

Relatório do 1º Ciclo
da Avaliação Externa
do Programa de
Melhoria do Acesso
e da Qualidade
dos Centros de
Especialidades
Odontológicas
(AVE-PMAQ/CEO)

Resultados Principais



ESTA OBRA É DISPONIBILIZADA NOS TERMOS DA LICENÇA CREATIVE COMMONS CREATIVE COMMONS - ATRIBUIÇÃO - NÃO COMERCIAL - COMPARTILHA IGUAL 4.0 INTERNACIONAL. É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Tiragem: 1ª edição - 2016 - 500 exemplares

Suporte técnico, operacional e financeiro:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, Quadra 2, lotes 5/6,
Edifício Premium -Bloco II, subsolo CEP:
70070-600 - Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9067 / 3315-9056
Site: dab.saude.gov.br
E-mail: dab@saude.gov.br

José Agenor Álvares da Silva
Ministro da Saúde

Alberto Beltrame
Secretário de Atenção à Saúde

Anne Elizabeth Berenguer Antunes
Diretora do Departamento de Atenção Básica

Ademir Fratric Bacic
Coordenador-Geral de Saúde Bucal

Coordenação Geral da Avaliação Externa do PMAQ/CEO
Nilcema Figueiredo
Universidade Federal de Pernambuco

Paulo Sávio Angeiras de Góes
Universidade Federal de Pernambuco

Petrônio José de Lima Martelli
Universidade Federal de Pernambuco

Edson Hilan Gomes de Lucena
Assessoria técnica da Coordenação Geral de Saúde Bucal

Coordenação macrorregional da Avaliação Externa do PMAQ/CEO
Idiana Rita Luvison
Grupo Hospitalar Conceição

Marcos Azeredo Furquim Werneck
Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Augusta Bessa Ribeiro
Universidade Federal do Amazonas

Maria Ercília de Araújo
Faculdade de Odontologia - Universidade de São Paulo

Wilton Wilney Nascimento Padilha
Universidade Federal da Paraíba

Coordenações Estaduais da Avaliação Externa do PMAQ/CEO

Andréa Neiva da Silva
Bianca Marques Santiago
Claudia Flemming Colussi
Danielle Tupinambá Emmi
Elizabethe Cristina Fagundes de Souza

Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz
Fernanda Campos de Almeida Carerr
Izabel Maia Novaes
Janete Maria Rebelo Vieira
Lívia Guimarães Zina
Maiara Mundstock Jahnke
Maria de Fátima Nunes
Maria Eneide Leitão de Almeida
Otacílio Batista de Sousa Néttó
Raquel Sano Suga Terada
Ronald Pereira Cavalcanti
Sônia Cristina Lima Chaves
Valéria Rodrigues de Lacerda

Editor Técnico
Iara Lima

Supervisão Editorial:
Marcelo Negromonte

Projeto Gráfico e Diagramação:
Projeto Gráfico e Diagramação:
Eduardo Ramalho
Késsia de Souza
Vitrola Banana Estúdio Criativo

Revisão:
Iara Lima

Os quadros e figuras constantes na obra, quando não indicados por fontes externas, são de autoria própria.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Catálogo na fonte:

Bibliotecária Liliâne Campos Gonzaga de Noronha, CRB4-1702

R382 Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais [recurso eletrônico] / organizadores: Nilcema Figueiredo, Paulo Sávio Angeiras de Góes, Petrônio José de Lima Martelli. - Recife: Editora UFPE, 2016.

Inclui referências.
ISBN 978-85-415-0843-5 (online)

1. Saúde bucal - Brasil. 2. Odontologia - Brasil. I. Figueiredo, Nilcema (Org.). II. Góes, Paulo Sávio Angeiras de. (Org.). III. Martelli, Petrônio José de Lima. (Org.)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CENTRO COLABORADOR EM VIGILÂNCIA DA SAÚDE BUCAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Relatório do 1º Ciclo da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE/PMAQ/CEO)

Resultados Principais

NILCEMA FIGUEIREDO
PAULO SÁVIO ANGEIRAS DE GOES
PETRÔNIO MARTELLI

(ORGANIZADORES)

RECIFE, PE
2016

Sumário

	Apresentação	11
	Introdução	13
	Objetivos	17
1. Aspectos metodológicos da AVE-PMAQ/CEO		19
	1.1 Visão do processo de avaliação dos CEO do Brasil	22
	1.2 Avaliação da qualidade dos CEO do Brasil	23
	1.3 Aspectos Éticos	25
2. Resultados		27
	2.1 Visão do processo de avaliação dos CEO do Brasil	29
	2.2 Avaliação de qualidade dos CEO do Brasil	39
	Considerações Finais	91
	Notas Metodológicas	94
	Referências	96

Apresentação

O Ministério da Saúde tem priorizado a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados. São muitos os esforços empreendidos para a implementação de iniciativas que reconheçam a qualidade dos serviços de saúde ofertados à sociedade brasileira, estimulando a ampliação do acesso nos diversos contextos existentes no País.

O conjunto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Saúde Mais Perto de Você, no qual se insere o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO), apresenta-se como uma das principais estratégias indutoras da qualidade no Ministério da Saúde. Entre os objetivos do programa, destaca-se a institucionalização da cultura de avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste contexto, apresentamos o relatório da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ-CEO): Resultados Principais, ação da terceira fase do PMAQ/CEO realizada em parceria com Instituições de Ensino Superior (IES) e pesquisa, na qual foi efetuado um conjunto de atividades que averiguou as condições de acesso e de qualidade da totalidade dos CEO.

O presente relatório está dividido em 2 grandes eixos:

1. **Visão do processo de avaliação dos CEO do Brasil** Análise dos relatos dos avaliadores externos a partir da análise qualitativa dos dados dos relatórios estaduais, diários de campo, e, material dos grupos focais sobre o processo da AVE-PMAQ/CEO.
2. **Avaliação da qualidade dos CEO do Brasil** Análise da verificação *in loco* dos padrões de qualidade que compuseram a nota classificatória dos serviços investigados, segundo macrorregião brasileira do país (e unidades federativas) com dados de Estrutura e Processo; Visão de gerentes; Visão dos profissionais; Satisfação dos Usuários.

Dessa forma, esperamos contribuir ao conhecimento das informações à tomada de decisão para a construção de evidência sobre a melhoria do processo de trabalho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), bem como, para a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde bucal ofertados à população brasileira.

Introdução

Nos últimos anos a Política Nacional de Saúde Bucal, denominada Brasil Sorridente, recebeu um aumento exponencial de aplicação de recursos do Ministério da Saúde (MS), sendo, portanto, considerada prioritária para o Governo Federal. Mais de R\$ 1,2 bilhão foi investido entre 2003 e 2006, alcançando mais de R\$ 2,7 bilhões de 2007 a 2010. Evidencia-se melhoria de acesso e redução de indicadores de problemas odontológicos, à ampliação da atenção básica a partir da Estratégia Saúde da Família, a viabilização da adição de flúor às estações de tratamento de águas de abastecimento público e o acesso a tratamentos especializados, via Centros de Especialidades Odontológicas.

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

Para o aprofundamento sobre o tema tem-se voltado o olhar para estudos sobre o processo e organização dos serviços, necessidade de formação e capacitação de recursos humanos necessários para gestão e gerenciamento desses serviços, além da observação de parte dos profissionais pouco comprometidos com esta estratégia. Ademais, alguns estudos à busca da maturação do que viria a ser um modelo de interface ideal entre Atenção Primária e Secundária em Saúde Bucal no caso brasileiro também tem sido realizados.

Desta feita, entende-se que as avaliações sobre serviços de atenção secundária em saúde bucal, particularmente no Brasil, estão em fase incipiente de construção de evidência, todavia, achados de outros países, com modelos de atenção em saúde bucal mais estruturados, já evidenciavam a preocupação em estudá-los nos últimos 15 anos.

O conceito de avaliação de serviços e programas de saúde aqui empregado deve considerar as ações em saúde não apenas como uma intervenção, mas numa visão mais abrangente, como campo de práticas sociais, sendo a avaliação o julgamento de valor sobre o campo ou quaisquer de seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisão.

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

Na área da Saúde Bucal existia uma lacuna relativa à avaliação dos serviços públicos. Este tipo de avaliação foi alvo de esforços no sentido de desenvolver instrumentos válidos para este fim³². No interior do setor público de saúde, a área odontológica a muito se apresentava como verdadeira “caixa preta”. Tudo era aparentemente muito difícil e complexo, requerendo sempre a participação de especialistas e, muitas vezes, parecia não bastar que fossem cirurgiões-dentistas: tinham de ser sanitaristas ou especialistas em administração para desempenhar estas tarefas, contudo esta realidade tem mudado porque alguns estudos têm sido desenvolvidos à avaliação em saúde bucal.

Portanto, a avaliação das ações e serviços constitui desafio permanente aos administradores e às autoridades de saúde. Devendo um processo avaliativo em saúde partir de premissas básicas inerentes ao contexto social e do Sistema

de Saúde Brasileiro, quais sejam: a compreensão da saúde como um direito; o reconhecimento de que a saúde bucal é parte da saúde geral; o entendimento de que o processo de geração de informação deve servir para ação, por conseguinte o aperfeiçoamento do processo de tomada de decisão; e, por último, a busca da avaliação para melhoria da qualidade dos serviços e dos Programas de Saúde Bucal.

Considerando a situação em tela, orientado pela iniciativa do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), centrada na qualificação da Atenção Básica, fortalecendo a necessidade de ampliar e apoiar as ações já implementadas no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB), foi instituído no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, através da Portaria nº 261/GM/MS, de 21 de fevereiro de 2013 o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade para os Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ/CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal.

O PMAQ/CEO foi organizado em quatro fases que se complementam e que formam um ciclo contínuo, estabelecidos em: 1ª Fase - Adesão e Contratualização; 2ª Fase - Desenvolvimento; 3ª Fase - Avaliação Externa e; 4ª Fase - Recontratualização.

A Avaliação Externa (3ª fase da PMAQ/CEO) foi realizada sob a coordenação geral do Centro Colaborador em Vigilância em Saúde Bucal do Ministério da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CECOL/MS/UFPE) e Coordenação Geral de Saúde Bucal/Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde (CGSB/DAB/MS) além de instituições de ensino superior (IES) e/ou pesquisa (IEP) responsáveis pela condução de um conjunto de ações que averiguou as condições de acesso e de qualidade dos CEO que fizeram adesão ao programa.

Objetivos

OBJETIVO GERAL

Verificar *in loco* um conjunto de padrões de qualidade de estrutura e processo de trabalho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), no âmbito do PMAQ/CEO, visando subsidiar o processo de certificação de qualidade e a tomada de decisão na definição de parâmetros de qualidade para melhoria e expansão das ações de atenção e prevenção em todo território nacional.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Analisar o processo avaliativo a partir dos relatos dos avaliadores externos; seus diários de campo e o relatório dos coordenadores estaduais.
- Observar e verificar a infraestrutura do CEO;
- Identificar o cumprimento dos padrões de qualidade referente ao componente processo da AVE-PMAQ/CEO;
- Verificar a existência de documentos comprobatórios dos padrões de qualidade identificados nas entrevistas realizadas;
- Conhecer a percepção e satisfação dos usuários quanto ao CEO no que se refere ao seu acesso e utilização; e,
- Avaliar os componentes de qualidade em relação a estrutura, processo e resultado da AVE-PMAQ/CEO.



1

Aspectos Metodológicos da AVE-PMAQ/CEO

Para operacionalização da AVE-PMAQ/CEO, foi criada uma *rede colaborativa* como referência técnica e científica para a discussão, implementação e execução deste estudo, haja vista, que o desenvolvimento de ações contou com a participação de outras Instituições de Ensino e Pesquisa.

Todas as ações tiveram na coordenação geral da AVE-PMAQ/CEO os representantes do Centro Colaborador em Vigilância em Saúde Bucal do Ministério da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CECOL/MS/UFPE) e da Coordenação Geral de Saúde Bucal/Departamento de Atenção Básica (CGSB/DAB), sendo as outras instituições participantes, as quais coordenaram a pesquisa nas seguintes macrorregiões brasileiras.

- *Universidade Federal do Amazonas - Macrorregião Norte*
- *Universidade Federal de Minas Gerais - Macrorregião Centro - Oeste e Minas Gerais*
- *Universidade Federal de Paraíba - Macrorregião Nordeste*
- *Universidade de São Paulo (Faculdade de Odontologia) - Macrorregião Sudeste*
- *Grupo Hospitalar Conceição/Porto Alegre - Macrorregião Sul*

Os representantes da cada instituição e a coordenação geral do estudo constituíram o grupo gestor da pesquisa (GG-AVE-PMAQ/CEO), no entanto, para melhor operacionalização das ações, também foram agregados coordenadores estaduais indicados pelo GG-AVE-PMAQ/CEO e avaliadores da AVE-PMAQ/CEO. A rede de coordenadores estaduais foi formada por professores e/ou pesquisadores com notório saber a área de saúde bucal coletiva ligados às universidades que estão descritas a seguir:

Quadro 1. Lista de Coordenadores Estaduais da AVE-PMAQ/CEO segundo estado e instituição.

Nome	Estado	Instituição
Andréa Neiva da Silva	RJ	Universidade Federal Fluminense (UFF)
Bianca Marques Santiago	PB	Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Claudia Flemming Colussi	SC	Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
Danielle Tupinambá Emmi	PA	Universidade Federal do Pará (UFPA)
Elizabeth Cristina Fagundes de Souza	RN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz	MA	Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
Fernanda Campos de Almeida Carrer	SP	Faculdade de Odontologia - Univers. de São Paulo (FOUSP)
Izabel Maia Novaes	AL	Universidade Federal de Alagoas (UFAL)
Janete Maria Rebelo Vieira	AM	Universidade Federal do Amazonas (UFAM)
Lívia Guimarães Zina	MG	Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
Maiara Mundstock Jahnke	RS	Universidade Federal do Rio Grande do SUL (UFRGS)
Maria de Fátima Nunes	GO	Universidade Federal de Goiás (UFGO)
Maria Eneide Leitão de Almeida	CE	Universidade Federal do Ceará (UFC)
Otacílio Batista de Sousa Nétto	PI	Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Raquel Sano Suga Terada	PR	Universidade Estadual de Maringá (UEM)
Ronald Pereira Cavalcanti	PE	Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
Sônia Cristina Lima Chaves	BA	Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Valéria Rodrigues de Lacerda	MS	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS)

Fonte: AVE PMAQ/CEO 1º Ciclo

A construção desta rede colaborativa reconheceu o CEO como importante iniciativa da política nacional de saúde bucal, à medida que esta pesquisa pode então fornecer subsídios tanto para comunidade acadêmica quanto para o serviço público, particularmente para gestores, profissionais e usuários dos CEO no tocante à planejamento, gestão e avaliação para tomada de decisão em saúde bucal baseada em evidências científicas.

Os aspectos metodológicos do presente relatório estão divididos em 2 etapas:

1 - Visão do processo de avaliação dos CEO do Brasil

2 - Avaliação da qualidade dos CEO do Brasil

1.1

VISÃO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DOS CEO DO BRASIL

Tratou-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, o qual promoveu análise das percepções dos avaliadores de qualidade sobre o processo de execução da AVE-PMAQ/CEO, sendo operacionalizada com duas estratégias: 1 – Utilização de dados do diário de campo e 2 - Realização de grupos focais.

A inclusão da visão e percepção do avaliador externo sobre o processo se justifica, à medida que diferentemente do PMAQ/AB, no PMAQ/CEO, todos os avaliadores foram cirurgiões-dentistas, com inscrição no seu respectivo conselho de classe.

No PMAQ-CEO os avaliadores externos, após capacitação específica, foram instruídos a realizarem um diário de campo, ao final de cada visita. Este instrumento permitiu o registro de fatores que o instrumento objetivo não foi capaz de medir, mas além disso, o diário registrou as impressões e percepções dos avaliadores no campo. Repleto de subjetividade, os diários revelaram as surpresas, angústias, alegrias, frustrações e aprendizados do avaliador externo, que ao chegar ao serviço, avaliava sua estrutura física, conversava com gestores e profissionais e, ao ouvir o usuário, pôde perceber a realidade sob sua óptica.

Para os grupos focais, o estudo teve caráter voluntário e ocorreu naqueles locais e estados interessados em desenvolvê-lo, desde que pesquisadores e avaliadores de qualidade concorrassem e assinassem o TCLE, conforme mostra o quadro 2.

Quadro 2. Divisão dos sujeitos da pesquisa de acordo com a região

Grupo	Avaliadores externos	Nº total de avaliadores por estado	Nº DE PARTICIPANTES
Grupo 1	MG e MS	MG: 05	MG: 04
		MS: 01	MS: 01
Grupo 2	SP	SP: 12	SP: 07
Grupo 3	PE e PB	PE: 4	PE: 05 (4 avaliadores + coord. Estadual)
		PB: 3	PB: 04 (3 avaliadores + coord. Estadual)

Fonte: AVE PMAQ/CEO 1º Ciclo

Para a coleta de dados foram utilizados gravadores de voz e os conteúdos dos discursos foram transcritos na íntegra, digitados em programa WORD® do pacote Office® e mantidos sob sigilo absoluto em computador com senha de cada instituição pertencente ao grupo de pesquisa multicêntrica. Somente os pesquisadores envolvidos no projeto tiveram acesso aos dados e a identificação de qualquer avaliador/participante. Está impedida a identificação tanto em relatórios oficiais quanto em publicações científicas.

Após a transcrição das falas e consolidação dos diários de campo, por cada estado, esse material foi lido de forma flutuante, os dados que emergiram dos discursos foram categorizados e serão apresentados adiante.

1.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS CEO DO BRASIL

Realizou-se estudo avaliativo na qual a posição do avaliador foi externa à intervenção, com caráter quantitativo, observacional e transversal, que compreendeu averiguação das dimensões: I – Certificação de desempenho dos CEO e gestões municipais participantes do PMAQ/CEO; II – Avaliação do acesso do CEO: constituída por um processo avaliativo que contempla a avaliação da rede de estabelecimentos local de saúde, com verificação *in loco* dos padrões de qualidade associados ao PMAQ/CEO. Esta verificação exigiu aumento da capacidade logística de realizar, em um curto intervalo de tempo, o processo de visita aos CEOs em todo o país, uma vez que esteve associada a identificação das condições de infra-estrutura, processo de trabalho, grau de satisfação do usuário e utilização de serviços.

Como critério de inclusão a AVE-PMAQ/CEO foi previsto que todos os estabelecimentos de saúde, CEO, iriam participar da

Avaliação externa da PMAQ/CEO. Portanto; para o 1º Ciclo do PMAQ/CEO foi realizado CENSO aos CEOs implantados no país, totalizando 932 serviços.

Foram excluídos da AVE-PMAQ/CEO os estabelecimentos de saúde dos municípios que até a data estabelecida para avaliação ainda estavam em reformas e CEOs onde não se permitiu o acesso de avaliadores de qualidade após três tentativas de marcação da visita. Antes da avaliação externa propriamente dita ocorreram as etapas operativas pré-campo, assim descritas:

1 - Seminários estaduais para apresentação da Avaliação Externa do PMAQ/CEO: o GG-PMAQ/CEO articulou com as Secretarias Estaduais de Saúde seminário de apresentação do modelo operacional da pesquisa propriamente dita, com a participação de representantes municipais dos estabelecimentos de saúde a serem avaliados;

2 - Seleção e capacitação dos avaliadores de qualidade: a seleção foi feita pelo GG-PMAQ/CEO, a partir da análise curricular dos candidatos inscritos via plataforma digital. A capacitação dos selecionados foi gerenciada pela coordenação macrorregional e coordenadores estaduais do PMAQ/CEO, ocorreu em três polos nacionais, a saber: São Paulo (macrorregiões: Sudeste e Sul), Brasília (macrorregiões: Norte, Centro - Oeste, e Minas Gerais), e Recife (macrorregião Nordeste; respectivamente nos espaços da Faculdade de Odontologia de São Paulo (FO-USP); Fundação Oswaldo Cruz de Brasília (Fiocruz-Brasília) e no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CCS-UFPE).

O GG-PMAQ/CEO foi responsável pela seleção e capacitação dos avaliadores de qualidade do CEO.

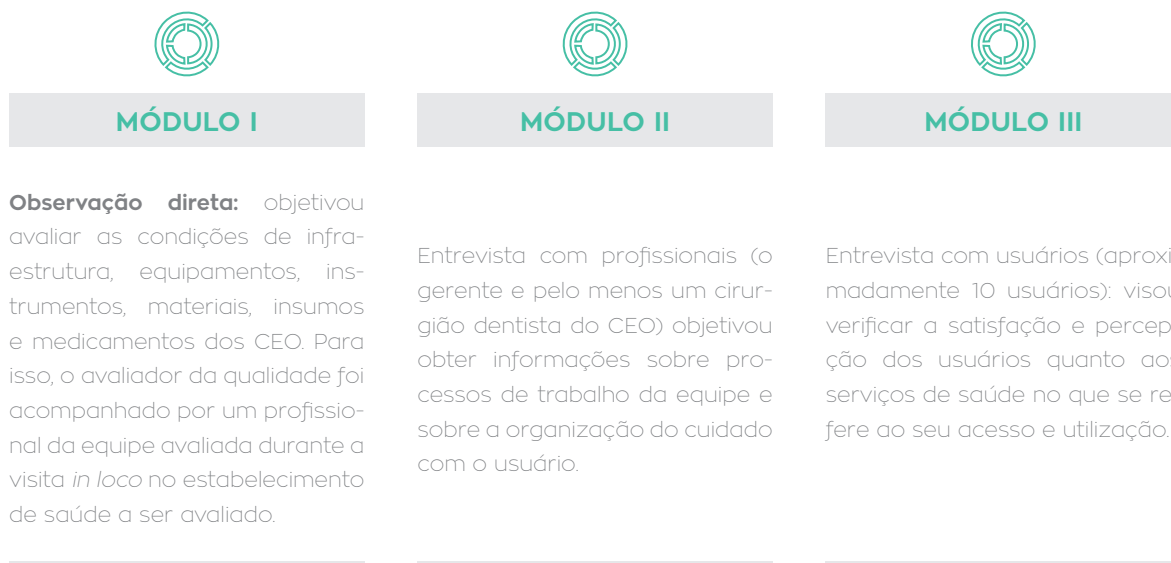
A avaliação externa consistiu no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade dos CEOs onde além da observação do serviço com roteiro estruturado, foram incluídos como sujeitos da pesquisa: os gerentes (1), cirurgiões dentistas (pelo menos 1) e usuários (10) de cada estabelecimento de saúde, todos deveriam ter acima de 18 anos de idade. Buscou-se reconhecer e valorizar os esforços e resultados do CEO e dos gestores municipais de saúde na qualificação da atenção especializada em saúde bucal.

Os avaliadores de qualidade da AVE-PMAQ/CEO, selecionados e capacitados pelas Instituições de Ensino (IES) e Pesquisa (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.

O PMAQ/CEO contou com alguns manuais para o seu desenvolvimento. O manual instrutivo detalhou as etapas operativas do programa. O Manual de Autoavaliação para melhoria da qualidade (AMAQ/CEO)

trazia os instrumentos de autoavaliação. O cumprimento desta etapa foi verificada pelos avaliadores de qualidade (realização ou não de autoavaliação).

O manual com o instrumento de avaliação externa foi organizado em três módulos, conforme o método de coleta das informações:



Toda a coleta de dados se deu através de *tablets*, os quais foram programados a partir dos questionários validados pelo grupo gestor utilizando o sistema de programação.

Os dados obtidos foram analisados a partir de uma análise estatística descritiva, com apresentação de distribuições de frequências das variáveis; e, quando apropriado, foram calculadas medidas de tendência central e dispersão, através de sumarização dos resultados em tabelas e gráficos. As análises estatísticas que ocorreram foram feitas pelos programas: Tab para Windows – TABWIN; Microsoft Office Excel; e, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.

1.3 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), obtendo parecer favorável sob o CAAE 23458213.0.0000.5208. A pesquisa obedeceu aos requisitos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, beneficência e da não maleficência.



2

Resultados

Os resultados ora apresentados são denominados de principais porque não pretendem esgotar as possibilidades analíticas dos resultados gerados pela avaliação externa do PMAQ/CEO, e são compostos de duas partes:

2.1 - Visão do processo de avaliação dos CEO do Brasil - Análise dos relatos dos avaliadores externos a partir da análise qualitativa dos dados dos relatórios estaduais, diários de campo, e, material dos grupos focais sobre o processo da AVE-PMAQ/CEO.

2.2 - Avaliação da qualidade dos CEO do Brasil - Análise da verificação *in loco* dos padrões de qualidade que compuseram a nota classificatória dos serviços investigados, segundo macrorregião brasileira do país (e unidades federativas) com dados de Estrutura e Processo; Visão de gerentes; Visão dos profissionais; Satisfação dos Usuários.

2.1 VISÃO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DOS CEO DO BRASIL

A estratégia analítica consistiu de leitura flutuante do material, por quatro coordenadores macrorregionais e um coordenador geral; que destacaram as manifestações pertinentes à AVE-PMAQ/CEO coletado nos diários de campo e grupos focais. Os dados foram categorizados através de consenso entre os pesquisadores.

Categorizou-se o relatório em três situações: 1) O que facilitou a avaliação externa; 2) O que dificultou a avaliação externa; 3) O que poderia ser melhorado em avaliações vindouras. Passada esta fase, os coordenadores fizeram a leitura do texto na sua íntegra analisando-o e buscando problematizar alguns aspectos, sem contudo esgotar o tema, tendo em vista o caráter técnico deste relatório.

1) O que facilitou a avaliação externa

No que se refere à receptividade nos municípios e nos CEO visitados, a grande maioria dos avaliadores relatou que foram bem acolhidos. A maioria dos municípios mostrou-se interessada e motivada pela realização do AVE-PMAQ/CEO e recebeu bem os avaliadores, não havendo resistência ou tensões.

“Esse desafio de a gente não saber como você vai ser recebida. Fomos muito bem recebidos na maioria dos lugares e em outros simplesmente a gente foi ignorado” (SPI)

Em relação ao apoio institucional, na maioria dos estados as Coordenações Estaduais de Saúde Bucal auxiliaram os Coordenadores Estaduais da AVE-PMAQ/CEO com informações referentes aos serviços de saúde e facilitando os contatos com os municípios e com os gestores dos CEOs. Em vários Estados, o apoio da Secretaria Estadual de Saúde na elaboração das rotas dos avaliadores foi um grande facilitador. Em algumas grandes cidades, como é o caso de São Paulo, onde há um grande número de CEO, o apoio da Coordenação Municipal de Saúde Bucal (SB) e das Coordenadorias Regionais de Saúde viabilizou o agendamento das avaliações, além de proporcionar transporte para os avaliadores.

A estrutura organizada pelo Grupo Gestor da AVE-PMAQ/CEO, definindo uma Coordenação Estadual e seminários prévios nos Estados, com a presença da Coordenação Estadual de SB, Coordenadores Municipais de SB e gestores de CEO foi avaliada como fundamental para viabilizar a avaliação externa.

Além das capacitações dos avaliadores, realizadas pelo Grupo Gestor regionalmente, também foi apontado como positivo o envio de Notas Técnicas orientadoras do processo de avaliação, que eram enviadas periodicamente, entretanto os avaliadores consideraram insuficiente a capacitação teórica e sentiram que a prática gerou demandas que precisaram ser supridas via telefone e internet, nem sempre disponíveis no campo.

“Porque é uma coisa que a gente viu na capacitação na teoria, dentro de uma sala reunido é ótimo, é assim assim... Outra coisa é quando a gente tá em campo, no interior que as vezes o telefone nem funciona. Você ali, chega uma dúvida, surge uma demanda, você e agora? E tenta o celular pra se comunicar e nada...” (PB1)

“Nossa, como a teoria é diferente da prática... hoje tive que me superar para finalizar esta avaliação... mas valeu a pena (diário de campo de SP)”

A comunicação estabelecida entre os coordenadores estaduais e os avaliadores foi fundamental para agilizar o trabalho. Além dos telefonemas e troca de e-mails, foram apontadas como facilitadoras as tecnologias de comunicação como WhatsApp, redes sociais, reuniões virtuais e o uso de sites para compartilhamento de documentos da internet. Em relação à comunicação dos coordenadores estaduais com o Grupo Gestor, a criação de um grupo de discussão por e-mail foi muito positiva.

“Se não fosse o WhatsApp não sei o que seria de mim” (diário de campo)

Segundo os avaliadores, o PMAQ/CEO, tanto através da Avaliação Externa como pela aplicação do instrumento da AMAQ, permitiu um “olhar-se no espelho”. Oportunizou que os CEO olhassem para seus

problemas e refletissem sobre eles, buscando mostrar aos gestores, principalmente, as mudanças que são necessárias, vale ressaltar que apesar da AMAQ ser potencialmente um instrumento extraordinário para gestão local, os avaliadores perceberam que muitos serviços não aproveitaram esta oportunidade e a AMAQ acabou tendo um papel secundário em relação à própria AVE.

“Né, o caderno do AMAQ, acho que estimulou isso aí também, essa mudança. Eu acho que deu pra perceber uma certa movimentação em torno da pesquisa”(PB2)

“As pessoas não sabiam nem o que era o papel, o próprio termo, o que é AMAQ, A AMAQ, como é que eu faço? como é que eu faço uma matriz? Então eu fazia meu Deus, aonde é que a gente vai parar desse jeito? Porque o pessoal não tem o mínimo de conhecimento de um documento que foi reproduzido, foi mandado por e-mail. É só você olhar e dizer eita! começa com essa letra e termina com essa é isso. O pessoal não sabia”.(PE3)

Hoje o gestor só me deu um pedaço da AMAQ preenchida e me confessou que preencheu em casa ontem à noite (diário de campo SP)

Não pude recolher a AMAQ porque não estava preenchida, o gestor disse que vai mandar pelo correio (diário de campo SP)

O PMAQ/CEO tem um papel indutor de mudanças que pode ser percebido na forma como os CEO se prepararam para receber os avaliadores, já promovendo melhorias no aspecto físico e organizando o ambiente. Também desencadeou uma reflexão sobre os processos organizacionais, sobre a prática do cuidado que é ofertada.

Eu fui almoçar e não tinha placa, quando voltei já estavam todas lá. Pelo menos o PMAQ está induzindo pequenas mudanças (diário de campo SP)

‘O fato de a avaliação também ouvir os usuários foi muito positivo. Muitos relataram a satisfação em serem escutados por um “representante do Ministério da Saúde”, apontando a importância da escuta desse segmento quando se faz uma avaliação dos serviços de saúde.

“Encontrei referências preenchidas, direitinho, funcionando bem, e os pacientes saindo de lá, a gente via que saíam satisfeitos, a gente via que não era só plena satisfação dele, porque ele gosta do menino que ele cuida, porque tava realmente acontecendo alguma coisa. Também isso foi o que mudou minha visão de CEO” (PE3)

Escutar o usuário mudou meu jeito de olhar o CEO e o SUS (diário de campo MG)

Para a coleta de dados da avaliação foram usados *tablets*. O uso do instrumento eletrônico, comparado ao instrumento impresso, foi um grande facilitador para a coleta, consolidação e envio de dados.

2) O que dificultou a avaliação externa:

Embora na maioria dos Estados tenha havido apoio das Coordenações Estaduais de SB, em alguns isso não aconteceu. Durante os discursos e reflexões dos diários de campo os avaliadores percebem a falta de compreensão de alguns gestores dos CEOs em relação aos roteiros utilizados no processo de coleta. Outra dificuldade foi que a disponibilidade de horário do gestor nem sempre coincidia com o agendamento do avaliador, pois muitos não tinham familiaridade com as particularidades da gestão dos serviços específicos.

“Gerente que tinha sido empossado um dia antes, dois dias antes que não sabia nem o que estava fazendo lá. Tinha gerente que não sabia nem aonde era o banheiro ali, do lugar aonde ela estava” (SP1)

“Marcar horário com alguns gerentes é um grande desafio. Eles parecem que não querem nos receber” (diário de campo SP)

Em relação ao acesso, se os Estados do sul e sudeste referiram não ter tido problemas com os deslocamentos e que as estradas eram boas ou razoáveis, o mesmo não aconteceu nos estados do Norte. No Pará, por exemplo, que apresenta grande extensão territorial e uma extensa bacia hidrográfica, muitos deslocamentos foram difíceis. Estes eram realizados somente por via aérea ou fluvial, o que normalmente são deslocamentos demorados e que, na maioria das vezes, não contam com muitas opções. E nas vias de acesso por terra, o trabalho também ficou dificultado em função da época em que foi realizada a avaliação em um período muito chuvoso no Estado. Também no Acre houve dificuldades de deslocamento e o custo acabou sendo alto.

Outros Estados também apresentaram fatores dificultadores relacionados com deslocamento devido às grandes distâncias entre os municípios visitados.

Os avaliadores também relataram como um aspecto que dificultou o trabalho a desatualização dos endereços dos CEOs no CNES ou até a inexistência deles. Também os endereços eletrônicos e os telefones dos coordenadores municipais haviam mudado em muitos municípios, em função das mudanças políticas nas gestões ou pela rotatividade dos coordenadores, tanto do município como dos CEO. Muitos coordenadores de CEO estavam exercendo a função recentemente e não tinham muito conhecimento sobre o que coordenavam.

Quanto ao número de avaliadores selecionados por Estado, alguns consideraram que a proporção não foi boa, principalmente nos Estados em que havia grandes distâncias entre os municípios a serem visitados.

O atraso na emissão de algumas passagens necessárias aos deslocamentos dos avaliadores em alguns estados causou atrasos no processo de avaliação e alguns transtornos aos avaliadores e municípios que seriam visitados, devido à organização logística destes municípios para receber os avaliadores.

Em relação ao envio dos dados, após coleta, a maioria dos avaliadores relatou que em boa parte dos municípios não havia sinal de internet disponível para o envio de dados logo após o processo de avaliação do CEO, assim como para a localização por GPS. O GPS dos *tablets*, em grande parte das avaliações, não funcionou. Devido a essa dificuldade de acesso a internet, os dados eram enviados apenas quando o avaliador retornava a sua residência, ou assim que tinha acesso a uma rede de internet com funcionalidade.

Muitos avaliadores consideraram que o processo de avaliação dos CEO, como um todo, compreendendo as quatro fases, não era bem entendido por muitos coordenadores de saúde bucal, mesmo com a realização prévia dos seminários regionais. Confundiam a avaliação externa com a própria avaliação. Isto se refletiu na dificuldade de recolhimento de alguns documentos e na resposta de algumas questões de gestão.

Segundo os avaliadores, na maioria dos CEO, um dos maiores desafios da coleta de dados foi encontrar usuários suficientes para a entrevista. Havia poucos usuários em sala de espera e, muitas vezes, eram de primeira consulta. Salvo algumas exceções, foi percebido pelos avaliadores uma subutilização desse importante serviço especializado em SB. Muitos CEO tinham baixo número de agendamento e boa parte dos procedimentos eram de Atenção Básica, pois o CEO estava suprindo a falta de atendimento em Unidades Básicas.

“E o maior desafio foi com os usuários: tinha cidade que passávamos o dia inteiro para captar 10 usuários. Então isso é um problema sério, porque se não atende 10 usuários por dia então tem que se pesar aí, porque tem alguma coisa errada.”

Apesar de na grande maioria dos CEOs não ter ocorrido recusa por parte dos profissionais, nem todos foram prestativos e colaborativos ao responderem os questionários. Muitos se pareciam contrariados com a avaliação externa, incluindo coordenadores de SB. Essa contrariedade pode ser resultante de um reflexo dos problemas existentes no local, sejam eles problemas estruturais de baixa remuneração, e/ou de falta de organização do serviço, causando incômodo o fato de estarem sendo avaliados. Na maioria das vezes era um reflexo dos problemas existentes no local, sejam eles problemas estruturais, de baixa remuneração, e/ou de falta de organização do serviço.

“A estratégia de sortear o profissional a ser entrevistado desagradou a muitos, e as vezes dificultou a logística do campo. Os avaliadores relataram que muitas vezes havia profissionais que não estavam em atendimento, que poderiam responder o questionário nesse tempo “ocioso”, mas o sorteado foi outro profissional que estava naquele dia com a agenda mais complicada.”

A avaliação externa foi uma tarefa difícil nos CEOs que não contratualizaram o PMAQ/CEO, havendo pouca compreensão por parte de alguns envolvidos sobre importância desta avaliação.

Em relação ao número de profissionais presentes nos CEOs durante as avaliações e o cumprimento da carga horária, boa parte dos avaliadores relatou que os profissionais permanecem no CEO bem menos tempo do que deveriam, não estão presentes todas as especialidades e não há organização do processo de trabalho de forma a maximizar o aproveitamento desse importante ponto da rede de serviços em Saúde Bucal. Eram apresentadas planilhas com a carga horária dos profissionais que não correspondiam à realidade observada.

Quanto à forma como o avaliador era percebido pela equipe dos CEO, foi relatado que muitos achavam que a avaliação que estava sendo feita era a que daria a nota para o CEO e que a equipe da avaliação externa, personificada no local pelo avaliador, é que faria a pontuação final. Alguns avaliadores se sentiam responsabilizados, como se ele fosse o responsável por definir se o CEO continuaria recebendo o financiamento, se ia diminuir ou aumentar. Além de que viam esse processo mais como uma fiscalização do que como avaliação.

“Na verdade, eu entendi assim: para os profissionais o PMAQ/CEO significa dinheiro, a possibilidade de ele receber ou não. Para os gestores, é o repasse. Se ele vai ser bem avaliado e se vai receber 100%, e aí vai todo mundo gostar dele. E para os usuários, se tiver atendimento no CEO está ótimo. Não importa nem as condições, se tiver uma vaga para endodontia no mês, ele já tá 70% satisfeito. São três tipos de avaliação de qualidade, são três tipos de parâmetro, vamos dizer assim.”

Em relação à tecnologia utilizada para registro das informações - os *tablets* - a maioria dos avaliadores relatou dificuldades em realizar o georreferenciamento (GPS) e enviar os dados após coleta, por deficiência na internet.

“Este procedimento (GPS) foi muito demorado e não pôde ser realizado em todos os CEO. Em alguns não havia local adequado para ficar localizando o GPS, por isto foi necessário muitas vezes ficar na rua ou na calçada esperando (levou até 1h e 15 min para localizar um módulo). Além disso, os tablets apresentavam problemas durante o campo como desligamento imprevisto e “travamento” em alguns módulos, sendo necessário resetar para a retomada da pesquisa”.

Em relação ao conteúdo do instrumento - os questionários - houve relatos de problemas de programação, como partes faltantes na lista de insumos, e ausência de alternativas que contemplassem algumas respostas (ex: carga horária dos profissionais - em alguns casos, a soma da carga horária ultrapassava o valor permitido no item).

Também foi apontado que a parte da entrevista com o profissional foi muito curta e objetiva. Além de que consideraram que mais profissionais poderiam ter sido entrevistados, visto ser o perfil dos profissionais um dado importante a ser analisado e que está relacionado com a qualidade de serviços que o CEO oferece. Não havia questões que propiciassem ao Cirurgião Dentista (CD) falar sobre o cuidado prestado por ele.

“Você senta com o CD, ele fica esperando para ser entrevistado. Aí você pergunta para ele meia dúzia de perguntas. Assim, foi muito rápido com o CD. Ele podia e queria falar mais. Ele até falava, falava, contava, a gente conversava, (...), mas não tinha onde por. A pesquisa não propiciava que se soubesse mais do processo de trabalho do CD. Achei um pouco de desperdício. Acho que ele teria muito mais coisa a nos contar...”

“Em uma das clínicas, a equipe auxiliar perguntou se não iria conversar com elas. Elas se sentiram excluídas de não participar desse processo de avaliação”.

Outro problema salientado foi o compartilhamento de ambiente com outras unidades de saúde, sejam elas Policlínicas ou Unidades Básicas de Saúde (UBS que não foi captado pelo instrumento de coleta dos dados da AVE-PMAQ/CEO, o que pode prejudicar a avaliação daqueles estabelecimentos sem estrutura compartilhada. Esse compartilhamento extrapola a estrutura física, de modo que vários profissionais con-

tratados para atender nos CEO atendem também os pacientes das UBS, dividindo sua carga horária entre atendimentos especializados e não especializados.

Se por um lado os avaliadores disseram que ter dia marcado para o avaliador ir ao CEO não foi bom porque o CEO se preparou para recebê-los, maquiando-se, por outro lado aconteceu de chegarem no CEO e não encontrarem ninguém, além da recepcionista. Em outros, os CD ficavam por pouco tempo.

“porque notava que a dinâmica do CEO não era aquela. Foi pintada aquela parede que até um dia antes não era pintada. Tinha cheiro de tinta no consultório ou no próprio ambiente do CEO. Tinha um maquinário que eu já tinha visto, percebi que ele tinha saído daquele lugar naquele dia.”

Em relação a como os avaliadores se sentiram durante a coleta de dados, muitos revelaram situações em que eram consultados sobre todo o processo de avaliação (critérios, notas, como seria o repasse, etc..) e se sentiam inseguros para darem essas informações. Embora tenha sido esclarecido, nas capacitações prévias à ida ao campo, que eles só poderiam/deveriam responder sobre essa fase da AVE-PMAQ/CEO, ficava difícil para eles “fugirem das perguntas”.

“Acho que a gente precisava ter esse conhecimento prévio para poder responder porque, senão, ficava assim: então tá certo, você só veio aqui fazer as perguntas e você não saber dar resposta nenhuma...”

Também foi um fator dificultador do processo de trabalho dos avaliadores, a falta de informação sobre o PMAQ/CEO de boa parte dos gestores, coordenadores de CEO e profissionais.

“As pessoas não sabiam nem o que era o próprio termo AMAQ. Diziam: o que é o AMAQ, como é que eu faço? Como é que eu faço uma matriz de intervenção?” Porque o pessoal não se interessou em analisar um documento que foi mandado previamente por e-mail, não se reuniram, não se avaliaram...”

Os avaliadores também relataram alguns problemas relacionados à superposição de papéis entre coordenadores de SB do município, gerentes de CEO e profissionais do CEO.

“E a grande maioria dos CEO, eles não tinham o cargo de gerente. Tinha nas capitais, mas em outros interiores não existia o cargo gerente de CEO. Eram os Coordenadores de Saúde Bucal. (...) Inclusive teve um lugar que a dentista era gerente do CEO, Coordenadora de Saúde Bucal, Secretária de Saúde da cidade e estudante de medicina”

Em relação aos documentos que os avaliadores deveriam recolher, muitos tiveram dificuldades por não estarem disponíveis no CEO. Em muitos casos a documentação não estava pronta e os avaliadores tiveram que aguardar.

“A maioria dos gestores alegava não saber quais documentos deveriam ser entregues no dia da avaliação externa, alegando falta de divulgação. Acredito que os mesmos não leem os manuais disponibilizados pelo ministério. O Termo de Compromisso assinado pelo gestor é o documento que apresenta maior dificuldade em obter, especialmente nos municípios onde houve mudança de gestão entre a adesão e a avaliação externa. Sugerimos a divulgação de um checklist aos municípios antes da avaliação externa, mesmo após a divulgação dos manuais para minimizar este problema”

“Tivemos maior dificuldade na aplicação do Módulo II, no que se referia à entrevista com o Gerente do CEO. Os gerentes desconheciam o funcionamento do CEO e não entendiam algumas das questões do instrumento. Por vezes foi necessário chamar um dentista para ajudá-los a responder. Isso demonstra o despreparo dos gestores para o exercício da gestão dos CEO, ou o pouco envolvimento desses gestores. Alguns acumulam cargos. Muitos residem em outros municípios, etc. A maioria dos CEO no estado não possui um gerente, geralmente o coordenador de saúde bucal dirigia-se ao local para ser entrevistado, e não sabia responder algumas perguntas muito específicas, como por exemplo, média da quantidade de sessões necessárias para fechar um canal, tempo de espera para ser atendido nas especialidades etc. Alguns municípios nem sequer possuem o coordenador de saúde bucal.”

3) O que poderia ser melhorado em futuras avaliações

As sugestões levantadas pela equipe de avaliadores da AVE-PMAQ/CEO, 1º ciclo, no que diz respeito à logística, foram distribuídas em dois itens:

INSTITUCIONALIZAÇÃO: Foi sugerido que na próxima coleta de dados seja utilizado crachá com identificação visual do avaliador (com foto), assim como mochilas personalizadas do Programa para transporte do *tablet* e acessórios, a exemplo do que foi feito na coleta da AVE-PMAQ/AB.

PLANEJAMENTO GERAL: Como sugestão para melhoria do processo de avaliação, sugeriu-se que os instrumentos sejam revisados, para que algumas informações sejam preenchidas pelos gerentes em formulário on line, como quantidade de profissionais, carga horária, tipo de contratação, e várias outras informações que não há necessidade de comprovação por parte do avaliador externo. Dessa forma, os instrumentos seriam reduzidos, facilitando muito o trabalho de campo e melhorando sua sensibilidade.

Com o objetivo de manter o grupo gestor informado do andamento da coleta e para alimentar o cenário nacional eram enviados relatórios parciais. Estes eram feitos pelos coordenadores estaduais, da forma como achavam melhor. Para qualificar esses relatórios, sugere-se para os próximos ciclos do PMAQ/CEO a criação de um modelo de relatório parcial e uma periodicidade para padronizar e sincronizar os controles de resultados parciais.

Outra sugestão amplamente feita foi a de que o treinamento dos avaliadores seja com o uso do *tablet* o que não aconteceu nesse primeiro ciclo.

Em relação aos documentos que eram recolhidos pelos avaliadores, temos:

“Sugerimos a divulgação de um checklist aos municípios antes da avaliação externa, porque a maioria dos gestores alegava não saber quais documentos deveriam ser entregues no dia da avaliação, mesmo após a divulgação dos manuais. Esse checklist poderia minimizar este problema”.

Considerando que, em muitos CEOs, os Auxiliares de Saúde Bucal eram os que sabiam dar mais informações sobre o funcionamento do CEO como um todo e não só sobre uma especialidade (como foi o caso de

muitos profissionais), sugere-se que na entrevista com os profissionais do CEO esteja garantida a participação também dessa categoria. *“As ASB se ressentiam de não serem ouvidas... e elas tinham tanto a dizer...”*

Também foram relatados problemas em relação à identificação do CNES. Sugere-se que se tenha uma conferência anterior à avaliação e uma orientação mais clara em relação ao que fazer quando o CNES não confere.

“Tivemos problemas no cadastro dos CEO que não haviam aderido ao PMAQ. Foi necessário indicar um CNES de um estabelecimento da Atenção Primária e seguir com a avaliação”.

2.2

AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DOS CEO DO BRASIL

A apresentação dos resultados relativos ao acesso e a qualidade do AVE-PMAQ/CEO foca na descrição do conjunto de dimensões, as quais foram utilizadas como variáveis pelo CGSB/DAB para a classificação final da certificação. É preciso esclarecer que o presente relatório denominado resultados principais, não pretende esgotar todas as variáveis coletadas nos diferentes módulos do questionário, mas possibilitar aos gestores de diferentes níveis e profissionais uma olhar que lhe permitam compreender, de alguma forma, a sua classificação. Deve ser ainda enunciada que a composição final da classificação feita após a AVE-PMAQ/CEO utilizou um sistema de pesos atribuídos pelo CGSB/DAB que não foram considerados na presente descrição.

Deve-se ainda levar em consideração que para todas as questões onde havia a indagação acerca da existência de documentos que comprovassem a resposta, a mesma só foi considerada como positiva após a comprovação solicitada pelo avaliador.

a) Distribuição territorial e horário de funcionamento dos CEO no Brasil

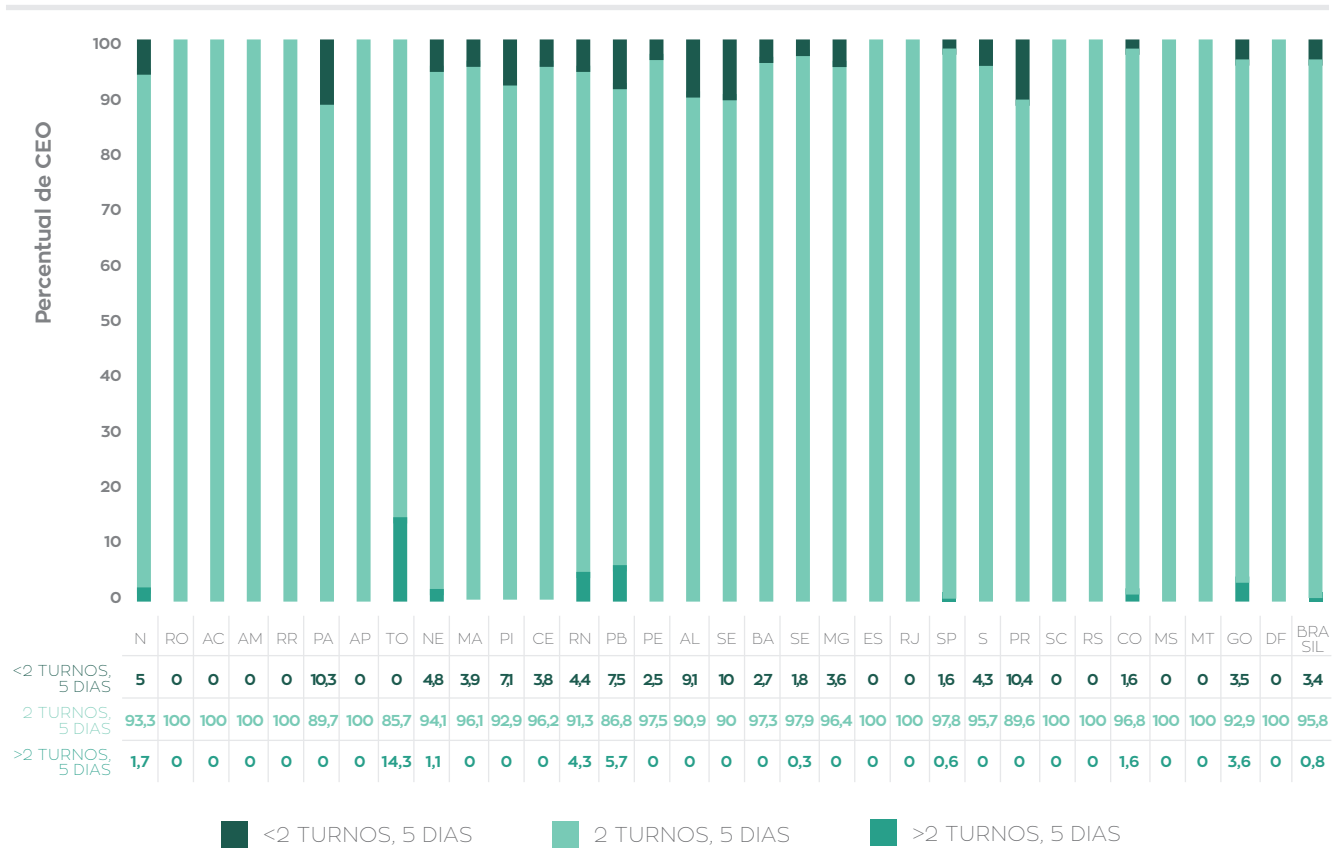
A análise da distribuição territorial dos CEOs demonstrou desigualdade inter e intra macro-regional na implantação desses serviços. A região Norte possui o menor número de serviços e a região Nordeste, o maior. O maior número desses serviços está implantado no estado de São Paulo. A maior proporção é de CEO Tipo II (50,9%).

Tabela 1. Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014.

regiões estados	TIPO DE CEO							
	Tipo I		Tipo I		Tipo I		Total N	
	n	%	n	%	n	%		
NORTE	24	40,0	26	43,3	10	16,7	60	
AC	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	
AM	2	18,2	8	72,7	1	9,1	11	
AP	1	33,3	0	0,0	2	66,7	3	
PA	16	55,2	8	27,6	5	17,2	29	
RO	0	0,0	6	85,7	1	14,3	7	
RR	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	
TO	4	57,1	2	28,6	1	14,3	7	
NORDESTE	144	40,3	164	45,9	49	13,7	357	
AL	11	50,0	10	45,5	1	4,5	22	
BA	29	38,7	38	50,7	8	10,7	75	
CE	37	46,3	16	20,0	27	33,8	80	
MA	3	11,5	22	84,6	1	3,8	26	
PB	33	62,3	16	30,2	4	7,5	53	
PE	17	42,5	21	52,5	2	5,0	40	
PI	14	50,0	13	46,4	1	3,6	28	
RN	0	0,0	21	91,3	2	8,7	23	
SE	0	0,0	7	70,0	3	30,0	10	
SUDESTE	112	33,2	199	59,1	26	7,7	337	
ES	6	66,7	2	22,2	1	11,1	9	
MG	27	32,5	54	65,1	2	2,4	83	
RJ	16	24,2	44	66,7	6	9,1	66	
SP	63	35,2	99	55,3	17	9,5	179	
SUL	55	47,4	45	38,8	16	13,8	116	
PR	14	29,2	22	45,8	12	25,0	48	
RS	16	64,0	8	32,0	1	4,0	25	
SC	25	58,1	15	34,9	3	7,0	43	
CENTRO-OESTE	14	22,6	40	64,5	8	12,9	62	
DF	2	22,2	7	77,8	0	0,0	9	
GO	7	25,0	15	53,6	6	21,4	28	
MS	4	26,7	10	66,7	1	6,7	15	
MT	1	10,0	8	80,0	1	10,0	10	
BRASIL	2	22,2	7	77,8	0	0,0	9	

A maioria dos CEO funciona nos turnos matutino e vespertino, de segunda a sexta (95,8%), sem diferenças regionais importantes. No Tocantins (n=1), Rio Grande do Norte (n=1), Paraíba (n=3), São Paulo (n=1) e Goiás (n=1) há CEO funcionando também à noite e nos finais de semana. No entanto, no Pará (n=3), em todos os estados da região Nordeste, em Minas Gerais (n=3), São Paulo (n=3), Paraná (n=5) e Goiás (n=1) há, pelo menos, um CEO que não funciona sequer durante dois turnos em cinco dias da semana (Figura 1).

Figura 1. Horário de funcionamento dos CEO no Brasil, em percentual, por Unidade Federativa. PMAQ, 2014.



© AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

b) Características estruturais dos CEO: adequação visual, acessibilidade, ambiência e recursos materiais

Houve o cumprimento de adequação visual em conformidade com o Manual de Aplicação da Marca Brasil Sorridente para maioria dos itens. A placa de identificação da fachada (79,7%) é o item de adequação visual com maior percentual de adequação nos CEO do país, ao passo que o uso de jaleco por todos os profissionais (39,1%) tem a menor adequação (Tabela 2).

Tabela 2. Adequação visual do CEO por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014.

O CEO POSSUI, EM CONFORMIDADE COM O MANUAL DE APLICAÇÃO DA MARCA BRASIL SORRIDENTE (continua)

regiões estados	Placa de Identificação para fachada		Placa de identificação para recepção		Placa de identificação em todos os consultórios		Placa de inauguração		Móvil para sinalização do Brasil Sorridente		Todos os profissionais do CEO (CD, ASB e TSB) utilizam jaleco em atendimento	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NORTE	53	88,3	46	76,7	49	81,7	45	75,0	28	46,7	21	35,0
AC	1	50,0	1	50,0	1	50,0	1	50,0	2	100,0	1	50,0
AM	9	81,8	6	54,5	9	81,8	7	63,6	7	63,6	2	18,2
AP	3	100,0	3	100,0	2	66,7	2	66,7	2	66,7	-	-
PA	27	93,1	26	89,7	26	89,7	22	75,9	10	34,5	16	55,2
RO	6	85,7	5	71,4	5	71,4	5	71,4	2	28,6	-	-
RR	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-
TO	6	85,7	5	71,4	6	85,7	7	100,0	5	71,4	2	28,6
NORDESTE	280	78,4	228	63,9	258	72,3	258	72,3	130	36,4	131	36,7
AL	12	54,5	13	59,1	13	59,1	17	77,3	5	22,7	8	36,4
BA	59	78,7	42	56,0	55	73,3	54	72,0	31	41,3	26	34,7
CE	54	67,5	47	58,8	53	66,3	48	60,0	30	37,5	30	37,5
MA	22	84,6	15	57,7	17	65,4	15	57,7	4	15,4	7	26,9
PB	47	88,7	42	79,2	44	83,0	45	84,9	18	34,0	21	39,6
PE	37	92,5	26	65,0	29	72,5	29	72,5	16	40,0	11	27,5
PI	26	92,9	21	75,0	24	85,7	24	85,7	13	46,4	11	39,3
RN	18	78,3	18	78,3	18	78,3	19	82,6	10	43,5	12	52,2
SE	5	50,0	4	40,0	5	50,0	7	70,0	3	30,0	5	50,0
SUDESTE	275	81,6	247	73,3	263	78,0	260	77,2	180	53,4	152	45,1
ES	6	66,7	6	66,7	5	55,6	5	55,6	6	66,7	4	44,4
MG	63	75,9	64	77,1	61	73,5	67	80,7	46	55,4	40	48,2
RJ	51	77,3	47	71,2	53	80,3	51	77,3	43	65,2	24	36,4
SP	155	86,6	130	72,6	144	80,4	137	76,5	85	47,5	84	46,9
SUL	88	75,9	80	69,0	83	71,6	98	84,5	49	42,2	42	36,2
PR	36	75,0	32	66,7	36	75,0	41	85,4	13	27,1	17	35,4
RS	21	84,0	17	68,0	17	68,0	21	84,0	10	40,0	9	36,0
SC	31	72,1	31	72,1	30	69,8	36	83,7	26	60,5	16	37,2

Tabela 2. Adequação visual do CEO por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014.

O CEO POSSUI, EM CONFORMIDADE COM O MANUAL DE APLICAÇÃO DA MARCA BRASIL SORRIDENTE (conclusão)

regiões estados	Placa de Identificação para fachada		Placa de identificação para recepção		Placa de identificação em todos os consultórios		Placa de inauguração		Móvil para sinalização do Brasil Sorridente		Todos os profissionais do CEO (CD, ASB e TSB) utilizam jaleco em atendimento	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CENTRO-OESTE	47	75,8	43	69,4	48	77,4	41	66,1	31	50,0	18	29,0
DF	3	33,3	4	44,4	2	22,2	3	33,3	-	-	4	44,4
GO	24	85,7	20	71,4	23	82,1	19	67,9	17	60,7	8	28,6
MS	13	86,7	12	80,0	15	100,0	12	80,0	6	40,0	5	33,3
MT	7	70,0	7	70,0	8	80,0	7	70,0	8	80,0	1	10,0
BRASIL	743	79,7	644	69,1	701	75,2	702	75,3	418	44,8	364	39,1

AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta. %: frequência percentual.

Quanto à acessibilidade, a presença de todos os itens foi maior nas regiões Sudeste (38,3%, média=2,8) e Sul (33,6%, média=2,9). As regiões Norte e Nordeste são as que apresentam a pior acessibilidade física aos usuários dos CEO (Tabela 3).

Tabela 3. Itens de acessibilidade dos CEOs por Região e Unidade Federativa (UF). Brasil, 2014.

NAS DEPENDÊNCIAS DO CEO EXISTE (continua)

regiões estados	Corredores adaptados para cadeira de rodas?		Portas adaptadas para passar cadeiras de rodas?		Cadeira de rodas, em condições de uso, disponível para deslocamento do usuário?		Rampa de acesso com corrimão?		Nenhuma das anteriores.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NORTE	39	65,0	43	71,7	19	31,7	17	28,3	12	20,0
AC	2	100,0	2	100,0	2	100,0	1	50,0	-	-
AM	5	45,5	6	54,5	3	27,3	2	18,2	4	36,4
AP	3	100,0	1	33,3	-	-	1	33,3	-	-
PA	23	79,3	25	86,2	12	41,4	11	37,9	2	6,9
RO	3	42,9	4	57,1	-	-	1	14,3	3	42,9
RR	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0
TO	3	42,9	5	71,4	2	28,6	1	14,3	2	28,6

Tabela 3. Itens de acessibilidade dos CEOs por Região e Unidade Federativa (UF). Brasil, 2014.

NAS DEPENDÊNCIAS DO CEO EXISTE (conclusão)

regiões estados	Corredores adaptados para cadeira de rodas?		Portas adaptadas para passar cadeiras de rodas?		Cadeira de rodas, em condições de uso, disponível para deslocamento do usuário?		Rampa de acesso com corrimão?		Nenhuma das anteriores.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NORDESTE	269	75,4	272	76,2	181	50,7	152	42,6	37	10,4
AL	14	63,6	14	63,6	4	18,2	11	50,0	4	18,2
BA	54	72,0	55	73,3	31	41,3	27	36,0	7	9,3
CE	52	65,0	55	68,8	42	52,5	30	37,5	15	18,8
MA	22	84,6	23	88,5	4	15,4	16	61,5	2	7,7
PB	45	84,9	44	83,0	31	58,5	17	32,1	1	1,9
PE	30	75,0	33	82,5	33	82,5	24	60,0	4	10,0
PI	24	85,7	24	85,7	16	57,1	11	39,3	1	3,6
RN	18	78,3	17	73,9	13	56,5	12	52,2	3	13,0
SE	10	100,0	7	70,0	7	70,0	4	40,0	-	-
SUDESTE	262	77,7	266	78,9	230	(68,2)	189	56,1	25	7,4
ES	6	66,7	5	55,6	5	55,6	6	66,7	2	22,2
MG	68	81,9	71	85,5	59	71,1	51	61,4	4	4,8
RJ	44	66,7	49	74,2	35	53,0	29	43,9	8	12,1
SP	144	80,4	141	78,8	131	73,2	103	57,5	11	6,1
SUL	98	84,5	99	85,3	84	72,4	51	44,0	7	6,0
PR	39	81,3	40	83,3	34	70,8	15	31,3	3	6,3
RS	21	84,0	21	84,0	14	56,0	10	40,0	2	8,0
SC	38	88,4	38	88,4	36	83,7	26	60,5	2	4,7
CENTRO-OESTE	49	79,0	48	77,4	34	54,8	28	45,2	5	8,1
DF	9	100,0	8	88,9	8	88,9	8	88,9	-	-
GO	22	78,6	23	82,1	14	50,0	16	57,1	1	3,6
MS	9	60,0	11	73,3	9	60,0	3	20,0	3	20,0
MT	9	90,0	6	60,0	3	30,0	1	10,0	1	10,0
BRASIL	717	76,9	728	78,1	548	58,8	437	46,9	86	9,2

 AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta.

%: frequência percentual.

Seis dos sete itens de características estruturais e ambiência (excluindo-se o ventilador) foram registrados principalmente nas regiões Norte (45%, média=4,7) e sul (44,8%, média=5,1). Os itens com maior proporção de adequação, acima de 80%, foram a presença de ar condicionado (%) e consultórios em boas condições de uso, limpeza e iluminação (Tabela 4).

Tabela 4. Características estruturais e Ambiência do CEO, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014.

CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E AMBIÊNCIA DO CEO (continua)

regiões estados	Sala de espera em boas condições de limpeza, lugares suficientes para os usuários aguardarem e com boa ventilação ou climatização		O piso e as paredes do CEO são de superfícies lisas e laváveis		A acústica do CEO evita ruídos do ambiente externo e interno. Incluindo compressor		Os consultórios do CEO possuem ar-condicionado		Os consultórios do CEO possuem ventilador		Os consultórios do CEO estão em boas condições de uso, limpeza e apresentam uma boa iluminação (natural ou artificial)		Os banheiros estão em boas condições de uso e limpeza	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NORTE	40	66,7	45	75,0	46	76,7	59	98,3	-	-	50	83,3	42	70,0
AC	2	100,0	1	50,0	2	100,0	2	100,0	-	-	2	100,0	2	100,0
AM	7	63,6	8	72,7	9	81,8	10	90,9	-	-	9	81,8	8	72,7
AP	3	100,0	3	100,0	3	100,0	3	100,0	-	-	3	100,0	3	100,0
PA	20	69,0	25	86,2	24	82,8	29	100,0	-	-	25	86,2	21	72,4
RO	3	42,9	3	42,9	1	14,3	7	100,0	-	-	5	71,4	5	71,4
RR	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0	1	100,0
TO	5	71,4	4	57,1	7	100,0	7	100,0	-	-	5	71,4	2	28,6
NORDESTE	228	63,9	233	65,3	252	70,6	341	95,5	13	3,6	298	83,5	252	70,6
AL	12	54,5	15	68,2	9	40,9	19	86,4	1	4,5	16	72,7	10	45,5
BA	41	54,7	44	58,7	52	69,3	69	92,0	3	4,0	58	77,3	51	68,0
CE	58	72,5	45	56,3	53	66,3	79	98,8	2	2,5	73	91,3	56	70,0
MA	15	57,7	17	65,4	20	76,9	25	96,2	1	3,8	25	96,2	19	73,1
PB	35	66,0	38	71,7	45	84,9	51	96,2	4	7,5	45	84,9	43	81,1
PE	29	72,5	26	65,0	27	67,5	39	97,5	2	5,0	34	85,0	29	72,5
PI	21	75,0	25	89,3	26	92,9	28	100,0	-	-	22	78,6	18	64,3
RN	12	52,2	17	73,9	15	65,2	21	91,3	-	-	16	69,6	17	73,9
SE	5	50,0	6	60,0	5	50,0	10	100,0	-	-	9	90,0	9	90,0
SUDESTE	275	81,6	273	81,0	260	77,2	224	66,5	90	26,7	306	90,8	279	82,8
ES	4	44,4	5	55,6	7	77,8	9	100,0	-	-	8	88,9	5	55,6
MG	73	88,0	68	81,9	64	77,1	40	48,2	26	31,3	81	97,6	74	89,2
RJ	46	69,7	45	68,2	44	66,7	63	95,5	1	1,5	53	80,3	52	78,8
SP	152	84,9	155	86,6	145	81,0	112	62,6	63	35,2	164	91,6	148	82,7

Tabela 4. Características estruturais e Ambiente do CEO, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014.

CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E AMBIÊNCIA DO CEO (conclusão)

regiões estados	Sala de espera em boas condições de limpeza, lugares suficientes para os usuários aguardarem e com boa ventilação ou climatização		O piso e as paredes do CEO são de superfícies lisas e laváveis		A acústica do CEO evita ruídos do ambiente externo e interno. Incluindo compressor		Os consultórios do CEO possuem ar-condicionado		Os consultórios do CEO possuem ventilador		Os consultórios do CEO estão em boas condições de uso, limpeza e apresentam uma boa iluminação (natural ou artificial)		Os banheiros estão em boas condições de uso e limpeza	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SUL	95	81,9	108	93,1	88	75,9	95	81,9	20	17,2	107	92,2	96	82,8
PR	40	83,3	46	95,8	31	64,6	32	66,7	14	29,2	45	93,8	39	81,3
RS	22	88,0	22	88,0	19	76,0	22	88,0	4	16,0	23	92,0	21	84,0
SC	33	76,7	40	93,0	38	88,4	41	95,3	2	4,7	39	90,7	36	83,7
CENTRO-OESTE	48	77,4	54	87,1	44	71,0	56	90,3	7	11,3	54	87,1	46	74,2
DF	8	88,9	9	100,0	8	88,9	7	77,8	3	33,3	9	100,0	7	77,8
GO	24	85,7	25	89,3	23	82,1	26	92,9	-	-	27	96,4	24	85,7
MS	9	60,0	14	93,3	12	80,0	14	93,3	4	26,7	13	86,7	13	86,7
MT	7	70,0	6	60,0	1	10,0	9	90,0	-	-	5	50,0	2	20,0
BRASIL	686	73,6	713	76,5	690	74,0	775	83,2	130	13,9	815	87,4	715	76,7

☉ AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta. %: frequência percentual.

Em relação aos recursos materiais, foi observado que os equipamentos estão distribuídos de modo semelhante entre as regiões brasileiras. Da mesma forma, as médias de insumos e instrumentais também são parecidas entre as regiões. Porém, ao avaliar a distribuição percentual, os CEO da região Nordeste tem os maiores problemas, com menor frequência de CEO com todos os itens de insumos (27,3%), instrumentais (27,7%) e com impressos (ficha clínica) (44,2%), quando comparado às demais regiões do país.

Tabela 5. Recursos materiais dos CEO, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (continua)

regiões estados	Adequação dos 18 itens de Equipamentos				Adequação dos 16 itens de Insumos				Adequação dos 16 itens de Instrumental				Adequação de Impressos	
	n	%	\bar{x}	dp	n	%	\bar{x}	dp	n	%	\bar{x}	dp	n	%
NORTE	1	1,7	12,8	2,4	25	41,7	14,4	1,7	25	41,7	14,6	2,0	58	96,7
RO	0	0,0	11,8	1,7	0	0,0	13,6	1,0	0	0,0	13,0	1,4	7	100,0
AC	0	0,0	14,5	0,7	0	0,0	13,0	1,4	0	0,0	11,0	2,8	2	100,0

Tabela 5. Recursos materiais dos CEO, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (conclusão)

regiões estados	Adequação dos 18 itens de Equipamentos				Adequação dos 16 itens de Insumos				Adequação dos 16 itens de Instrumental				Adequação de Impressos	
	n	%	\bar{x}	dp	n	%	\bar{x}	dp	n	%	\bar{x}	dp	n	%
AM	0	0,0	12,4	3,7	4	36,4	13,8	2,1	3	27,3	14,0	2,1	10	90,9
RR	0	0,0	10,0	0,0	0	0,0	13,0	0,0	1	100,0	16	0,0	1	100,0
PA	1	3,4	13,0	2,2	17	58,6	14,9	1,6	16	55,2	15,2	1,9	28	96,5
AP	0	0,0	13,3	0,6	2	66,7	15,7	0,6	1	33,3	15,0	1,0	3	100,0
TO	0	0,0	13,7	2,0	2	28,6	14,3	1,8	4	57,1	15,7	1,1	7	100,0
NORDESTE	6	1,7	13,5	2,4	97	27,3	13,9	2,0	99	27,7	14,1	2,2	342	44,2
MA	0	0,0	13,0	2,3	4	15,4	13,4	1,7	4	15,4	13,4	1,7	26	100,0
PI	0	0,0	13,0	2,4	8	28,6	14,5	1,8	11	39,3	14,8	2,1	28	100,0
CE	0	0,0	13,1	2,7	24	30,0	13,9	2,1	20	25,0	13,9	2,0	76	95,0
RN	2	9,1	14,1	2,6	7	31,8	14,6	1,4	13	56,5	15,0	3,5	19	82,6
PB	2	3,8	14,0	2,1	20	37,7	14,2	1,9	15	28,3	14,5	1,6	51	96,2
PE	2	5,0	14,5	2,1	16	40,0	14,5	1,6	14	35,0	14,4	2,4	40	100,0
AL	0	0,0	12,5	2,5	2	9,5	12,9	2,6	5	22,7	13,1	2,9	20	90,9
SE	0	0,0	14,9	1,0	4	40,0	14,6	1,5	0	0,0	13,6	1,3	10	100,0
BA	0	0,0	13,2	2,1	12	16,0	13,3	2,3	17	22,7	13,9	2,1	72	96,0
SUDESTE	3	0,9	14,0	1,9	108	32,0	14,4	1,8	149	44,2	14,9	1,6	335	99,4
MG	1	1,2	13,9	1,8	32	38,5	14,5	1,8	34	41,0	14,8	1,6	82	98,8
ES	0	0,0	13,5	2,6	1	11,1	13,9	1,3	5	55,6	15,0	1,6	9	100,0
RJ	1	1,5	13,7	2,1	19	28,8	14,3	1,6	31	47,0	14,9	1,8	66	100,0
SP	1	1,6	14,1	1,8	56	31,3	14,3	1,8	79	44,1	15,0	1,6	178	99,4
SUL	0	0,0	14,1	1,8	49	42,2	14,6	1,6	45	38,8	14,8	1,9	114	98,3
PR	0	0,0	14,4	1,6	27	56,2	14,9	1,7	20	41,7	15,0	1,4	47	97,9
SC	0	0,0	14,5	1,6	15	34,9	14,6	1,5	17	39,5	14,8	2,2	43	100,0
RS	0	0,0	12,8	1,9	7	28,0	14,2	1,7	8	32,0	14,2	2,3	24	96,0
CENTRO- OESTE	0	0,0	13,7	1,9	26	41,9	14,8	1,4	37	59,7	15,2	1,5	62	100,0
MS	0	0,0	13,3	1,8	1	6,7	14,3	0,9	6	40,0	14,8	1,3	15	100,0
MT	0	0,0	13,6	1,3	1	10,0	13,8	2,0	3	30,0	14,2	1,9	10	100,0
GO	0	0,0	13,8	2,3	20	71,4	15,4	1,1	22	78,6	15,8	1,2	28	100,0
DF	0	0,0	14,3	1,2	4	44,4	14,9	1,3	6	66,7	15,4	1,1	9	100,0
BRASIL	10	1,1	13,7	2,1	305	32,8	14,3	1,9	355	38,1	14,6	2,0	911	97,7

● AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta. %: frequência percentual. \bar{x} : média. dp: desvio-padrão.

Apesar dos resultados supracitados, nos últimos 12 meses, 30,4% dos profissionais dos CEO do país relataram que deixaram de atender por falta de insumos/instrumental e 38,6%, devido a problemas nos equipamentos. Isso aconteceu, especialmente, na região Norte (Tabela 6).

Tabela 6. Motivo de falta de atendimento nos últimos 12 meses, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014.

NOS ÚLTIMOS 12 MESES DEIXOU DE ATENDER (continua)

regiões estados	Por falta de insumos e instrumentais		Por falta de equipamentos funcionando	
	n	%	n	%
NORTE	29	49,2	29	49,2
RO	1	50,0	1	50,0
AC	8	72,7	9	81,8
AM	3	100,0	1	33,3
RR	12	42,9	11	39,3
PA	2	28,6	2	28,6
AP	1	100,0	1	100,0
TO	2	28,6	4	57,1
NORDESTE	110	31,0	149	42,0
MA	10	45,5	11	50,0
PI	35	47,3	42	56,8
CE	17	21,5	29	36,7
RN	11	42,3	13	50,0
PB	9	17,0	14	26,4
PE	9	22,5	19	47,5
AL	6	21,4	6	21,4
SE	9	39,1	11	47,8
BA	4	40,0	4	40,0
SUDESTE	94	27,9	118	35,0
MG	6	66,7	3	33,3
ES	25	30,1	37	44,6
RJ	22	33,3	23	34,8
SP	41	22,9	55	30,7
SUL	29	23,8	37	30,3
PR	8	16,3	11	22,4
SC	8	32,0	8	32,0
RS	11	25,6	17	39,5

Tabela 6. Motivo de falta de atendimento nos últimos 12 meses, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014.

NOS ÚLTIMOS 12 MESES DEIXOU DE ATENDER (conclusão)

regiões estados	Por falta de insumos e instrumentais		Por falta de equipamentos funcionando	
	n	%	n	%
CENTRO-OESTE	21	36,8	26	45,6
MS	5	55,6	7	77,8
MT	8	28,6	10	35,7
GO	5	33,3	4	26,7
DF	5	50,0	6	60,0
BRASIL	283	30,4	359	38,6

● AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta.

%; frequência percentual.

c) Planejamento e ações da gestão para organização do processo de trabalho e o Apoio Institucional para os CEOs

O papel da gestão é fundamental para a qualidade dos serviços. Uma das ações indutoras é garantir a existência de gerentes nos CEO. Foi observado pequeno percentual dos CEO que não possuem gerentes; o percentual varia entre as regiões sendo o maior na região Centro Oeste e o menor na região Norte. Destaca-se aqui o estado do Mato Grosso do Sul, onde cerca de 66% dos CEO não possui gerente. Foi verificado ainda que na metade dos serviços ele é exclusivo desta função.

Em relação ao apoio da gestão, é importante notar que os gerentes dos serviços responderam ter recebido apoio ao planejamento e organização do processo de trabalho, variando de 50,8% na região Norte a 68,4% nas regiões Sul e Centro Oeste. Dentre os estados, houve grande variação, os estados do Acre (100%), Goiás (85,7%) e Pernambuco (80%) destacam-se como os que têm maior proporção de CEO recebendo apoio ao passo que apenas 27% dos serviços de Alagoas o recebem (Tabela 7). Os recursos investigados ao planejamento foram: Painel informativo, Informativos epidemiológicos, Sala de situação e Relatórios e consolidados mensais do SIA/SUS. Na média, cerca de 2 recursos têm sido utilizados ao planejamento pela gestão.

Tabela 7. Relação de cargos de gestão dos CEOs, por região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (continua)

regiões estados	Possui gerente						Tem apoio da gestão p/ planejamento e organização do processo de trabalho						Nº de recursos utilizados p/ realização do planejamento	
	Sim, acumula com atividade clínica		Sim, exclusivo como gerente		Não há gerente		Sim		Não		Não se aplica			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	\bar{x}	dp
NORTE	26	44,1	29	49,2	4	6,8	30	50,8	10	16,9	19	32,2	1,8	1,8

Tabela 7. Relação de cargos de gestão dos CEOs, por região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (continua)

regiões estados	Possui gerente						Tem apoio da gestão p/ planejamento e organização do processo de trabalho						Nº de recursos utilizados p/ realização do planejamento	
	Sim, acumulada com atividade clínica		Sim, exclusivo como gerente		Não há gerente		Sim		Não		Não se aplica			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	\bar{x}	dp
AC	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0,5	0,7
AM	6	54,5	4	36,4	1	9,1	5	45,5	0	0,0	6	54,5	1,5	1,6
AP	1	33,3	2	66,7	0	0,0	1	33,3	2	66,7	0	0,0	3,7	1,5
PA	13	46,4	14	50,0	1	3,6	15	53,6	5	17,9	8	28,6	2,3	1,9
RO	5	71,4	2	28,6	0	0,0	4	57,1	1	14,3	2	28,6	0,7	1,0
RR	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0,0	.
TO	1	14,3	6	85,7	0	0,0	3	42,9	2	28,6	2	28,6	0,9	1,5
NORDESTE	149	42,0	172	48,5	34	9,6	220	62,0	40	11,3	95	26,8	2,2	1,7
AL	9	40,9	10	45,5	3	13,6	6	27,3	3	13,6	13	59,1	1,3	1,4
BA	25	33,8	35	47,3	14	18,9	43	58,1	9	12,2	22	29,7	2,4	1,8
CE	33	41,8	37	46,8	9	11,4	49	62,0	12	15,2	18	22,8	2,2	1,7
MA	9	34,6	16	61,5	1	3,8	13	50,0	5	19,2	8	30,8	1,7	1,3
PB	26	49,1	25	47,2	2	3,8	35	66,0	3	5,7	15	28,3	2,1	1,5
PE	19	47,5	19	47,5	2	5,0	32	80,0	4	10,0	4	10,0	2,5	1,8
PI	16	57,1	11	39,3	1	3,6	20	71,4	3	10,7	5	17,9	3,2	1,6
RN	10	43,5	11	47,8	2	8,7	16	69,6	1	4,3	6	26,1	2,0	2,1
SE	2	20,0	8	80,0	0	0,0	6	60,0	0	0,0	4	40,0	1,0	1,1
SUDESTE	98	29,1	189	56,1	50	14,8	213	63,2	59	17,5	65	19,3	2,3	1,9
ES	1	11,1	4	44,4	4	44,4	4	44,4	2	22,2	3	33,3	0,7	1,3
MG	24	28,9	50	60,2	9	10,8	59	71,1	9	10,8	15	18,1	2,7	1,9
RJ	17	25,8	45	68,2	4	6,1	35	53,0	23	34,8	8	12,1	2,1	1,8
SP	56	31,3	90	50,3	33	18,4	115	64,2	25	14,0	39	21,8	2,2	1,9
SUL	59	50,4	44	37,6	14	12,0	80	68,4	16	13,7	21	17,9	2,4	1,7
PR	23	46,9	21	42,9	5	10,2	35	71,4	5	10,2	9	18,4	2,8	1,6
RS	15	60,0	7	28,0	3	12,0	17	68,0	6	24,0	2	8,0	2,1	1,7
SC	21	48,8	16	37,2	6	14,0	28	65,1	5	11,6	10	23,3	2,2	1,7

Tabela 7. Relação de cargos de gestão dos CEOs, por região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (conclusão)

regiões estados	Possui gerente						Tem apoio da gestão p/ planejamento e organização do processo de trabalho						Nº de recursos utilizados p/ realização do planejamento	
	Sim, acumula com atividade clínica		Sim, exclusivo como gerente		Não há gerente		Sim		Não		Não se aplica			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	\bar{x}	dp
CENTRO-OESTE	15	26,3	30	52,6	12	21,1	39	68,4	11	19,3	7	12,3	2,0	1,7
DF	1	10,0	9	90,0	0	0,0	6	60,0	2	20,0	2	20,0	0,7	1,3
GO	3	30,0	5	50,0	2	20,0	5	50,0	2	20,0	3	30,0	2,7	1,6
MS	2	22,2	1	11,1	6	66,7	4	44,4	3	33,3	2	22,2	1,8	1,8
MT	9	32,1	15	53,6	4	14,3	24	85,7	4	14,3	0	0,0	1,7	1,4
BRASIL	347	37,5	464	50,2	114	12,3	582	62,9	136	14,7	207	22,4	2,2	1,8

● AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta. %: frequência percentual. \bar{x} : média. dp: desvio-padrão.

A média nacional para o número de temas discutidos nas ações de apoio ao processo de trabalho foi de 2,2 ($\pm 1,5$). Novamente as regiões Sul e Centro Oeste destacam-se com as maiores médias, ao passo que o norte teve as menores médias (Tabela 8).

Tabela 8. Apoio Institucional para o CEO, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (continua)

regiões estados	Apoio da gestão ao processo de trabalho						Nº de temas discutidos nas reuniões (5 itens)	
	Sim		Não		Não se aplica			
	n	%	n	%	n	%	\bar{x}	dp
NORTE	30	50,8	10	16,9	19	32,2	1,8	1,5
AC	2	100,0	0	0,0	0	0,0	1,0	1,4
AM	5	45,5	0	0,0	6	54,5	1,8	1,7
AP	1	33,3	2	66,7	0	0,0	1,7	1,5
PA	15	53,6	5	17,9	8	28,6	2,0	1,6
RO	4	57,1	1	14,3	2	28,6	1,1	1,1
RR	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1,0	.
TO	3	42,9	2	28,6	2	28,6	1,6	1,5
RN	18	78,3	17	73,9	13	56,5	12	52,2
NORDESTE	220	62,0	40	11,3	95	26,8	2,1	1,5
AL	6	27,3	3	13,6	13	59,1	0,6	1,1

Tabela 8. Apoio Institucional para o CEO, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (conclusão)

regiões estados	Apoio da gestão ao processo de trabalho						Nº de temas discutidos nas reuniões (5 itens)	
	Sim		Não		Não se aplica		\bar{x}	dp
	n	%	n	%	n	%		
BA	43	58,1	9	12,2	22	29,7	2,1	1,6
CE	49	62,0	12	15,2	18	22,8	2,2	1,4
MA	13	50,0	5	19,2	8	30,8	1,9	1,2
PB	35	66,0	3	5,7	15	28,3	2,1	1,0
PE	32	80,0	4	10,0	4	10,0	2,6	1,6
PI	20	71,4	3	10,7	5	17,9	2,8	1,7
RN	16	69,6	1	4,3	6	26,1	2,1	1,6
SE	6	60,0	0	0,0	4	40,0	1,2	1,3
SUDESTE	213	63,2	59	17,5	65	19,3	2,2	1,6
ES	4	44,4	2	22,2	3	33,3	1,6	0,9
MG	59	71,1	9	10,8	15	18,1	2,4	1,6
RJ	35	53,0	23	34,8	8	12,1	1,8	1,6
SP	115	64,2	25	14,0	39	21,8	2,2	1,7
SUL	80	68,4	16	13,7	21	17,9	2,5	1,5
PR	35	71,4	5	10,2	9	18,4	2,6	1,4
RS	17	68,0	6	24,0	2	8,0	2,3	1,3
SC	28	65,1	5	11,6	10	23,3	2,5	1,7
CENTRO-OESTE	39	68,4	11	19,3	7	12,3	2,5	1,5
DF	4	44,4	3	33,3	2	22,2	2,3	1,3
GO	24	85,7	4	14,3	0	0,0	2,9	1,4
MS	5	50,0	2	20,0	3	30,0	2,6	1,5
MT	6	60,0	2	20,0	2	20,0	1,2	1,1
BRASIL	582	62,9	136	14,7	207	22,4	2,2	1,5

● AVE PMAQ/CEO 1º CICLO n: frequência absoluta. %: frequência percentual. \bar{x} : média. dp: desvio-padrão.

d) Qualificação dos profissionais do CEO e Educação Permanente

A qualidade técnica e científica de um serviço, pode ser verificada através da qualificação profissional. Vinte e três por cento dos gerentes de CEO no país não possui qualquer formação complementar. Estes percentuais são ainda maiores nas regiões Norte (28,8%) e Sudeste (26,4%). Apenas 15% dos gerentes

de CEO no país têm formação em gestão pública. Apenas a região Sudeste está acima da média nacional (18,1%). Nenhum gerente tem essa formação específica no Acre, Amazonas, Roraima, Amapá e no Distrito Federal. Por outro lado, ao analisar a média dos profissionais com formação especializada por CEO, observa-se que a maioria possui especialização (Tabela 9)

Tabela 9. Formação complementar de gerentes e dentistas das especialidades obrigatórias nos CEO, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (continua)

regiões estados	Gerente					Cirurgia Oral			Endodontia			Estomatologia			Periodontia			Pacientes Especiais		
	Saúde Coletiva	Gestão Pública	Outra formação	Nenhuma formação	Não se aplica	Graduação	Atualização/Aperf.	Espec./Mest./Dout.	Graduação	Atualização/Aperf.	Espec./Mest./Dout.	Graduação	Atualização/Aperf.	Espec./Mest./Dout.	Graduação	Atualização/Aperf.	Espec./Mest./Dout.	Graduação	Atualização/Aperf.	Espec./Mest./Dout.
	%					x1			x1			x1			x1			x1		
NORTE	26	44,1	29	49,2	4	6,8	30	50,8	10	16,9	19	32,2	1,8	1,8	10	16,9	19	32,2	1,8	1,8
RO	0,0	14,3	28,6	57,1	0,0	0,4	0,4	1,0	1,1	0,0	1,8	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	1,0	0,4	0,4	0,1
AC	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5	1,0	0,0
AM	45,4	0,0	45,4	0,0	9,2	0,4	0,1	0,8	0,3	0,2	1,7	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,9	0,6	0,0	0,1
RR	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
PA	10,7	7,1	42,9	32,1	7,1	0,2	0,2	1,1	0,1	0,2	1,9	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	1,2	0,4	0,1	1,1
AP	0,0	0,0	33,3	66,7	0,0	0,7	0,0	2,0	0,0	0,0	4,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,4	0,3	0,0	0,3
TO	28,6	14,3	28,6	28,6	0,0	0,4	0,1	0,7	0,4	0,0	2,3	0,0	0,0	0,4	0,7	0,1	0,70	0,4	0,6	0,3
NORDESTE	16,9	14,6	39,7	21,1	7,6	0,1	0,4	0,9	0,2	0,3	1,7	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2	0,8	0,4	0,4	0,5
MA	30,8	3,8	38,5	23,1	3,8	0,2	0,7	0,9	0,2	0,1	1,5	0,1	0,1	0,2	0,3	0,1	0,8	0,4	0,3	0,2
PI	17,9	3,6	57,1	17,9	3,6	0,3	0,6	0,7	0,3	0,5	1,5	0,6	0,1	0,1	0,2	0,2	0,7	1,1	0,2	0,1
CE	19,0	26,6	30,4	17,7	6,3	0,1	0,5	0,8	0,1	0,2	1,7	0,1	0,1	0,5	0,2	0,3	0,7	0,3	0,3	0,4
RN	8,7	17,4	34,8	30,4	8,7	0,1	0,4	0,9	0,1	0,1	2,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	1,2	0,3	0,3	1,2
PB	20,7	7,6	52,8	17,0	1,9	0,1	0,3	0,8	0,3	0,3	1,4	0,3	0,1	0,2	0,3	0,2	0,7	0,4	0,1	0,4
PE	12,5	30,0	25,0	32,5	0,0	0,0	0,2	1,2	0,2	0,3	2,1	0,1	0,2	0,6	0,2	0,2	0,9	0,3	0,4	0,5
AL	4,6	22,7	40,9	18,2	13,6	0,0	0,1	1,4	0,2	0,2	1,7	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,8	0,5	0,1	0,7
SE	0,0	20,0	40,0	40,0	0,0	0,1	0,7	1,5	0,0	0,5	2,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	1,6	0,3	0,5	0,9
BA	17,6	2,7	43,2	17,6	18,9	0,2	0,5	0,9	0,1	0,4	1,4	0,2	0,2	0,4	0,2	0,2	0,9	0,3	0,7	0,3
SUDESTE	20,2	18,1	23,1	26,4	12,2	0,3	0,5	1,1	0,3	0,5	2,1	0,3	0,2	0,5	0,3	0,2	1,2	0,6	0,4	0,5
MG	26,5	16,9	21,7	24,1	10,8	0,3	0,5	1,1	0,2	0,6	2,2	0,3	0,1	0,4	0,1	0,3	1,3	0,6	0,3	0,7
ES	22,2	22,2	22,2	11,2	22,2	0,3	0,3	1,2	0,0	0,7	2,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	1,5	0,0	0,1	0,7

Tabela 9. Formação complementar de gerentes e dentistas das especialidades obrigatórias nos CEO, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (conclusão)

regiões estados	Gerente					Cirurgia Oral			Endodontia			Estomatologia			Periodontia			Pacientes Especiais		
	Saúde Coletiva	Gestão Pública	Outra formação	Nenhuma formação	Não se aplica	Graduação	Atualização/Aperf.	Espec./Mest./Dout.	Graduação	Atualização/Aperf.	Espec./Mest./Dout.	Graduação	Atualização/Aperf.	Espec./Mest./Dout.	Graduação	Atualização/Aperf.	Espec./Mest./Dout.	Graduação	Atualização/Aperf.	Espec./Mest./Dout.
	%					\bar{x}			\bar{x}			\bar{x}			\bar{x}			\bar{x}		
RJ	18,2	19,7	21,2	26,8	16,2	0,4	0,3	1,4	0,2	0,2	2,4	0,1	0,1	0,7	0,4	0,2	1,2	1,0	0,4	0,5
SP	17,9	17,9	21,2	26,8	16,2	0,4	0,5	0,9	0,4	0,5	1,9	0,3	0,2	0,5	0,3	0,3	1,0	0,4	0,5	0,5
SUL	23,9	13,7	35,0	19,7	7,7	0,4	0,3	1,2	0,6	0,3	2,0	0,6	0,1	0,5	0,5	0,1	1,1	0,5	0,4	0,5
PR	28,6	16,3	30,6	16,3	8,2	0,1	0,4	1,3	0,3	0,4	2,3	0,4	0,2	0,4	0,4	0,2	1,2	0,2	0,4	0,6
SC	18,5	14,0	41,9	18,6	7,0	0,2	0,2	1,2	0,2	0,2	2,0	0,5	0,1	0,6	0,2	0,2	1,1	0,7	0,4	0,6
RS	18,6	13,9	41,9	18,6	7,0	1,6	0,2	0,9	1,9	0,2	1,4	1,2	0,1	0,6	1,0	0,1	1,0	0,7	0,5	0,4
CENTRO-OESTE	22,6	11,3	29,0	19,4	17,7	0,2	0,4	1,4	0,1	0,2	2,2	0,2	0,2	0,6	0,1	0,1	1,5	0,3	0,6	0,7
MS	40,0	6,7	13,3	26,7	13,3	0,1	0,6	1,2	0,3	0,2	2,5	0,3	0,2	0,4	0,2	0,1	1,4	0,2	0,2	0,6
MT	30,0	30,0	0,0	40,0	0,0	0,2	0,0	1,0	0,1	0,1	2,1	0,0	0,1	0,3	0,0	0,2	1,5	0,2	1,1	0,6
GO	14,3	10,7	50,0	14,3	10,7	0,4	0,6	1,0	0,1	0,2	2,1	0,1	0,4	0,8	0,1	0,1	1,4	0,3	0,7	0,9
DF	11,1	0,0	22,2	0,0	66,7	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	2,3	0,7	0,0	0,7	0,0	0,0	2,0	0,7	0,3	0,8
BRASIL	19,3	15,1	32,4	23,2	10,0	0,3	0,4	1,0	0,3	0,3	1,9	0,2	0,1	0,4	0,2	0,2	1,0	0,5	0,4	0,5

AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

%; frequência percentual. \bar{x} : média.

A educação permanente tem sido boa alternativa a qualificação profissional e das ações, no entanto, tem sido pouco desenvolvida. Nas regiões Norte (33,9%), Centro Oeste (43,5%) e Nordeste (47%) menos da metade dos CEO contam com ações de Educação Permanente para os profissionais.

Dentre as ações de Educação Permanente, a participação em Seminários, Mostras, Oficinas e Grupos de discussão (36,7%); seguidas de Cursos presenciais (32,9%); e, Troca de experiências (31,3%) foram as modalidades mais frequentemente identificadas nos CEO do Brasil. Pouquíssimas ações nas modalidades Telessaúde e Tutoria/Preceptorial são realizadas. E nos estados das regiões Norte e Nordeste essas modalidades são ainda menos utilizadas. As ações de Educação Permanente não atendem à demanda das equipes do CEO no país (Tabela 10).

Tabela 10. Ações de Educação Permanente (EP), por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (continua)

regiões estados	Município promove ações de EP no CEO	De que ações o CEO já participou						Usos do telessaúde nos CEOs				As ações de EP atendem à demanda
		Seminários, Mostras, Oficinas, Discussão	Cursos presenciais	Cursos à distância	Telessaúde	Troca de experiência	Tutoria/Preceptoria	Espec./Mest./Dout.	Graduação	Atualização/Aperf.	Espec./Mest./Dout.	
NORTE	33,9	25,4	20,3	6,8	1,7	20,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,5
RO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
AC	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
AM	27,3	27,3	9,1	0,0	9,1	18,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
RR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
PA	39,29	32,1	25,0	10,7	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3
AP	33,3	33,3	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TO	57,1	28,6	42,8	14,3	0,0	28,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3
NORDESTE	47,0	35,7	27,0	18,3	2,0	29,3	6,5	1,4	1,7	0,8	1,1	14,1
MA	46,1	34,6	23,1	11,5	7,7	26,9	0,0	3,8	7,7	0,0	0,0	11,5
PI	71,6	50,0	32,1	60,7	10,7	64,3	14,3	10,7	10,7	10,7	7,1	35,7
CE	46,8	34,2	32,9	19,0	1,3	31,5	8,8	0,0	0,0	0,0	1,3	11,4
RN	56,5	43,5	34,8	13,0	0,0	34,8	8,7	0,0	0,0	0,0	0,0	21,7
PB	35,8	22,6	9,4	9,4	0,0	17,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	13,2
PE	57,2	45,0	45,0	22,5	2,5	35,0	15,0	2,5	2,5	0,0	2,5	17,5
AL	9,1	9,1	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5
SE	60,0	50,0	30,0	20,0	0,0	30,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
BA	47,3	40,5	27,0	22,9	0,0	27,0	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	10,8
SUDESTE	54,9	38,9	39,5	23,1	8,0	34,4	7,1	3,5	1,8	2,7	4,7	14,8
MG	50,6	42,17	27,7	14,8	8,4	40,9	12,0	4,8	3,6	3,6	2,4	10,8
ES	44,4	22,2	33,3	33,3	0,0	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
RJ	57,6	39,4	30,3	28,8	19,7	39,4	6,0	6,1	1,5	6,0	15,1	13,6
SP	56,4	38,0	48,6	20,7	3,9	30,7	5,6	2,2	1,1	1,1	2,2	17,9
SUL	52,1	40,2	39,3	17,9	4,3	35,0	11,1	5,6	1,7	4,3	3,4	13,7
PR	51,0	40,8	38,8	12,2	0,0	40,8	10,2	0,0	0,0	0,0	0,0	12,2
SC	62,8	44,2	51,1	32,5	9,3	34,8	13,9	4,6	2,3	9,3	7,0	20,9
RS	36,0	32,0	20,0	14,0	4,0	24,0	8,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0

Tabela 10. Ações de Educação Permanente (EP), por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (conclusão)

regiões estados	Município promove ações de EP no CEO	De que ações o CEO já participou						Usos do telessaúde nos CEO				As ações de EP atendem à demanda
		Seminários, Mostras, Oficinas, Discussão	Cursos presenciais	Cursos à distância	Telessaúde	Troca de experiência	Tutoria/Preceptoría	Espec./Mest./Dout.	Graduação	Atualização/Aperf.	Espec./Mest./Dout.	
CENTRO-OESTE	43,5	33,9	30,6	17,7	8,0	29,0	9,7	6,4	6,4	3,2	6,4	12,9
MS	53,3	46,7	40,0	26,7	13,3	40,0	20,0	13,3	6,7	13,3	13,3	6,7
MT	10,0	10,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
GO	53,6	46,4	39,3	21,4	10,7	35,7	7,1	7,1	10,7	7,1	7,1	25,0
DF	33,3	0,0	11,1	11,1	0,0	22,2	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
BRASIL	49,4	36,7	32,9	19,2	4,8	31,3	7,1	2,6	1,9	2,0	3,0	13,9

☉ AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

e) Gestão do trabalho: garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, perspectivas de continuidade do vínculo, plano de carreira e prêmio por desempenho

Em todo o Brasil, a principal forma de contratação dos cirurgiões dentistas é por meio de Administração Direta, com média de sete dentistas por CEO, totalizando 6.549 profissionais. Em segundo lugar vem o Consórcio Intermunicipal (direito público ou privado), com média de 0,4 dentista por CEO (405 dentistas no país). Em terceiro lugar as Fundações Públicas (direito público ou privado), com média de 0,3 dentista por CEO (319 dentistas no país). Organizações Sociais – OS (incluindo organização da sociedade civil de interesse público) contrataram, em média, 0,2 dentistas/CEO, totalizando 166 profissionais. Cinquenta e seis dentistas foram contratados por meio de Entidades Filantrópicas (média de 0,1 dentistas/CEO), 90 dentistas dos CEO foram contratados por Empresas (média de 0,1 dentistas/CEO) e 102 por meio de Cooperativas média de 0,5 dentistas/CEO). Não há dentistas contratados por Organizações não Governamentais (ONG) nos CEO do Brasil (Figura 2).

A maioria dos cirurgiões dentistas dos CEO no Brasil são servidores públicos estatutários, totalizando 5.024 dentistas, com média de 5,4 dentistas por CEO admitidos com essa forma de vínculo. Em segundo lugar, estão os profissionais com contrato temporário (total de 1.692 dentistas, com média de 1,8 dentistas/CEO). O terceiro tipo de vínculo mais praticado no país é o contrato CLT (total de 1.261 dentistas, com média de 1,3 dentistas/CEO). Dentistas dos CEO com vínculo do tipo cargo comissionado (104 profissionais, média de 0,1 CD/CEO), autônomo (74 profissionais, média de 0,1 CD/CEO) e outros tipos de vínculo (171 profissionais, média de 0,2 CD/CEO) são menos frequentes nos CEO brasileiros (Figura 3).

Os achados apontam que no grupo investigado parece haver a garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários, bem como, da continuidade do vínculo empregatício visto que em sua maioria os profissionais são concursados pela administração direta e servidores públicos estatutários. Muito embora, seja frequente a presença de profissionais com contratos temporário, o que fragiliza a situação laboral, apontando para situações de precarização do trabalho.

Figura 2. Agente contratante dos Cirurgiões Dentistas, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014.

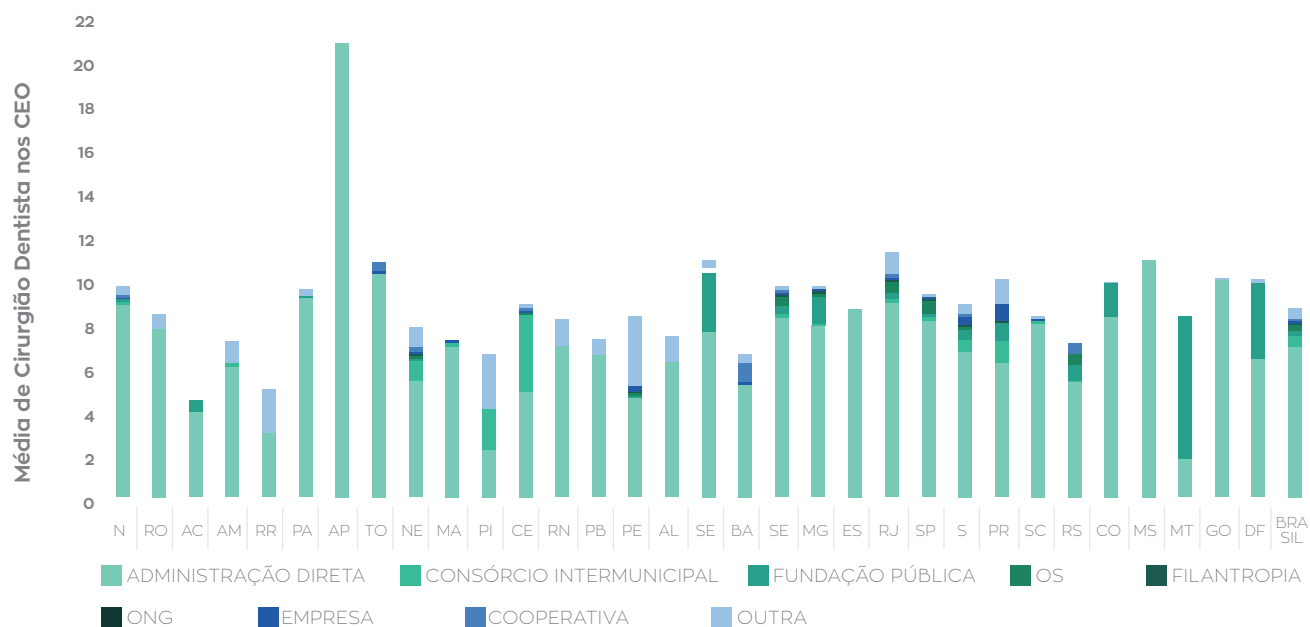
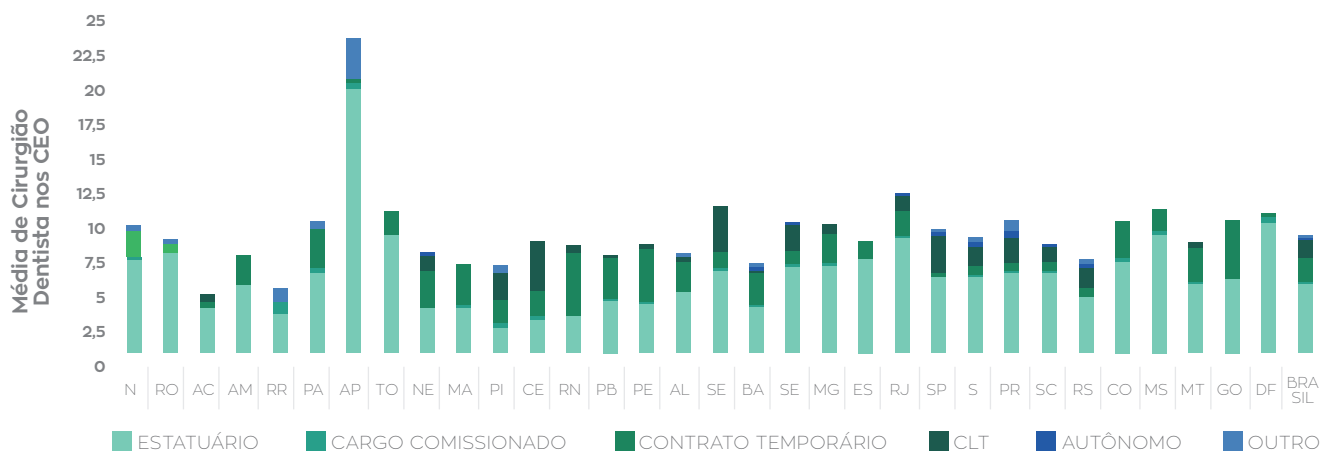


Figura 3. Tipo de vínculo dos Cirurgiões dentistas, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014.



Adiciona-se a isto os aspectos sobre planos de carreira e prêmio por desempenho. Os planos de carreira estão implantados em 327 (35,1%) CEOs do Brasil. Os maiores percentuais estão nas regiões Sul (61,5%) e Centro-Oeste (51,6%). Ao comparar as Unidades Federativas, verifica-se que algum tipo de Plano de Carreira está presente em 100% dos CEOs de Roraima e do Distrito Federal. Por outro lado, o Maranhão tem os menores percentuais (7,7%). As regiões Sul e Centro Oeste também possuem os maiores percentuais de CEO que permitem progressão por antiguidade, progressão por desempenho (mérito), progressão por titulação e formação profissional, bem como pagam adicional de insalubridade/periculosidade. Em todas as regiões, a progressão por antiguidade e por titulação são as mais praticadas. Quanto ao recebimento de incentivo financeiro por desempenho aos profissionais, a minoria dos CEO a realizam, destaca-se o estado do Mato Grosso (40%), como estado, com maior ocorrência de CEO com este tipo de incentivo.

Tabela 11. Plano de carreira e adicional financeiro por desempenho nos CEO, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (continua)

regiões estados	Plano de carreira		Progressão por antiguidade		Progressão por desempenho (mérito)		Progressão por titulação e formação profissional		Adicional de insalubridade/periculosidade		Incentivo, gratificação, prêmio por desempenho	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NORTE	25	42,4	22	37,3	8	13,5	20	33,9	20	33,9	10	16,9
RO	6	85,7	6	85,7	0	0,0	5	71,4	6	85,7	1	14,3
AC	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0
AM	4	36,3	4	36,3	2	18,2	4	36,3	2	18,2	0	0,0
RR	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0	0	0,0
PA	9	32,1	7	25,0	2	7,1	6	21,4	8	28,6	8	28,6
AP	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3
TO	4	57,1	4	57,1	4	57,1	4	57,1	2	28,6	0	0,0
NORDESTE	59	16,6	51	14,4	18	5,1	49	13,8	55	15,5	56	15,7
MA	2	7,7	2	7,7	0	0,0	2	7,7	2	7,7	1	3,8
PI	8	28,6	5	17,8	3	10,7	7	25,0	8	28,6	5	17,8
CE	9	11,4	9	11,4	3	3,8	7	8,8	8	10,1	9	11,4
RN	6	26,1	6	26,0	2	8,7	4	17,4	6	26,1	7	30,4
PB	10	18,9	10	18,9	2	3,7	8	15,1	9	17,0	6	30,4
PE	9	22,5	8	20,0	4	10,0	9	22,5	9	22,5	14	35,0
AL	3	13,6	3	13,6	1	4,5	3	13,6	3	13,6	3	13,6
SE	2	20,0	1	10,0	0	0,0	2	20,0	2	20,0	1	10,0
BA	10	13,5	7	9,4	3	4,0	7	9,4	8	10,8	10	13,5
SUDESTE	139	41,2	126	37,4	68	20,2	92	27,3	130	38,6	73	21,6

Tabela 11. Plano de carreira e adicional financeiro por desempenho nos CEO, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (conclusão)

regiões estados	Plano de carreira		Progressão por antiguidade		Progressão por desempenho (mérito)		Progressão por titulação e formação profissional		Adicional de insalubridade/periculosidade		Incentivo, gratificação, prêmio por desempenho	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
MG	39	47,0	36	43,4	18	21,7	27	32,5	36	43,4	19	22,9
ES	7	77,8	6	6,7	2	22,2	5	55,5	7	77,8	1	11,1
RJ	15	22,7	15	22,7	1	1,5	11	16,7	13	19,7	10	15,1
SP	78	43,6	69	38,5	47	26,2	49	27,4	74	41,3	43	24,0
SUL	72	61,5	71	60,7	42	35,9	63	53,8	71	68,7	25	21,4
PR	29	59,2	28	57,1	22	44,9	28	57,1	29	59,2	18	36,7
SC	28	65,1	28	65,1	15	34,8	26	60,5	27	62,8	3	7,0
RS	15	60,0	15	60,0	5	20,0	9	36,0	15	60,0	4	16,0
CENTRO-OESTE	32	51,6	32	51,6	17	27,4	31	50,0	28	45,1	12	19,3
MS	4	26,7	4	26,7	3	20,0	4	26,7	4	26,7	5	33,3
MT	7	70,0	7	70,0	2	20,0	7	70,0	4	40,0	4	40,0
GO	12	42,8	12	42,8	5	17,8	11	39,3	12	42,8	3	10,7
DF	9	100,0	9	100,0	7	77,8	9	100,0	8	88,9	0	0,0
BRASIL	327	35,1	302	32,5	153	16,4	255	27,4	304	32,7	176	18,9

☉ AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta. %: frequência percentual.

f) Apoio matricial

Este componente de qualidade pode ser fundamental à integração entre serviços, a qual pode favorecer uma melhor interface entre a Atenção Básica e a Atenção Secundária. Entretanto, o matriciamento não está presente nos estados da região Norte e quase não ocorre nos demais serviços brasileiros, não ultrapassando os 6,2% na região Sudeste. Dentre os estados, Rio de Janeiro (10,6%), Alagoas (9,1%), Bahia (8,1%) e Rio Grande do Sul (8%) têm maior ocorrência do matriciamento.

Dentre as ações estratégicas ao apoio matricial, obtivemos os melhores resultados para todas as ações nas regiões Sudeste e Sul. A discussão de casos clínicos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores foram mais frequentes em Rondônia (100%), Rio Grande do Norte (65,2%), Pernambuco (62,5%), Minas Gerais (62,6%), Paraná (65,3%) e Santa Catarina (69,8%), enquanto o Acre e o Amapá não a realizam (0%).

As ações clínicas compartilhadas entre profissionais da AB e CEO são mais frequentes em Roraima (100%), Rondônia (71,4%) e Paraná (65,3%) e encontram-se ausentes no Tocantins e no Acre. As Capacitações para

prevenir o câncer de boca são mais encontradas no Piauí (53,6%), Pernambuco (52,5%), São Paulo (55,3%), Paraná (63,3%) e Goiás (50%), enquanto o Acre e Roraima não realizam esta atividade.

Rondônia e Tocantins não constroem projetos terapêuticos junto à SB da AB, enquanto o Piauí (46,4%), Pernambuco (45,0%) e Goiás (78,6%) são os estados que mais constroem projetos terapêuticos no país. A educação permanente conjunta apresenta maiores frequências relativas acima de 50% nos estados do Piauí, Pernambuco, Rio de Janeiro, Paraná e Goiás.

Construção e discussão conjunta de protocolos clínicos, obtiveram melhores resultados em Roraima (100%), Pernambuco (75%) e Paraná (71%). Quanto ao pacto de critérios de referência para especialidade quase a totalidade dos estados obtiveram esta ação realizada por mais de 50% dos serviços, com exceção do Amazonas (36,4%), Tocantins (28,6%) e Maranhão (26,9%). Quanto à realização de visitas com a Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica quando solicitados, apenas os estados do Mato Grosso do Sul (60%) e Goiás (67%) obtiveram frequências superiores a 50% dos serviços (todos estes achados encontram-se na Tabela 12).

Tabela 12. Apoio Matricial nos CEO, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (continua)

regiões estados	Matriciamento/ apoio às EAB		Discussão de casos		Ações clínicas compartilhadas c/ EAB		Capacitação p/ câncer de boca		Construção de projeto terapêutico c/ EAB		Educação permanente c/ EAB		Construção/ discussão de protocolos clínicos		Pactua critérios de referência p/ especialidade		Realiza visitas c/ EAB quando solicitados		Total de itens	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	x ¹	dp
NORTE	0	0,0	21	35,6	27	45,8	17	28,8	13	22,0	15	25,4	22	37,3	30	50,8	13	22,0	2,7	2,7
RO	0	0,0	1	14,3	5	71,4	2	28,6	0	0,0	1	14,3	2	28,6	5	71,4	1	14,3	3,3	3,3
AC	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	5,0	1,4
AM	0	0,0	3	27,3	4	36,4	1	9,1	2	18,2	2	18,2	3	27,3	4	36,4	0	0,0	2,6	3,1
RR	0	0,0	1	100,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0	1	100,0	0	0,0	1,0	0,0
PA	0	0,0	14	50,0	15	53,6	11	39,3	9	32,1	10	35,7	11	39,3	15	53,6	11	39,3	2,6	2,2
AP	0	0,0	0	0,0	2	66,7	1	33,3	1	33,3	0	0,0	2	66,7	2	66,7	1	33,3	4,7	1,2
TO	0	0,0	2	28,6	0	0,0	2	28,6	0	0,0	1	14,3	2	28,6	2	28,6	0	0,0	1,0	2,6
NORDESTE	18	5,1	156	43,9	162	45,6	107	30,1	83	23,4	121	34,1	162	45,6	203	57,2	115	32,4	3,2	2,9
MA	1	3,8	5	19,2	12	46,1	3	11,5	2	7,7	7	26,9	6	23,1	7	26,9	3	11,5	3,8	2,8
PI	1	3,6	16	57,1	17	60,7	15	53,6	13	46,4	14	50,0	19	67,9	22	78,6	12	42,9	2,6	3,0
CE	3	3,8	32	40,5	24	30,4	19	24,0	14	17,7	24	30,4	34	43,0	44	55,7	16	20,2	2,8	2,9
RN	0	0,0	15	65,2	12	52,2	9	39,1	8	34,8	10	43,5	14	60,9	15	65,2	9	39,1	3,4	2,6
PB	3	5,7	13	24,5	20	37,7	6	11,3	5	9,4	8	15,1	17	32,1	23	43,4	14	26,4	2,7	2,7
PE	2	5,0	25	62,5	26	65,0	21	52,5	18	45,0	25	62,5	30	75,0	33	82,5	19	47,5	3,7	3,2

Tabela 12. Apoio Matricial nos CEO, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (conclusão)

regiões estados	Matriciamento/ apoio às EAB		Discussão de casos		Ações clínicas compartilhadas c/ EAB		Capacitação p/ câncer de boca		Construção de projeto terapêutico c/EAB		Educação permanente c/ EAB		Construção/ discussão de protocolos clínicos		Pactua critérios de referência p/ especialidade		Realiza visitas c/EAB quando solicitados		Total de itens	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	\bar{x}	dp
AL	2	9,1	7	31,8	10	45,4	8	36,4	6	27,3	3	13,6	8	36,4	11	50,0	6	27,3	3,7	2,7
SE	0	0,0	3	30,0	3	30,0	3	30,0	1	10,0	0	0,0	3	30,0	4	40,0	3	30,0	2,8	3,0
BA	6	8,1	40	54,0	38	51,3	23	31,1	16	21,6	30	40,5	31	41,9	44	59,5	33	44,6	3,5	3,0
SUDESTE	19	5,6	201	59,6	194	57,6	157	46,6	120	35,6	136	40,4	191	56,7	221	65,6	108	32,0	4,0	2,9
MG	6	7,2	52	62,6	51	61,4	30	36,1	33	39,8	29	34,9	43	51,8	55	66,3	27	32,5	3,9	2,8
ES	0	0,0	2	22,2	5	55,6	2	22,1	1	11,1	3	33,3	5	55,6	5	55,6	2	22,2	4,2	2,4
RJ	7	10,6	45	68,2	42	63,6	26	39,4	23	34,8	34	51,5	45	68,2	45	68,2	26	39,4	4,0	2,9
SP	6	3,3	102	57,0	96	53,6	99	55,3	63	35,2	70	39,1	98	54,7	116	64,8	53	29,6	4,0	2,9
SUDESTE	4	3,4	74	62,2	71	60,7	53	45,3	29	24,8	53	45,3	74	63,2	80	68,4	42	35,9	4,1	2,8
PR	1	2,0	32	65,3	35	71,4	31	63,3	12	24,5	28	57,1	35	71,4	38	77,5	20	40,8	3,3	2,8
SC	1	2,3	30	69,8	27	62,8	16	37,2	15	34,9	16	37,2	27	62,8	28	65,1	18	41,9	4,4	2,8
RS	2	8,0	12	48,0	9	36,0	6	24,0	2	8,0	9	36,0	12	48,0	14	56,0	4	16,0	5,0	2,7
CENTRO- OESTE	2	3,2	30	48,4	35	56,4	24	38,7	32	51,6	26	41,9	35	56,4	48	77,4	37	59,7	4,3	3,0
MS	1	6,7	6	40,0	9	60,0	6	40,0	4	26,7	3	20,0	6	40,0	12	80,0	9	60,0	4,0	2,9
MT	0	0,0	3	30,0	6	60,0	2	20,0	3	30,0	3	30,0	6	60,0	7	70,0	5	50,0	4,3	2,9
GO	1	3,6	16	57,1	16	57,1	14	50,0	22	78,6	16	57,1	19	67,9	24	85,7	19	67,0	4,6	3,1
DF	0	0,0	5	55,6	4	44,4	2	22,2	3	33,3	4	44,4	4	44,4	5	55,6	4	44,4	3,9	3,3
BRASIL	43	4,6	482	51,8	489	52,6	358	38,5	277	29,8	351	37,7	484	52,0	582	62,6	315	33,9	3,6	2,9

☉ AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta. %: frequência percentual. \bar{x} : média. dp: desvio-padrão.

g) Planejamento e monitoramento das ações pela equipe do CEO

O planejamento e o monitoramento das ações são potentes ferramentas a gestão e gerenciamento dos serviços de saúde, particularmente quando maior número de sujeitos sociais são envolvidos neste processo. Já foi apontado que a gestão parece estar dando apoio a execução destas ações em pouco mais da metade dos serviços (Tabela 7 e 8), aqui vamos perceber o que os gerentes e profissionais responderam sobre a realização do planejamento e monitoramento nos últimos 12 meses antes da avaliação.

De acordo com os gerentes, foi observado que o Centro Oeste (71%) foi a região que mais planejou atividades nos CEOs, enquanto a região Norte apresentou a menor frequência (32,2%). Os serviços do Acre não realizaram planejamento, enquanto Goiás (92, 9%) foi o estado com maiores percentuais nesse quesito. O monitoramento e à análise de metas, por especialidade, é mais realizado pelas regiões Sudeste (75,4%), Sul (81,2%), Centro-Oeste (85,5%) e menos nas regiões Norte (55,9%) e Nordeste (60,3%). Ao comparar os estados, o Amapá não os realiza; e Alagoas (45,4%) e Rio Grande do Norte (47,8%) também realizam em baixos percentuais.

Quando o assunto foi tratado com os profissionais, pôde ser percebido que as regiões Nordeste (72,1%) e Sul (76,1%) são as que mais incluem o cirurgião-dentista no planejamento das ações, enquanto a Região Norte apresenta menor percentual (59,3%). A inclusão dos cirurgiões-dentistas no planejamento é menor no Tocantins (28,6%) e no Distrito Federal (22,2%) e maior no Amapá (100%) e em Roraima (100%).

Foi baixa a frequência das equipes do CEO que consideram os cinco itens ao planejamento das ações ao CEO, a saber: o uso de informações do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS); informações sobre levantamentos epidemiológicos locais; metas das especialidades do CEO (MS); autoavaliação; e, parceria e pactuações com a comunidade para o planejamento das atividades no CEO. O melhor resultado observado foi na região Sudeste (16%) e o pior foi na região Centro-Oeste (6,6%). Estas informações não são utilizadas em diversos estados (Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Maranhão, Alagoas, Sergipe, Espírito Santo, Mato Grosso, Distrito Federal), enquanto os estados que mais os consideram são Amapá (33,3%), Piauí (25%) e Minas Gerais (26,5%). Na média, são utilizados 2,5 tipos de informações pelos CEO brasileiros.

A região Sul (38,5%) é aquela que possui maiores percentuais de equipes que avaliam as ações planejadas/programadas, enquanto os menores estão na região Norte (20,3%). Nos estados do Acre, Amapá e Alagoas, as equipes não avaliam as ações planejadas/programadas, enquanto o Paraná (51%) e o Goiás (50%) são os estados em que mais as equipes atuam neste âmbito. Na tabela são encontrados os resultados deste bloco.

Tabela 13. Planejamento e monitoramento das ações nos CEO, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (continua)

regiões estados	Realizou planejamento nos últimos 12 meses		Monitora e analisa metas por especialidade		O planejamento das ações inclui os CD		CEO que considera os cinco itens no planejamento ¹		Equipes avaliam as ações planejadas/programadas		Média de itens usados ao planejamento	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	\bar{x}	dp
NORTE	19	32,2	33	55,9	35	59,3	5	8,5	12	20,3	1,8	1,3
RO	2	28,6	5	71,5	3	42,9	0	0,0	2	28,6	1,7	1,6
AC	0	0,0	2	100,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1,5	0,7
AM	1	9,1	4	36,4	7	63,4	0	0,0	4	36,4	1,4	1,4

Tabela 13. Planejamento e monitoramento das ações nos CEO, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (conclusão)

regiões estados	Realizou planejamento nos últimos 12 meses		Monitora e analisa metas por especialidade		O planejamento das ações inclui os CD		CEO que considera os cinco itens no planejamento ¹		Equipes avaliam as ações planejadas/ programadas		Média de itens usados ao planejamento	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	\bar{x}	dp
RR	0	0,0	1	100,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	2,0	0,0
PA	11	39,3	15	53,6	18	64,3	4	14,3	4	14,3	1,8	1,4
AP	2	66,7	0	0,0	3	100,0	1	33,3	0	0,0	2,0	0,0
TO	3	42,9	6	85,7	2	28,6	0	0,0	2	28,6	1,8	1,6
NORDESTE	202	56,9	214	60,3	256	72,1	37	10,4	120	33,8	2,3	1,5
MA	12	46,1	20	76,9	19	73,1	0	0,0	9	34,6	2,3	1,3
PI	19	67,9	17	60,7	24	85,7	7	25,0	11	39,3	2,8	1,5
CE	53	67,1	51	64,6	57	72,1	5	6,3	36	45,6	2,5	1,5
RN	15	65,2	11	47,8	14	60,9	5	21,7	6	26,1	2,2	1,7
PB	23	43,4	32	60,4	39	73,6	2	3,8	12	22,6	2,0	1,4
PE	30	75,0	31	77,5	31	77,5	7	17,5	18	45,0	2,9	2,4
AL	6	27,3	10	45,4	13	59,1	0	0,0	0	0,0	1,3	0,9
SE	5	50,0	6	60,0	7	70,0	0	0,0	4	40,0	2,2	1,5
BA	39	52,7	36	48,6	52	70,3	11	14,9	24	32,4	2,2	1,5
SUDESTE	19	32,2	33	55,9	35	59,3	5	8,5	12	20,3	1,8	1,3
MG	59	71,1	61	73,5	64	77,1	22	26,5	36	43,4	2,9	1,6
ES	4	44,4	6	66,7	3	33,3	0	0,0	1	11,1	1,5	1,2
RJ	45	68,2	48	72,7	45	68,2	8	12,1	22	33,3	2,5	1,4
SP	112	62,6	139	77,6	124	69,3	24	13,4	63	35,2	2,6	1,5
SUL	78	66,7	95	81,2	89	76,1	12	10,3	45	38,5	2,7	1,3
PR	35	71,4	43	87,8	42	85,7	7	14,3	25	51,0	3,1	1,2
SC	27	62,8	35	81,4	30	69,8	4	9,3	14	32,6	2,5	1,3
RS	16	60,0	17	68,0	17	68,8	1	4,0	6	24,0	2,3	1,2
CENTRO-OESTE	44	71,0	53	85,5	41	66,1	4	6,6	22	35,5	2,6	1,3
MS	6	40,0	14	93,3	9	60,0	1	6,7	5	33,3	2,3	1,4
MT	6	60,0	8	80,0	7	70,0	0	0,0	2	20,0	2,3	1,3
GO	26	92,9	26	92,9	23	82,1	3	10,7	14	50,0	3,3	0,9
DF	6	66,7	5	55,6	2	22,2	0	0,0	1	11,1	1,5	1,2
BRASIL	563	60,5	649	69,8	657	70,6	112	12,1	321	34,5	2,5	1,5

¹ Informações do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), levantamento epidemiológico, metas do Ministério da Saúde, autoavaliação e pactuações com a comunidade.

● AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta. %: frequência percentual. \bar{x} : média. dp: desvio-padrão.

h) Caracterização da demanda e organização da agenda do CEO

Em relação ao acesso, percebe-se que a demanda espontânea exclusiva é muito pouco utilizada. Em todas regiões há predominância do acesso por demanda mista ou por referência da Unidade Básica de Saúde (UBS). A região Nordeste é aquela que menos utiliza a demanda por referência (46,2%), enquanto a região Sul (83,8%) é a que mais utiliza. Os estados em que há maior acesso pela referência são o Acre (100%), Roraima (100%), Paraná (85,7%), Santa Catarina (83,7%), Rio Grande do Sul (80%) e Goiás (82,1%).

Dentre as estratégias para reduzir o absenteísmo, as regiões Nordeste (31,8%) e Norte (30,5%) apresentam maior percentual da não realização destas ações. O contato prévio é a forma mais utilizada em todas as regiões, com maiores percentuais no Sudeste (52,2%) e menores no Nordeste (35,2%). O overbook é relativamente pouco utilizado. Chama atenção, porém, que os estados do Amapá (0%), Sergipe (0%) e Goiás (7,1%) fazem muito pouco para evitar o absenteísmo.

Quanto ao agendamento dos pacientes, observou-se em todas as regiões, houve um predomínio do uso da ficha de encaminhamento/referência entre UBS e CEO. Percebe-se que dentre as demais regiões, a Sul (50,4%) é aquela que mais ocorre a marcação pela UBS. A forma menos aplicada de agendamento por todas as regiões é aquela feita na central de marcações pelo paciente (Tabela 14).

Tabela 14. Acesso e organização da agenda da equipe do CEO, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (continua)

regiões estados	Acesso por demanda:			O que faz p/ reduzir absenteísmo				Como é feito agendamento ao CEO:				
	Espontânea	Mista	Referência	Contato prévio	Overbook	Outro	Nada	UBS	Paciente (Central de marcação)	Paciente (Ficha de referência)	Outra forma	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
NORTE	1 (1,7)	28 (47,5)	30 (50,8)	25 (42,4)	12 (20,3)	18 (30,5)	18 (30,5)	8 (13,6)	6 (10,2)	56 (94,9)	7 (11,9)	
RO	0 (0,0)	3 (42,9)	4 (57,1)	3 (42,9)	0 (0,0)	2 (28,6)	2 (28,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (100,0)	2 (28,6)	
AC	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	1 (50,0)	
AM	0 (0,0)	5 (45,4)	6 (54,6)	3 (27,3)	3 (27,3)	1 (9,1)	5 (45,4)	2 (18,2)	2 (18,2)	11 (100,0)	0 (0,0)	
RR	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	
PA	1 (3,6)	15 (53,6)	12 (42,9)	10 (35,7)	5 (17,8)	10 (35,7)	10 (35,7)	3 (10,7)	3 (10,7)	26 (92,9)	3 (10,7)	
AP	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	2 (66,7)	3 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	3 (100,0)	0 (0,0)	
TO	0 (0,0)	2 (28,6)	5 (71,4)	4 (57,1)	1 (14,3)	4 (57,1)	1 (14,3)	3 (42,9)	0 (0,0)	6 (85,7)	1 (14,3)	
NORDESTE	2 (0,6)	189 (53,2)	164 (46,2)	125 (35,2)	76 (21,4)	102 (28,7)	113 (31,8)	78 (22,0)	54 (15,2)	298 (83,9)	81 (22,8)	
MA	0 (0,0)	16 (61,5)	10 (38,5)	5 (19,2)	11 (42,3)	16 (61,5)	4 (15,4)	5 (19,2)	1 (3,8)	26 (100,0)	15 (57,7)	

Tabela 14. Acesso e organização da agenda da equipe do CEO, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (conclusão)

regiões estados	Acesso por demanda:			O que faz p/ reduzir absenteísmo				Como é feito agendamento ao CEO:				
	Espontânea	Mista	Referência	Contato prévio	Overbook	Outro	Nada	UBS	Paciente (Central de marcação)	Paciente (Ficha de referência)	Outra forma	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
PI	0 (0,0)	9 (32,1)	19 (67,9)	14 (50,0)	6 (21,4)	3 (10,7)	5 (17,9)	1 (3,6)	2 (7,1)	26 (92,9)	0 (0,0)	
CE	2 (2,5)	41 (51,9)	36 (45,6)	25 (31,6)	25 (31,6)	21 (26,6)	29 (36,7)	16 (20,2)	18 (22,8)	43 (54,4)	24 (30,4)	
RN	0 (0,0)	8 (34,8)	15 (65,2)	8 (34,8)	7 (30,4)	5 (21,7)	8 (34,8)	4 (17,4)	4 (17,4)	23 (100,0)	4 (17,4)	
PB	0 (0,0)	33 (62,3)	20 (37,7)	24 (45,3)	6 (11,3)	14 (26,4)	14 (26,4)	6 (11,3)	1 (1,9)	49 (92,4)	6 (11,3)	
PE	0 (0,0)	22 (55,0)	18 (45,0)	13 (32,5)	4 (10,0)	16 (40,0)	12 (30,0)	12 (30,0)	8 (20,0)	36 (90,0)	5 (12,5)	
AL	0 (0,0)	9 (40,9)	13 (59,1)	9 (40,9)	4 (18,2)	3 (13,6)	9 (40,9)	1 (4,5)	3 (13,6)	19 (86,4)	3 (13,6)	
SE	0 (0,0)	7 (70,0)	3 (30,0)	7 (70,0)	1 (10,0)	4 (40,0)	0 (0,0)	7 (70,0)	3 (30,0)	10 (100,0)	5 (50,0)	
BA	0 (0,0)	44 (59,5)	30 (40,5)	20 (27,0)	12 (16,2)	20 (27,0)	32 (43,2)	26 (35,1)	14 (18,9)	66 (89,2)	19 (25,7)	
SUDESTE	9 (2,7)	129(30,83)	199(59,1)	176 (52,2)	55 (16,3)	103 (30,6)	71 (21,1)	146 (43,3)	58 (17,2)	221 (65,6)	77 (22,8)	
MG	3 (3,6)	28 (33,7)	52 (62,7)	42 (50,6)	18 (21,7)	27 (32,5)	17 (20,5)	22 (26,5)	9 (10,8)	59 (71,1)	23 (27,7)	
ES	0 (0,0)	4 (44,4)	5 (55,6)	4 (44,4)	0 (0,0)	3 (33,3)	3 (33,3)	5 (55,6)	0 (0,0)	6 (66,7)	4 (44,4)	
RJ	0 (0,0)	44 (66,7)	22 (33,3)	32 (48,5)	16 (24,2)	21 (31,8)	12 (18,2)	31 (47,0)	15 (22,7)	52 (78,8)	7 (10,6)	
SP	6 (3,4)	53 (29,6)	120 (67,0)	98 (54,7)	21 (11,7)	52 (29,0)	39 (21,8)	88 (49,2)	34 (19,0)	104 (58,1)	43 (24,0)	
SUL	0 (0,0)	19 (16,2)	98 (83,8)	57 (48,7)	14 (12,0)	35 (29,9)	28 (23,9)	59 (50,4)	12 (10,3)	75 (64,1)	25 (21,4)	
PR	0 (0,0)	7 (14,3)	42 (85,7)	30 (61,2)	6 (12,2)	13 (26,5)	8 (16,3)	28 (57,1)	5 (10,0)	34 (69,4)	10 (20,4)	
SC	0 (0,0)	7 (16,3)	36 (83,7)	22 (51,2)	5 (11,6)	14 (32,6)	10 (23,3)	20 (46,5)	6 (13,9)	25 (58,1)	11 (25,6)	
RS	0 (0,0)	5 (20,0)	20 (80,0)	5 (20,0)	3 (12,0)	8 (32,0)	10 (40,0)	11 (44,0)	1 (4,0)	16 (64,0)	4 (16,6)	
CENTRO-OESTE	0 (0,0)	20 (32,3)	42 (67,7)	26 (41,9)	9 (14,5)	18 (29,0)	14 (22,6)	21 (33,9)	7 (11,3)	50 (80,6)	7 (11,3)	
MS	0 (0,0)	4 (26,7)	11 (77,3)	4 (26,7)	3 (20,0)	2 (13,3)	8 (53,3)	6 (40,0)	2 (13,3)	11 (73,3)	0 (0,0)	
MT	0 (0,0)	8 (80,0)	2 (20,0)	8 (80,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	2 (20,0)	3 (30,0)	1 (10,0)	9 (90,0)	3 (30,0)	
GO	0 (0,0)	5 (17,9)	23 (82,1)	12 (42,9)	5 (17,9)	11 (39,3)	2 (7,1)	8 (28,6)	3 (10,7)	23 (82,1)	2 (7,1)	
DF	0 (0,0)	3 (33,3)	6 (66,7)	2 (22,2)	1 (11,1)	4 (44,4)	2 (22,2)	4 (44,4)	1 (11,1)	7 (77,8)	2 (22,2)	
BRASIL	12 (1,3)	385 (41,4)	42 (67,7)	409 (44,0)	166(17,8)	276 (29,7)	244 (26,2)	312 (33,5)	137 (14,7)	700 (75,3)	197 (21,2)	

● AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta. %: frequência percentual.

i) Organização dos prontuários do CEO

Quase noventa e oito por cento dos CEO do Brasil utilizam algum tipo de prontuário clínico, sendo 66,9% no formato de prontuário único. Os estados que mais usam prontuário dividido por especialidades

são o Rio Grande do Norte (70%) e o Mato Grosso (60%), enquanto em Rondônia, Tocantins, Acre, Sergipe e Distrito Federal, essa divisão não é feita. É baixa a frequência de prontuário eletrônico, os melhores resultados foram vistos nas regiões Sul (20,5%) e Centro-Oeste (22,6%), enquanto as regiões com menores percentuais são o Norte (3,4%) e o Nordeste (2%). Vários estados ainda não possuem prontuário eletrônico implantado: Roraima, Acre, Amazonas, Rondônia, Amapá, Tocantins, Rio Grande do Norte, Paraíba, Sergipe, Bahia e Mato Grosso. Os estados com maior implantação do prontuário eletrônico são: Mato Grosso do Sul (53,3%), Distrito Federal (33,3%) e Paraná (24,5%) – (Tabela 15).

Tabela 15. Organização dos prontuários no CEO, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (continua)

regiões estados	Utiliza prontuário clínico n (%)	Único n (%)	O prontuário é:		Tem prontuário eletrônico implantado n (%)
			Por especialidade n (%)	Só para algumas especialidades n (%)	
NORTE	57 (96,6)	45 (78,9)	10 (17,5)	2 (3,5)	2 (3,4)
RO	7 (100,0)	7 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
AC	2 (100,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
AM	10 (90,9)	8 (80,0)	2 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
RR	1 (100,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
PA	27 (96,4)	20 (74,1)	5 (18,5)	2 (7,4)	1 (3,6)
AP	3 (100,0)	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
TO	7(100,0)	7 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,3)
NORDESTE	340 (95,8)	220 (64,7)	75 (22,1)	45 (13,2)	7 (2,0)
MA	26 (100,0)	18 (69,2)	3 (11,5)	5 (19,2)	1 (3,8)
PI	28 (100,0)	17 (60,7)	9 (32,1)	2 (7,2)	0 (0,0)
CE	74 (93,7)	35 (47,3)	29 (39,2)	10 (13,5)	4 (5,1)
RN	20 (87,0)	5 (25,0)	14 (70,0)	1 (5,0)	0 (0,0)
PB	51 (96,2)	35 (68,6)	8 (15,7)	8 (15,7)	0 (0,0)
PE	40 (100,0)	29 (72,5)	3 (7,5)	8 (20,0)	1 (2,5)
AL	21 (95,4)	19 (90,5)	2 (9,5)	0 (0,0)	1 (4,5)
SE	10 (100,0)	8 (80,0)	0 (0,0)	2 (20,0)	0 (0,0)
BA	70 (94,6)	54 (77,1)	7 (10,0)	9 (12,9)	0 (0,0)
SUDESTE	334 (99,1)	235 (70,4)	40 (12,0)	59 (17,7)	26 (7,7)
MG	81 (97,6)	58 (71,6)	13 (16,1)	10 (12,3)	6 (7,2)
ES	9 (100,0)	5 (55,6)	1 (11,1)	3 (33,3)	1 (11,1)
RJ	66 (100,0)	43 (65,1)	5 (7,6)	18 (27,3)	1 (1,5)
SP	178 (99,4)	129 (72,5)	21 (11,8)	28 (15,7)	18 (10,1)

Tabela 15. Organização dos prontuários no CEO, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (conclusão)

regiões estados	Utiliza prontuário clínico	Único	O prontuário é:		Tem prontuário eletrônico implantado
	n (%)		n (%)	Por especialidade n (%)	
SUL	117 (100,0)	81 (69,2)	18 (15,4)	18 (15,4)	24 (20,5)
PR	49 (100,0)	39 (79,6)	5 (10,2)	5 (10,2)	12 (24,5)
SC	43 (100,0)	30 (69,8)	4 (9,3)	9 (20,9)	8 (18,6)
RS	25 (100,0)	12 (48,0)	9 (36,0)	4 (16,0)	4 (16,0)
CENTRO- OESTE	62 (100,0)	28 (45,2)	14 (22,6)	20 (32,3)	14 (22,6)
MS	15 (100,0)	11 (73,3)	1 (6,7)	3 (20,0)	8 (53,3)
MT	10 (100,0)	4 (40,0)	6 (60,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
GO	28 (100,0)	9 (32,1)	7 (25,0)	12 (42,9)	3 (10,7)
DF	9 (100,0)	4 (44,4)	0 (0,0)	5 (55,6)	3 (33,3)
BRASIL	910 (97,8)	609 (66,9)	157 (17,3)	144 (15,8)	73 (7,8)

AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta. %: frequência percentual.

j) O CEO e a rede de atenção

A avaliação dos aspectos que se seguem tentam demonstrar a relação do CEO com outros serviços. Isto pode contribuir para constituição de uma boa interface entre os níveis de atenção, principalmente à sua integração. Cabe lembrar que outros aspectos já foram analisados anteriormente que contribuem com a interface, como o apoio matricial (ver tabela 12), caracterização da demanda e organização da agenda do CEO (tabela 14).

Observou-se maior implantação de protocolo clínico de encaminhamento entre AB e CEO por especialidade para Cirurgia, Endodontia, Pacientes com Necessidades Especiais (PCNE), Periodontia e Estomatologia, nas regiões Sudeste, Sul e Centro Oeste. Na área de cirurgia, o Acre (100%), o Tocantins (85,7%) e o Mato Grosso do Sul (86,7%) apresentam a maior implantação de protocolo clínico de encaminhamento. Realidade oposta encontra-se nos estados de Roraima (0%), Amazonas (27,3%) e Pará (17,9%). Na área de implante, o Sul (3,4%) é a região com maior existência de protocolo clínico de encaminhamento, enquanto ainda não há na região Norte. Grande parte dos estados ainda não possui protocolo de encaminhamento para implante, enquanto o PR (6,1%) apresenta o melhor resultado nesse quesito, em relação aos demais (Tabela 16).

Tabela 16. CEO na Rede de Atenção à Saúde: protocolos clínicos de encaminhamento segundo especialidade, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (continua)

Existência de protocolo clínico de encaminhamento, por especialidade:

regiões estados	Cirurgia	Endodontia	PCNE	Periodontia	Estomatologia	Radiologia	Ortodontia/ Ortopedia	Implante	Prótese	Odontopediatria	TOTAL DE ITENS	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	\bar{x}	dp
NORTE	17(28,8)	18(30,5)	17(28,8)	18(30,5)	12(20,3)	3(5,1)	3(5,1)	0(0,0)	11(18,6)	11(18,6)	1,9	2,9
RO	1(14,3)	2(28,6)	2(28,6)	2(28,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1,0	1,7
AC	2(100,0)	2(100,0)	2(100,0)	2(100,0)	2(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	5,0	0,0
AM	3(27,3)	3(27,3)	2(18,2)	3(27,3)	1(9,1)	0(0,0)	1(9,1)	0(0,0)	3(27,3)	2(18,2)	1,6	2,9
RR	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0,0	0,0
PA	5(17,9)	5(17,9)	5(17,9)	5(17,9)	4(14,3)	1(3,6)	1(3,6)	0(0,0)	4(14,3)	5(17,9)	1,2	2,6
AP	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0,0	0,0
TO	6(85,7)	6(85,7)	6(85,7)	6(85,7)	5(7,4)	2(28,6)	1(14,3)	0(0,0)	4(57,1)	4(57,1)	5,7	2,9
NORDESTE	160(45,1)	162(45,6)	152(42,8)	152(42,8)	120(33,8)	50(14,1)	28(7,9)	0(0,0)	113(31,8)	31(8,7)	2,7	3,1
MA	6(23,1)	6(23,1)	5(19,2)	6(23,1)	5(19,2)	4(15,4)	0(0,0)	0(0,0)	4(15,4)	2(7,7)	1,5	2,8
PI	21(75,0)	21(75,0)	21(75,0)	21(75,0)	17(60,7)	11(39,3)	1(3,6)	0(0,0)	16(57,1)	5(17,9)	4,8	2,9
CE	41(51,9)	41(51,9)	39(49,4)	35(44,3)	30(38,0)	4(5,1)	19(24,0)	0(0,0)	26(32,9)	5(6,3)	3,0	3,1
RN	9(39,1)	9(39,1)	9(39,1)	9(39,1)	8(34,8)	5(21,7)	1(4,3)	0(0,0)	10(43,5)	1(4,3)	2,6	3,3
PB	20(37,7)	21(39,6)	16(30,2)	17(32,1)	14(26,4)	16(30,2)	2(3,8)	0(0,0)	16(30,2)	4(7,5)	2,4	3,1
PE	22(55,0)	22(55,0)	21(52,5)	22(55,0)	18(45,0)	0(0,0)	1(2,5)	0(0,0)	17(42,5)	4(10,0)	3,2	2,9
AL	9(40,9)	8(36,4)	7(31,8)	9(40,9)	5(22,7)	2(9,1)	1(4,5)	0(0,0)	5(22,7)	1(4,5)	2,1	2,8
SE	6(60,0)	6(60,0)	6(60,0)	6(60,0)	1(10,0)	0(0,0)	1(10,0)	0(0,0)	3(30,0)	0(0,0)	2,9	2,6
BA	26(35,1)	28(37,8)	28(37,8)	27(36,5)	22(29,7)	8(10,8)	2(2,7)	0(0,0)	16(21,6)	9(12,2)	2,2	3,0
SUDESTE	259(76,8)	267(79,2)	241(71,5)	260(77,1)	231(68,5)	53(15,7)	39(11,6)	5(1,5)	156(46,3)	89(26,4)	4,7	2,7
MG	63(75,9)	63(75,9)	58(69,9)	62(74,7)	55(66,3)	14(16,9)	4(4,8)	0(0,0)	37(44,6)	30(36,1)	4,6	2,8
ES	4(44,4)	5(55,6)	4(44,4)	4(44,4)	4(44,4)	1(11,1)	0(0,0)	0(0,0)	3(33,3)	1(11,1)	2,9	3,0
RJ	48(72,7)	50(75,8)	44(66,7)	48(72,7)	41(62,1)	13(19,7)	15(22,7)	3(4,5)	19(28,8)	21(31,8)	4,6	3,0
SP	144(80,4)	149(83,2)	135(75,4)	146(81,6)	131(73,2)	25(14,0)	20(11,2)	2(1,1)	97(54,2)	37(20,7)	4,9	2,6
SUL	89(76,1)	89(76,1)	82(70,1)	89(76,1)	71(60,7)	34(29,1)	6(5,1)	4(3,4)	50(42,7)	31(26,5)	4,6	2,8
PR	37(80,4)	37(75,5)	36(73,5)	38(77,5)	34(69,4)	15(30,6)	4(8,2)	3(6,1)	24(49,0)	14(28,6)	4,9	2,9
SC	34(79,1)	34(79,1)	33(76,7)	34(79,1)	26(60,5)	14(32,6)	1(2,3)	0(0,0)	16(37,2)	14(32,6)	4,8	2,7
RS	18(72,0)	18(72,0)	13(52,0)	17(68,0)	11(44,0)	5(20,0)	1(4,0)	1(4,0)	10(40,0)	3(12,0)	3,9	2,6

Tabela 16. CEO na Rede de Atenção à Saúde: protocolos clínicos de encaminhamento segundo especialidade, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (conclusão)

Existência de protocolo clínico de encaminhamento, por especialidade:

regiões estados	Cirurgia	Endodontia	PCNE	Periodontia	Estomatologia	Radiologia	Ortodontia/ Ortopedia	Implante	Prótese	Odontopediatria	TOTAL DE ITENS	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	\bar{x}	dp
CENTRO-OESTE	45(72,6)	45(72,6)	43(69,3)	44(71,0)	36(58,1)	14(22,6)	5(8,1)	1(1,6)	28(45,2)	20(32,3)	4,5	3,0
MS	13(86,7)	13(86,7)	10(66,7)	13(86,7)	13(86,7)	9(60,0)	1(6,7)	0(0,0)	8(53,3)	5(33,3)	5,7	2,6
MT	5(50,0)	5(50,0)	5(50,0)	4(40,0)	1(10,0)	1(10,0)	0(0,0)	0(0,0)	5(50,0)	4(40,0)	3,0	3,3
GO	22(78,6)	22(78,6)	22(78,6)	22(78,6)	18(64,3)	3(10,7)	4(14,3)	1(3,6)	15(53,6)	9(32,1)	4,9	2,9
DF	5(55,6)	5(55,6)	6(66,7)	5(55,6)	4(44,4)	1(11,1)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(22,2)	3,1	2,7
BRASIL	570 (61,3)	581 (62,5)	535 (57,5)	563 (60,5)	470 (50,5)	154 (16,6)	81 (8,7)	10 (1,1)	358 (38,5)	182 (19,6)	3,8	3,1

☉ AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta. %: frequência percentual. \bar{x} : média. dp: desvio-padrão.

O contrarreferenciamento é outro aspecto importante da interface à integração dos níveis de atenção. Percebe-se que, em todas as regiões, a maioria dos CEO realizam contrarreferência por meio de fichas, enquanto que utilizam muito pouco o sistema informatizado e o prontuário eletrônico. Entre as regiões Brasil, o Sul é aquela que mais utiliza o sistema informatizado e o prontuário eletrônico, já as regiões Norte e Centro-Oeste não os utilizam. O Centro-Oeste é a região que apresenta maior percentual da não realização de contrarreferenciamento (9,7%). Os únicos estados que utilizam sistema informatizado são Alagoas (4,5%), Maranhão (3,8%), Rio Grande do Sul (4,0%) e São Paulo (0,6%). Enquanto o prontuário eletrônico é usado para a contrarreferência pelos seguintes estados: Paraná (6,1%), Santa Catarina (2,3%), Minas Gerais (1,2%) e São Paulo (1,1%).

Como exemplo da articulação do CEO com outros pontos da rede de atenção se avaliou o acesso aos casos para atenção em ambiente hospitalar, especificamente aos casos de sedação/anestesia geral. Percebeu-se que os estados que mais realizam esse processo são Acre (100%), Roraima (100%), Tocantins (100%) e Distrito Federal (88,9%) – (Tabela 17).

Tabela 17. CEO na Rede de Atenção à Saúde: a contrarreferência, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014.

regiões estados	Forma que realiza contrarreferência para as equipes de AB:					Em caso de sedação, há referência pactuada p/ hospital	
	Ficha n (%)	Sistema informatizado n (%)	Prontuário eletrônico n (%)	Outra n (%)	Não faz n (%)	n	%
NORTE	51(86,4)	0(0,0)	0(0,0)	4 (6,8)	4 (6,8)	32	54,2
RO	7(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	4	57,1
AC	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(50,0)	2	100,0
AM	10(90,9)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(9,1)	3	27,3
RR	1(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1	100,0
PA	22(78,6)	0(0,0)	0(0,0)	4(14,3)	2(7,1)	13	46,4
AP	3(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2	66,7
TO	7(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	7	100,0
NORDESTE	293(82,5)	2(0,6)	0(0,0)	37(10,4)	23(6,5)	154	43,4
MA	15(57,7)	1(3,8)	0(0,0)	6(23,1)	4(15,4)	15	57,7
PI	23(82,1)	0(0,0)	0(0,0)	1(3,6)	4(14,3)	12	42,9
CE	61(77,2)	0(0,0)	0(0,0)	13(16,5)	5(6,3)	28	35,4
RN	18(78,3)	0(0,0)	0(0,0)	5(21,7)	0(0,0)	11	47,8
PB	48(90,6)	0(0,0)	0(0,0)	4(7,5)	1(1,9)	29	54,7
PE	38(95,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(5,0)	21	52,6
AL	17(77,3)	1(4,5)	0(0,0)	2(9,1)	2(9,1)	4	18,2
SE	8(80,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(10,0)	1(10,0)	2	20,0
BA	65(87,8)	0(0,0)	0(0,0)	5(6,8)	4(5,4)	32	43,2
SUDESTE	300(89,0)	3(0,9)	3(0,9)	17(5,0)	14(4,1)	248	73,6
MG	71(85,5)	2(2,4)	1(1,2)	6(7,2)	3(3,6)	65	78,3
ES	9(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	4	44,4
RJ	60(90,9)	0(0,0)	0(0,0)	4(6,1)	2(3,0)	55	83,3
SP	160(89,4)	1(0,6)	2(1,1)	7(3,9)	9(5,0)	124	69,3
SUL	103(88,0)	3(2,6)	4(3,4)	2(1,7)	5(4,3)	79	67,5
PR	43(87,8)	0(0,0)	3(6,1)	2(4,1)	1(2,0)	35	71,4
SC	38(88,4)	2(4,6)	1(2,3)	0(0,0)	2(4,6)	26	60,5
RS	22(88,0)	1(4,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(8,0)	18	72,0
CENTRO- OESTE	55(88,7)	0(0,0)	0(0,0)	1(1,6)	6(9,7)	42	67,7
MS	14(93,3)	0(0,0)	0(0,0)	1(6,7)	0(0,0)	7	46,7
MT	10(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	8	80,0
GO	23(82,1)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	5(17,9)	19	67,9
DF	8(88,9)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(11,1)	8	88,9
BRASIL	802(86,2)	8(0,9)	7(7,0)	61(5,6)	52(5,6)	555	59,7

O cumprimento das principais atividades segundo especialidades compulsórias foi avaliado. A análise destes componentes pode contribuir ao fortalecimento do aspecto de interdependência entre serviços, ou seja, o que cabe a cada serviço oferecer e da melhor maneira, que poderia ser considerada outra característica da interface entre serviços. Nesta perspectiva, o cumprimento destas atividades pode garantir a relação entre o CEO e a rede de atenção à Saúde.

Na área de estomatologia, os CEO das regiões Sudeste (87,2%), Sul (88,9%) e Centro-Oeste (95,2%) são os que mais realizam biópsia. Nos estados do Acre, Amapá, Sergipe, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, todos os CEO realizam biópsia, enquanto em Roraima, o CEO não faz esse procedimento. O Acre (100%), Santa Catarina (90,7%), Mato Grosso (100%) são estados que mais têm referência laboratorial para o exame anatomopatológico das peças cirúrgicas; enquanto em Roraima não há referência para este serviço. Os registros dos casos de câncer de boca não são realizados no Acre, feitos em pequena quantidade no Amazonas (9,1%) e são maiores em Minas Gerais (65,1%) e em São Paulo (67,6%).

Na área de endodontia, as regiões que mais usam o instrumento rotatório e o localizador apical são as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, em relação às demais. O Amapá, Roraima e o Distrito Federal não utilizam instrumentos rotatórios. Piauí (46,4%) e Goiás (39,3%) são os estados que mais usam. Em relação ao tratamento endodôntico de dentes com três ou mais raízes, o Nordeste (78,3%) é a região que menos faz esse procedimento, enquanto o Centro-Oeste (98,3%) possui a maior frequência. Dentre os estados, Roraima não dispõe desse tipo de tratamento, enquanto que nos estados de Rondônia, Amapá, Tocantins, Sergipe, Paraná, Santa Catarina, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás, todos os CEO realizam tratamento endodôntico dos dentes com três ou mais raízes (Tabela 18).

Tabela 18. Cumprimento das atividades em Estomatologia e Endodontia, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (continua)

regiões estados	Estomatologia (diagnóstico do câncer de boca)			Endodontia		
	Faz biópsia	Tem referência p/ anatomopatológico	Tem registro dos casos	Usa instrumentos rotatórios	Usa localizador apical	Trata dentes c/ 3 ou + raízes
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
NORTE	39(66,1)	38(64,4)	11(18,6)	14(23,7)	15(25,4)	52(88,1)
RO	3(42,9)	3(42,9)	3(42,9)	2(28,6)	2(28,6)	7(100,0)
AC	2(100,0)	2(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(50,0)
AM	6(54,5)	6(54,5)	1(9,1)	5(45,4)	3(27,3)	9(81,8)
RR	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
PA	20(71,4)	20(71,4)	5(17,9)	5(17,9)	4(14,3)	25(89,3)
AP	3(100,0)	2(66,7)	1(33,3)	0(0,0)	2(66,7)	3(100,0)
TO	5(71,4)	5(71,4)	1(14,3)	2(28,6)	4(57,1)	7(100,0)

Tabela 18. Cumprimento das atividades em Estomatologia e Endodontia, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (conclusão)

regiões estados	Estomatologia (diagnóstico do câncer de boca)			Endodontia		
	Faz biópsia	Tem referência p/ anatomopatológico	Tem registro dos casos	Usa instrumentos rotatórios	Usa localizador apical	Trata dentes c/ 3 ou + raízes
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
NORDESTE	269(75,8)	222(62,5)	126(35,5)	70(19,7)	91(25,6)	278(78,3)
MA	16(61,5)	10(38,5)	3(11,5)	1(3,8)	2(7,7)	17(65,4)
PI	18(64,3)	16(57,1)	7(25,0)	13(46,4)	14(50,0)	25(89,3)
CE	59(74,7)	47(59,5)	34(43,0)	18(22,8)	35(44,3)	60(75,9)
RN	22(95,6)	20(87,0)	11(47,8)	5(21,7)	3(13,0)	19(82,6)
PB	39(73,6)	31(58,5)	13(24,5)	8(15,1)	5(9,4)	42(79,2)
PE	30(75,0)	28(70,0)	12(30,0)	7(17,5)	10(25,0)	33(82,5)
AL	19(86,4)	14(63,6)	8(36,4)	4(18,2)	7(31,8)	15(68,2)
SE	10(100,0)	7(70,0)	5(50,0)	1(10,0)	0(0,0)	10(100,0)
BA	56(75,7)	49(66,2)	33(44,6)	13(17,6)	15(2,3)	57(77,0)
SUDESTE	294(87,2)	290(86,0)	210(62,3)	84(24,9)	155(46,0)	309(91,7)
MG	72(86,7)	72(86,7)	54(65,1)	20(24,1)	41(49,4)	75(90,4)
ES	8(88,9)	8(88,9)	3(33,3)	2(22,2)	2(22,2)	4(44,4)
RJ	57(86,4)	54(81,8)	32(48,5)	13(19,7)	40(60,6)	61(92,4)
SP	157(87,7)	156(87,1)	121(67,6)	49(27,4)	72(40,2)	169(94,4)
SUL	104(88,9)	102(87,2)	59(50,4)	40(34,2)	68(58,1)	113(96,6)
PR	45(91,8)	44(89,8)	28(57,1)	18(36,7)	31(63,3)	49(100,0)
SC	40(93,0)	39(90,7)	21(48,8)	16(37,2)	30(69,8)	43(100,0)
RS	19(76,0)	19(76,0)	10(40,0)	6(24,0)	7(28,0)	21(84,0)
CENTRO-OESTE	59(95,2)	55(88,7)	30(48,4)	15(24,2)	24(38,7)	61(98,4)
MS	15(100,0)	13(86,7)	9(60,0)	3(20,0)	9(60,0)	15(100,0)
MT	10(100,0)	10(100,0)	4(40,0)	1(10,0)	4(40,0)	10(100,0)
GO	26(92,9)	24(85,7)	14(50,0)	11(39,3)	11(39,3)	28(100,0)
DF	8(88,9)	8(88,9)	3(33,3)	0(0,0)	0(0,0)	8(88,9)
BRASIL	765(82,3)	707(76,0)	436(46,9)	223(24,0)	353(38,0)	813(87,4)

AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta. %: frequência percentual.

As regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste são as regiões que mais ofertam tratamento para periodontites, lesão de furca, realizam cirurgias periodontais, enxerto, controle de hiperplasia gengival e manutenção dos pacientes. O Acre é o estado que menos realiza o tratamento de periodontites e cirurgias periodontais em relação aos demais.

Em relação aos pacientes com necessidades especiais, a garantia desse tipo de atendimento é mais ampla nas regiões Sudeste (79,2%), Sul (80,3%) e Centro-Oeste (85,5%). Quanto ao perfil dos pacientes atendidos, as regiões possuem cobertura semelhante para atender os pacientes com movimentos involuntários e com distúrbios comportamentais (Tabela 19).

Tabela 19. Cumprimento das atividades em Periodontia e Pacientes com Necessidades Especiais, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (continua)

regiões estados	Periodontia - tratamento ofertados:						Pacientes com Necessidades Especiais					
	Periodontites	Cirurgias periodontais	Tratamento de lesões de furca	Controle hiperplasia gingival	Estomatologia	Radiologia	Perfil dos pacientes atendidos:					
							Ortodontia/ Ortopedia	Movimentos involuntários	Deficientes ¹	Gestantes/ bebê	Autista	Distúrbio de comportamento
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
NORTE	57 (96,6)	54(91,5)	34(57,6)	46(78,0)	23(39,0)	57(96,6)	42(71,2)	56(94,9)	56(94,9)	46(78,0)	56(94,9)	56(94,9)
RO	7(100,0)	7(100,0)	4(57,1)	4(57,1)	2(28,6)	7(100,0)	3(42,9)	7(100,0)	7(100,0)	5(71,4)	7(100,0)	7(100,0)
AC	1(50,0)	1(50,0)	0(0,0)	1(50,0)	0(0,0)	1(50,0)	1(50,0)	2(100,0)	2(100,0)	2(100,0)	2(100,0)	2(100,0)
AM	10(90,9)	9(81,8)	5(45,4)	8(72,7)	3(27,3)	10(90,0)	8(72,7)	10(90,9)	10(90,9)	7(63,6)	11(100,0)	11(100,0)
RR	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	0(0,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	0(0,0)	0(0,0)
PA	28(100,0)	27(96,4)	20(71,4)	25(89,3)	15(53,6)	28(100,0)	23(82,1)	27(96,4)	28(100,0)	25(89,3)	28(100,0)	28(100,0)
AP	3(100,0)	3(100,0)	2(66,7)	3(100,0)	1(33,3)	3(100,0)	1(33,3)	2(66,7)	2(66,7)	2(66,7)	2(66,7)	2(66,7)
TO	7(100,0)	6(85,7)	2(28,6)	4(57,1)	2(28,6)	7(100,0)	5(71,4)	7(100,0)	6(85,7)	4(57,1)	6(85,7)	6(85,7)
NORDESTE	331(93,2)	315(88,7)	212(59,7)	292(82,2)	80(22,5)	331(93,2)	256(72,1)	292(82,2)	320(90,1)	239(67,3)	276(77,7)	321(90,4)
MA	26(100,0)	24(92,3)	16(61,5)	22(84,6)	2(7,7)	26(100,0)	18(69,2)	22(84,6)	26(100,0)	26(100,0)	23(88,5)	24(92,3)
PI	27(96,4)	26(92,9)	21(75,0)	26(92,9)	10(35,7)	27(96,4)	25(89,3)	25(89,3)	25(89,3)	20(71,4)	19(67,9)	27(96,4)
CE	68(86,1)	63(79,7)	39(49,4)	57(72,1)	17(21,5)	68(86,1)	53(67,1)	57(72,1)	69(87,3)	47(59,5)	51(64,6)	64(81,0)
RN	21(91,3)	21(91,3)	17(73,9)	18(78,3)	11(47,8)	21(91,3)	15(65,2)	17(73,9)	20(87,0)	13(56,5)	20(87,0)	20(87,0)
PB	50(94,3)	50(94,3)	24(45,3)	49(92,4)	8(15,1)	50(94,3)	31(58,5)	43(81,1)	47(88,7)	29(54,7)	44(83,0)	47(88,7)
PE	38(95,0)	38(95,0)	30(75,0)	36(90,0)	13(32,5)	38(95,0)	37(92,5)	38(95,0)	38(95,0)	32(80,0)	34(85,0)	39(97,5)
AL	19(86,4)	16(72,7)	13(59,1)	16(72,7)	3(13,6)	19(86,4)	10(45,4)	18(81,8)	17(77,3)	7(31,8)	15(68,2)	18(81,8)
SE	10(100,0)	9(90,0)	7(70,0)	9(90,0)	3(30,0)	10(100,0)	8(80,0)	1(100,0)	9(90,0)	3(30,0)	10(100,0)	10(100,0)
BA	72(97,3)	68(91,9)	45(60,8)	59(79,7)	13(17,6)	72(97,3)	59(79,7)	62(83,8)	69(93,2)	62(83,8)	60(81,1)	72(97,3)
SUDESTE	330(97,9)	319(94,7)	262(77,7)	310(92,0)	125(37,1)	330(97,9)	267(79,2)	310(92,2)	299(88,7)	235(69,7)	285(84,6)	316(93,8)
MG	79(95,2)	77(92,8)	60(72,3)	75(90,4)	44(53,0)	79(95,2)	73(87,9)	78(94,0)	67(80,7)	54(65,1)	71(85,5)	76(91,6)
ES	8(88,9)	8(88,9)	8(88,9)	8(88,9)	4(44,4)	8(88,9)	6(66,7)	7(77,8)	7(77,8)	6(66,7)	7(77,8)	7(77,8)
RJ	66(100,0)	65(98,5)	55(83,3)	63(95,4)	11(16,7)	66(100,0)	45(68,2)	59(89,4)	64(97,0)	57(86,4)	57(86,4)	64(97,0)
SP	177(98,9)	169(94,4)	139(77,6)	164(91,6)	66(36,7)	177(98,9)	143(79,9)	166(92,7)	161(89,9)	118(65,9)	150(83,8)	169(94,4)

Tabela 19. Cumprimento das atividades em Periodontia e Pacientes com Necessidades Especiais, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (conclusão)

regiões estados	Periodontia – tratamento ofertados:						Pacientes com Necessidades Especiais					
	Periodontites	Cirurgias periodontais	Tratamento de lesões de furca	Controle hiperplasia gingival	Estomatologia	Radiologia	Perfil dos pacientes atendidos:					
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	Ortodontia/ Ortopedia	Movimentos involuntários	Deficientes ¹	Gestantes/ bebê	Autista	Distúrbio de comportamento
SUL	116(99,1)	113(96,6)	104(88,9)	107(91,4)	53(45,3)	116(99,1)	94(80,3)	109(93,2)	104(88,9)	77(65,8)	105 (89,7)	111(94,9)
PR	49(100,0)	46(93,9)	41(83,7)	45(91,8)	25(51,0)	49(100,0)	38(77,5)	46(93,9)	44(89,8)	33(67,3)	47(95,9)	47(95,9)
SC	43(100,0)	42(97,7)	39(90,7)	40(93,0)	23(53,5)	43(100,0)	39(90,7)	41(95,3)	41(95,3)	32(74,4)	38(88,4)	42(97,7)
RS	24(96,0)	25(100,0)	24(96,0)	22(88,0)	5(20,0)	24(96,0)	17(68,0)	22(88,0)	19(76,0)	12(48,0)	20(80,0)	22(88,0)
CENTRO- OESTE	62 (100,0)	60(96,8)	50(80,6)	59(95,2)	30(48,4)	62(100,0)	53(85,5)	61(98,4)	58(93,5)	53(85,5)	60(96,8)	59(95,2)
MS	15(100,0)	14(93,3)	9(60,0)	15(100,0)	6(40,0)	15(100,0)	12(80,0)	15(100,0)	15(100,0)	12(80,0)	15(100,0)	15(100,0)
MT	10(100,0)	10(100,0)	9(90,0)	10(100,0)	1(10,0)	10(100,0)	7(70,0)	9(100,0)	9(90,0)	9(90,0)	9(90,0)	8(80,0)
GO	28(100,0)	27(96,4)	23(82,1)	26(92,9)	18(64,3)	28(100,0)	26(92,9)	28(100,0)	28(100,0)	27(96,4)	27(96,4)	27(96,4)
DF	9(100,0)	9(100,0)	9(100,0)	8(88,9)	5 (55,6)	9(100,0)	8(88,9)	9(100,0)	6(66,7)	5(55,6)	9(100,0)	9(100,0)
BRASIL	896(96,3)	861(92,6)	662(71,2)	814(87,5)	311(33,4)	896(96,3)	712(76,6)	828(89,0)	837(90,0)	650(69,9)	782(84,1)	863(92,8)

AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta. %: frequência percentual.

Em geral, os estados da região Norte são os que menos ofertam procedimentos de cirurgia oral menor. Os procedimentos cirúrgicos para tratamento de distúrbios temporomandibulares (DTM) e cirurgias de tracionamento dentário são os menos realizados em todo o território nacional (Tabela 20).

Tabela 20. Cumprimento das atividades em Cirurgia Oral Menor, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (continua)


Procedimentos realizados na especialidade de Cirurgia Oral Menor:

regiões estados	Frenectomia	Supranumerário	Cirurgias pré-protéticas	Inclusos/ Impactados	Lesões não neoplásicas	Apicectomia	Tórus	Cistos e Tumores benignos	DTM	Cirurgias de tração dentário
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
NORTE	56(94,9)	56(94,9)	52(88,1)	54(91,5)	41(69,5)	34(57,6)	45(76,3)	42(71,2)	29(49,1)	17(28,8)
RO	7(100,0)	6(85,7)	6(85,7)	6(85,7)	5(71,4)	4(57,1)	5(71,4)	4(57,1)	1(14,3)	1(14,3)
AC	1(50,0)	1(50,0)	0(0,0)	1(50,0)	1(50,0)	0(0,0)	1(50,0)	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)
AM	10(90,9)	11(100,0)	10(90,9)	10(90,9)	7(63,6)	6(54,5)	8(72,7)	7(63,6)	7(63,6)	4(36,4)
RR	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
PA	28(100,0)	28(100,0)	28(100,0)	27(96,4)	22(78,6)	18(64,3)	26(92,9)	24(85,7)	10(67,9)	7(25,0)
AP	3(100,0)	2(66,7)	2(66,7)	2(66,7)	2(66,7)	1(33,3)	1(33,3)	2(66,7)	2(66,7)	2(66,7)
TO	6(85,7)	7(100,0)	5(71,4)	7(100,0)	3(42,9)	4(57,1)	3(42,9)	4(57,1)	0(0,0)	3(42,9)
NORDESTE	320(90,1)	341(96,1)	297(83,7)	341(96,1)	248(69,9)	182(51,3)	260(73,2)	265(74,6)	114(32,1)	103(29,0)
MA	23(88,5)	26(100,0)	21(80,8)	26(100,0)	19(73,1)	12(46,1)	22(84,6)	22(84,6)	5(19,2)	3(11,5)
PI	27(96,4)	28(100,0)	27(96,4)	27(96,4)	20(71,4)	13(46,4)	22(78,6)	21(75,0)	4(14,3)	5(17,9)
CE	69(87,3)	74(93,7)	56(70,9)	75(94,9)	47(59,5)	39(49,4)	48(60,8)	46(58,2)	23(29,1)	29(36,7)
RN	21(91,3)	21(91,3)	21(91,3)	22(95,6)	20(87,0)	15(65,2)	20(87,0)	18(78,3)	4(17,4)	8(34,8)
PB	89(92,4)	53(100,0)	51(96,2)	52(98,1)	44(83,0)	25(47,2)	42(79,2)	39(73,6)	13(24,5)	16(30,2)
PE	38(95,0)	39(97,5)	35(87,5)	39(97,5)	34(85,0)	32(80,0)	33(82,5)	36(90,0)	25(62,5)	21(52,5)
AL	21(95,4)	20(90,9)	18(81,8)	21(95,4)	17(77,3)	12(54,5)	18(81,8)	16(72,7)	13(59,1)	3(13,6)
SE	10(100,0)	10(100,0)	10(100,0)	10(100,0)	10(100,0)	7(70,0)	10(100,0)	9(90,0)	6(60,0)	4(40,0)
BA	62(83,8)	70(94,6)	58(78,4)	69(93,2)	37(50,0)	27(36,5)	45(60,8)	58(78,4)	21(28,4)	14(18,9)
SUDESTE	323(95,8)	328(97,3)	314(93,2)	327(97,0)	263(78,0)	233(69,1)	277(82,2)	272(80,7)	113(33,5)	90(26,7)
MG	77(92,8)	80(96,4)	77(92,8)	78(94,0)	66(79,5)	60(72,3)	68(81,9)	63(75,9)	30(36,1)	22(26,5)
ES	9(100,0)	9(100,0)	9(100,0)	9(100,0)	8(88,9)	6(66,7)	7(77,8)	6(66,7)	1(11,1)	1(11,1)
RJ	65(98,5)	64(97,0)	58(87,9)	63(95,4)	49(74,2)	40(60,6)	48(72,7)	50(75,8)	26(39,4)	19(28,8)
SP	172(96,1)	175(97,8)	170(95,0)	177(99,0)	140(78,2)	127(70,9)	154(86,0)	15(85,5)	56(31,3)	48(26,8)
SUL	112(95,7)	115(98,3)	11(94,9)	115(98,3)	101(86,3)	85(72,6)	96(82,0)	93(79,5)	57(48,7)	33(28,2)
PR	47(95,9)	49(100,0)	47(95,9)	49(100,0)	44(89,8)	36(73,5)	42(85,7)	39(79,6)	20(40,8)	13(26,5)
SC	42(97,7)	42(97,7)	41(95,3)	42(97,7)	36(83,7)	31(72,1)	34(79,1)	36(83,7)	27(62,8)	13(30,2)
RS	23(92,0)	24(96,0)	23(90,0)	24(96,0)	21(84,0)	18(72,0)	20(80,0)	18(72,0)	10(40,0)	7(28,0)

Tabela 20. Cumprimento das atividades em Cirurgia Oral Menor, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (conclusão)

Procedimentos realizados na especialidade de Cirurgia Oral Menor:

regiões estados	Frenectomia	Supranumerário	Cirurgias pré-protéticas	Inclusos/Impactados	Lesões não neoplásicas	Apicectomia	Tórus	Cistos e Tumores benignos	DTM	Cirurgias de tração dentário
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
CENTRO-OESTE	57(91,9)	61(98,4)	59(95,2)	60(96,8)	60(96,8)	39(62,9)	53(85,5)	56(90,3)	13(21,0)	14(22,6)
MS	15(100,0)	15(100,0)	15(100,0)	15(100,0)	15(100,0)	9(60,0)	13(86,7)	14(93,3)	5(33,3)	4(26,7)
MT	8(80,0)	9(90,0)	9(90,0)	9(100,0)	9(90,0)	5(50,0)	9(90,0)	9(90,0)	1(10,0)	1(10,0)
GO	25(89,3)	28(100,0)	27(96,4)	27(96,4)	27(96,4)	16(57,1)	22(78,6)	24(85,7)	4(14,3)	7(25,0)
DF	9(100,0)	9(100,0)	8(88,9)	9(100,0)	9(100,0)	9(100,0)	9(100,0)	9(100,0)	3(33,3)	2(22,2)
BRASIL	868(93,3)	901(96,9)	833(89,6)	897(96,4)	713(76,7)	573(61,6)	731(78,6)	728(78,3)	326(35,0)	257(27,6)

 AVE PMAQ/CEO 1º CICLO
 n: frequência absoluta. %: frequência percentual.

k) Visão dos usuários dos CEO

Dentre os resultados apresentados, o olhar do usuário do CEO merece grande destaque. Mesmo se levando em consideração que os dados qualitativos evidenciaram a dificuldade em encontrar o número mínimo previsto a pesquisa, assunto que carece de maior aprofundamento, parece que para aqueles que tem acesso efetivo, ou seja, aqueles que precisam e utilizam, a satisfação é positiva.

O número médio de entrevistas foi de 9,5 usuários por serviço. Os homens foram 30,2% da amostra e 69,8% eram do sexo feminino e 93,1% do total de entrevistados residiam no mesmo município em que ocorreu a pesquisa. A maioria (83,9%) afirmou morar em área urbana e 16,1% em área rural. Cerca de 44% eram pardos ou mestiços e 40% dos entrevistados se autodeclarava branco, apenas 11,6% dos usuários eram negros. Sobre as condições socioeconômicas, 49,7% afirmavam ter trabalho remunerado e 67,1% do total tinha renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos, 30% dos usuários recebiam benefício do bolsa família e 16% eram aposentados. Sobre a escolaridade, uma parcela expressiva possuía ensino fundamental incompleto (30%), 28,5% tinha completado o ensino médio e apenas 4,1% da amostra era constituída por analfabetos.

No entanto, quando investigado junto a representantes dos serviços, o uso de mecanismos de avaliação da satisfação e comunicação com os usuários ficou evidenciado que apenas metade dos serviços realizam estas ações. Muita embora uma grande quantidade de serviços tenha algum canal de comunicação

entre os CEO e os usuários. Na região Norte apenas 22% dos CEO avaliam a satisfação dos usuários e menos da metade (49,1%) estabelece canais de comunicação com os usuários, como estratégias de monitoramento/avaliação. Nenhum estudo de avaliação da satisfação dos usuários foi feito nos CEO do Acre, Roraima e Amapá.

Tabela 21. O uso de mecanismos de avaliação de satisfação e comunicação do usuário dos CEO, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014.

regiões estados	O CEO avalia satisfação do usuário		CEO tem canais de comunicação com o usuário	
	n	%	n	%
NORTE	13	22,0	29	49,1
RO	2	28,6	2	28,6
AC	0	0,0	1	50,0
AM	2	18,2	4	36,4
RR	0	0,0	0	0,0
PA	7	25,0	17	60,7
AP	0	0,0	0	0,0
TO	2	28,6	5	71,4
NORDESTE	177	49,9	231	65,1
MA	8	30,8	9	34,6
PI	18	64,3	18	64,3
CE	45	57,0	61	77,2
RN	13	56,5	16	69,6
PB	18	34,0	29	54,7
PE	21	52,5	30	75,0
AL	7	31,8	9	40,9
SE	4	40,0	8	80,0
BA	43	58,1	51	68,9
SUDESTE	188	55,8	288	85,5
MG	53	63,9	68	81,9
ES	2	22,2	7	77,8
RJ	38	57,6	56	84,8
SP	95	53,1	157	87,7
SUDESTE	63	53,8	99	84,6
PR	23	46,9	42	85,7
SC	29	67,4	39	90,7
RS	11	44,0	18	72,0
SUDESTE	33	53,2	51	82,3
MS	8	53,3	13	86,7
MT	5	50,0	8	80,0
GO	17	60,7	22	78,6
DF	3	33,3	8	88,9
BRASIL	474	51,0	698	82,3

Na visão dos usuários, o horário de funcionamento parece atender às necessidades da população, pois realidades parecidas foram observadas em todas as regiões brasileiras, porém os estados Roraima (75%) e Amapá (73,9%) são os que menos atendem a essa necessidade, comparado aos demais. Predomina o agendamento direto no CEO por meio da ficha de encaminhamento da UBS; ao passo que o agendamento realizado por meio das Secretarias de Saúde é a forma menos usada (ver tabela 22) estes dados reforçam os resultados supracitados sobre acesso e organização da agenda da equipe do CEO.

Tabela 22. Acesso e agendamento no CEO (parte 1), por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (continua)

regiões estados	Horário de funcionamento atende às necessidades n (%)	Forma de agendamento:					
		ligação telefônica n (%)	UBS agendou n (%)	a Secretaria de Saúde n (%)	no setor de marcação de consulta n (%)	direto no CEO c/ ficha de encaminhamento n (%)	Outra n (%)
NORTE	459(93,3)	4(0,8)	23(4,7)	3(0,6)	22(4,5)	330(67,1)	110(22,4)
RO	59(88,1)	0(0,0)	2(3,0)	1(1,5)	0(0,0)	36(53,7)	28(41,8)
AC	9(90,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	9(90,0)	1(10,0)
AM	61(95,3)	1(1,6)	0(0,0)	0(0,0)	1(1,6)	53(82,8)	9(14,1)
RR	3(75,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(25,0)	0(0,0)	3(75,0)	0(0,0)
PA	256(96,2)	2(0,7)	6(2,3)	1(0,4)	21(7,9)	179(67,3)	57(21,4)
AP	17(73,9)	1(4,3)	1(4,3)	0(0,0)	0(0,0)	19(82,6)	2(8,7)
TO	54(93,1)	0(0,0)	14(24,1)	0(0,0)	0(0,0)	31(53,4)	13(22,4)
NORDESTE	3244(95,3)	74(2,2)	462(13,6)	137(4,0)	319(9,4)	1830(53,7)	583(17,1)
MA	249(97,3)	1(0,4)	9(3,5)	0(0,0)	8(1,3)	138(53,1)	100(39,1)
PI	247(94,6)	3(1,1)	26(10,0)	1(0,4)	26(10,0)	187(71,6)	18(6,9)
CE	750(97,7)	34(4,4)	178(23,2)	80(10,4)	44(5,7)	225(29,3)	207(26,9)
RN	197(95,2)	2(1,0)	6(2,9)	1(0,5)	20(9,6)	144(69,6)	34(16,4)
PB	494(93,9)	4(0,8)	22(4,2)	8(1,5)	42(8,0)	376(71,5)	74(14,1)
PE	372(94,4)	4(1,0)	50(12,7)	14(3,5)	58(14,7)	250(63,4)	18(4,6)
AL	177(93,2)	3(1,6)	35(18,4)	10(5,2)	33(17,4)	97(51,0)	12(6,3)
SE	94(95,9)	1(1,0)	22(22,4)	9(9,2)	4(4,1)	53(54,1)	9(9,2)
BA	664(94,2)	22(3,1)	114(16,2)	14(2,0)	84(11,9)=	360(51,1)	111(15,7)
SUDESTE	3161(95,9)	228(6,9)	955(29,0)	46(1,4)	347(10,5)	1141(34,6)	579(17,6)
MG	249(97,3)	1(0,4)	9(3,5)	0(0,0)	8(1,3)	138(53,1)	100(39,1)
ES	247(94,6)	3(1,1)	26(10,0)	1(0,4)	26(10,0)	187(71,6)	18(6,9)
RJ	750(97,7)	34(4,4)	178(23,2)	80(10,4)	44(5,7)	225(29,3)	207(26,9)
SP	197(95,2)	2(1,0)	6(2,9)	1(0,5)	20(9,6)	144(69,6)	34(16,4)

Tabela 22. Acesso e agendamento no CEO (parte 1), por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (conclusão)

regiões estados	Horário de funcionamento atende às necessidades n (%)	ligação telefônica n (%)	UBS agendou n (%)	Forma de agendamento:			
				a Secretaria de Saúde n (%)	no setor de marcação de consulta n (%)	direto no CEO c/ ficha de encaminhamento n (%)	Outra n (%)
CENTRO-OESTE	537(95,4)	11(1,9)	95(16,9)	2(0,4)	59(10,5)	317(56,3)	79(14,0)
MS	108(92,3)	0(0,0)	21(17,9)	1(0,9)	19(16,2)	76(65,0)	0(0,0)
MT	89(98,9)	0(0,0)	14(15,6)	0(0,0)	2(2,2)	37(41,1)	37(41,1)
GO	258(96,6)	9(3,4)	22(8,2)	1(0,4)	21(7,9)	193(72,3)	21(7,9)
DF	82(98,1)	2(2,2)	38(42,7)	0(0,0)	17(19,1)	11(12,4)	21(23,6)
BRASIL	8474(95,2)	377(4,2)	2083(23,4)	214(2,4)	816(9,2)	3965(44,6)	1442(16,2)

● AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta. %: frequência percentual.

O tempo de espera para o início do tratamento menor que sete dias é mais observado nas regiões Norte (47,6%) e Nordeste (39,1%) e menos no Sul (24,4%) e Sudeste (27,8%). Ao comparar os estados, observa-se que o Pará (53,8%), o Maranhão (55,1%) e o Piauí (48,7%) são aqueles com maiores valores para o menor tempo para o início do tratamento. O período de espera superior a um ano é maior no Sudeste (6,4%) e Centro-Oeste (6,4%). O Acre (10%) apresenta o maior percentual desse indicador, enquanto esse longo tempo de espera não é referido nos estados de Roraima, Pará, Maranhão e Sergipe.

O Norte (77%) e o Sudeste (81,5%) estão entre as regiões que apresenta os maiores percentuais para a marcação de consulta com hora e turnos estabelecidos, enquanto na região Nordeste (53,2%) há o predomínio pela ordem de chegada. O Acre (90%) é o estado no qual há a maior frequência relativa para a consulta com o horário marcado, enquanto a Paraíba apresenta o menor valor (tabela 22).

Tabela 23. Acesso e agendamento no CEO (parte 2), por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (continua)

regiões estados	Tempo de espera p/ o início do tratamento						Forma de marcação de consulta:			
	<7 dias n (%)	7-30 dias n (%)	1-3 meses n (%)	3-6 meses n (%)	6-12 meses n (%)	>1 ano n (%)	Hora/ turno marcado n (%)	Ordem de chegada n (%)	Encaixe n (%)	Outro n (%)
NORTE	234(47,6)	157(31,9)	65(13,2)	18(3,7)	10(2,0)	8(1,6)	379(77,0)	108(22,0)	5(1,0)	0(0,0)
RO	23(34,3)	25(37,3)	11(16,4)	4(6,0)	2(3,0)	2(3,0)	43(64,2)	24(35,8)	0(0,0)	0(0,0)
AC	3(30,0)	2(20,0)	1(10,0)	2(20,0)	1(10,0)	1(10,0)	9(90,0)	1(10,0)	0(0,0)	0(0,0)

Tabela 23. Acesso e agendamento no CEO (parte 2), por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (conclusão)

regiões estados	Tempo de espera p/ o início do tratamento						Forma de marcação de consulta:				
	<7 dias	7-30 dias	1-3 meses	3-6 meses	6-12 meses	>1 ano	Hora/ turno marcado	Ordem de chegada	Encaixe	Outro	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
AM	35(54,7)	17(26,6)	5(7,8)	2(3,1)	2(3,1)	3(4,7)	33(51,6)	28(43,7)	3(4,7)	0(0,0)	
RR	1(25,0)	1(25,0)	1(25,0)	1(25,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(50,0)	2(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	
PA	143(53,8)	82(30,8)	33(12,4)	6(2,3)	2(0,7)	0(0,0)	235(88,3)	30(11,3)	1(0,4)	0(0,0)	
AP	6(26,1)	7(30,4)	9(39,1)	0(0,0)	0(0,0)	1(4,3)	9(39,1)	13(56,5)	1(4,4)	0(0,0)	
TO	23(39,7)	23(39,7)	5(8,6)	3(5,2)	3(5,2)	1(1,7)	48(82,8)	10(17,2)	0(0,0)	0(0,0)	
NORDESTE	1333(39,1)	1402(41,2)	455(13,4)	124(3,6)	58(1,7)	33(1,0)	1491(43,8)	1812(53,2)	96(2,8)	6(0,2)	
MA	141(55,1)	88(34,4)	25(9,8)	1(0,4)	1(0,4)	0(0,0)	102(39,8)	148(57,8)	6(2,3)	0(0,0)	
PI	127(48,7)	96(36,8)	24(9,2)	8(3,1)	4(1,5)	2(0,8)	222(85,1)	36(13,8)	2(0,8)	1(0,4)	
CE	332(43,2)	287(37,4)	84(10,9)	29(3,8)	19(2,5)	17(2,2)	508(66,1)	247(32,2)	11(1,4)	2(0,3)	
RN	73(35,3)	83(40,1)	36(17,4)	11(5,3)	3(1,4)	1(0,5)	87(42,0)	117(56,5)	3(1,5)	0(0,0)	
PB	217(41,2)	224(42,6)	69(13,1)	12(2,3)	3(0,6)	1(0,2)	63(12,0)	416(79,1)	45(8,5)	2(0,4)	
PE	143(36,3)	148(37,6)	61(15,5)	21(5,3)	15(3,8)	6(1,5)	88(22,3)	292(74,1)	14(3,6)	0(0,0)	
AL	72(37,9)	71(37,4)	37(19,5)	8(4,2)	1(0,5)	1(0,5)	40(21,1)	145(76,3)	4(2,1)	1(0,5)	
SE	28(28,6)	52(53,1)	11(11,2)	4(4,1)	3(3,1)	0(0,0)	52(53,1)	46(46,9)	0(0,0)	0(0,0)	
BA	200(28,4)	353(50,1)	108(15,3)	30(4,3)	9(1,3)	5(0,7)	329(46,7)	365(51,8)	11(1,6)	0(0,0)	
SUDESTE	918(27,8)	1217(36,9)	535(16,2)	229(7,0)	187(5,7)	210(6,4)	2687(81,5)	537(16,3)	70(2,1)	2(0,1)	
MG	302(36,4)	232(28,0)	128(15,4)	51(6,1)	46(5,6)	70(8,4)	710(85,6)	102(12,3)	17(2,1)	0(0,0)	
ES	26(28,9)	30(33,3)	12(13,3)	9(10,0)	11(12,2)	2(2,2)	47(52,2)	42(46,7)	1(1,1)	0(0,0)	
RJ	165(27,0)	264(43,3)	109(17,9)	29(4,8)	22(3,6)	21(3,4)	432(70,8)	172(28,2)	6(1,0)	0(0,0)	
SP	425(24,0)	691(39,1)	286(16,2)	140(7,9)	108(6,1)	117(6,6)	1498(84,8)	221(12,5)	46(2,6)	2(0,1)	
SUL	279(24,4)	397(34,8)	214(18,8)	111(9,7)	75(6,6)	65(5,7)	881(77,2)	248(21,7)	8(0,7)	4(0,4)	
PR	132(28,4)	155(33,3)	78(16,8)	49(10,5)	34(7,3)	17(3,7)	325(70,0)	134(28,8)	3(0,6)	3(0,6)	
SC	92(21,5)	173(40,5)	95(22,3)	29(6,8)	17(4,0)	21(4,9)	390(91,3)	34(8,0)	2(0,5)	1(0,2)	
RS	55(22,1)	69(27,7)	41(16,5)	33(13,2)	24(9,6)	27(10,8)	166(66,7)	80(62,1)	3(1,2)	0(0,0)	
CENTRO-OESTE	168(29,8)	209(37,1)	80(14,2)	42(7,5)	28(5,0)	36(6,4)	282(50,1)	269(47,8)	10(1,8)	2(0,4)	
MS	44(37,6)	47(40,2)	17(14,5)	7(6,0)	1(0,8)	1(0,8)	62(53,0)	47(40,2)	8(6,8)	0(0,0)	
MT	34(37,8)	26(28,9)	13(14,4)	6(6,7)	5(5,6)	6(6,7)	53(58,9)	37(41,1)	0(0,0)	0(0,0)	
GO	63(23,6)	109(40,8)	36(13,5)	24(9,0)	14(5,2)	21(7,9)	101(37,8)	164(61,4)	2(0,8)	0(0,0)	
DF	27(30,3)	27(30,3)	14(15,7)	5(5,6)	8(9,0)	8(9,0)	66(74,2)	21(23,6)	0(0,0)	2(2,2)	
BRASIL	2932(32,9)	3382(38,0)	1349(15,2)	524(5,9)	358(4,0)	352(4,0)	5720(64,3)	2974(33,4)	189(2,1)	14(0,2)	

AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta. %: frequência percentual.

O acolhimento foi considerado “muito bom” nas regiões Sudeste (58,5%), Sul (59,7%) e Centro-Oeste (59,9) que apresentaram valores maiores e semelhantes entre si. Porém, o acolhimento considerado “muito ruim” foi maior na região Sul (1,0%) e Nordeste (1,0%). Nesse quesito, Santa Catarina (72,4%) foi o estado mais bem avaliado e o Mato Grosso (24,4%), considerado o pior.

Quanto a aceitabilidade, se os pacientes se sentem respeitados pelos profissionais pelos seus hábitos, costumes, religião, as regiões apresentaram valores bastante parecidos, com percentuais acima de 90%.

O Centro-Oeste (50,1%) foi a região melhor avaliada no critério de conforto no consultório, enquanto o Norte (33,3%) apresentou valores menores nesse critério de avaliação. Ao comparar os estados, Roraima (100%) foi considerado melhor, enquanto o Mato Grosso do Sul (21,4%) apresentou menores valores.

Na análise da frequência sobre a realização de orientações pelos profissionais sobre os cuidados com a recuperação pós tratamento, as regiões são semelhantes para a opção “sempre” (acima de 70%). Para a opção “não há orientação profissional”, a região Nordeste (9,4%) apresenta os maiores valores, e o Centro-Oeste (5,1%), os menores.

Chama-se atenção para os resultados sobre a contrarreferência, os quais divergiram daqueles investigados junto aos representantes dos CEO, observado que a maioria dos serviços realizavam contrarreferência (ver tabela 17). Contrariamente, na visão dos usuários, houve baixa ocorrência da contrarreferência, não ultrapassando o percentual de 15%, sendo maior na região Nordeste (14,9%) e menor na Norte (5,3%). Dentre os estados, o Piauí é aquele que mais encaminha de volta para a UBS (24,9%), enquanto isso não é feito no Acre e em Roraima. Em todo o País, foi baixo o índice de entrega do documento escrito ao dentista da Unidade Básica de Saúde, não ultrapassando o percentual de 12%. O Sul (15,2%) é a região onde mais se faz o encaminhamento com esse tipo de documento. Já a Região Norte é a que menos o fornece. Entre os estados, Alagoas (27,4%) é o que apresenta maior recebimento desse documento pelos usuários, já no Acre e em Roraima isso não é feito (ver tabela 24).

Tabela 24. Avaliação do Acolhimento e atendimento pelos usuários, por Região e Unidades Federativas (UF), Brasil, 2014.

regiões estados	Acolhimento:				Conforto no consultório:				Frequência de orientações profissionais sobre os cuidados com a recuperação pós tratamento				Foi encaminhado de volta p/ UBS		Recebeu documento de encaminhamento por escrito		
	Muito bom	Bom	Razoável	Ruim	Muito ruim	Sente-se respeitado pelos profissionais de saúde	Muito bom	Bom	Razoável	Ruim	Muito ruim	Sempre	Majoria das vezes	Quase nunca	Nunca	n (%)	n (%)
NORTE	216 (43,9)	230(46,7)	43 (8,7)	2 (0,4)	1 (0,2)	467 (94,9)	164 (33,3)	262 (63,2)	59 (12,0)	5 (1,0)	2 (0,4)	364 (74,0)	73 (14,8)	15 (3,0)	40 (8,13)	26 (5,3)	15 (3,0)
RO	21 (31,3)	39 (58,2)	7 (10,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	65 (97,0)	18 (26,9)	43 (64,8)	6 (8,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	51 (76,1)	7 (10,4)	2 (3,0)	7 (10,4)	2 (3,0)	1 (1,5)
AC	5 (5,0)	5 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (10,0)	7 (7,0)	2 (2,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (3,0)	1 (1,0)	2 (2,0)	4 (4,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
AM	33 (51,5)	30 (46,9)	1 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	57 (89,0)	25 (39,0)	35 (54,7)	3 (4,7)	1 (1,5)	0 (0,0)	43 (67,2)	13 (20,3)	2 (3,1)	6 (9,4)	4 (6,2)	2 (3,1)
RR	1 (2,5)	3 (7,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (10,0)	4 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (7,5)	1 (2,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
PA	120 (45,1)	116 (43,6)	28 (10,5)	1 (0,4)	1 (0,4)	258 (97,0)	90 (33,8)	130(48,8)	42 (15,8)	3 (1,1)	1 (0,4)	212(79,7)	39 (14,6)	7 (2,6)	8 (3,0)	12 (4,5)	6 (2,6)
AP	8 (34,8)	9 (39,1)	6 (26,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (73,9)	6 (26,1)	13 (56,5)	4 (17,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (47,8)	9 (38,1)	1 (4,3)	2 (8,7)	1 (4,3)	1 (4,3)
TO	28 (48,3)	28 (48,3)	1 (1,7)	1 (1,7)	1 (1,7)	56 (96,5)	14 (24,1)	39 (67,2)	3 (5,2)	1 (1,7)	1 (1,7)	41 (70,7)	3 (5,2)	1 (1,7)	13 (22,4)	7 (12,0)	5 (8,6)
NORDESTE	1.586 (46,6)	1.594 (46,8)	211 (6,2)	11 (0,3)	3 (1,0)	3.391 (96,6)	1.324 (38,9)	1.786 (45,0)	271 (8,0)	17 (0,5)	7 (0,2)	2.464 (72,3)	513 (15,1)	109 (3,2)	319 (9,4)	507 (14,9)	406 (11,9)
MA	98 (38,3)	142 (55,5)	16 (6,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	250 (97,6)	91 (35,5)	134 (52,3)	30 (11,7)	1 (0,4)	0 (0,0)	187 (73,0)	52 (20,3)	5 (1,9)	12 (4,7)	22 (8,6)	10 (3,9)
PI	120 (45,9)	116 (44,4)	24 (9,2)	1 (0,4)	0 (0,0)	256 (98,1)	124 (47,5)	120 (46,0)	15 (5,7)	2 (0,7)	0 (0,0)	204 (78,2)	18 (6,9)	4 (1,5)	35 (13,4)	65 (24,9)	47 (18,0)
CE	38 (49,6)	350 (45,6)	36 (4,7)	1 (0,1)	0 (0,0)	753 (98,0)	316 (41,1)	405 (52,7)	41 (5,3)	3 (0,4)	3 (0,4)	606 (78,9)	84 (10,9)	19 (2,5)	59 (7,7)	109 (14,2)	99 (12,9)
RN	114 (55,0)	80 (38,6)	11 (5,3)	0 (0,0)	2 (1,0)	194 (93,7)	99 (47,8)	92 (44,4)	15 (7,2)	1 (0,5)	0 (0,0)	140 (67,6)	37 (17,9)	4 (1,9)	26 (12,5)	25 (12,1)	18 (8,7)
PB	241 (45,8)	261 (49,6)	20 (3,8)	3 (0,6)	1 (0,2)	514 (97,7)	158 (30,0)	318 (60,4)	46 (8,7)	3 (0,6)	1 (0,2)	358 (68,0)	115 (21,8)	27 (5,1)	26 (4,9)	86 (16,3)	70 (13,3)
PE	197 (50,0)	166 (42,1)	26 (6,6)	5 (1,3)	0 (0,0)	373 (94,7)	173 (43,9)	182 (46,2)	36 (9,1)	2 (0,5)	1 (0,2)	291 (73,8)	41 (10,4)	11 (2,8)	51 (12,9)	65 (16,5)	53 (13,4)
AL	72 (37,9)	100 (52,6)	18 (9,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	173 (91,0)	67 (35,2)	106 (55,8)	16 (8,4)	1 (0,5)	0 (0,0)	118 (62,1)	33 (17,4)	10 (5,2)	29 (15,2)	65 (34,2)	52 (27,4)
SE	48 (49,0)	42 (42,9)	8 (8,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	96 (98,0)	48 (49,0)	42 (42,8)	7 (7,1)	1 (1,0)	0 (0,0)	85 (86,7)	8 (8,1)	1 (1,0)	4 (4,1)	11 (11,2)	10 (10,2)
BA	315 (44,7)	337 (47,8)	52 (7,4)	0 (0,1)	0 (0,0)	682 (96,7)	248 (35,2)	387 (54,9)	65 (9,2)	3 (0,4)	2 (0,2)	475 (67,4)	125 (17,7)	28 (4,0)	77 (10,9)	59 (8,4)	47 (6,7)
SUDESTE	1.930 (58,5)	1.260 (38,2)	92 (2,8)	6 (0,9)	3 (1,0)	3.210 (97,4)	1.586 (48,1)	1.486 (45,1)	184 (5,6)	28 (0,8)	12 (0,3)	2.628 (79,7)	366 (11,1)	113 (3,4)	189 (5,7)	402 (12,2)	339 (10,3)
MG	562 (67,8)	255 (30,7)	12 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	826 (99,6)	432 (52,1)	335 (40,4)	45 (5,4)	12 (1,4)	5 (0,6)	653 (78,7)	95 (11,4)	35 (4,2)	46 (5,5)	108 (13,0)	93 (11,2)
ES	54 (60,0)	34 (37,8)	2 (2,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	90 (100,0)	34 (37,8)	46 (51,1)	10 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	73 (81,1)	9 (10,0)	4 (4,4)	4 (4,4)	8 (8,9)	6 (6,7)
RJ	328 (53,7)	252 (41,3)	25 (4,1)	3 (0,5)	2 (0,3)	578 (94,7)	222 (36,4)	327 (53,6)	50 (8,2)	8 (1,3)	3 (0,5)	435 (71,3)	127 (20,8)	23 (3,7)	25 (10,0)	66 (10,8)	58 (9,5)
SP	986 (55,8)	719 (40,7)	53 (3,0)	5 (0,3)	4 (0,2)	1.716 (97,1)	898 (50,8)	778 (44,0)	79 (4,5)	8 (0,4)	4 (0,2)	1.467 (83,0)	135 (7,6)	51 (2,9)	114 (6,4)	220 (12,4)	182 (10,3)

SUL	681 (59,7)	431 (37,7)	5 (0,4)	1 (1,0)	1.117 (97,9)	454 (39,8)	597 (52,3)	76 (6,6)	7 (0,6)	7 (0,6)	870 (76,2)	174 (15,2)	27 (2,4)	70 (6,1)	189 (5,7)	203 (17,8)	174 (15,2)
PR	207 (44,5)	235 (50,5)	18 (3,9)	4 (0,9)	1 (0,2)	458 (98,5)	137 (29,4)	280 (60,2)	42 (9,0)	2 (0,4)	4 (0,8)	347 (74,6)	68 (14,6)	15 (3,2)	35 (7,5)	90 (19,3)	74 (15,9)
SC	309 (72,4)	114 (26,7)	4 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	417 (97,6)	205 (48,0)	196 (45,9)	21 (4,9)	4 (0,9)	1 (0,2)	347 (81,2)	65 (15,2)	5 (1,2)	10 (2,3)	75 (17,5)	67 (15,7)
RS	165 (66,3)	82 (33,0)	1 (0,4)	1 (0,4)	0 (0,0)	242 (97,2)	112 (45,0)	121 (48,6)	13 (5,2)	1 (0,4)	2 (0,8)	176 (70,7)	41 (16,5)	7 (2,8)	25 (10,0)	38 (15,2)	33 (13,2)
CENTRO-OESTE	337 (59,9)	195 (34,6)	28 (5,0)	1 (2,0)	2 (0,3)	550 (97,7)	282 (50,1)	242 (42,1)	37 (6,6)	2 (0,3)	0 (0,0)	420 (74,6)	79 (14,0)	35 (6,2)	29 (5,1)	81 (13,4)	73 (13,0)
MS	47 (40,2)	64 (54,7)	6 (5,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	114 (97,4)	25 (21,4)	83 (70,9)	9 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	73 (62,4)	25 (21,4)	13 (11,1)	6 (5,1)	18 (15,4)	18 (15,4)
MT	22 (24,4)	54 (60,0)	12 (13,3)	1 (1,1)	1 (1,1)	89 (98,9)	15 (16,7)	60 (66,7)	13 (14,4)	2 (2,2)	0 (0,0)	37 (41,1)	27 (30,0)	13 (14,4)	13 (14,4)	8 (8,9)	4 (4,4)
GO	220 (82,4)	42 (15,7)	5 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	263 (98,5)	218 (81,6)	46 (17,2)	3 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	236 (88,4)	19 (7,1)	5 (1,9)	7 (2,6)	50 (18,7)	47 (17,6)
DF	48 (53,9)	35 (39,3)	5 (5,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	84 (94,4)	24 (27,0)	53 (59,5)	12 (13,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	74 (83,1)	8 (9,0)	4 (4,5)	3 (3,4)	5 (5,6)	4 (4,5)
BRASIL	4.750 (53,4)	3.710 (41,7)	397 (4,4)	27 (0,3)	13 (0,1)	8.635 (97,0)	3.810 (42,8)	4.373 (49,1)	627 (7,0)	59 (0,6)	28 (0,3)	6.746 (75,8)	1.205 (13,5)	299 (3,3)	647 (7,3)	1.219 (13,7)	1.007 (11,3)

 AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta. %: frequência percentual.

Inquiridos sobre vínculo e responsabilização dos profissionais com os usuários, metade dos usuários dos CEO do Acre e 69% dos usuários entrevistados no Tocantins referiram que os dentistas forneciam esclarecimentos sobre o tratamento que estava sendo realizado. Estes foram os menores percentuais em todo o país. Nos demais estados, variou entre 81,7% (PE) a 100% (RR).

A maioria dos usuários não precisou falar com dentistas para tirar dúvidas, porém para os demais (36,2%), eles sempre tiveram facilidade de falar com os dentistas após o atendimento, especialmente na região Sudeste (41,5%). Por outro lado a maior frequência de usuários que nunca tiveram facilidade foi encontrada em Roraima (25%).

Na maioria das situações, quando um usuário falta a uma consulta no CEO, ninguém o contata para saber os motivos dessa abstenção ou para reagendamento. Em 8,6% dos casos, no Brasil, os dentistas procuram o paciente que faltou. Isso ocorre principalmente nos estados de Roraima (25%), Mato Grosso (23,3%), Tocantins (20,7%), Sergipe (20,4%), Rio de Janeiro (20%) e Acre (20%). Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estão pouco envolvidos nesse processo. Em apenas 1,2% dos casos, no Brasil, são os ACS que entram em contato com estes usuários (ver tabela 25).

Tabela 25. Avaliação do vínculo e responsabilização pelos usuários, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (continua)

regiões estados	Recebeu esclarecimentos sobre seu tratamento n (%)	Teve facilidade para falar com os profissionais, quando precisou tirar dúvidas					Quando falta à consulta, algum profissional o procurou? Quem?			
		Sempre n (%)	Majoria das vezes n (%)	Quase nunca n (%)	Nunca n (%)	Não precisou n (%)	ACS n (%)	Dentistas do CEO n (%)	Ninguém n (%)	
NORTE	420(85,4)	155(31,5)	34(6,9)	9(1,8)	18(3,6)	276(56,1)	2(0,4)	38(7,7)	80(16,2)	
RO	55(82,1)	22(32,8)	1(1,5)	0(0,0)	1(1,5)	43(64,2)	0(0,0)	4(6,0)	10(14,9)	
AC	5(50,0)	4(40,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	6(60,0)	0(0,0)	2(20,0)	0(0,0)	
AM	57(89,6)	18(28,1)	10(15,6)	0(0,0)	4(6,2)	32(50,0)	2(3,1)	3(4,7)	11(17,2)	
RR	4(100,0)	3(75,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(25,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(25,0)	1(25,0)	
PA	240(90,2)	93(34,9)	18(6,7)	6(2,2)	11(4,1)	138(51,8)	0(0,0)	14(5,2)	42(15,8)	
AP	19(82,6)	4(17,4)	4(17,4)	3(13,0)	0(0,0)	12(52,2)	0(0,0)	2(8,7)	9(39,1)	
TO	40(69,0)	11(19,0)	1(1,7)	0(0,0)	1(1,7)	45(77,6)	0(0,0)	12(20,7)	7(12,0)	
NORDESTE	2,931(86,1)	1,043(30,6)	252(7,4)	48(1,4)	33(1,0)	2,029(59,6)	67(2,0)	245(7,2)	438(12,9)	
MA	226(88,3)	58(22,6)	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)	188(72,0)	0(0,0)	8(3,1)	29(11,3)	
PI	218(83,5)	66(25,3)	6(2,3)	0(0,0)	1(0,4)	199(72,0)	1(0,4)	15(5,7)	17(6,5)	
CE	683(88,9)	204(26,5)	65(8,4)	12(1,5)	8(1,5)	479(62,7)	37(4,8)	52(6,7)	110(14,3)	
RN	174(84,0)	84(40,6)	15(7,2)	3(1,4)	2(1,0)	103(49,7)	0(0,0)	17(8,2)	20(9,6)	
PB	475(90,3)	176(34,0)	42(8,0)	3(0,6)	3(0,6)	299(56,8)	5(0,9)	33(6,2)	51(9,7)	
PE	322(81,7)	142(36,0)	14(3,5)	4(1,0)	3(0,7)	231(58,6)	0(0,0)	29(7,3)	61(15,5)	
AL	153(80,5)	64(33,7)	22(11,6)	6(3,1)	3(1,6)	95(50,0)	19(10,0)	35(18,4)	55(28,9)	
SE	88(89,8)	59(60,2)	1(1,0)	0(0,0)	0(0,0)	38(38,8)	0(0,0)	20(20,4)	9(9,1)	
BA	592(84,0)	187(26,5)	87(12,3)	19(2,7)	12(1,7)	400(56,7)	5(0,7)	36(5,1)	86(12,2)	

Tabela 25. Avaliação do vínculo e responsabilização pelos usuários, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (continua)

regiões estados	Recebeu esclarecimentos sobre seu tratamento n (%)	Teve facilidade para falar com os profissionais, quando precisou tirar dúvidas					Quando falta à consulta, algum profissional o procurou? Quem?			
		Sempre n (%)	Majoria das vezes n (%)	Quase nunca n (%)	Nunca n (%)	Não precisou n (%)	ACS n (%)	Dentistas do CEO n (%)	Ninguém n (%)	
SUDESTE	2,964(89,9)	1,367(41,5)	193(5,9)	33(1,0)	34(1,0)	1,669(50,6)	24(0,7)	346(10,5)	317(9,6)	
MG	738(89,0)	390(47,0)	38(4,6)	11(1,3)	8(1,0)	382(46,1)	20(2,4)	87(10,5)	60(7,2)	
ES	78(86,7)	16(17,8)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	74(82,2)	0(0,0)	5(5,5)	9(10,0)	
RJ	533(87,4)	304(49,8)	52(8,5)	10(1,6)	13(2,1)	231(37,8)	2(0,3)	122(20,0)	125(20,5)	
SP	1,615(91,4)	657(37,2)	103(5,8)	12(0,6)	13(0,7)	982(55,6)	2(0,1)	132(7,5)	123(7,0)	
SUL	1,037(90,9)	448(39,2)	72(6,3)	14(1,2)	12(1,0)	595(52,1)	11(1,0)	78(6,8)	91(8,0)	
PR	420(90,3)	133(28,6)	36(7,7)	9(1,9)	8(1,7)	279(60,)	7(1,5)	26(5,6)	25(5,4)	
SC	396(92,7)	216(50,6)	29(6,8)	4(1,0)	1(0,2)	177(41,4)	0(0,0)	34(8,0)	42(9,8)	
RS	221(88,7)	99(39,8)	7(2,8)	1(0,4)	3(1,2)	139(55,8)	4(1,6)	18(7,2)	24(9,6)	
CENTRO- OESTE	489(86,8)	204(36,2)	19(3,3)	13(2,3)	11(1,9)	316(56,1)	5(0,9)	60(10,6)	65(11,5)	
MS	98(83,7)	14(12,0)	4(3,4)	0(0,0)	2(1,7)	97(82,9)	1(0,8)	9(7,7)	21(17,9)	
MT	75(83,3)	3(3,3)	4(4,4)	8(8,9)	0(0,0)	75(83,3)	0(0,0)	21(23,3)	2(2,2)	
GO	238(89,1)	153(57,3)	5(1,9)	3(1,1)	3(1,1)	103(38,6)	4(1,5)	20(7,5)	28(10,5)	
DF	78(87,6)	34(38,2)	6(6,7)	2(2,2)	6(6,7)	41(45,0)	0(0,0)	10(11,2)	14(15,7)	
BRASIL	7(841(88,1)	3,217(36,1)	570(6,4)	117(1,3)	108(1,2)	4,885(54,9)	109(1,2)	767(8,6)	991(11,1)	

● AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta. %: frequência percentual.

A avaliação dos insumos, equipamentos e ambiência averiguou questões sobre a disponibilidade de materiais e equipamentos, condições das instalações e atenção prestada pelos profissionais. A interrupção de tratamento odontológico devido à falta de material ou problema nos equipamentos foi menos referido nos estados da região Sul (8,8%), Sudeste (13,9%) e Centro-Oeste (19,9%). Os estados de Roraima (50%) e Mato Grosso (48%) apresentaram os maiores percentuais destas intercorrências. Em contraste, 30,4% dos profissionais referiram tal ocorrência por falta de insumos/instrumental e 38,6%, devido a problemas nos equipamentos.

Em todas as regiões, o percentual médio para avaliação sobre as boas condições de uso e limpeza do CEO ficou acima de 80%. Mas parece haver número insuficiente de cadeiras para os usuários nas salas de espera, especialmente no Norte (ver tabela 26).

Tabela 26. Avaliação da disponibilidade de materiais e equipamentos e sobre boas condições de uso e limpeza do CEO pelos usuários, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (continua)

regiões estados	Atendimento interrompido por falta de material/ Equipamentos		Sobre as instalações do CEO:					
	n	%	estão em boas condições de uso		estão em boas condições de limpeza		têm cadeira suficiente na sala de espera	
			n	%	n	%	N	%
NORTE	125	25,4	397	80,7	443	90,0	326	66,3
RO	6	9,0	53	79,1	62	92,5	44	65,7
AC	1	10,0	10	100,0	9	90,0	9	90,0
AM	15	23,4	56	87,5	58	90,6	45	70,3
RR	2	50,0	3	75,0	4	100,0	4	100,0
PA	80	30,1	206	77,4	239	89,8	158	59,4
AP	5	21,7	19	82,6	18	78,3	17	73,9
TO	16	27,6	50	86,2	53	91,4	49	84,5
NORDESTE	794	23,2	1998	88,0	3232	94,9	2395	70,3
MA	83	32,4	235	91,8	245	95,7	165	64,4
PI	36	13,8	221	84,7	240	91,9	189	72,4
CE	148	19,3	684	89,1	749	97,5	614	79,9
RN	48	23,2	186	89,9	196	94,7	134	64,7
PB	72	13,7	485	92,2	502	95,4	351	66,7
PE	73	18,5	368	93,4	369	93,6	317	80,5
AL	69	36,3	161	84,7	171	90,0	108	56,8
SE	16	16,3	85	86,7	95	96,9	75	76,5
BA	249	35,3	573	81,3	665	94,3	442	62,7
SUDESTE	458	13,9	3019	91,6	3159	95,8	2516	76,3
MG	153	18,5	765	92,3	805	97,1	648	78,2
ES	12	13,3	79	87,8	84	93,3	42	46,7
RJ	121	19,8	541	88,7	571	93,6	418	68,5
SP	172	9,7	1634	92,5	1699	96,2	1408	79,7
SUL	101	8,8	1032	90,4	1090	95,5	863	75,6
PR	42	9,0	421	90,5	442	95,0	341	73,3
SC	38	8,9	386	90,4	413	96,7	311	72,8
RS	21	8,4	225	90,4	235	94,4	211	84,7
CENTRO-OESTE	112	19,9	488	86,7	536	95,2	397	70,5
MS	15	12,8	107	91,4	110	94,0	73	62,4
MT	43	47,8	53	58,9	84	93,3	48	53,3
GO	35	13,1	251	94,0	259	97,0	213	79,8
DF	19	13,1	77	86,5	83	93,3	63	70,8
BRASIL	1590	17,9	7934	89,2	8460	95,1	6497	73,0

A maioria dos usuários avaliou as instalações dos CEO do Brasil como “bom” (54,6%). Os maiores percentuais de CEO avaliados como “muito bom” estão no Centro-Oeste (33,7%), seguido do Sudeste (29,4%) e Sul (28%). A mesma tendência foi verificada na avaliação do atendimento ofertado pelos profissionais dos CEO. A região Norte teve as menores notas para os dentistas ($\bar{x}=9,3$, $dp=1,2$) e para os profissionais da recepção dos CEO ($\bar{x}=9,0$, $dp=1,6$) – (Tabela 27).

Tabela 27. Avaliação das instalações, do atendimento e notas a equipe profissional pelos usuários do CEO, por Região e Unidades Federativas (UF). Brasil, 2014. (continua)

regiões estados	Como o usuário avalia as instalações do CEO:				Como o usuário avalia o atendimento no CEO:						Nota p/ o dentista do CEO		Nota p/ profissionais da recepção	
	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim	\bar{x}	dp	\bar{x}	dp
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)				
NORTE	82 (16,7)	270 (54,9)	123 (25,0)	13 (2,6)	4 (0,8)	156 (31,7)	290 (58,9)	44 (8,9)	2 (0,4)	0 (0,0)	9,3	1,2	9,0	1,6
RO	10 (14,9)	32 (47,8)	22 (32,8)	2 (3,0)	1 (1,5)	16 (23,9)	43 (64,2)	8 (11,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	9,2	1,1	8,8	1,7
AC	4 (40,0)	5 (50,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (50,0)	5 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	9,7	0,7	9,4	1,6
AM	9 (14,1)	44 (68,7)	10 (15,6)	1 (1,6)	0 (0,0)	24 (37,5)	36 (56,3)	4 (6,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	9,6	0,8	9,2	1,3
RR	2 (50,0)	0 (0,0)	2 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (50,0)	2 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10,0	0,0	10,0	0,0
PA	49 (18,4)	131 (49,3)	75 (28,2)	8 (3,0)	3 (1,1)	85 (32,0)	156 (58,6)	24 (9,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	9,4	1,1	9,1	1,4
AP	1 (4,3)	15 (65,2)	6 (26,1)	1 (4,3)	0 (0,0)	7 (30,4)	9 (39,1)	6 (26,1)	1 (4,4)	0 (0,0)	8,6	2,4	7,5	3,2
TO	7 (12,1)	43 (74,1)	7 (12,1)	1 (1,7)	0 (0,0)	17 (29,3)	39 (67,2)	2 (3,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	9,2	1,1	9,2	1,5
NORDESTE	821 (24,1)	1865 (54,8)	638 (18,7)	59 (1,7)	22 (0,6)	1439 (42,3)	1742 (51,2)	204 (6,0)	13 (0,4)	7 (0,2)	9,5	1,0	9,3	1,4
MA	45 (17,6)	146 (57,0)	62 (24,2)	3 (1,2)	0 (0,0)	90 (35,2)	152 (59,4)	14 (5,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	9,4	0,8	9,3	1,0
PI	54 (20,7)	145 (55,6)	57 (21,8)	5 (1,9)	0 (0,0)	91 (34,9)	143 (54,8)	25 (9,6)	2 (0,8)	0 (0,0)	9,4	1,5	9,3	1,3
CE	242 (31,5)	413 (53,8)	101 (13,1)	6 (0,8)	6 (0,8)	357 (46,5)	372 (48,4)	34 (4,4)	3 (0,4)	2 (0,3)	9,5	1,0	9,4	1,2
RN	49 (23,6)	120 (58,0)	36 (17,4)	2 (1,0)	0 (0,0)	96 (46,4)	98 (47,3)	12 (5,8)	1 (0,5)	0 (0,0)	9,4	1,7	9,3	1,6
PB	132 (25,1)	299 (56,8)	88 (16,7)	4 (0,8)	3 (0,6)	242 (46,0)	269 (51,1)	14 (2,7)	1 (0,2)	0 (0,0)	9,6	0,9	9,3	1,3
PE	102 (25,9)	216 (54,8)	69 (17,5)	3 (0,8)	4 (1,0)	169 (42,9)	198 (50,3)	24 (6,1)	1 (0,2)	2 (0,5)	9,6	1,1	9,1	1,8
AL	27 (14,2)	115 (60,5)	38 (20,0)	9 (4,7)	1 (0,5)	67 (35,3)	105 (55,3)	15 (7,9)	1 (0,5)	2 (1,0)	9,4	1,1	9,2	1,3
SE	24 (24,5)	54 (55,1)	19 (19,4)	0 (0,0)	1 (1,0)	53 (54,1)	42 (42,9)	3 (3,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	9,7	0,6	9,4	1,2
BA	146 (20,7)	357 (50,6)	168 (23,8)	27 (3,8)	7 (1,0)	274 (38,9)	363 (51,5)	63 (8,9)	4 (0,6)	1 (0,1)	9,4	1,0	9,1	1,4
SUDESTE	970 (29,4)	1826 (55,4)	444 (13,5)	42 (1,3)	14 (0,4)	1859 (56,4)	1332 (40,4)	92 (2,8)	10 (0,3)	3 (0,1)	9,6	1,0	9,4	1,2
MG	294 (35,5)	417 (50,3)	101 (12,2)	13 (1,6)	4 (0,5)	537 (64,8)	271 (32,7)	20 (2,4)	1 (0,1)	0 (0,0)	9,5	0,9	9,4	1,1
ES	17 (18,9)	44 (28,9)	27 (30,0)	2 (2,2)	0 (0,0)	48 (53,3)	36 (40,0)	6 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	9,6	1,1	9,4	1,2

regiões estados	Como o usuário avalia as instalações do CEO:				Como o usuário avalia o atendimento no CEO:						Nota p/ o dentista do CEO		Nota p/ profissionais da recepção	
	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim	\bar{x}	dp	\bar{x}	dp
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)				
RJ	153 (25,1)	342 (56,1)	101 (16,5)	11(1,8)	3(0,5)	282 (46,2)	288 (47,2)	36 (5,9)	4(0,7)	0(0,0)	9,5	1,1	9,2	1,5
SP	506 (28,6)	1023 (57,9)	215 (12,2)	16(0,9)	7(0,4)	992 (56,1)	737 (41,7)	30(1,7)	5(0,3)	3(0,2)	9,6	0,9	9,4	1,2
SUL	319 (28,0)	651 (57,1)	155 (13,6)	13 (1,1)	3 (0,2)	612 (53,6)	502 (44,0)	25 (2,2)	0(0,0)	2(0,2)	9,5	0,9	9,4	1,1
PR	90 (19,3)	289 (62,2)	77 (16,6)	8 (1,7)	1(0,2)	215 (46,2)	233 (50,1)	16 (3,4)	0(0,0)	1(0,2)	9,5	1,0	9,4	1,2
SC	142 (33,3)	229 (53,6)	51 (11,9)	3(0,7)	2(0,5)	251 (58,8)	169 (39,6)	7(1,6)	0(0,0)	0(0,0)	9,6	0,7	9,4	0,9
RS	87 (34,9)	133 (53,4)	27 (10,8)	2(0,8)	0(0,0)	146 (58,6)	100 (40,2)	2(0,8)	0(0,0)	1(0,4)	9,6	1,0	9,3	1,4
CENTRO-OESTE	190 (33,7)	243 (43,2)	113 (20,1)	14 (2,5)	3(0,5)	307 (54,5)	232 (41,2)	22 (3,9)	1(0,2)	1(0,2)	9,5	1,1	9,3	1,4
MS	7 (6,0)	69 (59,0)	37 (31,6)	4(3,4)	0(0,0)	22 (18,8)	91 (77,8)	4 (3,4)	0(0,0)	0(0,0)	9,4	0,8	9,2	1,3
MT	4 (4,4)	47 (52,2)	36 (40,0)	3(3,3)	0(0,0)	30 (33,3)	51 (56,7)	8 (8,9)	0(0,0)	1(1,1)	9,3	1,3	9,1	1,6
GO	161 (60,3)	78 (29,2)	23 (8,6)	2(0,8)	3(1,1)	206 (77,2)	55 (20,6)	6 (2,2)	0(0,0)	0(0,0)	9,6	0,9	9,5	1,1
DF	18 (20,2)	49 (55,1)	17 (19,1)	5(5,6)	0(0,0)	49 (55,1)	35 (39,3)	4 (4,5)	1(1,1)	0(0,0)	9,4	1,3	8,8	1,8
BRASIL	2382 (26,8)	4855 (54,6)	1473 (16,6)	141 (1,6)	46 (0,5)	4373 (49,2)	4098 (46,1)	387 (4,3)	26 (0,3)	13(0,1)	9,5	1,0	9,3	1,3

AVE PMAQ/CEO 1º CICLO

n: frequência absoluta. %: frequência percentual. \bar{x} : média. dp: desvio-padrão.



3

Considerações finais

A avaliação externa do PMAQ/CEO demonstrou que não houve homogeneidade em relação aos resultados de estrutura física, da organização do trabalho e da qualidade dos serviços quando analisado inter ou intra regionalmente. Ratificando a ideia de que há um reflexo direto nos serviços de saúde dos diferentes contextos e modelos de atenção adotados a partir dos cenários e arranjos dos sistemas locais e regionais de saúde.

O processo de avaliação externa significou uma primeira aproximação à realidade do funcionamento dos CEO nos municípios. A princípio, permanece a ideia de CEO como uma iniciativa importantíssima da PNSB por Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) na perspectiva de em garantir o direito da população de ter acesso à atenção secundária, na perspectiva de concretizar, também na Saúde Bucal, um dos princípios do SUS - a integralidade da atenção. Inicia-se, assim, uma incipiente rede de Saúde Bucal, que significou um grande avanço ao que tínhamos até 2003.

Em alguns casos, foi observada a ocorrência de imprevistos, insalubridade e outras inadequações quanto a espaço físico, biossegurança e condições para armazenamento de instrumental e material de consumo do componente estrutura. No entanto, houve uma constatação de que nas entrevistas os gestores, cirurgiões dentistas e usuários retrataram de maneira realista a situação do local, sem mascarar os problemas existentes.

Embora, tenha havido o comprometimento na prestação dos serviços por questões relacionadas a infra-estrutura e falta de material de consumo no período tomado como referência neste estudo; os percentuais desses relatos são sempre menores do que aos relacionados ao processo de trabalho.

Apesar do relato de que para os usuários é marcante a boa satisfação com a qualidade dos serviços, a baixa ocorrência dos usuários no serviço que pudessem responder à avaliação foi resultado mais importante observado em todos os relatos. Ademais, constitui-se um desafio estudar a dificuldade encontrada por usuários que não conseguem ter acesso aos serviços odontológicos especializados.

Em relação à interface com a Atenção Básica, os relatos dos avaliadores reforçam que esta é desqualificada, necessitando de grande investimento em Educação Permanente dos trabalhadores de Saúde Bucal do SUS (dada a fragmentação histórica do processo de trabalho dos Cirurgiões-Dentistas) além de iniciativas dos gestores municipais na elaboração e coordenação dos fluxos de referência e contra referência.

Sugere-se estudos que relacionem os resultados do PMAQ-CEO com os resultados do PMAQ-AB, no sentido de compreender melhor esse aspecto na Saúde Bucal, pois esses dois pontos da rede são interdependentes.

Talvez seja o caminho para entender o grande absenteísmo, a ausência de usuários, observado pelos avaliadores externos quando das visitas aos CEO, em contraste à grande demanda por atendimento especializado já demonstrada pelos estudos epidemiológicos.

Em última análise, o processo de trabalho revela qual é a concepção de saúde dos atores envolvidos e qual é o modelo de atenção que, de fato acontece. No caso dos CEO, é necessário conhecer de que forma gestores e profissionais se organizam para definir o acesso, que relações se estabelecem com os demais pontos de atenção na rede de saúde (em especial com a Atenção Básica), que protocolos são empregados e como se comportam na relação com os usuários. Nessa perspectiva, percebe-se o investimento em pessoal qualificado como um passo necessário para consolidação dos CEO e, conseqüente, da PNSB.

O processo de avaliação externa do PMAQ/CEO permitiu que as situações descritas acima fossem reveladas. São questões desafiadoras para a gestão e devem ser enfrentadas, pois, demonstram como é a prática das ações e serviços nos CEO e como se implicam os gestores, os trabalhadores e os usuários. A consolidação desse importante e estruturante serviço de saúde bucal aponta para uma estratégia que diminua as desigualdades regionais dos padrões de acesso e qualidade, haja vista a caracterização das condições socioeconômicas dos usuários.



4

Notas metodológicas

SUBDIMENSÃO	VARIÁVEL	DESCRIÇÃO DA VARIÁVEL
II	IDENTIFICAÇÃO	<p>Atribuiu-se 1 à presença e 0 para a ausência de cada um dos 5 itens. Efetuou-se a soma dos itens presentes, gerando uma variável quantitativa discreta (mínimo 0 e máximo 5). A variável foi ainda dicotomizada em: tem todos os 5 itens (1) ou tem ≤ 4 itens (0).</p>
	ACESSIBILIDADE	<p>Atribuiu-se 1 à presença e 0 para a ausência de cada um dos 4 itens. Efetuou-se a soma dos itens presentes, gerando uma variável quantitativa discreta (mínimo 0 e máximo 4). A variável foi ainda dicotomizada em: tem todos os 4 itens (1) ou tem ≤ 3 itens (0).</p>
	AMBIÊNCIA	<p>Atribuiu-se 1 à presença e 0 para a ausência de cada um dos 7 itens. Efetuou-se a soma dos itens presentes, gerando uma variável quantitativa discreta (mínimo 0 e máximo 7). A variável foi ainda dicotomizada em: tem todos os 7 itens (1) ou tem ≤ 6 itens (0). Porém, nenhum ceo tinha todos os 7 itens. Então descemos o ponto de corte para 6 itens (“tem 6 itens” ou “tem < 6 itens”).</p>
	EQUIPAMENTOS	<p>Perguntou-se a todos os ceo sobre a presença (ou não) de 18 equipamentos essenciais em condições de uso. Cada ceo deveria ter, pelo menos, um dos seguintes equipamentos: 1-aparelho de profilaxia com jato de bicarbonato, 2-aparelho de rx odontológico, 3-autoclave, 4-avental de chumbo com protetor de tireóide, 5-bomba à vácuo, 6-caixa de revelação (câmara escura), 7-esfigmomanômetro, 8-estetoscópio, 9-fotopolimerizador, 10-geladeira/frigobar exclusivo para armazenamento de material odontológico, 11-glicosímetro, 12-motor cirúrgico, 13-negatoscópio e 14-seladora. Para os outros quatro (caneta de alta rotação, caneta de baixa rotação, compressor odontológico e mocho odontológico) deveria haver um para cada cadeira do ceo. Dessa forma, dividiu-se o total de cada um desses quatro itens pelo total de cadeiras no ceo. Considerou-se adequada a razão ≥ 1. Gerou-se uma nova variável contendo a soma dos itens adequados, que poderia variar de 0 (ausência de todos os equipamentos em quantidade adequada) a 18 (presença de todos os equipamentos em quantidade adequada). Assim, a variável foi tratada como qualitativa nominal (“tem todos os itens” ou “≤ 17 itens presentes”) e também como quantitativa discreta (0 a 18 itens).</p>

SUBDIMENSÃO	VARIÁVEL	DESCRIÇÃO DA VARIÁVEL
III	INSUMOS	<p>Atribuiu-se pontuação “um” para cada item, quando o insumo estava presente (em uso ou no estoque) e “zero” quando ausente em ambos os ambientes. Somou-se o total de itens de insumos presentes. Como foram perguntados aleatoriamente 16 itens por ceo (de um total de 60), a pontuação de cada ceo poderia variar de 0 (ausência de todos os insumos) a 16 (presença de todos os insumos). Considerou-se adequado quando o ceo somava 16 pontos. Assim, a variável foi tratada como qualitativa nominal (“tem todos os itens” ou “≤15 itens presentes”) e também como quantitativa discreta (0 a 16 itens).</p>
	INSTRUMENTAL	<p>Atribuiu-se pontuação “um” para cada item, quando o instrumental estava presente e “zero” quando ausente. Somou-se o total de itens de presentes no ceo. Como foram perguntados aleatoriamente 16 itens por ceo (de um total de 61), a pontuação de cada ceo poderia variar de 0 (ausência de todos os instrumentais) a 16 (presença de todos os instrumentais). Considerou-se adequado quando o ceo somava 16 pontos. Assim, a variável foi tratada como qualitativa nominal (“tem todos os itens” ou “≤15 itens presentes”) e também como quantitativa discreta (0 a 16 itens).</p>
	IMPRESSO	<p>Atribuiu-se valor 1 quando o item estava presente no ceo (em uso ou no estoque) e “zero” quando ausente em ambos os ambientes. Assim, a variável foi tratada como qualitativa nominal (“tem em uso ou no estoque” ou “não tem o item”).</p>
	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DOS CEO	<p>Variável qualitativa ordinal: (0) % de ceo que funcionam menos de cinco dias na semana ou menos de 2 turnos por dia; (1) % de ceo que funcionam cinco dias na semana e 2 turnos por dia; (2) % de ceo que funcionam mais de cinco dias na semana e mais de 2 turnos por dia.</p>

REFERÊNCIAS

- Aguilera, Sandra Lúcia Vêira Ulinski, França, Beatriz Helena Sottile, Moysés, Simone Tetú, & Moysés, Samuel Jorge. (2013). Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Revista de Administração Pública*, 47(4), 1021-1040. Retrieved December 19, 2015, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122013000400010&lng=en&tlng=pt.
- Austregésilo Silvia Carrêra, Leal Márcia Carrêra Campos, Figueiredo Nilcema, Góes Paulo Sávio Angeiras de. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 Oct [cited 2015 Dec 19]; 20(10): 3111-3120. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003111&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.12712014>.
- Borghi, G. N., Vazquez, F. D. L., Cortellazzi, K. L., Guerra, L. M., Bulgareli, J. V., & Pereira, A. C. (2013). A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia. *RFO UPF*, 18(2), 154-159.
- Brasil, MS. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades odontológicas (PMAQ/CEO) – Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas, 2013.
- Brasil, MS. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades odontológicas (PMAQ/CEO) – Manual de Autoavaliação para melhoria da qualidade (AMAQ/CEO), 2013.
- Brasil, MS. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades odontológicas (PMAQ/CEO) – Manual Instrutivo, 2013.
- Bulgareli, Jaqueline Vilela, et al. “Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde.” *Rev Odontol UNESP* 42.4 (2013): 229-236.
- Carnut L, Figueiredo N, Goes PSA. Avaliação do nível de satisfação dos usuários das urgências odontológicas da cidade do Recife. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2008;10:10-5
- Celeste Roger Keller, Moura Flávio Renato Reis de, Santos Carolina Paiva, Tovo Maximiano Ferreira. Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem centros de especialidades odontológicas no Brasil em 2010. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 Mar [cited 2015 Dec 19]; 30(3): 511-521. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000300511&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00011913>.
- Chaves Sônia Cristina Lima, Barros Sandra Garrido de, Cruz Denise Nogueira, Figueiredo Andreia Cristina Leal, Moura Bárbara Lais Alves, Cangussu Maria Cristina Teixeira. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2010 Dec [cited 2015 Dec 19]; 44(6): 1005-1013. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000600004&lng=en. Epub Oct 08, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000041>.
- Chaves Sônia Cristina Lima, Cruz Denise Nogueira, Barros Sandra Garrido de, Figueiredo Andreia Leal. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2011 Jan [cited 2015 Dec 19]; 27(1): 143-154. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100015&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100015>.
- Chaves Sônia Cristina Lima, Soares Felipe Fagundes, Rossi Thais Regis Aranha, Cangussu Maria Cristina Teixeira, Figueiredo Andreia Cristina Leal, Cruz Denise Nogueira et al. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 Nov [cited 2015 Dec 19]; 17(11): 3115-3124. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100027&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100027>.
- Colussi CF, Calvo MCM. Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura. *Sau. & Transf Soc* 2012; 3(1):92-100.
- Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. “In”: Hartz ZMA. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-47.
- de Lima Vazquez, F., Guerra, L. M., de SantAnna Vitor, E., Ambrosano, G. M. B., Mialhe, F. L., de Castro Meneghim, M., & Pereira, A. C. (2014). Referência e Contrarreferência na Atenção Secundária em Odontologia em Campinas, SP, Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 19(1).
- FELISBERTO, Eronildo et al. Institucionalização da avaliação em Saúde. In GOES, PSA & MOYSÉS, SJ. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 2012.
- Fernandes, Emerson Siqueira Pena. Avaliação de Procedimentos Especializados, em Saúde Bucal, Realizados no Brasil, no Período de 2008 a 2012. Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação Integrado de Saúde Coletiva. 2014
- FERNANDES, L. M. A. G. Validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos usuários, com os serviços públicos de saúde bucal – QAS-SaB. Camaragibe. 2002, 181p. Tese (doutorado em Odontologia, Saúde Coletiva) – Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco. 2002.
- Figueiredo Nilcema, Goes Paulo Sávio Angeiras de. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2009 Feb [cited 2015 Dec 19]; 25(2): 259-267. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200004>.
- Figueiredo, Nilcema et al. Avaliação de ações da atenção secundária e terciária de saúde bucal. In GOES, PSA & MOYSÉS, SJ. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

- Goes Paulo Sávio Angeiras de, Figueiredo Nilcema, Neves Jerlúcia Cavalcanti das, Silveira Fabiana Moura da Motta, Costa José Felipe Riani, Pucca Júnior Gilberto Alfredo et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2015 Dec 19]; 28 (Suppl): s81-s89. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300009>.
- GOES, PSA & FIGUEIREDO, N. Conceitos, teorias e métodos da avaliação em saúde. In GOES, PSA & MOYSÉS, SJ. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 2012. FELISBERTO, Eronildo et al. Institucionalização da avaliação em Saúde. In GOES, PSA & MOYSÉS, SJ. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 2012.
- Herkraht Fernando José, Herkraht Ana Paula Corrêa de Queiroz, Costa Lívea Nancy Bulcão da Silva, Gonçalves Maria Jacirema Ferreira. Performance of Specialized Dental Care Centers considering the sociodemographic context of municipalities of the Amazonas State (Brazil, 2009). *Saúde debate* [Internet]. 2013 Mar [cited 2015 Dez 19]; 37(96): 148-158. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100017&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100017>.
- Laroque Mariane Baltassare, Fassa Anaclaudia Gastal, Castilhos Eduardo Dickie de. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal do Centro de Especialidades Odontológicas de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* [periódico na Internet]. 2015 Set [cited 2011 Jun 28]; 24(3): 421-430. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000300008&lng=pt.
- Lima Ana Carolina Silva de, Cabral Etenildo Dantas, Vasconcelos Marcia Maria Vendiciano Barbosa. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2010 May [cited 2015 Dec 19]; 26(5): 991-1002. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500021>.
- Lino Patrícia Azevedo, Werneck Marcos Azeredo Furquim, Lucas Simone Dutra, Abreu Mauro Henrique Nogueira Guimarães de. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2014 Sep [cited 2015 Dec 19]; 19(9): 3879-3888. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000903879&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014199.12192013>.
- Machado Flávia, Christiane de Azevedo, Silva Janmille Valdevino, Ferreira Maria Ângela Fernandes. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 Apr [cited 2015 Dec 19]; 20(4): 1149-1163. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401149&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.00532014>.
- Magalhães BG, Oliveira RS, Gaspar GS, Figueiredo N, Goes PSA. Avaliação do Cumprimento de Atenção Secundária em Saúde Bucal. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2012; 12(1):107-112.
- Magalhães Bruno Gama, Oliveira Raquel Santos de, Góes Paulo Sávio Angeiras de, Figueiredo Nilcema. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. *Cad. saúde colet.* [Internet]. 2015 Mar [cited 2015 Dec 19]; 23(1): 76-85. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000100076&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500010013>.
- NARVAI, P.C. Avaliação de ações de saúde bucal. Escrito em março de 1996, com a finalidade de subsidiar a Oficina "Saúde Bucal no SUS", promovida pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 1996.
- OLIVEIRA, Raquel Santos de et al. Relações contratuais e perfil dos cirurgiões-dentistas em centros de especialidades odontológicas de baixo e alto desempenho no Brasil. *Saúde e Sociedade*, [S.l.], v. 24, n. 3, p. 792-802, set. 2015. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/104876/103667>>. Acesso em: 19 dez. 2015. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015128285>.
- Peres, Karen Glazer et al. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2012, vol.46, n.2, pp. 250-258. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000200007>.
- Rodrigues Luciana Afonso, Vieira Jane Darley Martins, Leite Isabel Cristina Gonçalves. Avaliação do fluxo de referência para um centro de especialidades odontológicas implantado em cidade de médio porte na região Sudeste. *Cad. saúde colet.* [Internet]. 2013 Mar [cited 2015 Dec 19]; 21(1): 40-45. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000100007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2013000100007>.
- Saliba Nemre Adas, Nayme João Guilherme Rodrigues, Moimaz Suzely Adas Saliba, Cecilio Lenise Patrocinio Pires, Garbin Cléa Adas Saliba. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. *Rev. odontol. UNESP* [Internet]. 2013 Oct [cited 2015 Dec 19]; 42(5): 317-323. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772013000500001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-25772013000500001>.
- Silva Fabrício Rutz da, Padilha Edna Zakrzewski, Baldani Márcia Helena. Serviços odontológicos especializados nas cidades médias não metropolitanas do estado do Paraná, entre 2003 e 2010: estudo exploratório. *Epidemiol. Serv. Saúde* [periódico na Internet]. 2013 Dez [cited 2011 Jun 28]; 22(4): 641-650. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000400010&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000400010>.
- Soares, Felipe Fagundes, Sônia Cristina Lima Chaves, and Maria Cristina Teixeira Cangussu. "Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização Local government and public dental health services: an analysis of inequality in use Gobierno local y servicios odontológicos: análisis." *Cad. Saúde Pública* 31.3 (2015): 586-596.
- Vieira-Da-Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. "In": Hartz ZMA. Avaliação em saúde, dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-40.

Editora Universidade
Federal de Pernambuco

Ministério da Saúde

O miolo deste livro foi impresso em
Papel Couchê fosco 140 g/m² e foi
usado a família tipográfica Cabin e
Zona Pro, em suas versões Thin e Bold.

Recife/PE, 2016

