



Processo de Trabalho nos Centros de Especialidades Odontológicas da Paraíba

Working Process at the Dental Specialties Centers of Paraíba

Thiago Lucas da Silva Pereira¹; Gabriela de Nazaré Wanderley Lira²; Wilton Wilney Nascimento Padilha³.

¹Acadêmico de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa–Paraíba– Brasil

²Mestranda em Ciências Odontológicas da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa–Paraíba– Brasil

³Professor de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa–Paraíba–Brasil

Wilton Wilney Nascimento Padilha - Rua Miguel Satyro, 350, Cabo Branco, João Pessoa– CEP: 58045110. Email: wiltonpadilha@yahoo.com.br

Resumo

Introdução: Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) compõem a atenção de média complexidade e são referência para a atenção primária. Para adequação do processo de trabalho do CEO ao modelo de atenção atual são preconizadas ações de interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, prática integral da atenção, qualidade nas condições de trabalho, ampliação e qualificação do acesso e discussão de parâmetros de orientação do trabalho. A prestação de serviços nos CEO é monitorado pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) instituído pelo Ministério da Saúde. **Objetivo:** Descrever o processo de trabalho dos CEO da Paraíba em 2013 por meio da visão do cirurgião-dentista. **Metodologia:** Estudo transversal com procedimento estatístico e técnica de documentação indireta. Foram analisadas descritivamente as respostas dos cirurgiões-dentistas nos eixos: Atuação profissional; Educação Permanente; Planejamento e Atividades; e Insumos, Instrumentais e Equipamentos. Os dados foram obtidos no módulo VIII da ferramenta de avaliação externa da terceira fase do 1º ciclo do PMAQ-CEO. **Resultados:** Dos 53 CEO analisados, 33 (62,3%) são do tipo I, 16 (30,2%) do tipo II e 4 (7,5%) do tipo III. Quanto a administração, 1 (1,9%) é de administração estadual e 52 (98,1%) municipal. As ações de Educação Permanente são desenvolvidas por 19 CEO na Paraíba (35,8%), 39(73,5%) fazem ações de planejamento de atividades e 22(41,5%) interromperam o atendimento em algum momento nos últimos 12 meses devido a problemas de infraestrutura. **Conclusão:** O processo de trabalho nos CEO da Paraíba se mostrou falho infraestruturalmente e desorganizado nas ações de gestão.

Descritores: Odontologia. Assistência Odontológica. Gestão em Saúde. Avaliação em Saúde. Atenção Secundária à Saúde.



Abstract

Introduction: The Centers of Dental Specialties (CEO) comprise medium complexity care and are a reference for primary care. In order to adapt the CEO's work process to the current care model, actions of interdisciplinarity and multiprofessionalism, integral practice of attention, quality in working conditions, extension and qualification of access and discussion of work orientation parameters are advocated. The provision of services to CEOs is monitored by the Program for Improving Access and Quality of Dental Specialties Centers (PMAQ-CEO) instituted by the Ministry of Health. **Objective:** Describe the work process of the CEOs of Paraíba in 2013 through the vision of the dental surgeon. **Methodology:** Cross-sectional study with statistical procedure and indirect documentation technique. The answers of the dental surgeons in the axes were described descriptively: Professional performance; Permanent Education; Planning and Activities; and Inputs, Instruments and Equipment. The data were obtained in module VIII of the external evaluation tool of the third phase of the 1st cycle of the PMAQ-CEO. **Results:** Of the 53 CEOs analyzed, 33 (62.3%) are type I, 16 (30.2%) type II and 4 (7.5%) type III. As for administration, 1 (1.9%) is state administration and 52 (98.1%) municipal. The actions of Permanent Education are developed by 19 CEOs in Paraíba (35.8%), 39 (73.5%) do activities planning actions and 22 (41.5%) interrupted service sometime in the last 12 months due to infrastructure problems. **Conclusion:** The work process in the CEOs of Paraíba proved to be infrastructurally flawed and disorganized in management actions.

Keywords: Dentistry. Dental Care. Health Management. Health Evaluation. Secondary Care.

Introdução

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), criados a partir de 2004, compõem o serviço de média complexidade em Odontologia no âmbito do SUS. Esses centros são referência para a atenção primária do município, região ou microrregião de saúde nas áreas mínimas obrigatórias de Cirurgia Oral, Periodontia, Endodontia, Atendimento à Portadores de Necessidades Especiais e Diagnóstico Bucal com ênfase em diagnóstico e detecção de câncer bucal ¹.

Os CEO são classificados, pelos seus recursos infraestruturais, em três tipos (I, II e III). Os CEO Tipo I, apresentam 3 cadeiras odontológicas, os Tipo II, entre 4 a 6 cadeiras, e o Tipo III, mais de 7. Todas cadeiras devem funcionar por 40 horas semanais e o número de profissionais varia de acordo com o tipo de CEO¹.

O processo de trabalho em Saúde bucal é composto pelo cirurgião-dentista e sua equipe (Técnico em Saúde Bucal e/ou Assistente em Saúde Bucal), que por meio de práticas clínicas e conhecimento da realidade local atuam sobre indivíduos buscando práticas resolutivas que tenham utilidade para toda a população, como autonomia, promoção da saúde e prevenção de agravos.



Esse processo não pode ser estático, os elementos precisam estar articulados, pois somente a relação recíproca configura o processo de trabalho. Nesse contexto, o objeto é delimitado por um olhar que contém um projeto e não somente por si mesmo^{2,3}.

Para adequação do processo de trabalho ao modelo de atenção atual são preconizados: interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, prática integral da atenção, intersetorialidade, qualidade nas condições de trabalho, ampliação e qualificação do acesso e discussão de parâmetros de orientação do trabalho².

O funcionamento dos CEO é monitorado pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) instituído pelo Ministério da Saúde. Alguns de seus objetivos são: construir parâmetros de qualidade dos CEO, fortalecer o processo de referência e contrarreferência de saúde bucal, estimular a mudança do modelo de atenção em saúde bucal e orientação dos serviços em função da necessidade dos usuários⁴.

O PMAQ-CEO é composto por quatro fases: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa e Recontratualização. A Avaliação Externa é a terceira fase do programa e consiste da avaliação do CEO por grupos de avaliadores calibrados por Institutos de Ensino e Pesquisa de cada estado. Os avaliadores entrevistam gerente do CEO, um cirurgião-dentista, usuários, verificam documentos e realizam observações sobre a estrutura do CEO⁵.

A avaliação é um instrumento de mudança que incentiva os serviços de saúde a cumprir os padrões mínimos de qualidade e tem por finalidade a melhoria do atendimento, produzindo mudanças que conduzam à melhoria da qualidade dos serviços prestados⁶.

Por isso, o objetivo deste estudo foi descrever o processo de trabalho dos CEO da Paraíba em 2013, por meio da visão do cirurgião-dentista.

Metodologia

Este estudo é transversal com procedimento estatístico descritivo e técnica de documentação indireta^{7,8}. O Universo é igual a amostra e todos os CEO em funcionamento na Paraíba no ano de 2013 foram incluídos (n=53).

Os dados foram obtidos a partir do módulo VIII da ferramenta de Avaliação Externa da terceira fase do 1º ciclo do PMAQ-CEO⁵, referente aos CEO do estado da Paraíba. Foram usadas as respostas dos cirurgiões-dentistas nos eixos: Atuação profissional; Educação Permanente; Planejamento e Atividades; e Insumos, Instrumentais e Equipamentos.



Foi feita uma análise descritiva das respostas dos cirurgiões-dentistas nos 4 eixos utilizados por meio do software Excell Professional Plus 2013. No eixo Atuação Profissional, foram relacionadas as especialidades do dentista e o tempo de atuação naquele CEO. Os eixos Educação Permanente; Planejamento e Atividades; e Insumos, Instrumentais e Equipamentos foram relacionados com o tipo de CEO (I, II ou III).

Resultados

Dos 53 CEO analisados, 33(62,3%) são do tipo I, 16(30,2%) do tipo II e 4(7,5%) do tipo III. Desses, 1(1,9%) é de administração Estadual e 52(98,1%) são de administração municipal.

A especialidade do profissional respondente e o tempo de atuação na unidade estão descritos na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das especialidades dos cirurgiões-dentistas do CEO pelo tempo de atuação, Paraíba, 2013.

	Há menos de 1 ano n - %	Entre 1 e 2 anos n - %	Entre 3 e 4 anos n - %	Entre 5 e 9 anos n - %	Total Especialidades n - %
Cirurgia Oral	3 - 27,2%	6 - 31,6%	4 - 22,3%	4 - 57,1%	17 - 100,0%
Endodontia	4 - 36,4%	7 - 36,8%	4 - 22,3%	1 - 14,3%	16 - 100,0%
PNE	2 - 18,2%	3 - 15,8%	1 - 5,5%	1 - 14,3%	7 - 100,0%
Periodontia	2 - 18,2%	2 - 10,5%	7 - 38,9%	1 - 14,3%	12 - 100,0%
Estomatologia	0 - 0,0%	0 - 0,0%	1 - 5,5%	0 - 0,0%	1 - 100,0%
Prótese	0 - 0,0%	1 - 5,2%	1 - 5,5%	0 - 0,0%	2 - 100,0%
Total Tempo	11 - 20,0%	19 - 34,6%	18 - 32,7%	7 - 12,7%	55 - 100%*

* Diferença entre o número de profissionais respondentes e o número de respostas devido a atuação do cirurgião-dentista em mais de uma especialidade odontológica.

As respostas da avaliação feita pelos cirurgiões-dentistas a respeito da qualidade das ações de Educação Permanente no CEO estão descritas na Tabela 3.

Tabela 2. Distribuição da qualidade das ações de Educação Permanente pelo tipo de CEO, Paraíba, 2013.

	Tipo I n - %	Tipo II n - %	Tipo III n - %	Total n - %
Atende totalmente a necessidade do CEO	5 - 9,4%	2 - 3,8%	0 - 0,0%	7 - 13,2%
Atende parcialmente a necessidade do CEO	4 - 7,5%	2 - 3,8%	2 - 3,8%	8 - 15,1%
Não faz/ Não atendeu	24 - 45,3%	12 - 22,6%	2 - 3,8%	38 - 71,7%
Total CEO	33 - 62,2%	16 - 30,2%	4 - 7,6%	53 - 100,0%



As ações de Educação Permanente (EP) são feitas por 19 (35,8%) CEO na Paraíba, e sua distribuição está descrita na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das Ações de Educação Permanente feitas na unidade pelo tipo de CEO, Paraíba, 2013.

	Tipo I n - %	Tipo II n - %	Tipo III n - %	Total n - %
Seminários, Mostras, Oficinas e Grupos de Discussão	9 - 28,1%	3 - 9,4%	1 - 3,1%	13 - 40,6%
Cursos Presenciais	3 - 9,4%	1 - 3,1%	1 - 3,1%	5 - 15,6%
Cursos à Distância	4 - 12,5%	1 - 3,1%	0 - 0,0%	5 - 15,6%
Telessaúde	0 - 0,0%	0 - 0,0%	0 - 0,0%	0 - 0,0%
Troca de experiência	0 - 0,0%	0 - 0,0%	0 - 0,0%	0 - 0,0%
Tutoria/Preceptoria	4 - 12,5%	3 - 9,4%	2 - 6,2%	9 - 28,1%
Total	20 - 62,5%	8 - 25,0%	4 - 12,5%	32 - 100,0%*

* * Número total de respostas dos cirurgiões-dentistas de CEO que tem ações em Educação Permanente sobre as atividades desenvolvidas.

As ações de planejamento das atividades ocorrem em 39 CEO (73,5%) e a distribuição das respostas dos cirurgiões-dentistas está na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição das respostas dos cirurgiões-dentistas sobre as ações de planejamento e atividades das unidades pelo tipo de CEO, Paraíba, 2013.

Aspectos considerados	Tipo I n - %	Tipo II n - %	Tipo III n - %	Total n - %
Opinião do Cirurgião-dentista	25 - 14,2%	10 - 5,7%	4 - 2,3%	39 - 22,1%
Informações do Sistema de Informação Ambulatorial	22 - 12,5%	8 - 4,5%	4 - 2,3%	34 - 19,3%
Informações a partir de levantamento epidemiológico	5 - 2,8%	0 - 0,0%	1 - 0,6%	6 - 3,4%
Metas do Ministério da Saúde	23 - 13,0%	8 - 4,6%	4 - 2,3%	35 - 19,9%
Ferramentas de Auto avaliação	15 - 57,7%	8 - 4,6%	3 - 11,5%	26 - 14,8%
Controle social	7 - 3,9%	1 - 0,6%	1 - 0,6%	9 - 5,1%
Faz ações planejadas	19 - 10,8%	6 - 3,4%	2 - 1,2%	27 - 15,4%
Total	116 - 65,9%	41 - 23,3%	19 - 10,8%	176 - 100,0%*

* Número total de respostas dos cirurgiões-dentistas sobre as diversas atividades -de planejamento do CEO.

A periodicidade das reuniões de planejamento está descrita na tabela 5. 37 CEO (69,8%) não são feitas reuniões e não há periodicidade definida para planejamento e organização do processo de trabalho.

**Tabela 5.** Distribuição da periodicidade das reuniões de planejamento pelo tipo de CEO, Paraíba, 2013.

	Tipo I n - %	Tipo II n - %	Tipo III n - %	Total n - %
Quinzenal	2 - 3,8%	0 - 0,0%	0 - 0,0%	2 - 3,8%
Mensal	8 - 15,1%	4 - 7,5%	2 - 3,8%	14 - 26,4%
Sem Periodicidade definida	22 - 41,5%	10 - 18,9%	2 - 3,8%	34 - 64,1%
Não são feitas reuniões	1 - 1,9%	2 - 3,8%	0 - 0,0%	3 - 5,7%
Total (n - %)	33 - 62,2%	16 - 30,2%	4 - 7,6%	53 - 100,0%

Quanto à infraestrutura, em 22 CEO (41,5%) houve interrupção do atendimento em algum momento nos últimos 12 meses por não ter equipamentos funcionando adequadamente ou por falta de insumos/instrumentais (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição da interrupção do atendimento e seus fatores pelo tipo de CEO, Paraíba, 2013.

	Tipo I n - %	Tipo II n - %	Tipo III n - %
Não há interrupção	21 - 63,6%	6 - 37,5%	3 - 75,0%
Há interrupção	Insumos e Instrumentais	5 - 15,2%	4 - 25,0%
	Equipamentos	7 - 21,2%	6 - 37,5%
Total	33 - 100,0%	16 - 100,0%	4 - 100,0%

Discussão

A partir dos resultados obtidos, constatou-se que há grande interrupção no atendimento pelo cirurgião-dentista, sendo o principal motivo de interrupção o eixo insumos e instrumentais e/ou equipamentos. A obtenção de materiais de consumo e de manutenção da estrutura física do CEO é feita a partir de repasses federais conforme o atingimento das metas nas especialidades obrigatórias e empregadas pelo gestor do CEO. Dentre fatores que influenciam esse eixo estão a implantação de CEO em municípios de pequeno porte populacional, problemas na consolidação dos dados, normalmente uma atividade terceirizada e a má gestão financeira.

Embora sejam importantes estratégias de transformação de práticas técnicas e sociais, as ações em Educação Permanente são escassas, sendo feitas por 35,8% dos CEO estudados. Esse resultado corrobora com achados no Rio Grande do Sul em 2010⁹. Isso se dá porque o processo de trabalho ainda segue um modelo Taylorista, no qual as práticas adotadas desconsideram as singularidades e não oferecem tecnologias para o cuidado integral. Além disso, quando as ações



são feitas mostram-se pouco efetivas, pois somente 13,2% dos cirurgiões-dentistas consideram que estas atendem totalmente a demanda e necessidade do CEO.

As ações de planejamento são realizadas por 73,5% dos CEO, destacando-se as que consideram a opinião do cirurgião-dentista, as informações do Sistema de Informação Ambulatorial e as metas do Ministério da Saúde, mas há uma desconsideração do levantamento epidemiológico divergindo de resultados encontrados no Espírito Santo em unidades de Saúde da Família (USF)¹⁰. A inserção das USF no ambiente da comunidade e o estímulo à relação frequente do usuário com a unidade a partir de atividades de grupo e visitas domiciliares facilita o controle social na atenção primária. Diferente disso a atenção secundária não está inserida no contexto diário das comunidades, seguindo o frágil fluxo de referência e contrarreferência, tornando a interação usuário-CEO apenas pontual e gerando projetos de intervenção não aplicáveis a realidade regional.

Quanto às reuniões de planejamento, há inconsistência quando comparadas as ações e a periodicidade das reuniões, pois 64,1% dos CEO não tem periodicidade definida. As reuniões são uma forma de resolver os problemas, ou pelo menos colocá-los em pauta, tornando-se espaço fundamental para um bom vínculo profissional e amenizar a insatisfação de usuários e trabalhadores¹¹. A ausência ou não periodicidade das reuniões mostra uma desorganização do processo de trabalho que culmina na não resolutividade dos problemas da unidade.

O monitoramento contínuo do processo de trabalho nos CEO a partir da visão do cirurgião-dentista é importante para adequação da prática odontológica à realidade dos CEO, profissionais e população, auxiliando na produção qualitativa de procedimentos e servindo como base para evolução do modelo de saúde atual. Uma das limitações do presente estudo é a utilização de dados secundários, sendo recomendável a coleta dos dados pelo próprio pesquisador para garantir maior confiabilidade dos achados.

Conclusão

O processo de trabalho nos CEO da Paraíba em 2013 mostrou-se falho infraestruturalmente e desorganizado nas ações profissionais de gestão. Esses problemas alteram significativamente a oferta e qualidade do serviço para a população, indicando a necessidade de ações que promovam projetos de cooperação institucional e ações de capacitação dos profissionais para o perfil de demanda de cada CEO.



Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Portaria GM n.º 599/2006. Brasília, 2006.
2. 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.
3. Rossi TRA, Chaves SCL. Processo de trabalho em saúde na implementação da atenção especializada em saúde bucal no nível local. *Saúde debate*. 2017 Set; 41(3): 188-201.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Portaria GM n.º 1.599/2015. Brasília, 2015.
5. 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. Brasília, 2015.
6. Pisco LA. A avaliação como instrumento de mudança. *Cien Saude Colet*. 2006;11(3):566-568.
7. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2003.
8. Pereira MG. Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.; 2001.
9. Frichembruder K, Hugo FN, Hilgert JB. Perfil e percepção de profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas do Rio Grande do Sul. *RFO*. 2017;22(1):43-48.
10. Sarti TD, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(3):537-548.
11. Lima FS. The exercise of leadership of nurses in the family health strategy. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*; 2016;8(1)3893-3906.