tiplle, A. F. V., Silva, E. P., & Cardoso, D. D. P. (2008). Serological markers and risk factors related to hepatitis B virus in dentists in the Central West region of Brazil. *Brazilian Journal of Microbiology*, 39(2), 251-256. <https://dx.doi.org/10.1590/S1517-83822008000200010>
66. Ferreira, R. C., Guimarães, A. L. S., Pereira, R. D., Andrade, R. M., Xavier, R. P., & Martins, A. M. E. B. L. (2012). Vacinação contra hepatite B e fatores associados entre cirurgiões-dentistas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(2), 315-323. <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200009>
67. Martins, A. M. E. B. L., Costa, F. M. C., Ferreira, R. C., Santos-Neto, P. E., Magalhães, T. A., Sá, M. A. B., & Pordeus, I. A. (2015). Factors associated with immunization against Hepatitis B among workers of the Family Health Strategy Program. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 84-92. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680112p>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa permitiu identificar um panorama das relações e condições de trabalho na atenção especializada em Saúde Bucal do Brasil. Após 10 anos da implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, pode-se observar que apesar de importantes avanços em termos de expansão, a ausência de diretrizes envolvendo a força de trabalho pode influenciar na oferta dos procedimentos nos serviços.

Os achados deste estudo reforçam a evidência que indica uma baixa produtividade ambulatorial nos CEO do Brasil. A hipótese levantada e corroborada foi que as relações de trabalho influenciam no cumprimento dessas metas. Todavia, ao contrário do que esperava-se encontrar, as condições de trabalho parecem não influenciar nesse cumprimento de meta. Acredita-se que os padrões de qualidade disponíveis para se investigar as condições de trabalho também podem ter influenciado nesses resultados.

Contudo, os resultados reforçam a necessidade de políticas de fomento à estabilidade de vínculos e carreira no setor público, além de ações de educação permanente. Além de demonstrar a importância de avaliações institucionais contando diversos atores.

Reforça-se que os resultados aqui apresentados têm influência do caráter transitório da dinâmica dos vínculos de trabalho no setor público. A realidade que o país nos apresenta na atualidade, de perda de direitos e retrocessos em garantias trabalhistas antes consolidadas, desenha um prognóstico sombrio.

Ademais, indica-se que os dados produzidos no estudo não se esgotam na publicação apresentada, havendo a possibilidade de estudos envolvendo variáveis contextuais e estruturais dos estabelecimentos, além de análises multivariadas.

REFERÊNCIAS

ACEVEDO, G. *et al.* Condiciones de trabajo del equipo de salud en centros de atención primaria desde la perspectiva de trabajo decente. **Revista Argentina de Salud Pública**, v. 3, n. 12, p. 15-22, 2012.

ALVES, J. D. S.; ASSIS, M. M. A. Gestão do trabalho: abordagens teóricas e políticas no contexto do sistema único de saúde SUS. **Rev. baiana saúde pública**, v. 35, supl.1, p. 55-67, jan./jun. 2011.

ANDRADE, E. M. *et al.* Análise crítica dos indicadores de monitoramento do CEO-R Juazeiro do Norte X Modelo de gestão consorcial. In: VIII Congresso do Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração. Brasília, 2015.

ANTUNES, R. **O privilégio da servidão: O novo proletariado de serviço na era digital**. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2018. 325 p.

ARIAS, E. H. L. *et al.* Gestão do Trabalho no SUS. In: BRASIL (Org.). **Cadernos RH Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v.3, n. 1, 2006.

ASSIS, L. N.; PAIM, J. S.; SOARES, C. L. M. Políticas de saúde bucal no período pós-constituente: Governos FHC e Lula. In: CHAVES, S. C. L. (Org.). **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: EDUFBA, 2016. p.117-136.

BARALDI, S. *et al.* Globalização e seus impactos na vulnerabilidade e flexibilização das relações do trabalho em saúde. **Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro**, v. 6, n. 3, p. 539-548, 2008.

BLEICHER, L. **O dentista e o seu trabalho: entre a autonomia e o assalariamento precário**. 1 ed. Curitiba: Appris, 2016. 299 p.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. In: (Org.). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Lei no. 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. In: (Org.). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1990. 998015141

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1444, de 28 de junho de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. In: (Org.). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. Seção 1, p. 85, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. In: (Org.). **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. In: (Org.). **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)** 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. In: (Org.). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. In: (Org.). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. v. 143, n. 58, mar 2006. Seção 1, p.51-52, 2006b.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. In: (Org.). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1464, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas(CEO). In: (Org.). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. Seção 1, n. 121, 27 jun. 2011, p. 112, 2011b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. . In: (Org.). **Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. p.45 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. In: (Org.). **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Manual Instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. In: (Org.). **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Lei complementar nº 164, de 18 de dezembro de 2018. Acrescenta §§ 5º e 6º ao art. 23 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), para vedar a aplicação de sanções a Município que ultrapasse o limite para a despesa total com pessoal nos casos de queda de receita que especifica. In: (Org.). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2018.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Saúde para Debate**, n. 44, p. 13-24, 2009.

CASCAES, A. M.; DOTTO, L.; BOMFIM, R. A. Tendências da força de trabalho de cirurgiões-dentistas no Brasil, no período de 2007 a 2014: estudo de séries temporais com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Epidemiol Serv Saude**, v. 27, n. 1, p. e201723615, Mar 5 2018. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29513857>>.

CASTILLO-LABORDE, C. Human Resources for health and the burden of disease: an econometric approach. In: PIERANTONI, C. R.; POZ, M. R. D.; FRANÇA, T. (Org.). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2011. p.291-317.

CAYETANO, Maristela Honório; CARRER, Fernanda Campos de Almeida; GABRIEL, Mariana; *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): Um resgate da história, aprendizados e futuro*. **Universitas Odontologica**, v. 38, n. 80, 2019. Disponível em: <<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/25629>>.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CELESTE, R. K. *et al.* Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem centros de especialidades odontológicas no Brasil em 2010. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 30, n. 3, p. 511-521, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). Quantidade Geral de Cirurgiões-Dentistas Especialistas. 2019. Disponível em: <
<http://cfo.org.br/website/estatisticas/quantidade-geral-de-cirurgioes-dentistas-especialistas/>
Acesso em: 28 de agosto de 2019. >.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A Apreciação Normativa. In: BROUSSELLE, A. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editoria Fiocruz, 2011. p.77-94.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. **Saúde debate, Rio de Janeiro**, v. 42, n. spe2, out. 2018.

CHAVES, S. C. L.; ROSSI, T. R. A.; FREIRE, A. M. Implementação de serviços públicos odontológicos especializados no Brasil. In: CHAVES, S. C. L. (Org.). **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: EDUFBA, 2016. p.227-253.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 27, n. 1, p. 143-154, jan, 2011.

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

COHEN, L. *et al.* Dentistry in crisis: time to change. La Cascada declaration. **Australian dental journal**, v. 62, n. 3, p. 258-260, 2017.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.29-47.

CORTELLAZZI, K. L. *et al.* Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. **Rev. bras. epidemiol., São Paulo**, v. 17, n. 4, out./dez. 2014.

COSTA, D. S.; ROCHA, M. P. O Cirurgião-Dentista e o Mercado de Trabalho no Brasil: Uma Revisão Sistemática da Literatura. **Id on Line Rev Mult Psic**, v. 11, n. 38, p. 102-114, 2017.

COUTINHO, M. L.; ALMEIDA, B. G. A tutoria e os desafios da formação de pessoal na área de gestão do trabalho e educação na saúde: a face pedagógica do Sistema Único de Saúde. In: CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; OLIVEIRA, N. H. S. (Org.). **As trilhas e os desafios da gestão do trabalho e da educação na saúde**. Natal, RN: Una, 2016. p.195-215.

CRUZ, D. N.; CHAVES, S. C. L.; CANGUSSU, M. C. T. A utilização dos serviços odontológicos: elementos teóricos e conceituais. In: CHAVES, S. C. L. (Org.). **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: EDUFBA, 2016. p.203-225.

DEDECCA, C. S.; TROVÃO, C. J. B. M. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 18, n. 6, p. 1555-1567, jun. 2013.

DESSLER, G. **Human resource management**. 15 ed. Pearson, 2017.

DRUCK, G. Unrestrained outsourcing in Brazil: more precarization and health risks for workers. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 6, 2016.

DRUMOND JÚNIOR, M. Análise de Dados Secundários nos Serviços de Saúde. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. (Org.). **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p.115-123.

DUSSAULT, G. Pesquisa em Recursos Humanos em Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. Esp.2, p. 1-2, 2015.

DUSSAULT, G.; DUBOIS, C. A. Human resources for health policies: a critical component in health policies. **Human resources for health**, v. 1, n. 1, p. 1, 2003.

EBERHARDT, L. D.; CARVALHO, M.; MUROFUSE, N. T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 18-29, 2015.

ESTERY, L. *et al.* Implementation of dental specialty centers: a descriptive analysis of the current status in the Brazilian territory. **Anais da Academia Brasileira de Ciências**, v. 89, n. 4, p. 2843-2850, 2017.

FELISBERTO, E.; ALMEIDA, C. K.; BEZERRA, L. C. A. Institucionalização da Avaliação. In: SAMICO, I. *et al.* (Org.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p.143-160.

FERNANDES, E. S. P.; GOES, P. S. A.; FIGUEIREDO, N. Evaluation of Specialized Oral Health Procedures Performed in Brazil in the Period from 2008 to 2012. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 18, n. 1, 2018.

FERREIRA, R. C. *et al.* Vacinação contra hepatite B e fatores associados entre cirurgiões-dentistas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, p. 315-323, 2012.

FERNANDES, E. S. P.; GOES, P. S. A.; FIGUEIREDO, N. Evaluation of Specialized Oral Health Procedures Performed in Brazil in the Period from 2008 to 2012. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 18, n. 1, 2018.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 259-267, fev 2009.

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

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. In: SAMICO, I. *et al.* (Org.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. cap. 1, p.1-13.

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

FREITAS, C. H. S. M. *et al.* Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 131-143, 2016.

FRICHEMBRUDER, K.; HUGO, F. N.; HILGERT, J. B. Perfil e percepção de profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas do Rio Grande do Sul. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 22, n. 1, 2017.

GABRIEL, M. *et al.* A Global overview of the geographical distribution of dentists: a scoping review. **DR Clinical & Translational Research**, v. 3, n. 3, p. 229-237, 2018.

GABRIEL, M. *et al.* Mecanismos de ingresso de dentistas no SUS: uma agenda prioritária para o fortalecimento do Brasil Sorridente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 859–868, 2020.

GARBIN, C. A. S. *et al.* Vaccination coverage and immunity against hepatitis B in public health dentists. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop., Uberaba**, v. 52, e20180534, jun. 27 2019.

GIRADI, S. N.; CARVALHO, C. L. Trends In Labor Contracting In The Family Health Program In Brazil: A Telephone Survey. **Cahiers de sociologie et de demographie medicales**, v. 48, n. 2, p. 271-88, 2008.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego no programa de saúde da família no Brasil. In: BRASIL (Org.). **Observatório de recursos humanos ou saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.157-190.

GOES, P. S. A. *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 28, suppl., 2012.

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

GOMES, W. S.; BEZERRA, A. F. B. Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Reflexões à luz da teoria anti-utilitarista. In: MARTINS, P. H. *et al.* (Org.). **Produtivismo na saúde: desafios do SUS na invenção da gestão democrática**. Recife: Editora da Universidade Federal de Pernambuco, 2014. p.81-97.

GONÇALVES, J. R. S. N. *et al.* Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 432-438, 2018.

HERKRATH, F. J. *et al.* Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. **Saúde debate [online]**, v. 37, n. 96, p. 148-158, 2013.

JAANA, M.; VARTAK, S.; WARD, M. M. Evidence-Based Health Care Management: What Is the Research Evidence Available for Health Care Managers? **Evaluation & the Health Professions**, v. 37, n. 3, p. 314–334, 2014.

LAROQUE, M. B.; FASSA, A. C. G.; CASTILHOS, E. D. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal do Centro de Especialidades Odontológicas de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 421-430, 2015.

LENZI, T. L. *et al.* Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em um município do Sul do Brasil. **J Health Sci Inst.**, v. 28, n. 2, p. 121-124, 2010.

LINO, P. A. *et al.* Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 19, n. 9, p. 3879-3888, 2014.

LOPEZ, F.; GUEDES, E. Uma análise multidimensional da burocracia pública brasileira em duas décadas (1995-2016). In: IPEA (Org.). **Atlas do Estado Brasileiro 2018**. Brasil, 2018.

LÓPEZ, G. N. Metodología y Métricas de Recursos humanos en Salud para américa latina y el Caribe. In: PIERANTONI, C. R.; POZ, M. R. D.; FRANÇA, T. (Org.). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2011. p.255-267.

LUCENA, E. H. G. *et al.* Condições associadas a atividade de planejamento nos centros de especialidades odontológicas. **Universitas Odontológica**, v. 38, n. 80, p. 1-27, 2019.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. **Cadernos RH Saúde**, v. 3, n. 1, p. 12-26, mar 2006.

MACHADO, M. H. Trabalho e emprego em saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p.p. 259-278.

MACHADO, F. C.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. A. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Cien Saude Colet**, v. 20, n. 4, p. 1149-63, Apr 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25923626>>.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Gestão, Trabalho e Educação em Saúde: perspectivas teórico-metodológicas. In: BAPTISTA, T. W. F.; AZEVEDO, C. S.; MACHADO, C. V. (Org.). **Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p.p. 294-321.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, jun 2018.

- MAGALHÃES, B. G. *et al.* Avaliação do Cumprimento de Atenção Secundária em Saúde Bucal. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa**, v. 12, n. 1, p. 107-112, jan./mar. 2012.
- MANASSERO, F. B.; BAVARESCO, C. S. Inserção do Cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família: Revisão de Literatura. **Rev. APS**, v. 19, n. 2, p. 286-291, 2016.
- MARCH, C. A contra-reforma do Estado Brasileiro e seus efeitos no trabalho em saúde nos serviços públicos. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 175-186, 2011.
- MARTELLI, P. J. D. L. *et al.* Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 15, supl. 2, p. 3243-3248, out. 2010.
- MARTINEZ, J.; MARTINAU, T. Rethinking human resources: an agenda for the millennium. **Health policy and Planning**, v. 13, n. 4, p. 345-358, 1998.
- MARTINS, A. M. E. B. L. *et al.* Fatores associados à imunização contra Hepatite B entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 1, p. 84-92, 2015.
- MARX, K. **O Capital: Crítica da economia política**. Livro I: O processo de produção do capital. Trad. Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013. p. 270-301.
- MATTOS, G. C. M. *et al.* A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 19, n. 2, p. 373-382, fev. 2014.
- MCPAKE, B. *et al.* Why do health labour market forces matter? **Bull World Health Organ**, v. 91, p. 841-846, 2013.
- MEDEIROS, K. R. D. *et al.* Lei de Responsabilidade Fiscal e as despesas com pessoal da saúde: uma análise da condição dos municípios brasileiros no período de 2004 a 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1759-1769, jun 2017.
- MENDES, T. M. C. Avanços e Desafios da Saúde do Trabalhador no Brasil. In: CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; OLIVEIRA, N. H. S. (Org.). **As trilhas e os desafios da gestão do trabalho e da educação na saúde**. Natal, RN: Una, 2016. p.107-128.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Condições de trabalho e qualidade de vida de cirurgiões-dentistas no Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência Plural**, v. 1, n. 2, p. 68-78, 2015.

MORAIS, H. M.; OLIVEIRA, R. S. O trabalho em saúde e os desafios para o SUS. In: GOES, P. S. A.; MOYSES, S. J. (Org.). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012. cap. 7, p.93-101.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E.; ARAUJO, M. E. **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. 1 ed. Maringá: Dental Press International, 2010. 96 p.

NARVAI, P. C. Por uma carreira interfederativa, única e nacional do SUS – artigo de Paulo Capel Narvai. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opinio/por-uma-carreira-interfederativa-unica-e-nacional-do-sus/31184/>>. Acesso em: 28 de agosto de 2019., 2017.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Avaliação da Atenção à Saúde Bucal. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. (Org.). **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p.185-200.

NERUDA, P. **Canto Geral**. 2ª ed. São Paulo: DIFEL Difusão Editorial S.A., 1979. p. 214.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: BARROS, A. F. R. (Org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. v. 2**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.81-103.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 1186-1200, 2013.

NORONHA, M. S. M.. Riscos ocupacionais e patologias em cirurgiões-dentistas de centro de especialidades odontológicas. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 18, n. 3, 2013.

OLIVEIRA, R. S.; MORAIS, H. M. M. Flexibilização dos Vínculos de Trabalho na Atenção Secundária: Limites da Política Nacional de Saúde Bucal. **Trabalho, Educação e Saúde (Impresso)**, v. 19, p. 119, 2016.

OLIVEIRA, R. S.; MORAIS, H. M. M.; GOES, P. S. A. A prática odontológica ontem e hoje: origens e desenvolvimento da assistência odontológica no Brasil. In: KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J.; MOYSES, S. T. (Org.). **Gestão da Prática em Saúde Bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2014. Ca0p1. 1, p.13-24.

OLIVEIRA, R. S. D. *et al.* Relações contratuais e perfil dos cirurgiões-dentistas em centros de especialidades odontológicas de baixo e alto desempenho no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 792-802, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata. I Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde.** 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **The Kampala declaration and agenda for global action.** First Global Forum on Human Resources for Health, 2008. 24 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **The Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage.** Third Global Forum on Human Resources for Health, 2013. 4 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Global strategy on human resources for health: workforce 2030.** Geneva: WHO Document Production Services, 2016. 64 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Dublin Declaration on Human Resources for Health: Building the Health Workforce of the Future.** Fourth Global Forum on Human Resources for Health, 2017. 7 p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** 1948.

PAIM, J. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994. 62 p.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 356 p.

PAIVA, E. M. M. D. *et al.* Serological markers and risk factors related to hepatitis B virus in dentists in the Central West region of Brazil. **Braz. J. Microbiol., São Paulo**, v. 39, n. 2, p. 251-256, jun. 2008.

PIERANTONI, C. L. R.; VARELLA, C. T.; FRANÇA, T. Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em Saúde: da Teoria à Prática. In: BARROS, A. F. R. (Org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Estudos e Análises.** Volume 2. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.51-70.

PIERANTONI, C. L. R. *et al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.

PIERANTONI, C. R. *et al.* **Gestão do trabalho e da educação em saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2012. 156 p.

PIERANTONI, C. R.; GARCIA, A. C. P. Human resources for health and decentralization policy in the Brazilian health system. **Human Resources for Health**, v. 9, n. 12, 2011.

PIRES, A. L. C. *et al.* Atenção secundária em saúde bucal no Rio Grande do Sul: análise descritiva da produção especializada em municípios com Centros de Especialidades Odontológicas com base no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 20, n. 3, 2016.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Rev. bras. enferm.**, v. 53, n. 2, p. 251-263, jun. 2000.

PORTELA, G. Z. *et al.* Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2237-2246, 2017.

PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S. (Org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p.259-269.

POSSAMAI, T. *et al.* Ações secundárias em Saúde Bucal: Análise do Centro de Especialidades Odontológicas de um município do interior do Paraná, Brasil. **Revista de APS**, v. 18, n. 3, 2015.

POZ, M. R. D.; PIERANTONI, C. R.; GIRARDI, S. N. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: FIOCRUZ (Org.). **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v.3, 2013. p.187-233.

PRADERE, G. Sistemas de Información en Recursos Humanos y Capacidad Regulatoria del Estado en los Sistemas de Salud. In: PIERANTONI, C. R.; POZ, M. R. D.; FRANÇA, T. (Org.). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2011. p.39-53.

RAMOS, A. L. P.; SETA, M. H. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 35, n. 4, e00089118, 2019.

REIS DE MOURA, F. R.; TOVO, M. F.; CELESTE, R. K. Cumprimento de metas dos Centros de Especialidades Odontológicas da Região Sul do Brasil. **Rev Salud Publica (Bogota)**, v. 19, n. 1, p. 86-93, Jan-Feb 2017. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30137160>>.

REIS, A. A. C. *et al.* Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1045-1054, 2017.

RIOS, L. R. F.; COLUSSI, C. F. Avaliação normativa dos Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2014. **Saúde debate, Rio de Janeiro**, v. 43, n. 120, jan./mar. 2019.

ROCHA, E. C. A. J.; ARAÚJO, M. A. D. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. **Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro**, v. 43, n. 2, p. 481-517, mar./abr. 2009.

ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C.; BARBOSA, A. C. Q. Avaliação do desempenho na Estratégia de Saúde da Família no Brasil: a utilização dos princípios ordenadores para a constituição de métricas. In: PIERANTONI, C. R.; POZ, M. R. D.; FRANÇA, T. (Org.). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2011. p.217-230.

ROSSI, T. R. A. **Produção Social das Políticas de Saúde Bucal no Brasil**. Salvador: EDUFBA, 2018. 223 p.

ROSSI, T. R. A.; CHAVES, S. C. L. Processo de trabalho em saúde na implementação da atenção especializada em saúde bucal no nível local. **Saúde e Debate, Rio de Janeiro**, v. 41, n. spe3, p. 188-201, set. 2017.

SAMPAIO, A. T. L. Formação e Educação Permanente em Saúde: desafios pedagógicos para um modelo de atenção integral no Brasil. In: CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; OLIVEIRA, N. H. S. (Org.). **As trilhas e os desafios da gestão do trabalho e da educação na saúde**. Natal, RN: Una, 2016. p.149-177.

SAN MARTIN, A. S. *et al.* Produção especializada no SUS em capitais brasileiras com centros de especialidades odontológicas: uma análise descritiva. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 23, n. 2, 2018.

SANTANA, D. A. *et al.* Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 261-267, 2015.

SANTINI, S. M. L. *et al.* Dos 'Recursos Humanos' à Gestão do Trabalho: Uma Análise da Literatura Sobre o Trabalho no SUS. **Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro**, v. 15, n. 2, p. 537-559, aug. 2017.

SANTOS, C. M. *et al.* Avaliação da qualidade de aprendizagem no ambiente virtual (Moodle) em saúde bucal, na perspectiva dos discentes. **Revista da ABENO**. Vol. 18, n. 1 (jan./mar. 2018), p. 116-123, 2018a.

SANTOS, L. X. *et al.* A Web-Based Tool for Monitoring and Evaluating Health Care Services: An Analysis of Centers for Dental Specialties Webpage. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 18, n. 1, e3385, 2018b.

SANTOS NETO, E. T. *et al.* Perfil dos cirurgiões-dentistas e a formação de técnicos em saúde bucal na Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cad. Saúde colet., Rio de Janeiro**, v. 20, n. 1, 2012.

SCALCO, S. V.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 603-614, 2010.

SEIDL, H. *et al.* Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. esp., p. 94-108, out. 2014.

SILVA, E. V. M.; SILVA, S. F. O desafio da gestão municipal em relação à contratação da força de trabalho em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro**, n. 40, p. 7-12, jun 2007.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p. 80-91, 1994.

SOARES, F. F.; CHAVES, S. C. L.; CANGUSSU, M. C. T. Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 31, n. 3, 2015.

THOMAZ, E. B. *et al.* Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. **Epidemiol Serv Saude**, v. 25, n. 4, p. 807-818, Oct-Dec 2016. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27869974> >.

VIANNA, M. I.; PAIM, J. S. Estado e atenção à saúde bucal no Brasil no período pré-constituente. In: CHAVES, S. C. L. (Org.). **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: EDUFBA, 2016. p.79-115.

VIEIRA, S. P. *et al.* Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. **Saúde e Debate**, v. 41, n. 112, p. 110-121, Jan-Mar 2017.

WATT, R. G. *et al.* Ending the neglect of global oral health: time for radical action. **The Lancet**, v. 394, n. 10194, p. 261-272, jul 2019.

ANEXO A - MÓDULO I

Módulo I – Observação no CEO

- Neste módulo, o avaliador da qualidade deverá ser acompanhado por um profissional do CEO que conheça a estrutura, equipamentos, materiais e insumos do estabelecimento.

I.1 Identificação geral	
I.1.1	Instituição principal:
I.1.2	Número do supervisor:
I.1.3	Número do entrevistador:

I.2 Identificação do CEO		
II.2.1	CNES e Nome Fantasia do CEO:	
II.2.3	Coordenadas GPS: (Por favor, capture as coordenadas na tela anterior por meio do botão com ícone de satélite)	Latitude: Longitude:
II.2.4	Estado: (identificação automática)	
II.2.5	Município: (identificação automática)	
II.2.6	Endereço:	
II.2.7	Telefone (DDD) + 8 dígitos:	() ____ - ____ () Não se aplica
II.2.8	E-mail Institucional:	

I.3 Identificação do tipo e profissionais do CEO				
I.3.1	Qual o tipo de CEO? Carregar essa informação com base no CNES		Centro de Especialidades Odontológicas - Tipo I	
			Centro de Especialidades Odontológicas - Tipo II	
			Centro de Especialidades Odontológicas - Tipo III	
I.3.2	Quantidade de cadeiras odontológicas no CEO:		___ cadeiras	
I.3.3	Este CEO tem abrangência:		Municipal – é referência somente para o município	
			Regional – é referência para mais de um município	
I.3.4	Quantidade e carga horária semanal dos cirurgiões dentistas que atuam nas especialidades mínimas (soma da carga horária dos profissionais nas respectivas especialidades):	Qtd	Carga h (semanal)	Especialidade
				Cirurgia Oral
				Endodontia
				Estomatologia
				Pacientes com necessidades especiais
I.3.5	Quantidade e carga horária semanal dos cirurgiões dentistas que atuam em outra(s) especialidade(s) (soma da carga horária dos	Qtd	Carga h (semanal)	Especialidade
				Implantodontia
				Odontopediatria

	profissionais nas respectivas especialidades):			Ortodontia/ Ortopedia
				Dentística especializada
				Clínico Protesista
				Radiologia
				Outra(s)
I.3.6	Quantidade de profissionais de nível médio que atuam no CEO e carga horária total (soma da carga horária dos profissionais na respectiva formação):	Qtd	Carga h (semanal)	Especialidade
				Técnico em saúde bucal
				Auxiliar em saúde bucal
				Técnico de prótese dentária
I.3.7	O CEO está localizado dentro da Universidade/Faculdade? <i>Se NÃO, passar para o Bloco I.4.</i>			Sim
				Não
I.3.8	Quem realiza o atendimento clínico no CEO? Pode ser marcado mais de uma opção			Cirurgiões-dentistas (Professores)
				Cirurgiões-dentistas (Contratados)
				Alunos da graduação
				Alunos da Pós-graduação

I.4	Adequação visual do CEO			
	Verificar a adequação visual de acordo com as especificações do Manual de Aplicações da Marca Brasil Sorridente, Capítulo 5 "Aplicações Centro de Especialidades Odontológicas" (disponível em www.saude.gov.br/bucal => Menu: Publicações).			
I.4.1	O CEO possui placa de identificação para fachada, em conformidade com o Manual de Aplicação da Marca Brasil Sorridente?		Sim	Não
I.4.2	O CEO possui placa de identificação para recepção, em conformidade com o Manual de Aplicação da Marca Brasil Sorridente?		Sim	Não
I.4.3	O CEO possui placa de identificação em todos os consultórios, em conformidade com o Manual de Aplicação da Marca Brasil Sorridente?		Sim	Não
I.4.4	O CEO possui placa de inauguração, em conformidade com o Manual de Aplicação da Marca Brasil Sorridente?		Sim	Não
I.4.5	O CEO possui móvel para sinalização do Brasil Sorridente, em conformidade com o Manual de Aplicação da Marca Brasil Sorridente?		Sim	Não
I.4.6	Todos os profissionais do CEO (CD, ASB e TSB) utilizam jaleco em atendimento, em conformidade com o Manual de Aplicação da Marca Brasil Sorridente?		Sim	Não

I.5	Acessibilidade no estabelecimento de saúde			
I.5.1	Nas dependências do CEO existe:	Sim	Não	Corredores adaptados para cadeira de rodas
		Sim	Não	Portas adaptadas para passar cadeira de rodas
		Sim	Não	Cadeira de rodas, em condições de uso, disponível para deslocamento do usuário

I.6	Sinalização das ações e identificação dos profissionais			
I.6.1	No CEO há divulgação para os usuários:	Sim	Não	Do horário de funcionamento do CEO
		Sim	Não	Quadro de especialidades ofertadas no CEO com a escala dos profissionais com nome e horários de trabalho
		Sim	Não	O telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde
I.6.2	Todos os profissionais do CEO estão com crachás de identificação?		Sim	Não

I.7		Horário de funcionamento do CEO		
I.7.1	Quais os turnos de atendimento do CEO?	Sim	Não	Manhã
		Sim	Não	Tarde
		Sim	Não	Noite
I.7.2	O CEO funciona quais dias da semana?	Sim	Não	Segunda-feira
		Sim	Não	Terça-feira
		Sim	Não	Quarta-feira
		Sim	Não	Quinta-feira
		Sim	Não	Sexta-feira
		Sim	Não	Sábado
		Sim	Não	Domingo
I.7.3	Nos dias em que o CEO está funcionando:	Em que horário inicia?		<input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> 30 min
		Em que horário encerra?		<input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> 30 min
		Não há horário fixo de funcionamento		
I.7.4	Este CEO funciona no horário do almoço (12h às 14h)?			Sim Não

I.8		Características do CEO		
I.8.1	O imóvel onde o CEO está localizado é:			Próprio
				Alugado
				Outro:
I.8.2	Sobre as características estruturais e ambiência do CEO, observe se:	Sim	Não	A sala de espera está em boas condições de limpeza, possui lugares suficientes para os usuários aguardarem e dispõe de boa ventilação ou climatização
		Sim	Não	O piso e as paredes do CEO são de superfícies lisas e laváveis
		Sim	Não	A acústica do CEO evita ruídos do ambiente externo e interno, incluindo compressor
		Sim	Não	Os consultórios do CEO possuem ar-condicionado.
		Sim	Não	Os consultórios do CEO possuem ventilador
		Sim	Não	Os consultórios odontológicos estão em boas condições uso, de limpeza e apresentam uma boa iluminação (natural ou artificial).
		Sim	Não	Os banheiros estão em boas condições de uso e de limpeza
I.8.3	A esterilização de material é realizada no próprio CEO?			Sim Não

I.9		Infraestrutura do CEO	
I.9.1	Almoxarifado	Sim	Não
I.9.2	Banheiro para funcionários	Sim	Não
I.9.3	Banheiro para usuários (adaptado com vaso mais baixo, acessórios com pia, dispensador para sabonete e papel em nível mais baixo, barras de apoio, portas com abertura para fora e área que permita manobra de cadeira de rodas)	Sim	Não
I.9.4	Casa de compressor externa	Sim	Não
I.9.5	Copa/cozinha	Sim	Não
I.9.6	Depósito de Material de Limpeza (DML)	Sim	Não
I.9.7	Escovódromo	Sim	Não
I.9.8	Expurgo	Sim	Não
I.9.9	Laboratório de prótese	Sim	Não
I.9.10	Local para depósito de lixo comum	Sim	Não
I.9.11	Recepção	Sim	Não
I.9.12	Sala de espera	Sim	Não
I.9.12/1	Se SIM, qual a capacidade instalada da sala de espera para pessoas sentadas?	1 a 5 Pessoas	
		5 a 10 Pessoas	
		10 a 20 Pessoas	

			Mais de 20 pessoas
I.9.13	Sala de esterilização	Sim	Não
I.9.14	Sala de lavagem/descontaminação (sala de utilidades)	Sim	Não
I.9.15	Sala de observação	Sim	Não
I.9.16	Sala exclusiva de Radiologia	Sim	Não
I.9.17	Sala de reunião	Sim	Não

I.10 Reforma, ampliação e reparos do CEO			
I.10.1	Qual a metragem de área construída do CEO?		m ²
I.10.2	O CEO está em processo de reforma?		Sim Não
I.10.3	O CEO possui área para ampliação?		Sim Não
I.10.3/1	Existe documento que comprove? Documento para verificação: planta da unidade ou documento com a metragem da unidade e do terreno assinado pelo engenheiro ou arquiteto do município, relatado que há espaço para ampliação.		Sim Não
I.10.4	O CEO está necessitando reparo?		Sim Não
I.10.5	O CEO está atuando em unidade provisória? <i>Se NÃO, passar para o Bloco I.11</i>	Sim Não	
I.10.6	Há quanto tempo o CEO está na unidade provisória?		Menos de um mês Entre 1- 6 meses Entre 7 meses e 1 ano Mais de 1 ano

I.11 Equipamentos de tecnologia da informação no CEO			
I.11.1	Computador em condição de uso?	Sim	Não
I.11.2	Câmera (<i>web cam</i>) em condição de uso?	Sim	Não
I.11.3	Caixa de som para computador em condição de uso?	Sim	Não
I.11.4	Estabilizador em condição de uso?	Sim	Não
I.11.5	Impressora em condição de uso?	Sim	Não
I.11.6	Microfone para computador em condição de uso?	Sim	Não
I.11.7	Televisão em condição de uso?	Sim	Não
I.11.8	A Equipe do CEO tem acesso à internet?	Sim	Não
I.11.9	Os consultórios têm computador conectado à internet?	Sim	Não

I.12 Equipamentos e periféricos						
I.12.1	Há contrato vigente de manutenção para os equipamentos e periféricos?				Sim	Não
I.12.2	Amalgamador	Quantos?		I.12.2/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.3	Aparelho de Profilaxia com Jato de Bicarbonato	Quantos?		I.12.3/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.4	Aparelho de RX Panorâmico	Quantos?		I.12.4/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.5	Aparelho de RX Odontológico	Quantos?		I.12.5/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.6	Aparelho de sedação por Óxido Nitroso	Quantos?		I.12.6/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.7	Autoclave	Quantos?		I.12.7/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.8	Avental de chumbo com protetor de tireóide	Quantos?		I.12.8/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.9	Balão de oxigênio	Quantos?		I.12.9/1	Quantos estão em condições de uso?	

I.12.10	Bomba à vácuo	Quantos?		I.12.10/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.11	Cadeira odontológica completa (Equipo, Unidade Auxiliar e Refletor)	Quantos?		I.12.11/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.12	Caixa de revelação (câmara escura)	Quantos?		I.12.12/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.13	Caneta de alta rotação	Quantos?		I.12.13/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.14	Caneta de baixa rotação	Quantos?		I.12.14/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.15	Compressor Odontológico	Quantos?		I.12.15/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.16	Contenção para PNE	Quantos?		I.12.16/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.17	Destilador de água	Quantos?		I.12.17/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.18	Esfigmomanômetro	Quantos?		I.12.18/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.19	Estetoscópio	Quantos?		I.12.19/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.20	Estufa	Quantos?		I.12.20/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.21	Fotopolimerizador	Quantos?		I.12.21/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.22	Geladeira/Frigobar (exclusivo para armazenamento de material odontológico)	Quantos?		I.12.22/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.23	Glicosímetro	Quantos?		I.12.23/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.24	Instrumento Rotatório para Endodontia	Quantos?		I.12.24/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.25	Laser de baixa potência	Quantos?		I.12.25/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.26	Localizador Apical para Endodontia	Quantos?		I.12.26/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.27	Microondas para confecção da prótese dentária	Quantos?		I.12.27/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.28	Mocho odontológico	Quantos?		I.12.28/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.29	Motor Cirúrgico	Quantos?		I.12.29/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.30	Negatoscópio	Quantos?		I.12.30/1	Quantos estão em condições de uso?	
I.12.31	Seladora	Quantos?		I.12.31/1	Quantos estão em condições de uso?	

I.13		Insumos Odontológicos		
I.13.1	Abaixador de língua	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.2	Ácido fosfórico a 37%	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.3	Agente de união fotopolimerizável	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.4	Água destilada	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não

I.13.5	Agulha gengival descartável	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.6	Álcool etílico a 70%	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.7	Amálgama (cápsulas)	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.8	Amálgama (material para preparo – limalha e mercúrio)	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.9	Anestésico odontológico com vasoconstritor	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.10	Anestésico odontológico sem vasoconstritor	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.11	Anestésico tópico	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.12	Arco para isolamento absoluto	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.13	Brocas cirúrgicas	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.14	Brocas para prótese	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.15	Campos para a mesa auxiliar, refletor, mangueiras, paciente (fenestrado e não fenestrado).	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.16	Cimento de Hidróxido de Cálcio	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.17	Cimento endodôntico para obturação	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.18	Clorexidina, digluconato 0,2%	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.19	Clorexidina, digluconato 2% - solução degermante	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.20	Clorexidina, gluconato 0,12%	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.21	Cone de guta percha	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.22	Cone de papel absorvente	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.23	Cunhas interdentais	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.24	Detergente para mãos	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.25	EPI – luvas, óculos, máscaras, aventais, toucas	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.26	Espaçador digital	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.27	Esparrapado/fita micropore	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.28	Fio de sutura com agulha montada	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.29	Fixador para Radiografia	Em uso?	Sim	Não

		No estoque?	Sim	Não
I.13.30	Fluorfosfato gel	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.31	Gaze	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.32	Grampos para endodontia	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.33	Ionômero de vidro para restauração	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.34	Lençol de borracha	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.35	Limas endodônticas	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.36	Luvas cirúrgicas	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.37	Material de acabamento e polimento de restaurações	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.38	Papel grau cirúrgico	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.39	Papel toalha	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.40	Paramonocresolcanforado (PMCC)	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.41	Película periapical adulto	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.42	Película periapical infantil	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.43	Película radiográfica oclusal	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.44	Pó de Hidróxido de Cálcio	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.45	Pontas diamantadas	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.46	Recipientes duros para descarte de perfurocortantes	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.47	Resina Acrílica	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.48	Resinas fotopolimerizáveis	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.49	Revelador de radiografia	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.50	Roletes de Algodão	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.51	Solução de Dakin (0,5% de hipoclorito)	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.52	Solução de Labaraque (2,5% de hipoclorito)	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.53	Solução de Milton (1% de hipoclorito)	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não

I.13.54	Solução de Soda Clorada (5% de hipoclorito)	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.55	Soro fisiológico	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.56	Sugador cirúrgico	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.57	Sugador descartável	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.58	Tiras de aço e de acabamento para resina	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.59	Tiras de poliéster	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.13.60	Tricresolformalina	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não

I.14		Instrumentais Odontológicos	
Verificar no CEO a existência e disponibilidade dos instrumentais listados abaixo			
I.14.1	Afastador Minesotta	Sim	
		Não	
I.14.2	Alavancas	Sim	
		Não	
I.14.3	Alveolótomos	Sim	
		Não	
I.14.4	Aplicador para cimento Hidróxido de Cálcio	Sim	
		Não	
I.14.5	Bandeja para instrumental	Sim	
		Não	
I.14.6	Bisturi de Kirkland	Sim	
		Não	
I.14.7	Brunidor Nº 29	Sim	
		Não	
I.14.8	Brunidor Nº 33	Sim	
		Não	
I.14.9	Bisturi de Orban	Sim	
		Não	
I.14.10	Cabo de espelho plano	Sim	
		Não	
I.14.11	Cabo para bisturi	Sim	
		Não	
I.14.12	Calçadores	Sim	
		Não	
I.14.13	Cânula de aspiração	Sim	
		Não	
I.14.14	Cuba metálica pequena	Sim	
		Não	
I.14.15	Curetas Columbia (1 R-L, 2 R-L, 3 R-L, 4 R-L)	Sim	
		Não	
I.14.16	Curetas de Gracey (nº 5/6; 7/8; 11/12; 13/14)	Sim	
		Não	

I.14.17	Curetas de Lucas	Sim
		Não
I.14.18	Descolorador de periosteio	Sim
		Não
I.14.19	Escavadores de dentina	Sim
		Não
I.14.20	Esculpidores	Sim
		Não
I.14.21	Espátula de cera nº 7 (ou similar)	Sim
		Não
I.14.22	Espátula dupla para cimento nº 72	Sim
		Não
I.14.23	Espátulas metálicas nº 24 (flexível)	Sim
		Não
I.14.24	Espátula para cimento nº 1	Sim
		Não
I.14.25	Espelho grande para orientação ao paciente	Sim
		Não
I.14.26	Espelhos clínicos	Sim
		Não
I.14.27	Fórceps adulto	Sim
		Não
I.14.28	Fórceps infantil	Sim
		Não
I.14.29	Frasco para biópsia (coletor universal)	Sim
		Não
I.14.30	Fresa de metal (para desgaste de acrílico)	Sim
		Não
I.14.31	Gengivótomo	Sim
		Não
I.14.32	Jogo de abridores de boca "bite-block" (adulto e infantil)	Sim
		Não
I.14.33	Jogo de cinzéis	Sim
		Não
I.14.34	Jogo de micro-cinzel para osso Oschenbien	Sim
		Não
I.14.35	Lâminas de bisturi nº 12	Sim
		Não
I.14.36	Lâminas de bisturi nº 15	Sim
		Não
I.14.37	Limas para osso	Sim
		Não
I.14.38	Limas periodontais	Sim
		Não
I.14.39	Material para polimento do acrílico: (discos de feltro, mandril)	Sim
		Não
I.14.40	Pedra de afiar (tipo Arkansas)	Sim
		Não
I.14.41	Perfurador de lençol de borracha	Sim

			Não
I.14.42	Pinça Allis		Sim
			Não
I.14.43	Pinça anatômica		Sim
			Não
I.14.44	Pinça Backaus		Sim
			Não
I.14.45	Pinça clínica		Sim
			Não
I.14.46	Pinça micro-dente de rato		Sim
			Não
I.14.47	Pinça Mosquito		Sim
			Não
I.14.48	Pinça porta-grampos		Sim
			Não
I.14.49	Placas de vidro		Sim
			Não
I.14.50	Porta-agulhas		Sim
			Não
I.14.51	Porta matriz		Sim
			Não
I.14.52	Punch (4, 5 e 6 mm)		Sim
			Não
I.14.53	Seringa Luer ou Seringa Plástica Descartável (5)		Sim
			Não
I.14.54	Régua milimetrada		Sim
			Não
I.14.55	Seringa Carpule		Sim
			Não
I.14.56	Seringa para irrigação		Sim
			Não
I.14.57	Sindesmótomo		Sim
			Não
I.14.58	Sondas exploradoras (exploradores)		Sim
			Não
I.14.59	Sondas periodontais		Sim
			Não
I.14.60	Tesouras cirúrgicas		Sim
			Não
I.14.61	Tesoura ponta curva ou reta		Sim
			Não

I.15	Material impresso para atenção à saúde bucal			
Verificar no CEO a existência e disponibilidade dos materiais impressos listados abaixo.				
I.15.1	Ficha clínica odontológica (Prontuário Clínico)	Em uso?	Sim	Não
	Avaliador levar modelo	No estoque?	Sim	Não
I.15.2	Atestado / Atestado de comparecimento	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.15.3	Receituário comum e controlado	Em uso?	Sim	Não

		No estoque?	Sim	Não
I.15.4	Boletim de produção ambulatorial consolidado (BPA-C)	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.15.5	Boletim de produção ambulatorial individualizado (BPA-I)	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.15.6	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC)	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.15.7	Relação de medicamentos disponíveis na Relação Municipal de Medicamentos	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.15.8	Fichas de requisição e encaminhamento para tomadas radiográficas	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.15.9	Ficha de requisição e resultado de exame anatomopatológico Avaliador levar modelo	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não
I.15.10	Ficha de encaminhamento de referência e contrarreferência Avaliador levar modelo	Em uso?	Sim	Não
		No estoque?	Sim	Não

Obrigado pela participação!

ANEXO B - MÓDULO II

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

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

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

II.1.8	O(a) senhor(a) possui ata de reunião assinada pela gestão Municipal/Estadual/Distrito Federal e pela própria Equipe do CEO?		Sim
			Não
II.1.8/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não

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

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

			Prótese Dentária – Não se aplica
			Prótese Dentária - Apenas Graduação em Odontologia
			Prótese Dentária - Atualização / Aperfeiçoamento
			Prótese Dentária - Especialização/Mestrado/Doutorado
			Radiologia – Não se aplica
			Radiologia - Apenas Graduação em Odontologia
			Radiologia - Atualização / Aperfeiçoamento
			Radiologia - Especialização/Mestrado/Doutorado

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

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

	gratificação, prêmio financeiro por desempenho?		Sim, apenas o Gerente do CEO
			Sim, apenas os cirurgiões dentistas
			Sim, apenas os auxiliares/técnicos em saúde bucal
			Não

II.6		Planejamento e ações da gestão para organização do processo de trabalho do CEO		
II.6.1	Nos últimos 12 meses, foi realizada alguma atividade de planejamento das ações do CEO? <i>Se NÃO, passar para a questão II.6.5.</i>		Sim Não	
II.6.1/1	Existe documento que comprove?		Sim Não	
II.6.2	O CEO recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho? <i>Se NÃO, passar para a questão II.6.5.</i>		Sim Não	
II.6.3	Quem realiza o apoio? <i>O entrevistador deverá ler as opções.</i>		Coordenador Municipal/Estadual de Saúde Bucal	
			Apoiador institucional	
			Profissionais da vigilância em saúde	
			Outros profissionais da gestão	
			Outro(s)	
II.6.4	Quais os recursos utilizados para a realização do planejamento? <i>O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.</i>	Sim	Não	Painel informativo
		Sim	Não	Informativos epidemiológicos
		Sim	Não	Sala de situação
		Sim	Não	Relatórios e consolidados mensais do SIA
II.6.4/1	Existe documento que comprove?		Sim Não	
II.6.5	É realizado o monitoramento e análises das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO?		Sim Não	
II.6.5/1	Existe documento que comprove?		Sim Não	
II.6.6	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela Equipe do CEO nos últimos seis meses? <i>Se NÃO, passar para o Bloco II.7.</i>		Sim Não	
II.6.7	Qual o instrumento/fonte utilizada?		AMAQ-CEO	
			Instrumento desenvolvido pelo município/Equipe	
			Instrumento desenvolvido pelo Estado	
			Outro(s)	
II.6.7/1	Existe documento que comprove?		Sim Não	
II.6.8	Os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da Equipe do CEO?		Sim Não	

II.7		Apoio matricial	
II.7.1	A Equipe do CEO necessita de apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos? <i>Se NÃO, passar para a questão II.7.4.</i>		Sim
			Não
II.7.2	Em qual área necessita com mais frequência?		Periodontia
			Endodontia

	<i>Poderá registrar as duas áreas que mais necessitam.</i>			Prótese Dentária
				Estomatologia
				Cirurgia BMF
				Radiologia
				Odontopediatria
				Atendimento a Pessoas com Necessidades Especiais
				Outras especialidades odontológicas
II.7.3	A Equipe do CEO recebe apoio de outros profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos?			Sim
				Não
II.7.4	A Equipe do CEO realiza o matriciamento ou ações de apoio para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica na resolução de casos considerados complexos? <i>Se NÃO, passar para o Bloco II.8.</i>			Sim
				Não
II.7.5	Qual a frequência que a Equipe do CEO fornece o apoio para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica? <i>O entrevistador deverá ler as opções.</i>			Semanal
				Quinzenal
				Mensal
				Trimestral
				Semestral
				Sem periodicidade definida
II.7.6	Quais ações os profissionais do CEO realizam junto às Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica? <i>O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.</i>	Sim	Não	Discussão de casos clínicos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores
		Sim	Não	Ações clínicas compartilhadas com os profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica
		Sim	Não	Capacitação com os profissionais da atenção básica para a detecção do câncer de boca
		Sim	Não	Construção conjunta de projetos terapêuticos com os profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica
		Sim	Não	Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica
		Sim	Não	Construção e discussão de protocolos clínicos
		Sim	Não	Padrões critérios para referência por especialidade
		Sim	Não	Realizam visitas com os profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, quando solicitados.
II.8 Organização dos prontuários				
II.8.1	O CEO utiliza prontuário clínico? <i>Se NÃO, passar para o Bloco II.9.</i>			Sim
				Não
II.8.2	Se Sim, este prontuário é:			Único para todas as especialidades
				Específico para cada especialidade
				Algumas especialidades possuem o seu próprio prontuário.
II.8.2/1	Existe documento que comprove?			Sim
				Não
II.8.3	Onde estão arquivados os prontuários dos usuários do CEO?			Nos consultórios
				Na recepção
				Almoxarifado
				Outro
II.8.4	Existe prontuário eletrônico implantado? <i>Se NÃO, passar para o Bloco II.9.</i>			Sim
				Não
II.8.5	O prontuário eletrônico está integrado com os			Sim

	outros pontos da rede de atenção?		Não
II.9 Caracterização da demanda e Organização da agenda			
II.9.1	O acesso ao CEO se dá por meio da demanda:		Espontânea Referenciada Mista (Espontânea e Referenciada)
II.9.2	Quais as ações desencadeadas a partir do atendimento realizado a demanda espontânea: <i>O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.</i>		Marca usuário na agenda do CEO Orienta e encaminha o usuário para a unidade básica de saúde de referência Nenhuma ação específica, apenas nega o atendimento. Outro(s)
II.9.3	O CEO tem conhecimento prévio dos usuários que passarão em consulta no serviço?		Não. Sim, através listagem recebida da regulação Sim, através listagem recebida das UBS Sim, a lista de espera está no CEO Sim, outro
II.9.4	O CEO sabe qual o percentual de absenteísmo no serviço, em média, no mês?		Sim. Quanto(%)? Não sabe
II.9.4/ 1	Existe documento que comprove?		Sim Não
II.9.5	Qual especialidade apresenta maior percentual de absenteísmo dos usuários? Elencar os 3 primeiros		Cirurgia Oral Endodontia Pacientes com necessidades especiais Periodontia Estomatologia Radiologia Ortodontia/ortopedia Implantodontia Odontopediatria
II.9.6	O que é feito para diminuir o absenteísmo dos usuários no CEO?		Nenhuma ação específica O CEO entra em contato previamente com o usuário para confirmar a data e a presença do mesmo à consulta. Trabalha com "Overbook" - O CEO agenda mais do que a quantidade de vagas disponíveis no serviço. Outro. Qual?
II.10 O CEO na Rede de Atenção à Saúde			
II.10.1	Qual(is) é (são) a(s) forma(s) possível(is) de agendar a consulta no CEO? <i>O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.</i>		A consulta é marcada pela Unidade Básica de Saúde A consulta é marcada pelo próprio paciente junto à central de marcação de consultas especializadas O paciente recebe uma ficha de encaminhamento/referência na Unidade Básica de Saúde e dirige-se ao CEO Não há um percurso definido Outra:
II.10.2	Qual critério utilizado pela Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica para o encaminhamento do usuário para o CEO?		Por ordem de chegada Estratificação de risco Prioridade de programas

				Não sabe/Não respondeu
II.10.3	Existem cotas pré-definidas por Equipe de Saúde Bucal para o encaminhamento dos usuários para o CEO?	Sim	Não	Cirurgia Oral
		Sim	Não	Endodontia
		Sim	Não	Pacientes com necessidades especiais
		Sim	Não	Periodontia
		Sim	Não	Estomatologia
		Sim	Não	Radiologia
		Sim	Não	Ortodontia/ortopedia
		Sim	Não	Implantodontia
		Sim	Não	Prótese dentária
		Sim	Não	Odontopediatria
II.10.4	O CEO recebe o usuário referenciado da Unidade Básica de Saúde com o termo, por escrito ou por meio eletrônico, com a descrição do caso, critérios clínicos definidos e tratamentos clínicos prévios realizados?	Sim	Não	Cirurgia Oral
		Sim	Não	Endodontia
		Sim	Não	Pacientes com necessidades especiais
		Sim	Não	Periodontia
		Sim	Não	Estomatologia
		Sim	Não	Radiologia
		Sim	Não	Ortodontia/ortopedia
		Sim	Não	Implantodontia
		Sim	Não	Prótese dentária
		Sim	Não	Odontopediatria
II.10.4/1	Existe documento que comprove?			Sim
				Não
II.10.5	Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da Atenção Básica aos CEO para as seguintes especialidades?	Sim	Não	Cirurgia Oral
		Sim	Não	Endodontia
		Sim	Não	Pacientes com necessidades especiais
		Sim	Não	Periodontia
		Sim	Não	Estomatologia
		Sim	Não	Radiologia
		Sim	Não	Ortodontia/ortopedia
		Sim	Não	Implantodontia
		Sim	Não	Prótese dentária
		Sim	Não	Odontopediatria
II.10.5/1	Existe documento que comprove?			Sim
				Não
II.10.6	Qual a forma que é realizada a contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica?			Através de ficha específica
				Através de sistema informatizado
				Através do prontuário eletrônico
				Nenhuma ação específica
II.10.6/1	Existe documento que comprove?			Sim
				Não
II.10.7	Com que frequência os profissionais do CEO entram em contato com profissionais de Hospitais para trocar informações sobre os pacientes encaminhados para a assistência hospitalar?			Sempre
				Algumas vezes
				Nunca
II.10.8	Com que frequência os profissionais do CEO entram em contato com os profissionais de atenção básica para trocar informações sobre os pacientes encaminhados pela atenção básica?			Sempre
				Algumas vezes
				Nunca
II.10.9	Há uma lista de contato no CEO com profissionais da rede SUS, com telefones e/ou e-mails?			Sim
				Não

II.10.9/1	Existe documento que comprove?	Sim	
		Não	
II.10.10	Quando há necessidade de anestesia geral ou sedação a nível hospitalar, existe referência definida e pactuada, relacionada à atenção em ambiente hospitalar? <i>Se NÃO passar para o Bloco II.11.</i>	Sim	Não
II.10.11	Como se organiza a oferta das vagas de encaminhamento para a atenção em ambiente hospitalar?	Sistema de cotas	
		Sem número limitado	
		Outros	
II.10.12	Existe demanda reprimida para atendimento a nível hospitalar destes pacientes especiais?	Sim	Não
II.10.13	Média mensal de pacientes especiais encaminhados para o nível hospitalar:	1-4	
		5-8	
		Mais de 8	
II.11 Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento no CEO			
II.11.1	Cirurgia oral	___ dias	Não sabe/não respondeu.
II.11.2	Endodontia	___ dias	Não sabe/não respondeu.
II.11.3	Estomatologia	___ dias	Não sabe/não respondeu.
II.11.4	Implantodontia	___ dias	Não sabe/não respondeu.
		Não se aplica	
II.11.5	Odontopediatria	___ dias	Não sabe/não respondeu.
		Não se aplica	
II.11.6	Ortodontia/Ortopedia	___ dias	Não sabe/não respondeu.
		Não se aplica	
II.11.7	Periodontia	___ dias	Não sabe/não respondeu.
II.11.8	Pessoas com necessidades especiais	___ dias	Não sabe/não respondeu.
II.11.9	Prótese Dentária	___ dias	Não sabe/não respondeu.
		Não se aplica	
II.11.10	Radiologia	___ dias	Não sabe/não respondeu.
		Não se aplica	
II.12 Biópsia e encaminhamento para análise anátomohistopatológica			
II.12.1	O CEO realiza biópsia? <i>Se NÃO, passar para o Bloco II.13.</i>	Sim	
		Não, porque não há material / instrumental disponível.	
		Não, porque não há laboratório para encaminhamento.	
		Não, porque não há profissional capacitado.	
		Não, outros:	
II.12.2	Qual o prazo para agendamento de biópsia, contado a partir da identificação da necessidade do exame?	É realizada no mesmo momento (na mesma consulta)	
		Um dia	
		Até uma semana	
		Até 15 dias	
		Entre 15 e 30 dias	

			Entre 30 e 60 dias
			Mais de 60 dias
II.12.3	O CEO possui referência para encaminhamento de peças de biópsia para realização do exame anátomohistopatológica? <i>Se NÃO, passar para o Bloco II.13.</i>		Sim Não
II.12.4	Na maioria das vezes, como é realizado o encaminhamento da peça para o laboratório?		O laboratório realizada a coleta do material no CEO A Secretaria Municipal/Estadual de Saúde disponibiliza o transporte da peça até o laboratório O cirurgião dentista realiza o transporte da peça até o laboratório Outros
II.12.5	Qual o prazo para recebimento do laudo do patologista, contando a partir da coleta do material para Biópsia?		Até 15 dias Entre 15 e 30 dias Entre 30 e 60 dias Mais de 60 dias
II.13 Atenção ao câncer de boca			
II.13.1	O CEO possui registro de usuários com diagnóstico de câncer de boca?		Sim Não
II.13.1/1	Existe documento que comprove?		Sim Não
II.13.2	O CEO possui referência para encaminhamento de casos confirmados de câncer de boca?		Sim Não
II.14 Mínimas Especialidades Odontológicas do CEO: Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral Menor e PNES			
Endodontia			
II.14.1	Em média, quantas sessões são necessárias para finalizar um tratamento endodôntico em dentes com polpa viva?		___ sessão(ões)
II.14.1/1	Existe documento que comprove?		Sim Não
II.14.2	Em média, quantas sessões são necessárias para finalizar um tratamento endodôntico em dentes com polpa sem vitalidade?		___ sessão(ões)
II.14.2/1	Existe documento que comprove?		Sim Não
II.14.3	Esses equipamentos são utilizados para a realização do tratamento endodôntico?	Sim Não	Rotatório Localizador Apical
II.14.4	O CEO realiza tratamento endodôntico em elementos dentários com 3 ou mais raízes?		Sim Não, apenas uni ou birradicular
II.14.4/1	Existe documento que comprove?		Sim Não
Periodontia			
II.14.5	O CEO oferta os seguintes tratamentos periodontais:	Sim Não	Tratamento de periodontites (raspagem e alisamento radicular subgingival; cirurgia de acesso)
		Sim Não	Cirurgia periodontal para dentística restauradora (gingivectomia; aumento de coroa clínica por retalho)
		Sim Não	Tratamento de lesões de furca (Grau I, II e III)
		Sim Não	Procedimentos para controle/remoção do

		Sim	Não	aumento de volume gengival
				Enxerto gengival
II.14.6	O CEO realiza reconsulta para avaliação dos pacientes que finalizaram o tratamento periodontal?			Sim
				Não
II.14.6/1	Existe documento que comprove?			Sim
				Não
Cirurgia Oral Menor				
II.14.7	O CEO oferta os seguintes tratamentos cirúrgicos:	Sim	Não	Frenectomia
		Sim	Não	Remoção de dentes supranumerários
		Sim	Não	Cirurgias pré-protéticas (hiperplasias de tecido mole e rebordos ósseos)
		Sim	Não	Remoção de dentes retidos, inclusos e impactados
		Sim	Não	Remoção de lesões não neoplásicas de glândulas salivares
		Sim	Não	Apicectomia c/ ou s/ obturação retrograda
		Sim	Não	Remoção de tórus palatino ou mandibular
		Sim	Não	Cirurgias de pequenos cistos e tumores benignos intra-ósseos
		Sim	Não	Tratamento clínico/ambulatorial das patologias das ATM
Sim	Não	Cirurgias de tracionamentos dentários com finalidade ortodôntica		
Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais				
II.14.8	O CEO garante tratamento completo para os Pacientes com Necessidades Especiais?			Sim
				Não
II.14.8/1	Existe documento que comprove?			Sim
				Não
II.14.9	Qual o perfil dos pacientes com necessidades especiais atendidos no CEO?	Sim	Não	Pacientes com movimentos involuntários
		Sim	Não	Pacientes com deficiência visual ou auditiva ou de fala ou física que não apresentam distúrbios de comportamento
		Sim	Não	Gestantes e bebês sem alguma limitação
		Sim	Não	Pacientes autista
		Sim	Não	Diabéticos, cardiopatas, idosos
		Sim	Não	HIV positivos
		Sim	Não	Pacientes com distúrbio de comportamento
II.15 Prótese dentária				
II.15.1	O CEO realiza moldagem da prótese dentária?			Sim
				Não
II.15.1/1	Existe documento que comprove?			Sim
				Não
II.15.2	O CEO realiza a entrega da prótese ao usuário? <i>Se NÃO, passar para o Bloco 16.</i>			Sim
				Não
II.15.2/1	Existe documento que comprove?			Sim
				Não
II.15.3	Quantas sessões clínicas, em média, são necessárias para o CEO entregar a prótese para o usuário?			___ sessão(ões)
II.15.4	Qual o tipo de prótese dentária é ofertada? <i>Pode ser marcada mais de uma questão.</i>			Prótese total
				Prótese parcial removível
				Prótese fixa unitária
II.15.5	Quantos municípios são atendidos pela oferta da prótese			___ Município(s)

	dentária no CEO?			
II.15.6	Em média, quantas próteses dentárias são entregues por mês?			___ Próteses Totais
				___ Próteses parciais removíveis
				___ Próteses fixas unitárias
II.15.7	O CEO tem conhecimento da fila de espera para o atendimento de prótese dentária?			Sim
				Não
II.15.8	Se <i>Sim</i> , quantas pessoas estão na fila de espera para serem atendidas na prótese dentária?			___ Pessoas
II.16 Participação, controle social, satisfação e canal de comunicação com o usuário				
II.16.1	O CEO realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário?			Sim
				Não
II.16.1/1	Existe documento que comprove?			Sim
				Não
II.16.2	O CEO dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões? <i>Se NÃO, encerrar a entrevista com o Gerente do CEO.</i>			Sim
				Não
II.16.3	Quais os canais de comunicação disponibilizados? <i>O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.</i>	Sim	Não	Telefone do CEO
		Sim	Não	Telefone da ouvidoria
		Sim	Não	E-mail do CEO
		Sim	Não	Síte disponível ao usuário
		Sim	Não	Livros ou formulários
II.16.4	A Equipe do CEO considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?			Sim
				Não

Obrigado pela participação!

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

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

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

	<i>O entrevistador deverá ler as opções.</i>	Sim	Não	Os desafios apontados a partir da autoavaliação
		Sim	Não	O envolvimento de organizações da comunidade (a parceria e pactuações com a comunidade)
II.19.4	A Equipe do CEO realiza avaliação das ações planejadas/programadas?			Sim
				Não
II.19.4/1	Existe documento que comprove?			Sim
				Não
II.19.5	A gestão apoia a organização do processo de trabalho visando a melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ-CEO?			Sim
				Não
II.19.6	O CEO realiza reunião de Equipe? <i>Se NÃO, passar para o Bloco II.20.</i>			Sim
				Não
II.19.7	Qual a periodicidade das reuniões? <i>O entrevistador deverá ler as opções.</i>			Semanal
				Quinzenal
				Mensal
				Sem periodicidade definida
II.19.8	Quais são os temas das reuniões de Equipe? <i>O entrevistador deverá ler as opções.</i>	Sim	Não	Organização do processo de trabalho e do serviço
		Sim	Não	Discussão de casos pela Equipe (eventos sentinelas, casos difíceis, casos desafiadores)
		Sim	Não	Qualificação clínica com participação de especialistas convidados de Universidades ou de outros serviços.
		Sim	Não	Construção/discussão de projeto terapêutico singular com as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica
		Sim	Não	A construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal
II.20	Insumos, instrumentais e equipamentos			
II.20.1	Nos últimos 12 meses, você deixou de atender por falta de insumos ou instrumentais?			Sim
				Não
II.20.2	Nos últimos 12 meses, você deixou de atender por não ter equipamento funcionando adequadamente?			Sim
				Não

Obrigado pela participação!

ANEXO C – NORMAS DA REVISTA

Evaluation & the Health Professions

SAGE Publishing disseminates high-quality research and engaged scholarship globally, and we are committed to diversity and inclusion in publishing. We encourage submissions from a diverse range of authors from across all countries and backgrounds.

Only manuscripts of sufficient quality that meet the aims and scope of *EHP* will be reviewed. There are no fees payable to submit or publish in this journal.

As part of the submission process you will be required to warrant that you are submitting your original work, that you have the rights in the work, and that you have obtained and can supply all necessary permissions for the reproduction of any copyright works not owned by you, that you are submitting the work for first publication in the Journal and that it is not being considered for publication elsewhere and has not already been published elsewhere. Please see our guidelines on [prior publication](#) and note that *EHP* may accept submissions of papers that have been posted on pre-print servers; please alert the Editorial Office when submitting (contact details are at the end of these guidelines) and include the DOI for the preprint in the designated field in the manuscript submission system. Authors should not post an updated version of their paper on the preprint server while it is being peer reviewed for possible publication in the journal. If the article is accepted for publication, the author may re-use their work according to the journal's author archiving policy. If your paper is accepted, you must include a link on your preprint to the final version of your paper.

If you have any questions about publishing with SAGE, please visit the [SAGE Journal Solutions Portal](#).

1. What do we publish?

1.1 Aims & Scope

Evaluation & the Health Professions is a peer-reviewed journal that provides health-related professionals with state-of-the-art methodological, measurement, and statistical protocols or tools for conceptualizing the etiology of health promotion and problems, and developing, implementing, and evaluating health programs, teaching and training services, and products that pertain to a myriad of health dimensions. It is designed to provide a forum for keeping health professionals abreast of the latest technological advances in evaluation research

methods as well as provide the results of important evaluations. Furthermore, *EHP* is designed to provide a forum for debate of timely evaluation issues in health research and evaluation more broadly of importance to the health professions.

1.2 Article types

The editor welcomes the submission of original data-based or review articles, and brief reports, pertaining to the philosophical, technical and political aspects of evaluation that are unique to the health professions, as well as research-oriented manuscripts that pertain to the results of evaluation studies, instructional innovations, progress reports, and updates.

In general, articles should not exceed 40 typewritten double-spaced pages with notes, references, tables, and figures on separate pages, and should follow the guidelines set forth in the Publication Manual of the American Psychological Association (7th edition). An abstract of no more than 200 words should accompany the manuscript.

Occasionally, we will publish brief innovative Notes from the Field of 2-to-5 pages text length. In addition, we occasionally publish commentaries, letters to the editor, or brief reports which are, in general, no more than 6 pages in length.

Since manuscripts are sent out anonymously for review, the authors' names and affiliations should appear only on a separate page, which is handled as a separate document in SAGE Track.

More specifics on each type of contribution are described as follows:

- **Articles:** Important empirical, review, or theoretical contributions; 20-40 text pages in length (5000-10,000 words; max. 200 word Abstract; no more than 3 tables or figures in general)
- **Book Reviews:** May be published, if relevant to the breadth of work published in the journal. The length of journal reviews range between 250 and 500 words, and should briefly summarize the book contents, provide a recommendation regarding for whom the book is appropriate, and provide an overall evaluation of the quality of the text
- **Brief Reports:** Replication studies or other contributions that are rigorous in design, but narrower in scope than work suitable for a regular article; approximately 6-8 text pages in length (1500-2000 words; max. 200-word Abstract; 1 table or figure)
- **Commentaries:** Debate or critical commentary on an article that appeared in the Journal or in the media; approximately 6 total pages in length (1500 words; no Abstract; no tables or figures)

- **Letters to the Editor:** Brief notes about an article that appeared in the Journal or about a recent health profession evaluation issue; approximately 2 total pages in length (500 words; no Abstract; no tables or figures)
- **Notes from the Field:** Very novel contributions that are too limited in scope for a regular article, but still are rigorous in design and interpretation; approximately 2-5 total pages in length (500-1250 words; max. 200-word Abstract; 1 table or figure)
- The manuscript should include four major sections (in this order): Title Page, Abstract (for regular articles, brief reports, and notes from the field), Main Body, References, and Tables and/or Figures (if applicable).

1.3 Writing your paper

The SAGE Author Gateway has some general advice on [how to get published](#), plus links to further resources.

1.3.1 Make your article discoverable

For information and guidance on how to make your article more discoverable, visit our Gateway page on [How to Help Readers Find Your Article Online](#)

2. Editorial policies

2.1 Peer review policy

EHP utilizes a strictly blinded peer review process in which the reviewer's name is withheld from the author and the author's name from the reviewer. The reviewer may at their own discretion opt to reveal their name to the author in their review in a few cases. Some authors also have decided to reveal their names to blind reviewers. However, our standard policy practice is for both identities to remain concealed (i.e., double blind review).

If you are asked to provide the names of a peer who could be called upon to review your manuscript, please note that reviewers should be experts in their fields and should be able to provide an objective assessment of the manuscript. Please be aware of any conflicts of interest when recommending reviewers. Examples of conflicts of interest include (but are not limited to) the below:

- The reviewer should have no prior knowledge of your submission
- The reviewer should not have recently collaborated with any of the authors

- Reviewer nominees from the same institution as any of the authors are not permitted
Please note that the journal's editors are not obliged to invite any recommended/opposed reviewers to assess your manuscript.

EHP is committed to delivering high quality, fast peer-review for your paper, and as such has partnered with Publons. Publons is a third-party service that seeks to track, verify and give credit for peer review. Reviewers for the journal can opt in to Publons in order to claim their reviews or have them automatically verified and added to their reviewer profile. Reviewers claiming credit for their review will be associated with the relevant journal, but the article name, reviewer's decision and the content of their review is not published on the site. For more information visit the [Publons](#) website.

The Editor or members of the Editorial Board may occasionally submit their own manuscripts for possible publication in the journal. In these cases, the peer review process will be managed by alternative members of the Board and the submitting Editor/Board member will have no involvement in the decision-making process.

2.2 Authorship

Papers should only be submitted for consideration once consent is given by all contributing authors. Those submitting papers should carefully check that all those whose work contributed to the paper are acknowledged as contributing authors.

The list of authors should include all those who can legitimately claim authorship. This is all those who:

1. Made a substantial contribution to the concept or design of the work; or acquisition, analysis or interpretation of data,
2. Drafted the article or revised it critically for important intellectual content,
3. Approved the version to be published,
4. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for appropriate portions of the content.

Authors should meet the conditions of all of the points above. When a large, multicentre group has conducted the work, the group should identify the individuals who accept direct responsibility for the manuscript. These individuals should fully meet the criteria for authorship.

Acquisition of funding, collection of data, or general supervision of the research group alone does not constitute authorship, although all contributors who do not meet the criteria for authorship should be listed in the Acknowledgments section. Please refer to the [International](#)

Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) authorship guidelines for more information on authorship.

2.3 Acknowledgements

All contributors who do not meet the criteria for authorship should be listed in an Acknowledgements section. Examples of those who might be acknowledged include a person who provided purely technical help, or a department chair who provided only general support. [FOR SINGLE BLIND JOURNALS: Any acknowledgements should appear first at the end of your article prior to your Declaration of Conflicting Interests (if applicable), any notes and your References.]

[FOR DOUBLE BLIND JOURNALS: Please supply any personal acknowledgements separately to the main text to facilitate anonymous peer review.]

2.3.1 Third party submissions

Where an individual who is not listed as an author submits a manuscript on behalf of the author(s), a statement must be included in the Acknowledgements section of the manuscript and in the accompanying cover letter. The statements must:

1. Disclose this type of editorial assistance – including the individual’s name, company and level of input
2. Identify any entities that paid for this assistance
3. Confirm that the listed authors have authorized the submission of their manuscript via third party and approved any statements or declarations, e.g. conflicting interests, funding, etc.
4. Where appropriate, SAGE reserves the right to deny consideration to manuscripts submitted by a third party rather than by the authors themselves.

2.3.2 Writing assistance

Individuals who provided writing assistance, e.g. from a specialist communications company, do not qualify as authors and so should be included in the Acknowledgements section. Authors must disclose any writing assistance – including the individual’s name, company and level of input – and identify the entity that paid for this assistance. It is not necessary to disclose use of language polishing services.

2.4 Funding

EHP requires all authors to acknowledge their funding in a consistent fashion under a separate heading. Please visit the [Funding Acknowledgements](#) page on the SAGE Journal Author Gateway to confirm the format of the acknowledgment text in the event of funding, or state that: This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

2.5 Declaration of conflicting interests

It is the policy of *EHP* to require a declaration of conflicting interests from all authors enabling a statement to be carried within the paginated pages of all published articles.

Please ensure that a ‘Declaration of Conflicting Interests’ statement is included at the end of your manuscript, after any acknowledgements and prior to the references. If no conflict exists, please state that ‘The Author(s) declare(s) that there is no conflict of interest’. For guidance on conflict of interest statements, please see the ICMJE recommendations [here](#)

2.6 Research ethics and patient consent

Medical research involving human subjects must be conducted according to the [World Medical Association Declaration of Helsinki](#)

Submitted manuscripts should conform to the [ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals](#), and all papers reporting animal and/or human studies must state in the methods section that the relevant Ethics Committee or Institutional Review Board provided (or waived) approval. Please ensure that you have provided the full name and institution of the review committee, in addition to the approval number.

For research articles, authors are also required to state in the methods section whether participants provided informed consent and whether the consent was written or verbal.

Information on informed consent to report individual cases or case series should be included in the manuscript text. A statement is required regarding whether written informed consent for patient information and images to be published was provided by the patient(s) or a legally authorized representative. Please do not submit the patient’s actual written informed consent with your article, as this in itself breaches the patient’s confidentiality. The Journal requests that you confirm to us, in writing, that you have obtained written informed consent but the written consent itself should be held by the authors/investigators themselves, for example in a patient’s hospital record. The confirmatory letter may be uploaded with your submission as a separate file.

Please also refer to the [ICMJE Recommendations for the Protection of Research Participants](#)

2.7 Clinical trials

EHP conforms to the [ICMJE requirement](#) that clinical trials are registered in a WHO-approved public trials registry at or before the time of first patient enrolment as a condition of consideration for publication. The trial registry name and URL, and registration number must be included at the end of the abstract.

2.8 Reporting guidelines

The relevant [EQUATOR Network](#) reporting guidelines should be followed depending on the type of study. For example, all randomized controlled trials submitted for publication should include a completed [CONSORT](#) flow chart as a cited figure and the completed CONSORT checklist should be uploaded with your submission as a supplementary file. Systematic reviews and meta-analyses should include the completed [PRISMA](#) flow chart as a cited figure and the completed PRISMA checklist should be uploaded with your submission as a supplementary file. The [EQUATOR wizard](#) can help you identify the appropriate guideline. Other resources can be found at [NLM's Research Reporting Guidelines and Initiatives](#)

2.9. Research Data

At SAGE we are committed to facilitating openness, transparency and reproducibility of research. Where relevant, The Journal **encourages** authors to share their research data in a suitable public repository subject to ethical considerations and where data is included, to add a data accessibility statement in their manuscript file. Authors should also follow data citation principles. For more information please visit the [SAGE Author Gateway](#), which includes information about SAGE's partnership with the data repository Figshare.

3. Publishing policies

3.1 Publication ethics

SAGE is committed to upholding the integrity of the academic record. We encourage authors to refer to the Committee on Publication Ethics' [International Standards for Authors](#) and view the Publication Ethics page on the [SAGE Author Gateway](#)

3.1.1 Plagiarism

EHP and SAGE take issues of copyright infringement, plagiarism or other breaches of best practice in publication very seriously. We seek to protect the rights of our authors and we always investigate claims of plagiarism or misuse of published articles. Equally, we seek to protect the reputation of the journal against malpractice. Submitted articles may be checked with duplication-checking software. Where an article, for example, is found to have plagiarized other work or included third-party copyright material without permission or with insufficient acknowledgement, or where the authorship of the article is contested, we reserve the right to take action including, but not limited to: publishing an erratum or corrigendum (correction); retracting the article; taking up the matter with the head of department or dean of the author's institution and/or relevant academic bodies or societies; or taking appropriate legal action.

3.1.2 Prior publication

If material has been previously published it is not generally acceptable for publication in a SAGE journal. However, there are certain circumstances where previously published material can be considered for publication. Please refer to the guidance on the [SAGE Author Gateway](#) or if in doubt, contact the Editor at the address given below.

3.2 Contributor's publishing agreement

Before publication, SAGE requires the author as the rights holder to sign a Journal Contributor's Publishing Agreement. SAGE's Journal Contributor's Publishing Agreement is an exclusive licence agreement which means that the author retains copyright in the work but grants SAGE the sole and exclusive right and licence to publish for the full legal term of copyright. Exceptions may exist where an assignment of copyright is required or preferred by a proprietor other than SAGE. In this case copyright in the work will be assigned from the author to the society. For more information please visit the [SAGE Author Gateway](#)

3.3 Open access and author archiving

EHP offers optional open access publishing via the SAGE Choice programme. For more information please visit the [SAGE Choice website](#). For information on funding body compliance, and depositing your article in repositories, please visit [SAGE Publishing Policies](#) on our Journal Author Gateway.

4. Preparing your manuscript for submission

4.1 Formatting

The preferred format for your manuscript is Word. LaTeX files are also accepted. Word and (La)Tex templates are available on the [Manuscript Submission Guidelines](#) page of our Author Gateway.

4.2 Artwork, figures and other graphics

For guidance on the preparation of illustrations, pictures and graphs in electronic format, please visit SAGE's [Manuscript Submission Guidelines](#)

Figures supplied in color will appear in color online regardless of whether or not these illustrations are reproduced in color in the printed version. For specifically requested color reproduction in print, you will receive information regarding the costs from SAGE after receipt of your accepted article.

4.3 Supplemental material

This journal is able to host additional materials online (e.g. datasets, podcasts, videos, images etc.) alongside the full-text of the article. For more information please refer to our [guidelines on submitting supplemental files](#)

4.4 Reference style

EHP adheres to the APA reference style. View the [APA](#) guidelines to ensure your manuscript conforms to this reference style.

4.5 English language editing services

Authors seeking assistance with English language editing, translation, or figure and manuscript formatting to fit the journal's specifications should consider using SAGE Language Services. Visit [SAGE Language Services](#) on our Journal Author Gateway for further information.

5. Submitting your manuscript

EHP is hosted on SAGE Track, a web based online submission and peer review system powered by ScholarOne™ Manuscripts. Visit <https://mc.manuscriptcentral.com/eahp> to login and submit your article online.

IMPORTANT: Please check whether you already have an account in the system before trying to create a new one. If you have reviewed or authored for the journal in the past year it is likely

that you will have had an account created. For further guidance on submitting your manuscript online please visit [ScholarOne Online Help](#).

5.1 ORCID

As part of our commitment to ensuring an ethical, transparent and fair peer review process SAGE is a supporting member of [ORCID, the Open Researcher and Contributor ID](#). ORCID provides a unique and persistent digital identifier that distinguishes researchers from every other researcher, even those who share the same name, and, through integration in key research workflows such as manuscript and grant submission, supports automated linkages between researchers and their professional activities, ensuring that their work is recognized.

The collection of ORCID IDs from corresponding authors is now part of the submission process of this journal. If you already have an ORCID ID you will be asked to associate that to your submission during the online submission process. We also strongly encourage all co-authors to link their ORCID ID to their accounts in our online peer review platforms. It takes seconds to do: click the link when prompted, sign into your ORCID account and our systems are automatically updated. Your ORCID ID will become part of your accepted publication's metadata, making your work attributable to you and only you. Your ORCID ID is published with your article so that fellow researchers reading your work can link to your ORCID profile and from there link to your other publications.

If you do not already have an ORCID ID please follow this [link](#) to create one or visit our [ORCID homepage](#) to learn more.

5.2 Information required for completing your submission

You will be asked to provide contact details and academic affiliations for all co-authors via the submission system and identify who is to be the corresponding author. These details must match what appears on your manuscript. The affiliation listed in the manuscript should be the institution where the research was conducted. If an author has moved to a new institution since completing the research, the new affiliation can be included in a manuscript note at the end of the paper. At this stage please ensure you have included all the required statements and declarations and uploaded any additional supplementary files (including reporting guidelines where relevant).

5.3 Permissions

Please also ensure that you have obtained any necessary permission from copyright holders for reproducing any illustrations, tables, figures or lengthy quotations previously published elsewhere. For further information including guidance on fair dealing for criticism and review, please see the Copyright and Permissions page on the [SAGE Author Gateway](#)

6. On acceptance and publication

6.1 SAGE Production

Your SAGE Production Editor will keep you informed as to your article's progress throughout the production process. Proofs will be made available to the corresponding author via our editing portal SAGE Edit or by email, and corrections should be made directly or notified to us promptly. Authors are reminded to check their proofs carefully to confirm that all author information, including names, affiliations, sequence and contact details are correct, and that Funding and Conflict of Interest statements, if any, are accurate. Please note that if there are any changes to the author list at this stage all authors will be required to complete and sign a form authorizing the change.

6.2 Online First publication

Online First allows final articles (completed and approved articles awaiting assignment to a future issue) to be published online prior to their inclusion in a journal issue, which significantly reduces the lead time between submission and publication. Visit the [SAGE Journals help page](#) for more details, including how to cite Online First articles.

6.3 Access to your published article

SAGE provides authors with online access to their final article.

6.4 Promoting your article

Publication is not the end of the process! You can help disseminate your paper and ensure it is as widely read and cited as possible. The SAGE Author Gateway has numerous resources to help you promote your work. Visit the [Promote Your Article](#) page on the Gateway for tips and advice.

7. Further information

Any correspondence, queries or additional requests for information on the manuscript submission process should be sent to the *EHP* editorial office as follows:

Steve Sussman, PhD, FAAHB, FAPA
Email: ssussma@usc.edu

7.1 Appealing the publication decision

Editors have very broad discretion in determining whether an article is an appropriate fit for their journal. Many manuscripts are declined with a very general statement of the rejection decision. These decisions are not eligible for formal appeal unless the author believes the decision to reject the manuscript was based on an error in the review of the article, in which case the author may appeal the decision by providing the Editor with a detailed written description of the error they believe occurred.

If an author believes the decision regarding their manuscript was affected by a publication ethics breach, the author may contact the publisher with a detailed written description of their concern, and information supporting the concern, at publication_ethics@sagepub.com