

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
NÍVEL MESTRADO  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COLETIVA

MAIARA MUNDSTOCK JAHNKE

**ANÁLISE DA INTERFACE ENTRE A ATENÇÃO BÁSICA E A ESPECIALIZADA  
NA REDE DE SAÚDE BUCAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Porto Alegre  
2016

MAIARA MUNDSTOCK JAHNKE

LINHA DE PESQUISA: Epidemiologia, etiopatogenia e repercussão das doenças da cavidade bucal estruturas anexas

**ANÁLISE DA INTERFACE ENTRE A ATENÇÃO BÁSICA E A ESPECIALIZADA  
NA REDE DE SAÚDE BUCAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Odontologia, Área de Saúde Bucal Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Orientador: Prof. Dr. Fernando Neves**

**Hugo**

Porto Alegre  
2016

MAIARA MUNDSTOCK JAHNKE

LINHA DE PESQUISA: Epidemiologia, etiopatogenia e repercussão das doenças da cavidade bucal estruturas anexas

**ANÁLISE DA INTERFACE ENTRE A ATENÇÃO BÁSICA E A ESPECIALIZADA  
NA REDE DE SAÚDE BUCAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Odontologia, Área de Saúde Bucal Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Aprovada em 15/ 12/ 2016**

**Banca Examinadora**

---

Orientador: Prof. Dr. Fernando Neves Hugo  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

---

Prof. Dr. Roger Keller Celeste  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

---

Profa. Dra. Helenita Corrêa Ely  
Pontifícia Universidade Católica - PUCRS

---

Prof. Dr. Matheus Neves  
Universidade Luterana do Brasil - ULBRA

CIP - Catalogação na Publicação

Jahnke, Maiara Mundstock  
ANÁLISE DA INTERFACE ENTRE A ATENÇÃO BÁSICA E A  
ESPECIALIZADA NA REDE DE SAÚDE BUCAL DO SISTEMA ÚNICO  
DE SAÚDE / Maiara Mundstock Jahnke. -- 2016.  
46 f.

Orientador: Fernando Neves Hugo.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia,  
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Porto  
Alegre, BR-RS, 2016.

1. Avaliação de Serviços de Saúde. 2. Saúde Bucal.  
3. Atenção Básica. 4. Especialidades Odontológicas. I.  
Hugo, Fernando Neves, orient. II. Título.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha equipe da UBS NATAL, que entendeu as minhas ausências e me acolheu nos momentos de estresse e cansaço, em especial a TSB Thielle, que acolheu os problemas nos momentos em que estive ausente. Aos colegas e amigos que fiz nesta UBS, às parcerias que as dificuldades nos proporcionaram. À Secretaria Municipal de Saúde do Município de Canoas, por autorizar a liberação nos turnos de aulas e de estudo para o mestrado.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFRGS, representado pelo coordenador Prof. Dr. Cassiano Kuchenbecker Rösing, pela oportunidade de formação.

Aos colegas de mestrado, os “velhos”, que me acolheram e integraram nas aulas e aos “novos”, que me apoiaram nas dificuldades e entenderam as correrias entre as aulas.

A todos os meus amigos que, de alguma forma, me ajudaram ou apoiaram nesta difícil trajetória, sendo escutando meus problemas ou me dando dicas para suportar os momentos difíceis e seguir em frente.

Às avaliadoras PMAQ-CEO, que dispuseram de tempo e vontade para realizar viagens, e que viagens, para realizar as avaliações externas.

Às Professoras Aline e Camila, que me receberam no estágio de docência e me ensinaram muito durante as aulas.

À Equipe CPOS UFRGS, aos professores PPGODO da saúde bucal coletiva.

Agradeço ao Jessye pela ajuda e paciência no desenvolvimento das análises.

Ao núcleo gestor PMAQ-CEO, em especial à Nilcema que, mesmo à distância auxiliou na idealização da interface.

À Idiana que me ensinou princípios os quais levo até hoje na minha prática e, além disso, me proporcionou oportunidades que me ajudaram a chegar onde estou hoje.

Ao meu orientador, Fernando, que proporcionou oportunidades únicas para o meu desenvolvimento de apoio na gestão, entendeu as dificuldades de uma mestranda trabalhadora do SUS e conseguiu me orientar com tranquilidade no desenvolvimento desta dissertação e do mestrado.

Ao meu avô, primeiro cirurgião dentista que, antes de aprender conceitos de acolhimento e escuta qualificada, me ensinou que olhar e escutar faziam toda a diferença no cuidado.

Aos meus pais que sempre me apoiaram em todas as etapas da minha vida e sempre me impulsionaram a alcançar objetivos e ultrapassar desafios. Exemplos que sempre fazem com que eu tenha forças para seguir em frente.

A minha irmã, com quem dividi angústias de mestrandas que só nós sabemos e cujos desabafos, em alguns momentos, foram indispensáveis.

Ao meu marido que esteve ao meu lado em todos os momentos e cuja presença foi imprescindível para a conclusão de mais esta etapa, me ajudando em cada detalhe e em cada dificuldade.

## RESUMO

Os sistemas de saúde são respostas a demandas das sociedades, devendo ser articulados pelas necessidades de saúde. A Saúde Bucal está inserida no programa de Saúde da Família desde o ano 2000, porém foi em 2004, com o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal, que ocorreu uma reorganização dos serviços em todos os níveis de atenção, com ampliação e qualificação da Atenção Básica e implantação da Atenção Especializada. Considerando que houve uma forte expansão no acesso aos serviços de saúde bucal, é de fundamental importância estudar a relação presente entre estes dois serviços. Os objetivos deste estudo foram verificar a prevalência da presença de interface entre a Atenção Básica (AB) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil, de acordo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade, e avaliar se esta interface está relacionada à características do contexto municipal e variáveis dos serviços. Trata-se de um estudo multinível de abrangência nacional, do qual participaram os 927 CEO. A avaliação externa foi realizada em 2014 com um instrumento padronizado. O estudo contou com duas variáveis dependentes que refletiam a existência de interface entre AB e CEO - interface mínima e interface abrangente, com presença de protocolos, referência e contrarreferência. Os aspectos sociodemográficos incluíram as macrorregião, IDH-M e cobertura municipal de ESB. As variáveis do serviço envolveram planejamento, acesso e matriciamento. Foram realizadas análises das frequências absolutas e relativas, regressão de Poisson Multinível para obtenção das razões de prevalências brutas e ajustadas com intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5%, com o software Stata 11. A modelagem utilizada foi hierárquica em dois estágios. Para análise de ajuste dos modelos foram utilizados os parâmetros deviance, AIC e BIC. 52,53% (IC 95% 49,31-55,75) dos CEO apresentavam a interface mínima e 34,51% (IC 95% 31,45-37,58) interface abrangente. Na análise ajustada em ambos os desfechos, as regiões Sul e Sudeste apresentaram maior prevalência do desfecho que a região Norte e o mesmo ocorreu para a faixa de IDH mais elevado. As equipes que realizaram planejamento nos últimos 12 meses tiveram uma probabilidade 60% maior de apresentar uma interface mínima, sendo que o matriciamento aumentou essa probabilidade em 30% e o acesso exclusivamente agendado em 31%. Estes resultados se assemelham na interface abrangente. A relação entre a AB e os CEO traduzida na interface implica na produção de cuidados mais equânimes, integrais, eficientes e efetivos, o que está de acordo com os princípios do SUS. Com os achados deste estudo, ficam evidenciadas as desigualdades existentes entre os serviços de saúde, demonstrando que ainda há muito o que investir na qualificação da gestão e formação destes

serviços. Apesar de a Rede de Atenção à Saúde Bucal estar melhor estruturada ainda há muito o que avançar.

**Palavras-chave:** Avaliação de Serviços de Saúde, Saúde Bucal, Atenção Básica, Especialidades Odontológicas.



## ABSTRACT

Health systems are the answers to social demands and must be articulated by health needs. Oral Health has been inserted in Family Health program in 2000, but in 2004, with the National Oral Health Policy, there was a reorganization of services at all levels of health care, with the extension and qualification of Primary Care and implementation of Specialized Attention. The strong expansion in the access to oral health services demands studies about the relationship between the Primary Care and Specialized Dental Services. This study aimed to verify the prevalence of the interface between a Primary Health Care (PHC) and Specialized Dental Care (SDC) in Brazil, using data of the Program of Improvement of Access and Quality of SDC, and to evaluate if this interface is related to the municipal context and variables related to the services. This was a multi-level study of national scope including 927 municipal SDC. An external evaluation was carried out in 2014 through the application of a standardized instrument. The study had two dependent variables that reflected the interface between PHC and SDC - minimal interface and comprehensive interface. The sociodemographic aspects included the variables: macro-region, HDI-M and municipal Primary Care Dentistry coverage. Service variables included planning, access and matrix support. Absolute and relative frequency analyzes and multi-level Poisson regression were performed to obtain prevalence raw ratios and adjusted with 95% confidence intervals and significance level of 5% (software Stata 11 ©). The modeling was hierarchical in two stages. There were used the deviance parameters for adjustment analysis of the models, AIC and BIC. 52.53% (95% CI 49.31-55.75) of the SDC presented a positive endpoint for the minimal interface and 34.51% (95% CI 31,45-37,58) for the comprehensive interface. The adjusted analysis shown that in both outcomes South and Southeast regions presented higher prevalence than the North region. The relationship between PHC and SDC, as represented by the interface, may lead to more equitable, comprehensive, efficient and effective care, in accordance with SUS principles. In conclusion, inequalities in dental health services are evidenced, showing that there is still much to invest in qualification of the management of these services.

Key-words: Health Services Evaluation; Primary Health Care; Oral Health; Specialties, Dental.

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 – Critérios de inclusão e exclusão.....                             | 38 |
| Figura 2 – Modelo Teórico adaptado do Modelo Comportamental de Andersen..... | 39 |

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1: Descrição da amostra, prevalência de interface mínima entre AB e CEO e Razão de Prevalência bruta para as variáveis contextuais e individuais, Brasil, 2014 (n=927). ....    | 40 |
| Tabela 2: Razões de Prevalência ajustadas das variáveis contextuais e individuais, para interface mínima entre AB e CEO, Brasil, 2014 (n=927). ....                                    | 41 |
| Tabela 3: Descrição da amostra, prevalência de interface abrangente entre AB e CEO e Razão de Prevalência bruta para as variáveis contextuais e individuais, Brasil, 2014 (n=927)..... | 42 |
| Tabela 4: Razões de Prevalência ajustadas das variáveis contextuais e individuais, para interface abrangente entre AB e CEO, Brasil, 2014 (n=927).....                                 | 43 |

## ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AE – Avaliação Externa

AIC – Akaike's information criteria

BIC – Bayesian information criteria

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CIR – Comissões Intergestores Regionais

CIB – Comissões Intergestores Bipartite

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COSEMS – Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

ESF – Equipes de Saúde da Família

ESB – Equipes de Saúde Bucal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC95% - Intervalo de Confiança de 95%

IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano - Municipal

IDSUS - Índice de Desempenho do SUS

MS – Ministério da Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PMAQ – Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade

PMAQ AB - Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMAQ CEO – Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SES – Secretaria Estadual da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>   | <b>14</b> |
| <b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>  | <b>16</b> |
| 2.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE  | 16        |
| 2.2 PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE                                 | 17        |
| 2.3 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL                   | 19        |
| 2.4 A INTERFACE ENTRE OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL | 20        |
| <b>3 OBJETIVOS</b>  | <b>21</b> |
| 3.1 OBJETIVO GERAL  | 21        |
| 3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO   | 21        |
| <b>4 ARTIGO</b>   | <b>22</b> |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>   | <b>44</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b>  | <b>45</b> |

## APRESENTAÇÃO

Apresenta-se a dissertação intitulada *Análise da Interface entre a Atenção Básica e a Especializada na Rede de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde*, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Odontologia, na área de concentração em Saúde Bucal Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Pesquisa de Odontologia da UFRGS em 11/07/2016. Esta pesquisa está associada ao projeto intitulado “Avaliação externa: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas”. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UFPE, em 06 de agosto de 2014, de acordo com o parecer 740.874, sob a coordenação do Prof. Dr. Paulo Savio Angeiras de Goes.

A construção desta dissertação foi executada por Maiara Mundstock Jahnke, que atuou na coordenação estadual do PMAQ-CEO no Rio Grande do Sul, durante o ano de 2014, sob orientação do Prof. Dr. Fernando Neves Hugo.

Esta dissertação será apresentada de acordo com as regras estabelecidas no regimento do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da UFRGS e contará com um artigo a ser submetido ao periódico *Ciência e Saúde Coletiva*.

## **1 INTRODUÇÃO**

Os Sistemas de Saúde são respostas a demandas e preferências das sociedades, devendo ser articulados pelas necessidades de saúde da população (MENDES, 2011). Estes Sistemas de Saúde, quando se apresentam de maneira fragmentada e com pontos de atenção isolados, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Por outro lado, a organização dos serviços de saúde pode se dar de forma integrada, caracterizando as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2011).

Segundo Starfield (2002), a Atenção Primária a Saúde é o nível em um Sistema de Saúde que oferece a entrada nos sistemas, fornece atenção para as condições ao longo do tempo e coordena ou integra a atenção fornecida em outros serviços. Neste mesmo sentido, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) do Brasil considera a Atenção Básica (AB) como o contato preferencial dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), servindo como principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a RAS (BRASIL, 2012).

Os serviços de saúde do SUS estão organizados em RAS, sendo que a Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes, ter território adstrito, possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, adscrever os usuários, desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, coordenar a integralidade e estimular a participação dos usuários (BRASIL, 2012).

A Saúde Bucal está inserida na Saúde da Família desde o ano 2000, porém foi em 2004, com o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que ocorreu uma reorganização dos serviços de saúde bucal em todos os níveis de atenção, com uma primeira proposição de rede de atenção à Saúde Bucal, abrangente e integrada (BRASIL, 2004).

Esta política (BRASIL, 2004) aponta como diretriz a ampliação e qualificação da AB, com a competência de assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento. Já a qualificação e ampliação dos serviços de atenção secundária e terciária surgem para suprir a necessidade de serviços especializados em saúde bucal e estabelecer sistemas de referência e contrarreferência adequados. Nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal se definiu que os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) seriam implantados para ofertar procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na Atenção Básica.

A implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) foi definida pela Portaria 599/GM de 26 de março de 2006 (Brasil, 2006a). Esta portaria estabeleceu critérios, normas e requisitos para o credenciamento dos CEO, que são estabelecimentos de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como Tipo Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade, com serviço especializado de Odontologia para realizar, no mínimo, as seguintes atividades:

I - diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal;

II - periodontia especializada;

III - cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;

IV - endodontia; e

V - atendimento a portadores de necessidades especiais.

Segundo esta mesma portaria, os CEO devem ser referência para o próprio município, região ou microrregião de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), com identificação da área de abrangência e da população coberta.

A organização físico-estrutural classifica os CEO em três tipos: CEO I – até 3 cadeiras odontológicas; CEO II – de 4 a 6 cadeiras odontológicas; e CEO III – 7 ou mais cadeiras odontológicas. O número de profissionais é variável nos CEO, mas cada cadeira deve funcionar 40 horas semanais (FIGUEIREDO et al., 2012).

É importante avaliar o impacto da reorganização dos serviços de saúde bucal que ocorreu em 2004, destacando a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas, com o aumento da resolutividade dos atendimentos em saúde bucal, diretamente influenciado pelo papel da AB como coordenadora do cuidado e em contato com a atenção especializada.

Considerando que houve uma forte expansão no acesso aos serviços de saúde bucal e a constituição de uma rede de serviços que conta com 24.666 equipes de saúde bucal (ESB) implantadas e 1033 CEO (BRASIL, 2016), é de fundamental importância estudar a relação presente entre estes dois serviços. Neste contexto, os CEO assumem uma oferta de serviços que não estão disponíveis na AB e que são centrais na produção de cuidado integral em Saúde Bucal.

Sendo assim, considera-se relevante estudar a interface entre a Atenção Básica e Especializada em Saúde Bucal no Brasil pela escassez de estudos sobre o tema, principalmente quando se reconhece a importância da articulação e integração entre os serviços para melhores resultados em saúde (MENDES, 2011).



## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Akerman e Nadanovsky, em 1992, trouxeram uma base conceitual sobre avaliação do sucesso (qualidade) dos serviços de saúde, embora já discutissem a limitada influência dos serviços de saúde no processo saúde-doença. Estes mesmos autores consideram que é necessário decidir o foco da avaliação entre a qualidade da cura e a qualidade do cuidado. Tradicionalmente, concentra-se a avaliação na questão da cura, mas há necessidade de se ampliar esta avaliação na direção de outros atributos do cuidado.

Hartz (1997) refere que “não é mais suficiente a análise isolada dos determinantes da saúde, em um esquema linear de causalidade; o que se tenta é procurar conhecer a multiplicidade destes condicionantes, inclusive assistenciais, em vários níveis de complexidade e vulnerabilidade de suas articulações”.

Contandriopoulos et al (1997) trazem a característica de julgamento de valor da avaliação a respeito de uma intervenção para ajudar na tomada de decisão, caracterizando este julgamento em avaliação normativa – resultado da aplicação de critérios e normas, ou em pesquisa avaliativa – elaborado a partir de um procedimento científico. Neste último caso, avaliam-se as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção. Estes autores questionam ainda qual a influência que as informações fornecidas pelo avaliador podem ter no objetivo final da avaliação: a tomada de decisão.

Neste mesmo sentido, Tanaka e Tamaki (2012) discutem características de um processo de avaliação que, na gestão dos serviços de saúde, possam contribuir para a tomada de decisão, considerando as necessidades de saúde da população, as metas definidas pelos serviços e os envolvidos, de forma a tornar viável a implementação destas decisões.

Seguindo o raciocínio da pesquisa avaliativa, a (meta)avaliação objetiva, além de dar visibilidade aos efeitos de uma intervenção, também julgá-la. Neste momento, nas instâncias de decisão, com os resultados em mãos, pode-se elaborar julgamentos. Sendo assim, os resultados não se traduzem diretamente em uma decisão, mas as informações produzidas contribuem para o julgamento de uma determinada situação, tendo influência positiva nas decisões (HARTZ, FELISBERTO e SILVA, 2008).

## 2.2 PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE

O Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) foi instituído pela portaria 1.654 de 19 de julho de 2011(BRASIL, 2011). Em seu primeiro ciclo, avaliou, em 3 módulos, os serviços de Atenção Básica (AB). A partir de 2012, em seu segundo ciclo, incluiu na avaliação os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e os Centros de Especialidades Odontológicas, além de um módulo específico para as Equipes de Saúde Bucal (ESB) da AB.

A portaria 261 de 21 de fevereiro de 2013(BRASIL, 2013a) institui o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Os objetivos do PMAQ-CEO são:

- I - induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO);
- II - construir parâmetros de qualidade dos CEO que sejam passíveis de comparação nacional, regional e local, considerando as diferentes realidades de saúde;
- III - fortalecer o processo de referência e contrarreferência de saúde bucal;
- IV - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelos CEO;
- V - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade, por meio do portal do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde;
- VI - envolver, mobilizar e responsabilizar os Gestores Federal, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, as equipes dos CEO e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção especializada em saúde bucal;
- VII - desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;
- VIII - estimular a efetiva mudança do modelo de atenção em saúde bucal, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e
- IX - caráter voluntário para a adesão tanto pelos profissionais do CEO quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e pró-atividade dos atores envolvidos.

O PMAQ-CEO foi composto, em seu primeiro ciclo, por 4 (quatro) fases distintas que se sucedem e compõem um ciclo (BRASIL, 2013b). Foram elas a adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização.

Todos os CEO habilitados, independentemente do Tipo, I, II ou III, puderam aderir ao PMAQ-CEO. A primeira fase, adesão, foi composta pelas seguintes etapas:

- I - formalização da adesão pelo Estado, Município e Distrito Federal, por intermédio do preenchimento de formulário eletrônico específico a ser indicado pelo Ministério da Saúde;
- II - contratualização da equipe do CEO e do gestor Estadual, Municipal ou do Distrito Federal, de acordo com as diretrizes e compromissos mínimos exigidos pelo (PMAQ-CEO); e
- III - informação sobre a adesão do Município foi encaminhada ao Conselho Municipal de Saúde, à Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB). No caso do Estado, a Comissão Intergestores Bipartite e o Distrito Federal encaminharam informação sobre a adesão ao respectivo conselho de saúde.

A segunda fase, o desenvolvimento, envolveu uma série de ações desenvolvidas pela equipe e gestão. A autoavaliação foi realizada a partir de instrumentos definidos, feita pela equipe do CEO a partir de instrumentos ofertados pelo PMAQ-CEO ou outros definidos e pactuados pelo Município, Estado ou Distrito Federal;

- II - monitoramento, realizado pela equipe do CEO, pelas Secretarias de Saúde Estadual, Municipal, do Distrito Federal e pelo Ministério da Saúde a partir dos indicadores contratualizados na Fase 1 do (PMAQ-CEO);
- III - educação permanente, por meio de ações dos gestores municipais, do Distrito Federal, estaduais e federal, considerando-se as necessidades de educação permanente das equipes dos CEO, pactuadas nas Comissões Intergestores Regionais e nas Comissões Intergestores Bipartite; e
- IV - apoio institucional, a partir de estratégia de suporte aos CEO pelos gestores municipais e à gestão municipal pelas Secretarias de Estado da Saúde (SES), Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), Comissões Intergestores Regionais (CIR), Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Ministério da Saúde (MS).

- Fase 3: Avaliação Externa (AE)

Esta Fase foi composta por certificação de desempenho dos CEO, que foi coordenada de forma tripartite incluindo:

- I - a verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados e pesquisa de satisfação do usuário realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa; e
- II - o monitoramento de indicadores de saúde realizado pelo Ministério da Saúde.

A partir da AE, as equipes foram classificadas em quatro categorias: desempenho insatisfatório; desempenho mediano ou pouco abaixo da média; desempenho acima da média; e desempenho muito acima da média. Esta classificação foi realizada de acordo com

estratificação proposta pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) para não induzir mais desigualdades.

- Fase 4: Recontratualização

Esta Fase caracterizou-se pela pactuação singular dos Estados, Municípios e do Distrito Federal com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados nas Fases 2 e 3 do PMAQ-CEO.

### 2.3 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE BUCAL

A maioria dos estudos existentes sobre a avaliação dos serviços de Atenção Especializada em saúde bucal no Brasil avalia principalmente a produção ambulatorial e o desempenho por metas (FIGUEIREDO e GOES, 2009, GOES et al, 2012, CELESTE et al, 2014). Figueiredo e Goes (2009) apontavam que havia poucas pesquisas sobre os serviços de atenção secundária em saúde bucal. Chaves et al (2010) afirmam que não é recomendada a implantação dos CEO em municípios sem Atenção Básica estruturada.

Estudo de 2012 indicou que os municípios com maior população e com uma insuficiente cobertura de Equipes de Saúde Bucal na Saúde da Família apresentavam uma maior demanda espontânea de AB aos CEO, o que pode comprometer a interação entre estes dois níveis de atenção, mostrando uma contradição entre as referências dos casos e as necessidades de tratamento (GOES et al, 2012). Este mesmo estudo demonstrou que, ao avaliar as metas de produção, a macrorregião Sudeste apresentou os melhores resultados.

Uma revisão integrativa de avaliação de desempenho dos CEO concluiu que aquele é influenciado pela organização e gerenciamento do processo de trabalho e pelas características contextuais dos locais onde os serviços estão implantados (MACHADO, SILVA e FERREIRA, 2015).

## 2.4 A INTERFACE ENTRE OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL

Ainda há pouca literatura sobre a relação entre serviços de Atenção Básica e Especializada em saúde bucal. Os autores Morris e Burke (2001a) têm denominado a coordenação entre atenção primária e secundária como interface, além de propor referências para a análise da interface entre estes dois pontos da Rede de Atenção à Saúde Bucal. Descreveram a interface ideal entre os serviços de saúde bucal, considerando as seguintes características: equidade, integralidade e eficiência e eficácia. Uma interface equitativa considera que todos os casos, diagnosticados apropriadamente, devem ser referenciados sem barreiras para receber cuidado especializado. A integralidade considera que todo o tratamento necessário deve estar disponível e acessível em ambos os níveis, com acesso facilitado. A eficiência e a efetividade da interface se dão por meio de referência apropriada e no tempo adequado com a garantia da contrareferência após o tratamento completado. Estes mesmos autores (MORRIS, BURKE, 2001b) refletem que a interface ideal entre os serviços não existe, mas destacam a relevância de descrever os problemas existentes e buscar soluções apropriadas para o enfrentamento.

Apesar de refletir que a situação ideal ainda não existe em serviços de saúde, manter este ideário em mente pode ajudar na descrição de problemas existentes, bem como na apresentação de soluções apropriadas em seu enfrentamento (FIGUEIREDO, 2008).

A construção de caminhos nos sistemas locais de saúde, além do tradicional encaminhamento para procedimentos, também é trazida como consultorias de curto e longo prazo, definição comum de protocolos e manejo de casos e desenvolvimento de programas de manejo compartilhado entre especialidades e atenção básica (CHAVES et al, 2010).

Um estudo realizado no Brasil com avaliação da interface entre serviços de Atenção Básica e de Urgência de saúde bucal concluiu que existem múltiplos e complexos problemas nesta interface, sendo que se observou uma rede parcialmente desconectada. Os autores destacaram ainda que há pouco conhecimento dos profissionais do serviço sobre esta rede, o que dificulta a promoção da integralidade. Apesar deste estudo trabalhar com serviços de urgência, traz questões pertinentes a esta Dissertação: *Poucas atividades de educação permanente? Falta de interesse pessoal e motivação? Ausência ou pouca presença da gestão? Como e o que fazer para promover de fato a continuidade desta atenção?* (AUSTREGÉSILO et al, 2015).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Verificar se a presença de interface entre as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica e os Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil está relacionada ao contexto municipal e características do processo de trabalho dos Centros de Especialidades Odontológicas.

#### **3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO**

Verificar a prevalênciada presença de interface entre as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica e os Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil, nos municípios com CEO no Brasil.

## **4ARTIGO**

### **Formatado de acordo com as normas do Periódico Ciência e Saúde Coletiva**

#### **Análise da Interface entre a Atenção Básica e a Especializada na Rede de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde**

#### **Analysis of the interface between Primary and Specialized Care in the Oral Health Care Network of the Brazilian National Health System**

#### **Resumo**

Os sistemas de saúde são respostas a demandas das sociedades, devendo ser articulados pelas necessidades de saúde. Neste sentido objetivou-se verificar a interface entre Atenção Básica (AB) e Especializada no Sistema Único de Saúde (SUS). Foi realizado um estudo multinível de abrangência nacional, com 927 CEO participantes do PMAQ. Os dados foram submetidos a análises das frequências e Regressão de Poisson Multinível (Stata 11©). 52,53% (IC 95% 49,31-55,75) dos CEO apresentavam interface mínima e 34,51% (IC 95% 31,45-37,58) interface abrangente. Na análise ajustada em ambos os desfechos, as regiões Sul e Sudeste apresentaram maior prevalência do desfecho, o mesmo ocorreu para o IDH mais alto. Verificou-se que realizar um planejamento, receber matriciamento e garantir acesso agendado, aumenta a probabilidade de interface mínima em 60%, 30% e 31%, respectivamente. Resultados foram semelhantes para interface abrangente. A relação entre a AB e CEO traduzida na interface implica na produção de cuidados mais equânimes, integrais, eficientes e efetivos, o que está de acordo com os princípios do SUS. Com os achados deste estudo, ficam evidenciadas as desigualdades existentes entre os serviços de saúde, demonstrando que ainda há muito o que investir na qualificação da gestão e formação destes.

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

### **Abstract**

Health systems are responses to social demands and must be articulated by health needs. This study aimed to verify the interface between Primary (PHC) and Specialized Care (CEO) in the National Health System (SUS). A multi-level national study was carried out with 927 CEO using PMAQ-CEO. Data were analyzed with frequency analysis and Multi-Poisson Regressions were carried out (Stata 11 ©). 52.53% (95% CI 49.31-55.75) of the CEO presented a positive endpoint for the minimal interface and 34.51% (95% CI 31,45-37,58) for the comprehensive interface. The adjusted analysis in both outcomes show that the South and Southeast regions had a higher prevalence of the outcome, the same for higher HDI. Performing planning increased by 60% the probability of presenting minimal interface, matrix support increases 30%, and scheduled access by 31%. Results are similar in respect to comprehensive interface. The relationship between PHC and CEO as represented by the interface, may lead to more equitable, comprehensive, efficient and effective care, in accordance with SUS principles. So the inequalities between health services are evidenced, showing that there is still much to invest in qualification of the management these services.

Keywords: Health Services Evaluation; Primary Health Care; Oral Health; Specialties, Dental.

### **Introdução**

Os sistemas de saúde respondem às necessidades de saúde da população e podem se apresentar de diversas formas, desde maneira fragmentada e com pontos de atenção isolados,



sendo incapazes de prestar uma atenção contínua à população, até uma forma integrada de serviços que caracteriza uma rede de atenção.<sup>1</sup>

No Brasil, os serviços de saúde estão organizados em rede, sendo que a Atenção Básica tem o contato preferencial dos usuários do Sistema Único de Saúde.<sup>2</sup> Os serviços de Saúde Bucal no SUS têm a sua primeira proposição de rede com a Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004. Com esta política, a saúde bucal na Atenção Básica é ampliada e qualificada e são implantados os serviços de atenção especializada, os Centros de Especialidades Odontológicas, para ofertar procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica.<sup>3</sup> Como especialidades mínimas estes centros devem ofertar periodontia, endodontia, estomatologia, cirurgia e atendimento de paciente com necessidades especiais.<sup>4</sup>

Considerando que houve uma forte expansão no acesso aos serviços de saúde bucal e a constituição de uma rede de serviços que conta com 24.666 equipes de saúde bucal (ESB) implantadas e 1033 CEO<sup>5</sup> em 2016, é de fundamental importância estudar a relação presente entre estes dois serviços. Neste contexto, os CEO assumem uma oferta de serviços que não estão disponíveis na AB e que são entraves na produção de cuidado integral em Saúde Bucal.

Ainda há pouca literatura sobre a relação entre serviços de atenção primária e secundária em saúde bucal. Os autores Morris e Burke<sup>6</sup> têm denominado a coordenação entre atenção primária e secundária como interface, além de propor referências para a análise da interface entre estes dois serviços. Descreveram a interface ideal entre os serviços de saúde bucal, considerando as seguintes características: equidade, integralidade e eficiência e eficácia. Uma interface equitativa considera que todos os casos, diagnosticados apropriadamente, devem ser referenciados sem barreiras para receber cuidado especializado.<sup>6</sup> A integralidade considera que todo o tratamento necessário deve estar disponível e acessível em ambos os níveis, com acesso facilitado. A eficiência e a efetividade da interface se dão por

meio de referência apropriada e no tempo adequado com a garantia da contrarreferência após o tratamento completado. Estes mesmos autores<sup>7</sup> refletem que a interface ideal entre os serviços não existe, mas destacam a relevância de descrever os problemas existentes e buscar soluções apropriadas para o enfrentamento.

Apesar de refletir que a situação ideal ainda não existe em serviços de saúde, manter este ideário em mente pode ajudar na descrição de problemas existentes, bem como na apresentação de soluções apropriadas em seu enfrentamento.<sup>8</sup>

A construção de caminhos nos sistemas locais de saúde, além do tradicional encaminhamento para procedimentos, também é trazida como consultorias de curto e longo prazo, definição comum de protocolos e manejo de casos e desenvolvimento de programas de manejo compartilhado entre especialidades e atenção básica.<sup>9</sup>

Estudo realizado no Brasil com avaliação da interface entre serviços de atenção primária e de urgência de saúde bucal concluiu que existem múltiplos e complexos problemas nesta interface, onde se observou uma rede parcialmente desconectada. Destaca ainda que há pouco conhecimento dos profissionais do serviço sobre esta rede, o que dificulta a promoção da integralidade.<sup>10</sup>

Em um contexto de Rede de Atenção à Saúde, o Ministério da Saúde lança, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), como estratégia indutora de mudanças nos modos e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS).<sup>11,12</sup> A partir de 2012, incluiu na avaliação os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e um módulo específico para as Equipes de Saúde Bucal, sendo que em 2013 foi instituído o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO).<sup>13</sup>

Sendo assim, considera-se relevante estudar a interface entre a Atenção Básica e Especializada em Saúde Bucal no Brasil pela escassez de estudos sobre o tema,

principalmente quando se reconhece a importância da articulação e integração entre os serviços para melhores resultados em saúde.<sup>1</sup>

Os objetivos deste artigo são verificar a presença de interface entre atenção básica e especializada no Brasil e se esta interface está relacionada ao contexto municipal e variáveis do serviço por meio de uma análise dos dados do PMAQ-CEO.

## **METODOLOGIA**

### **Delineamento**

Trata-se de um estudo multinível (CEO e municípios) realizado a partir dos dados da avaliação externa PMAQ CEO. O estudo possui abrangência nacional e foi executado, de forma multicêntrica e integrada, por diversas instituições de ensino e pesquisa e com o acompanhamento direto do Ministério da Saúde. A adesão das equipes ao Programa era voluntária para as equipes de CEO.

### **População do estudo**

Dos 944 CEO cadastrados pelo Ministério da Saúde, foram avaliados 933 CEO cadastrados até o momento de contratualização do PMAQ, sendo que 3 foram excluídos por não desejarem responder no momento da visita e 3 apresentavam dados faltantes para composição da variável presença de interface. Assim, participaram do estudo os 927 CEO de abrangência municipal incluídos conforme o esquema apresentado na Figura 1.

### **Coleta de dados**

A avaliação externa, que consistiu na aplicação do instrumento de coleta de dados pelas instituições de ensino e pesquisa, iniciou-se em fevereiro de 2014. Para o trabalho em

campo, foram selecionados avaliadores externos cirurgiões-dentistas. Os avaliadores foram treinados uniformemente por meio da utilização de um manual de campo elaborado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) e pelas Instituições de Ensino e Pesquisa parceiras do PMAQ. A coleta foi realizada por meio da utilização de computadores portáteis do tipo *tablet*, os quais continham um aplicativo com o instrumento padronizado e testado previamente.

Após a realização da avaliação externa, os dados coletados foram enviados via internet a um servidor do Ministério da Saúde para que fossem validados.

### **Instrumento de coleta de dados**

O instrumento de coleta de dados do PMAQ CEO abrangeu três módulos com questões que avaliaram aspectos referentes à estrutura, aos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes de saúde e à satisfação com os serviços de saúde, conforme a percepção dos usuários das unidades avaliadas. O presente estudo avaliou informações dos módulos um e dois do PMAQ-CEO. Os dados secundários, referentes aos municípios brasileiros participantes do PMAQ-CEO, foram coletados junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Índice de Desempenho do Sistema único de Saúde (IDSUS).<sup>14, 15</sup>

### **Variáveis do estudo**

O estudo contou com duas variáveis dependentes que refletiam a existência de interface entre Atenção Básica e CEO. Uma delas foi denominada interface mínima, representada pela presença de ficha de referência e contrarreferência e de protocolos para as cinco especialidades. O segundo desfecho foi denominado interface abrangente e representado pela presença de ficha de referência e contrarreferência, de protocolos para as cinco

especialidades, recebimento de usuário referenciado da AB, realização de contrarreferência e realização de contato com AB. Estas variáveis foram coletadas a partir de perguntas simples em que os entrevistados, geralmente os gestores do CEO, deveriam responder sim ou não para as seguintes perguntas:

- Existe ficha de referência e contrarreferência no CEO?
- Existe protocolo clínico pactuado para as seguintes especialidades: Cirurgia Oral? Endodontia? Pacientes com Necessidades Especiais? Periodontia? Estomatologia?
- O CEO recebe o usuário referenciado da AB?
- O CEO realiza contrarreferência?
- O CEO realiza contato com AB?

As variáveis independentes foram estudadas em duas disposições: variáveis contextuais municipais e variáveis relacionadas aos CEO.

As variáveis contextuais avaliaram aspectos sociodemográficos e dos sistemas de saúde dos municípios avaliados no PMAQ-CEO. Os aspectos sociodemográficos incluíram as variáveis macrorregião nacional e índice de desenvolvimento humano (IDH). O indicador cobertura de ESB representou o aspecto do sistema de saúde dos municípios avaliados.

Para compor as variáveis relacionadas ao serviço e disponíveis no banco de dados disponibilizado pela UFPE, coordenadora da Fase de Avaliação Externa, foram utilizadas as seguintes variáveis relativas ao serviço, para fins de análise: realização de planejamento nos últimos 12 meses, realização de matriciamento para a AB e acesso ao CEO (exclusivamente agendado), disponíveis no módulo II. A variável acesso ao CEO foi utilizada apenas para análise na interface mínima. Estas variáveis foram coletadas a partir de perguntas simples em que os entrevistados, geralmente os gestores do CEO, deveriam responder sim ou não para as seguintes perguntas:

- O CEO realizou planejamento nos últimos 12 meses?

- O CEO realiza matriciamento para AB?
- O acesso ao CEO é exclusivamente agendado?

O banco de dados disponibilizado continha mais variáveis que, no entanto, não foram utilizadas, pois apresentavam um número expressivo de dados faltantes.

Para a descrição das macrorregiões brasileiras, utilizou-se a classificação do IBGE: nordeste, norte, centro-oeste, sul e sudeste. O IDH municipal foi classificado em quartis, sendo 1º quartil: 0-0,6420 / 2º quartil: 0,6421-0,7250 / 3º quartil: 0,7251-0,7640 / 4º quartil: 0,7641-1,0 para a análise da interface mínima e Baixo: 0,5-0,599 / Médio: 0,6-0,699 / Alto: 0,7-0,799 / Muito alto: 0,8-1,0 para análise da interface abrangente. O indicador de cobertura de saúde bucal foi categorizado em até 50% e maior que 50%.<sup>16</sup>

### **Análise dos dados**

Os dados foram analisados no software Stata 11. Foram realizadas análises das frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. Regressão de Poisson.<sup>17,18,19</sup> Multinível (comando `xtpoisson`, com o subcomandore para os efeitos randômicos)<sup>20</sup> foi utilizada para obtenção das razões de prevalências brutas e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5%. A modelagem utilizada foi hierárquica<sup>21</sup> em dois estágios: Modelo 1 (apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco) e Modelo 2 (as variáveis contextuais com  $p < 20\%$  do modelo 1, mais as variáveis do nível equipe de saúde). Para análise de ajuste dos modelos foram utilizados os parâmetros *deviance*, *AIC* e *BIC*.

Foi utilizado Modelo teórico para avaliar o efeito das variáveis contextuais e individuais, relacionados ao serviço na presença de interface mínima e abrangente entre AB e CEO conforme demonstrado na Figura 2, que traz no primeiro nível (contextual) as variáveis municipais – IDH-M, macrorregião e cobertura de ESB – e no segundo nível (individual) as

variáveis relacionadas ao processo de trabalho dos serviços - planejamento, matriciamento e acesso –resultando nas variáveis dependentes caracterizadas pela interface ente AB e CEO..

### **Considerações Éticas**

Este estudo foi submetido ao Comitê de Pesquisa (COMPESQ) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para que pudesse ser realizado. Cabe ressaltar, no entanto, que ele faz parte do projeto “Avaliação externa: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO)” (CAEE 23458213.0.0000.5208), aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (Número do parecer: 740.874, data da relatoria: 31/07/2014).

Os estabelecimentos participantes envolvidos no estudo não foram submetidos a riscos mínimos e seus dados pessoais tem a garantia de sigilo, evitando constrangimentos ou prejuízos aos sujeitos da pesquisa. Os dados coletados tem a garantia de anonimato.

### **RESULTADOS**

Os resultados serão descritos conforme o desfecho iniciando-se pela interface mínima, seguido pela interface abrangente.

Ao observar-se a prevalência da interface mínima, representada pela presença de ficha de referência e contrarreferência e protocolos para as cinco especialidades, tem-se que, das 927 equipes de CEO avaliadas, 52,53% (IC 95% 49,31-55,75) apresentavam o desfecho positivo para a interface.

Em relação à prevalência da interface mínima, as regiões Sul (61%) e Sudeste (68%) apresentaram maior prevalência quando comparadas às demais regiões. O 4º. Quartil do

IDH apresentou a maior prevalência (71,4%) quando comparado aos demais quartis. Além disso, a maior prevalência do desfecho também ocorreu quando a equipe do CEO realizou planejamento nos últimos 12 meses (58,5%), quando a equipe realizou matriciamento ou apoio para a AB (58,4%) e quando o acesso foi exclusivamente agendado (60,8%), conforme a Tabela 1.

Na análise ajustada para variáveis contextuais sociodemográficas e dos serviços de saúde, a prevalência do desfecho interface mínima foi 73% maior na região Sul que na Norte (RP 1,73; IC95% 1,01-2,96) e 96% maior na região Sudeste que na Norte (RP 1,96; IC95% 1,19-3,22). Em relação ao IDH, o 4º. Quartil teve a prevalência do desfecho 63% maior que o 1º. Quartil (RP 1,63; IC95%: 1,09-2,44). Equipes que realizaram planejamento nos últimos 12 meses tiveram uma probabilidade de apresentar interface entre CEO e AB 60% maior (RP 1,60; IC95%: 1,22-2,10), que realizaram matriciamento ou apoio para AB uma probabilidade 30% maior (RP 1,30; IC95%: 1,04-1,63) e que possuíam acesso exclusivamente agendado uma probabilidade 31% maior (RP 1,31; IC95%: 1,08-1,59), conforme demonstrado na Tabela 2.

Ao observar-se a prevalência da interface abrangente, agrupada pela presença de ficha de referência e contrarreferência, protocolos para as cinco especialidades, recebimento do usuário referenciado, realização de contrarreferência e realização de contato com AB, tem-se que das 927 equipes de CEO avaliadas, 34,51% (IC 95% 31,45-37,58) apresentam o desfecho positivo.

Em relação à prevalência da interface abrangente, a região Sul (51,7%) apresentou a maior prevalência quando comparada às demais regiões. O IDH apresentou a maior prevalência do desfecho quando Muito Alto (70,8%). As equipes que realizaram planejamento nos últimos 12 meses (38,65%) e as equipes que realizam matriciamento para a AB (38,95%) também apresentaram maior prevalência do desfecho (Tabela 3).



Na análise ajustada para variáveis contextuais sociodemográficas e individuais dos serviços de saúde, a região Sudeste apresentou duas vezes maior prevalência do desfecho que a região Norte (RP 2,03; IC95% 1,07-3,83), sendo que a região Sul apresentou 2,3 vezes maior prevalência do desfecho que a região Norte (RP 2,30; IC95% 1,17-4,51). Em relação ao IDH, o Muito Alto teve uma prevalência do desfecho 2,8 vezes maior que o Baixo (RP 2,81; IC95% 1,38-5,72). Equipes que realizaram planejamento nos últimos 12 meses apresentaram 54% maior prevalência do desfecho quando comparadas às equipes que não realizaram planejamento (RP 1,54; IC95% 1,10-2,16). Equipes que realizam matriciamento ou apoio para AB apresentaram 38% maior prevalência do desfecho (RP 1,38%; IC95%: 1,05-1,83), conforme demonstrado na Tabela 4.

Os parâmetros de ajuste dos modelos indicaram uma redução do deviance, AIC e BIC, ou seja, os modelos finais apresentaram maior ajuste estatístico.

## **DISCUSSÃO**

Os resultados encontrados permitiram identificar os fatores associados à presença de interface entre a atenção básica e especializada, dentre os quais estão a realização de planejamentos e matriciamento pelas equipes dos CEO e o acesso referenciado, sugerindo que o processo de trabalho é determinante para uma maior integração nos serviços e consequentemente na constituição da rede de saúde bucal.

Uma revisão integrativa concluiu que o desempenho do CEO é influenciado pela organização e gerenciamento do processo de trabalho e pelas características contextuais dos locais onde os serviços estão implantados<sup>22</sup>, corroborando os resultados deste estudo, que concluiu que o contexto e o planejamento influencia o resultado como interface entre AB e CEO.

Ao nível contextual, mantiveram-se associadas aos desfechos as macrorregiões Sul e Sudeste, sendo que na interface abrangente observou-se uma associação significativamente mais forte. O Índice de Desenvolvimento Humano mostrou-se associado à interface em ambos os desfechos (mínima e abrangente), sendo que a associação com a interface é maior quanto maior o IDH. Estas associações enfatizam a relação entre as iniquidades em saúde, o que é explicado não somente pela riqueza total do país, mas sim a maneira com que essa riqueza se distribui<sup>23</sup>. Sendo assim as desigualdades na distribuição de renda acabam sendo prejudiciais para a sociedade como um todo, não só aos grupos mais pobres<sup>23</sup>.

Estudo multinível realizado com dados do PMAQ AB também mostrou desigualdade entre as cinco macrorregiões brasileiras, quando avaliou a realização de procedimentos curativos e preventivos em saúde bucal<sup>24</sup>. Este mesmo estudo traz a discussão da equidade inversa que nos leva a interpretação de que quando municípios que estão bem estruturados e possuem uma RAS melhor estabelecida acabam possuindo, como consequência, melhor interface e melhor cuidado.

A relação entre a AB e os CEO traduzida na interface, implica, na produção de cuidados mais equânimes, integrais, eficientes e efetivos, o que está de acordo com a proposição de Morris e Burke<sup>7</sup> e, principalmente, com os próprios princípios do SUS<sup>25</sup>.

O estudo apresentou como potencialidade ter abrangência nacional e análise de dados de quase todos os CEO do Brasil. A coleta de dados ultrapassou barreiras físicas de deslocamento e as dificuldades superadas trouxeram uma quantidade de informações muito representativa em nível nacional.

O estudo apresentou como limitações o número de informações faltantes em diversas variáveis que poderiam ter sido utilizadas nas análises, o que sugere um importante viés de aferição. A realização da coleta de dados foi realizada de forma descentralizada, podendo gerar um viés de informação.

Ao longo dos últimos 12 anos, houve uma forte expansão da rede de saúde bucal no Brasil. Isto significou um investimento significativo, especialmente dos governos Federal e Municipais. No entanto, não existem avaliações sistemáticas sobre esta Rede e o PMAQ é a primeira avaliação abrangente da rede lançada pelo Ministério da Saúde. O presente estudo representa uma oportunidade única de análise ao nível Nacional. O PMAQ utiliza dados para produzir relatórios de caráter descritivo e realizar certificação das equipes participantes. O presente estudo, por outro lado, tem caráter analítico, contribui com identificação de características municipais e processos de trabalho, associados à presença de interface. Especificamente em relação aos processos de trabalho, gestores municipais, regionais e estaduais podem implementar medidas simples que resultem em interfaces mais qualificadas que segundo Morris e Burke<sup>7</sup>, são estratégicas para produção de cuidados em rede e, portanto, mais eficientes e efetivas no enfrentamento das doenças bucais<sup>1</sup>.

Como a maioria dos estudos existentes sobre a avaliação dos serviços de Atenção Especializada em saúde bucal no Brasil avalia principalmente a produção ambulatorial e o desempenho por metas<sup>26-28</sup> é importante destacar o ineditismo dos achados deste estudo, que busca contribuir para uma compreensão mais abrangente do entendimento desta Rede de Saúde Bucal, investindo na compreensão da importância dos processos e de variáveis referentes às características dos municípios.

O trabalho entre AB e CEO pode ser interpretado como sendo em rede, já que autores trazem que sistemas que buscam integração em cuidados em redes têm tido grande interesse em corrigir deficiências na gestão atual de condições crônicas, citando como deficiências, por exemplo, falta de coordenação de cuidado, sem equipe matricial base responsável pelo seguimento da pessoa, equipes profissionais sobrecarregadas e apressadas, que não seguem diretrizes e protocolos<sup>29</sup>. Estes mesmos autores trazem uma discussão mais abrangente, que não limita o cuidado a uma pessoa apenas, mas sim a uma população. Além

disso, emana desta discussão que as condições que afetam a boca humana não podem ser resolvidas pelo setor odontológico sozinho ou por cuidados clínicos apenas, o que nos leva a entender a relevante importância do trabalho em rede.

Mas como falar em Rede quando temos tantos desafios em comunicação, falta de integração e problemas na estrutura física? Estudo que traz resultados do PMAQ da AB mostra que, apesar de haver uma oferta gratuita de prontuário eletrônico para os municípios, observa-se um cenário bastante precário na perspectiva de implantação de um prontuário que possa favorecer o trabalho integrado em equipe e especialmente em rede.<sup>30</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.: il.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. *Portaria GM n. ° 599/2006*. Brasília 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente: Equipes de Saúde Bucal e Centros de Especialidades Odontológicas. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. [Acessado 05/06/2016]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>.
6. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: the nature of the interface? *BrDent J* 2001a;191:660-664.
7. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *BrDent J*. 2001b; 191:666-670.
8. Figueiredo N. *Centro de Especialidade Odontológicas-CEO: um estudo linha de base para avaliação e monitoramento dos serviços da região Nordeste* [tese]. Recife: Universidade de Pernambuco; 2008.

9. Chaves SCL, Barros SGde, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu, MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *RevSaude Publica* 2010;44(6),1005-1013.
10. Austregésilo SC, Leal MCC, Figueiredo N, Góes PSA. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. *CienSaudeColet* 2015; 20(10):3111-3120.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo*. Brasília 2012.
12. Pinto HA, Sousa A, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde Debate*. 2014;38:358-372.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. *Manual Instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades odontológicas (PMAQ-CEO)*. Brasília 2013a.
14. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas do Desenvolvimento Humano dos Municípios. [Acessado em: 26/11/2016] Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>.
15. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). Acessado em: 26/11/2016]. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/>.
16. Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (Demas). Coordenação Geral de Monitoramento e Avaliação do SUS (CGMA). *Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) Fichas Técnicas dos Indicadores*. Brasília: 2013b. [Acessado em: 26/11/2016]. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/assets/simplificadas.pdf>.
17. Bastos LS, Oliveira RVC, Velasque LS. Obtaining adjusted prevalence ratios from logistic regression models in cross-sectional studies. *CadSaude Publica* 2015; 31(3):487-495.
18. Spiegelman D, Hertzmark E. Easy SAS calculations for risk or prevalence ratios and differences. *Am J Epidemiol* 2005;162(3):199-200.
19. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio.

- BMC Med Res Methodol* 2003;20(3):21.
20. Rabe-Hesketh S, Skrondal A. Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata. Second Edition. Stata Press; 2008.
  21. Fuchs SC, Victora CG, Fachel J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. *RevSaude Publica* 1996;30(2):168-178.
  22. Machado FCA, Silva JV, Ferreira MAF. Fatores Relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *CienSaudeColet* 2015;20(4):1149-1163
  23. Buss PM, Pellegrini Filho A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2006 Sep; 22(9):2005-2008.
  24. Neves M. *Integralidade da atenção básica à saúde bucal no Brasil: Análise dos dados do PMAQ-AB* [tese].Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
  25. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
  26. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *CadSaude Publica*, 2009;25(2):259-267.
  27. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Júnior GA, Rosales MS. Avaliação da Atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *CadSaude Publica* 2012; 28(Suppl.)s81-s89.
  28. Celeste RK, Moura FRR, Santos CP, Tovo MF. Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem centros de especialidades odontológicas no Brasil em 2010. *CadSaude Publica* 2014 30(3):511-521.
  29. Moysés SJ. *Saúde Coletiva: Políticas, Epidemiologia da Saúde Bucal e Redes de Atenção Odontologia*.São Paulo: ArtesMédicas; 2013. p 128.
  30. Pilz C. *Desafios e propostas para a informatização da Atenção Primária no Brasil na perspectiva de implantação do Prontuário Eletrônico do e-SUSAB* [tese].Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.

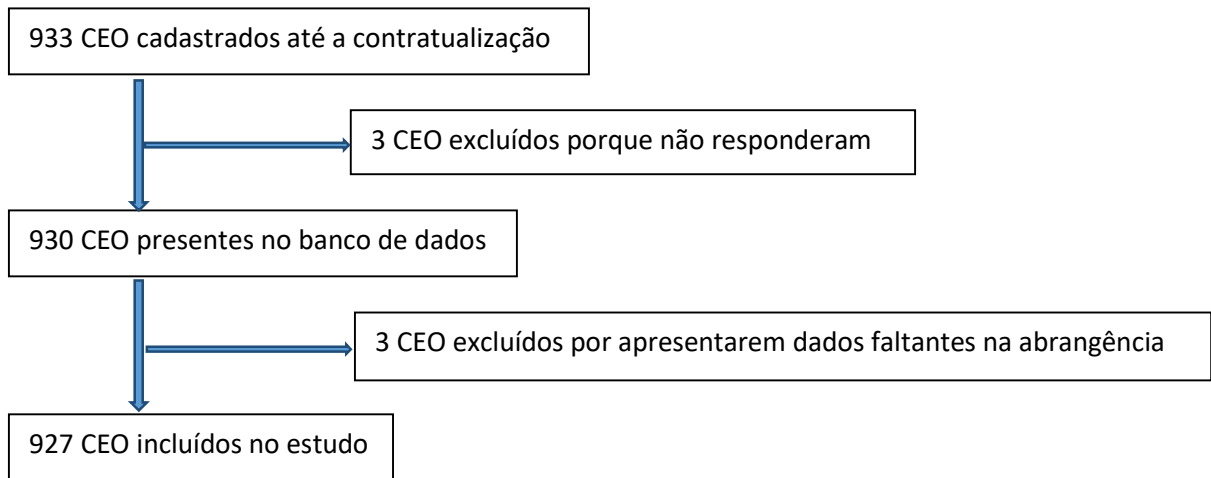
**Figura1 – Critérios de inclusão e exclusão**

Figura 1. Fluxograma de inclusão e exclusão dos CEO do estudo

**Figura 2 – Modelo Teórico**

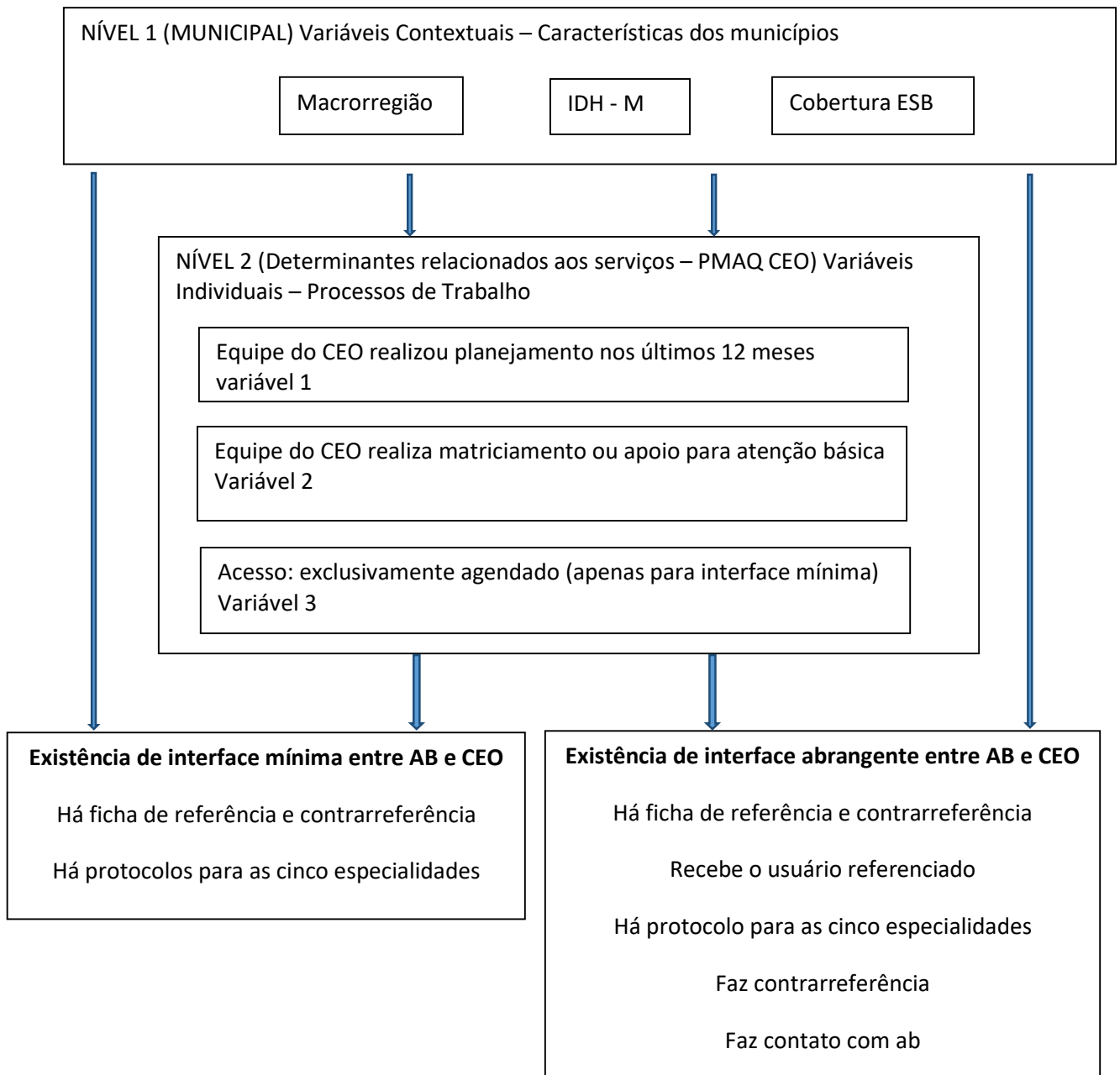


Figura 2. Modelo teórico para avaliar o efeito das variáveis contextuais e individuais, relacionados ao serviço na presença de interface mínima e abrangente entre AB e CEO.



Tabela 1: Descrição da amostra, prevalência de interface mínima entre AB e CEO e Razão de Prevalência bruta para as variáveis contextuais e individuais, Brasil, 2014 (n=927).

| VARIÁVEL  | n (%)       | Prevalência de interface entre AB eCEO (IC95%) | RP bruta (IC95%) | Valor P |
|---|-------------|--|------------------|---------|
| <i>CONTEXTUAIS</i>  |             |  |                  |         |
| Macrorregião  |             |  |                  |         |
| Norte   | 59 (6,36)   | 30,5 (18,6-42,3)                               | 1                |         |
| Nordeste  | 354 (38,19) | 37,5 (32,5-42,6)                               | 1,23 (0,81-1,85) | 0,317   |
| Centro-oeste  | 62 (6,69)   | 54,8 (42,3-67,3)                               | 1,79 (1,15-2,81) | 0,01    |
| Sul   | 116 (12,51) | 61,2 (52,2-70,1)                               | 2,01 (1,32-3,02) | 0,001   |
| Sudeste   | 336 (36,25) | 68,7 (63,7-73,7)                               | 2,25 (1,52-3,33) | <0,001  |
| IDH *   |             |  |                  |         |
| 1º quartil  | 234 (25,24) | 32,9 (26,8-38,9)                               | 1                |         |
| 2º quartil  | 231 (24,92) | 49,3 (42,8-55,8)                               | 1,51 (1,19-1,87) | <0,001  |
| 3º quartil  | 231 (24,92) | 56,7 (50,2-63,1)                               | 1,72 (1,39-2,13) | <0,001  |
| 4º quartil  | 231 (24,92) | 71,4 (65,5-77,2)                               | 2,17 (1,77-2,65) | <0,001  |
| Cobertura de saúde bucal                                  |             |  |                  |         |
| Até 50%   | 465 (50,16) | 58,9 (54,4-63,4)                               | 1                |         |
| Mais de 50%   | 462 (49,84) | 46,1 (41,5-50,6)                               | 0,78 (0,65-0,93) | 0,007   |
| <i>INDIVIDUAIS</i>  |             |  |                  |         |
| Equipe do CEO realizou planejamento nos últimos 12 meses? |             |  |                  |         |
| Não   | 205 (22,11) | 31,2 (24,8-37,5)                               | 1                |         |
| Sim   | 722 (77,89) | 58,5 (54,9-62,1)                               | 1,87 (1,44-2,44) | <0,001  |
| Equipe do CEO realiza matriciamento ou apoio para atenção |             |  |                  |         |
| Não   | 272 (29,34) | 38,2 (32,4-44,1)                               | 1                |         |
| Sim   | 655 (70,66) | 58,4 (54,6-62,2)                               | 1,52 (1,23-1,89) | <0,001  |
| O acesso é exclusivamente agendado?                       |             |  |                  |         |
| Não   | 396 (42,72) | 41,4 (36,5-46,2)                               | 1                |         |
| Sim   | 531 (57,28) | 60,8 (56,6-64,9)                               | 1,47 (1,28-1,68) | <0,001  |

\* 1º quartil:0-0,6420 / 2º quartil:0,6421-0,7250 / 3º quartil:0,7251-0,7640 / 4º quartil:0,7641-1,0

Tabela 2: Razões de Prevalência ajustadas das variáveis contextuais e individuais, para interface mínima entre AB e CEO, Brasil, 2014 (n=927).

| VARIÁVEL  | RP ajustada<br>(IC95%)<br>Modelo 1 | Valor<br>P | RP ajustada<br>(IC95%)<br>Modelo 2 | Valor<br>P |
|---|------------------------------------|------------|------------------------------------|------------|
| <i>CONTEXTUAIS</i>  |                                    |            |                                    |            |
| Macrorregião  |                                    |            |                                    |            |
| Norte   | 1                                  |            | -                                  |            |
| Nordeste  | 1,36 (0,82-2,27)                   | 0,230      | -                                  |            |
| Centro-oeste  | 1,58 (0,88-2,84)                   | 0,121      | -                                  |            |
| Sul   | 1,73 (1,01-2,96)                   | 0,043      | -                                  |            |
| Sudeste   | 1,96 (1,19-3,22)                   | 0,008      | -                                  |            |
| IDH *   |                                    |            |                                    |            |
| 1º quartil  | 1                                  |            | -                                  |            |
| 2º quartil  | 1,34 (0,97-1,85)                   | 0,074      | -                                  |            |
| 3º quartil  | 1,38 (0,95-2,03)                   | 0,089      | -                                  |            |
| 4º quartil  | 1,63 (1,09-2,44)                   | 0,016      | -                                  |            |
| Cobertura de saúde bucal                                  |                                    |            |                                    |            |
| Até 50%   | 1                                  |            | -                                  |            |
| Mais de 50%   | 1,02 (0,83-1,27)                   | 0,785      | -                                  |            |
| <i>INDIVIDUAIS</i>  |                                    |            |                                    |            |
| Equipe do CEO realizou planejamento nos últimos 12 meses? |                                    |            |                                    |            |
| Não   | -                                  |            | 1                                  |            |
| Sim   | -                                  |            | 1,60 (1,22-2,10)                   | 0,001      |
| Equipe do CEO realiza matriciamento ou apoio para atenção |                                    |            |                                    |            |
| Não   | -                                  |            | 1                                  |            |
| Sim   | -                                  |            | 1,30 (1,04-1,63)                   | 0,020      |
| O acesso é exclusivamente agendado?                       |                                    |            |                                    |            |
| Não   | -                                  |            | 1                                  |            |
| Sim   | -                                  |            | 1,31 (1,08-1,59)                   | 0,005      |
| <i>PARÂMETROS DE AJUSTE DOS MODELOS</i>                   |                                    |            |                                    |            |
| Log likelihood  | -777.0881                          |            | -760.0989                          |            |
| AIC   | 1574.176                           |            | 1544.198                           |            |
| BIC   | 1622.496                           |            | 1602.181                           |            |

Modelo 1: variáveis contextuais ajustadas entre si.

Modelo 2: variáveis individuais ajustadas pelas contextuais que apresentaram  $p < 0,20$  (Macrorregião e IDH) no Modelo 1.

Tabela 3: Descrição da amostra, prevalência de interface abrangente entre AB e CEO e Razão de Prevalência bruta para as variáveis contextuais e individuais, Brasil, 2014 (n=927).

| VARIÁVEL  | n (%)       | Prevalência de interface entre AB eCEO (IC95%) | RP bruta (IC95%) | Valor P |
|---|-------------|--|------------------|---------|
| <i>CONTEXTUAIS</i>  |             |  |                  |         |
| Macrorregião  |             |  |                  |         |
| Norte   | 59 (6,36)   | 18,6 (08,8-28,6)                               | 1                |         |
| Nordeste  | 354 (38,19) | 20,9 (16,6-25,1)                               | 1,11 (0,59-2,11) | 0,728   |
| Centro-oeste  | 62 (6,69)   | 43,5 (31,0-56,0)                               | 2,34 (1,15-4,75) | 0,018   |
| Sul   | 116 (12,51) | 51,7 (42,5-60,8)                               | 2,76 (1,44-5,27) | 0,002   |
| Sudeste   | 336 (36,25) | 44,0 (38,7-49,3)                               | 2,32 (1,25-4,31) | 0,007   |
| IDH *   |             |  |                  |         |
| Baixo   | 107 (11,5)  | 14,9 (8,1-21,7)                                | 1                |         |
| Médio   | 264 (28,5)  | 25,7 (20,4-31,1)                               | 1,72 (0,99-2,96) | 0,05    |
| Alto  | 477 (51,4)  | 37,7 (33,3-42,1)                               | 2,52 (1,51-4,21) | <0,001  |
| Muito alto  | 79 (8,6)    | 70,8 (60,7-80,9)                               | 4,74 (2,72-8,26) | <0,001  |
| Cobertura de saúde bucal                                  |             |  |                  |         |
| Até 50%   | 465 (50,16) | 39,5 (35,1-44,1)                               | 1                |         |
| Mais de 50%   | 462 (49,84) | 29,4 (25,2-33,6)                               | 0,75 (0,61-0,94) | 0,015   |
| <i>INDIVIDUAIS</i>  |             |  |                  |         |
| Equipe do CEO realizou planejamento nos últimos 12 meses? |             |  |                  |         |
| Não   | 205 (22,11) | 20,0 (14,5-25,4)                               | 1                |         |
| Sim   | 722 (77,89) | 38,6 (35,1-42,2)                               | 1,91 (1,97-2,66) | <0,001  |
| Equipe do CEO realiza matriciamento ou apoio para atenção |             |  |                  |         |
| Não   | 272 (29,34) | 23,9 (18,8-28,9)                               | 1                |         |
| Sim   | 655 (70,66) | 38,9 (35,1-42,6)                               | 1,62 (1,23-2,13) | 0,001   |

\* Baixo:0,5-0,599/ Médio:0,6-0,699 / Alto:0,7-0,799/ Muito alto:0,8-1,0

Tabela 4: Razões de Prevalência ajustadas das variáveis contextuais e individuais, para interface abrangente entre AB e CEO, Brasil, 2014 (n=927).

| VARIÁVEL   | RP ajustada<br>(IC95%)<br>Modelo 1 | Valor<br>P | RP ajustada<br>(IC95%)<br>Modelo 2 | Valor<br>P |
|--|------------------------------------|------------|------------------------------------|------------|
| <i>CONTEXTUAIS</i>   |                                    |            |                                    |            |
| Macrorregião   |                                    |            |                                    |            |
| Norte  | 1                                  |            | -                                  |            |
| Nordeste   | 1,16 (0,60-2,22)                   | 0,651      | -                                  |            |
| Centro-oeste   | 1,97 (0,95-4,07)                   | 0,066      | -                                  |            |
| Sul  | 2,30 (1,17-4,51)                   | 0,015      | -                                  |            |
| Sudeste  | 2,03 (1,07-3,83)                   | 0,029      | -                                  |            |
| IDH *  |                                    |            |                                    |            |
| Baixo  | 1                                  |            | -                                  |            |
| Médio  | 1,56 (0,89-2,72)                   | 0,115      | -                                  |            |
| Alto   | 1,59 (0,84-2,99)                   | 0,148      | -                                  |            |
| Muito alto   | 2,81 (1,38-5,72)                   | 0,004      | -                                  |            |
| Cobertura de saúde bucal                                   |                                    |            |                                    |            |
| Até 50%  | 1                                  |            | -                                  |            |
| Mais de 50%  | 1,09 (0,84-1,41)                   | 0,507      | -                                  |            |
| <i>INDIVIDUAIS</i>   |                                    |            |                                    |            |
| Equipe do CEO realizou planejamento nos últimos 12 meses?  |                                    |            |                                    |            |
| Não  | -                                  |            | 1                                  |            |
| Sim  | -                                  |            | 1,54 (1,10-2,16)                   | 0,011      |
| Equipe do CEO realiza matriciamento ou apoio para atenção? |                                    |            |                                    |            |
| Não  | -                                  |            | 1                                  |            |
| Sim  | -                                  |            | 1,38 (1,05-1,83)                   | 0,021      |
| <i>PARÂMETROS DE AJUSTE DOS MODELOS</i>                    |                                    |            |                                    |            |
| Log likelihood   | -630.63013                         |            | -622.62532                         |            |
| AIC  | 1281.26                            |            | 1267.251                           |            |
| BIC  | 1329.58                            |            | 1320.402                           |            |

Modelo 1: variáveis contextuais ajustadas entre si.

Modelo 2: variáveis individuais ajustadas pelas contextuais que apresentaram  $p < 0,20$  (Macrorregião e IDH) no Modelo 1.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com os achados deste estudo, ficam evidenciadas as desigualdades existentes entre os serviços de saúde, entre os municípios e entre as regiões do país, demonstrando que ainda há muito o que investir na qualificação da gestão e formação destes serviços. Apesar de a Rede de Atenção à Saúde Bucal estar melhor estruturada ainda há muito o que avançar.

Este estudo se mostra de grande relevância visto que apresenta a identificação de determinantes de uma rede que se constitui. A interface entre AB e CEO pode ser traduzida como sendo a relação entre estes dois serviços e apresenta diversas características da rede além das características descritas neste estudo.

Questões de qualificação relacionada à estrutura física tanto dos CEO quando da AB são de fundamental importância. Qualificação da gestão local, municipal e estadual, com formação de profissionais para atuação com foco em gestão devem ser discutidas.

Aos profissionais que atuam nos serviços de Atenção Básica e Especializada é fundamental a oferta de estrutura e material para o desenvolvimento de procedimentos e formação para a realização de protocolos, com sugestão de realização de Educação Permanente para as equipes, com um ideário de trocas entre os profissionais destas duas realidades.

## REFERÊNCIAS

AKERMAN, Marco; NADANOVSKY, Paulo. Avaliação dos Serviços de Saúde — Avaliar o Quê? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 361-365, out/dez. 1992.

AUSTREGÉSILO, Silvia Carréra et al. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p.3111-3120, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica, Brasília, DF. 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**, Ministério da Saúde, Brasília, DF. 2004.

BRASIL. **Portaria GM n. ° 599/2006**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Brasília, DF. 2006a.

BRASIL. **Portaria GM n. ° 600/2006**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Brasília, DF. 2006b.

BRASIL. **Portaria GM n. ° 1.654/2011**. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, DF. 2011.

BRASIL. **Portaria GM n. ° 261/2013a**. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, DF. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. **Manual Instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades odontológicas (PMAQ-CEO)**. Ministério da Saúde, Brasília, DF. 2013b. 34 p.

BRASIL. **Brasil Sorridente: Equipes de Saúde Bucal e Centros de Especialidades Odontológicas**. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#> Acesso em: 05 jun 2016.

CELESTE, Roger Keller et al. Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem centros de especialidades odontológicas no Brasil em 2010. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 511-521, mar. 2014.

CHAVES, Sônia Cristina Lima et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1005-1013, dec. 2010.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. A Avaliação na área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo, org. **Avaliação em Saúde: dos modelos**

conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. p.132

FIGUEIREDO, Nilcema. **Centro de Especialidade Odontológicas-CEO: um estudo linha de base para avaliação e monitoramento dos serviços da região Nordeste.** 2008. 320f. Tese (Doutorado em Odontologia em Saúde Coletiva) – Universidade de Pernambuco, Programa de Doutorado em Odontologia, 2008.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p. 259-267, fev. 2009.

FIGUEIREDO, Nilcema et al. Avaliação de ações da atenção secundária e terciária de saúde bucal. In: Goes Paulo Sávio Angueiras, Moysés Samuel Jorge, organizadores. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal.** São Paulo: Artes Médicas; 2012.

GOES, Paulo Sávio Angueiras et al. Avaliação da Atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, supl. p. s81-s89, 2012.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Explorando Caminhos na Pesquisa Avaliativa da Ações em Saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo, organizadores. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; FELISBERTO, Eronildo; SILVA, Ligia Maria Vieira, org. **Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008. 410p.

MACHADO, Flávia Christine de Azevedo; SILVA, JanmilleValdevino; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes. Fatores Relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 20, n. 4, p.1149-1163, ago. 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2. ed. 549 p.: il, 2011.

MORRIS, A.J.; BURKE, FJT. Primary and secondary dental care: the nature of the interface? **British Dental Journal** v. 191, p. 660-664. 2001a.

MORRIS, A.J.; BURKE, F.J.T. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? **British Dental Journal.**V. 191, p. 666-670. 2001b.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília – UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828. 2012.