

VERSÃO PRELIMINAR

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção a Saúde
Departamento de Atenção Básica



Programa de Melhoria
do Acesso e da Qualidade

MANUAL INSTRUTIVO PARA
OS CENTROS DE ESPECIALIDADES
ODONTOLÓGICAS (CEO)

Brasília - DF
2013



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

Saúde Mais Perto de Você / Acesso e Qualidade

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades odontológicas (PMAQ-CEO)

Manual Instrutivo

SAÚDE
MAIS PERTO DE VOCÊ



BRASIL
SORRIDENTE
A SAÚDE BUCAL LEVADA A SÉRIO



Ministério da
Saúde

G O V E R N O F E D E R A L
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaboração e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Coordenação-Geral de Saúde Bucal
Edifício Premium Torre II, sala 06,
Setor de Administração Federal Sul,
Quadra 2, Lote 5/6
CEP: 70.070-600 – Brasília/DF
Site: <http://www.saude.gov.br/bucal>
E-mail: cosab@saude.gov.br

Supervisão Geral:

Hêider Aurélio Pinto

Coordenação Técnica Geral:

Allan Nuno Alves de Sousa
Gilberto Alfredo Pucca Júnior

Revisão Técnica:

Allan Nuno Alves de Sousa
Aristides Oliveira
Eduardo Melo
Felipe Cavalcanti
Gilberto Alfredo Pucca Júnior
Hêider Aurélio Pinto
Patrícia Constante Jayme
Thais Severino da Silva

Elaboração Técnica:

Edson Hilan Gomes de Lucena
José Eudes Barroso Viera
Patrícia Tiemi Cawahisa

Colaboração:

Adriana Kitajima
Alejandra Prieto de Oliveira
Carolina Dantas Rocha X. de Lucena
Cássia Pereira Abella
Francly Webster de Andrade Pereira
Moacir Paludetto Junior
Renato Taqueo Placeres Ishigame
Sylvio da Costa Júnior
Lucinadja Gomes da Silva
Rodrigo Cabral da Silva
Thaís Coutinho

Lista de Siglas

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

AMAQ – Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

BPA-C - Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado

BPA-I - Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIR – Comissão Intergestores Regional

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas

DAB – Departamento de Atenção Básica

EAB – Equipe de Atenção Básica

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

FES – Fundo Estadual de Saúde

FMS – Fundo Municipal de Saúde

GM – Gabinete do Ministro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IEP – Instituições de Ensino e Pesquisa

LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária

MS – Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PIB – Produto Interno Bruto

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SGDAB – Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – Termo de Compromisso

UBS – Unidade Básica de Saúde

UF – Unidade da Federação

Sumário

1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO).....	5
2 Atenção Especializada em Saúde Bucal.....	7
3 Fases do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas	8
3.1 Fase da Adesão e Contratualização.....	8
3.1.1 Primeira etapa – Adesão.....	8
3.1.2 Segunda etapa – Contratualização	9
3.1.3 Permanência no Programa	10
3.1.4 Compromissos	11
3.1.5 Indicadores de Contratualização.....	13
3.2 Fase do Desenvolvimento	15
3.2.1 Autoavaliação.....	15
3.2.2 Monitoramento	18
3.2.3 Educação Permanente.....	19
3.2.4 Apoio Institucional.....	20
3.3 Fase da Avaliação Externa.....	22
3.3.1 Certificação dos CEO.....	22
3.4 Fase da Recontratualização	25
ANEXOS.....	27
ANEXO 1 - Matriz de indicadores com regras de cálculo	27
ANEXO 2 - Etapas para a Adesão e Contratualização ao Programa no Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB)	28
ANEXO 3 - Critérios de Estratificação dos Municípios para o Processo de Certificação dos CEO	30
Referências	32

1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO)

Uma das principais diretrizes atuais do Ministério da Saúde é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Nesse sentido, diversificados esforços têm sido empreendidos no sentido de qualificar a Política Nacional de Saúde Bucal, denominada de Brasil Sorridente, que tem o objetivo de reorganizar o modelo de atenção à saúde bucal e ampliar o acesso às ações e serviços de saúde bucal, garantindo a continuidade do cuidado e atenção integral aos indivíduos e às famílias.

A Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) apresenta como principais linhas de ação a reorganização da Atenção Básica, especialmente por meio das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, da Atenção Especializada, por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público e a vigilância em saúde bucal.

Dessa forma tem possibilitado a ampliação e qualificação do acesso da população às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida da população. O Brasil Sorridente está articulado a outras políticas de saúde e demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Visando a melhoria do acesso e da qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas, o Ministério da Saúde (MS) propõe o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO).

O PMAQ-CEO foi Instituído, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, através da Portaria nº 261/GM/MS, de 21 de fevereiro de 2013, e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS que contou com vários momentos nos quais, Ministério da Saúde e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do Programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas em todo o Brasil.

Entre os seus objetivos específicos, podemos destacar:

I – Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO);

II – Construir parâmetros de qualidade dos CEOs 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 CEOs;

V – Transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade, através 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 CEOs 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 estaduais, do Distrito Federal e municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos.

O compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanentemente reforçado com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios colocados pela realidade, tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico, quanto em função do aumento das expectativas da população em relação à eficiência e qualidade do SUS.

O PMAQ-CEO se insere em um contexto no qual o Governo Federal, progressivamente, se compromete e desenvolve ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS. Entre eles, é importante destacar o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, que possui como objetivo principal, avaliar os resultados da nova política de saúde, em todas as suas dimensões. Trata-se de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários.

Dentre os desafios que o PMAQ-CEO pretende enfrentar para a qualificação da Atenção Especializada em Saúde Bucal, destacam-se:

I – Qualidade da estrutura física;

II – Insuficiência de instrumentais e equipamentos de qualidade, comprometendo a qualidade das ações;

III – Ambiência acolhedora dos CEO, evitando que os usuários tenham uma impressão de que os serviços ofertados são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre;

IV – Inadequadas condições de trabalho para os profissionais, comprometendo sua capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho;

V – Instabilidade e elevada rotatividade dos profissionais, comprometendo a integração dos profissionais e continuidade do serviço;

VI – Incipiência dos processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade;

VII – Grande demanda acumulada pelos modelos excludentes, sobrecarregando os CEOs com número excessivo de pessoas, gerando um longo tempo de espera para o atendimento;

VIII – Ausência de protocolos clínicos para tratamento especializados, comprometendo a resolutividade do serviço;

IX – Pouca integração dos profissionais do CEO com a Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica e com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS);

X – Ausência de protocolos de referência e contrarreferência de usuários, gerando um excesso de encaminhamentos inadequados; e

XI – Financiamento insuficiente.

2 Atenção Especializada em Saúde Bucal

O Brasil Sorridente passou a organizar e estruturar a Atenção Secundária em Saúde Bucal do Brasil através da criação e implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que são estabelecimentos de saúde que prestam serviços de média complexidade em saúde bucal com o objetivo de garantir a referência e contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Atenção Básica. Portanto esses serviços complementam o trabalho das ESB, responsáveis pelo primeiro atendimento, pela coordenação dos cuidados e acompanhamento dos usuários.

Os CEOs devem ofertar minimamente as seguintes áreas clínicas: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a pacientes com necessidades especiais. São classificados como Tipo I, quando apresentam 3 cadeiras odontológicas, Tipo II, quando apresentam entre 4 a 6 cadeiras, e Tipo III, acima de 7 cadeiras. Independente do Tipo, todos os CEOs devem ofertar minimamente as cinco especialidades citadas anteriormente e todas as cadeiras devem funcionar por 40 horas semanais.

A implantação dos CEOs iniciou-se em 2004, e até dezembro de 2012, já são 947 serviços implantados no Brasil. O maior número encontra-se na Região Nordeste, seguido da Região Sudeste, Sul, Norte e Centro-Oeste.

Uma interface ideal entre a atenção básica e atenção secundária em saúde

bucal pode ser descrito através dos critérios de equidade, de integralidade no cuidado e de eficiência e eficácia, descritos a seguir.

- *Equidade*: todos os casos diagnosticados apropriadamente devem ser referenciados a um nível de maior complexidade, sem barreiras para esse referenciamento.
- *Integralidade no cuidado*: todo tratamento requerido deve estar disponível e acessível, seja no nível primário ou secundário, e o fluxo entre os níveis deve ser facilmente conseguido.
- *Eficiência e Eficácia*: deve-se garantir que as referências sejam apropriadas e devidamente oportunas e com mecanismos de triagem adequados.

3 Fases do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade dos CEOs, a saber:

- 1 – Adesão e Contratualização;
- 2 – Desenvolvimento;
- 3 – Avaliação Externa; e
- 4 – Recontratualização

O Ministério da Saúde, com o objetivo de qualificar todos os Centros de Especialidades Odontológicas do país, a partir de um processo pactuado de forma tripartite, permite a participação no Programa de todos os CEOs, independente do Tipo I, II ou III, desde que estes tenham habilitação de CEO pelo Ministério da Saúde, através de portaria específica.

É importante ressaltar, que cada gestor Estadual, Municipal ou Distrito Federal poderá incluir todos ou apenas um CEO de sua gestão no Programa.

3.1 Fase da Adesão e Contratualização

3.1.1 Primeira etapa – Adesão

A primeira etapa, Adesão, consiste na indicação, pelos gestores municipais do quantitativo de CEOs que participarão do Programa, por meio do sistema do

PMAQ. Esta indicação se refere ao total de CEOs que o gestor municipal avalia que poderão participar do Programa, assim como, também pode prever novos CEO a serem implantados e que poderão ser inseridos no PMAQ-CEO até final da segunda etapa de Contratualização.

A adesão ao PMAQ-CEO será realizada através do portal do DAB, pelo link: www.saude.gov.br/dab.

A primeira etapa, Adesão, é condição obrigatória para a segunda etapa, Contratualização. Com isso, somente os municípios que fizeram a adesão ao Programa poderão indicar quais CEOs irão contratualizar sua participação no PMAQ-CEO. Cabe salientar que a contratualização dos CEOs será voluntária e pressupõe um processo de pactuação num primeiro momento entre a equipe do CEO e gestores municipais e desses com o Ministério da Saúde.

É importante destacar que para os CEOs, sob gestão estadual ou de Universidades Federais, a etapa da Adesão será em conjunto com a etapa da Contratualização.

3.1.2 Segunda etapa – Contratualização

Esta etapa consiste na contratualização de compromissos a serem firmados entre as equipes dos CEOs e os gestores estaduais, do Distrito Federal e municipais, e desses com o Ministério da Saúde, em um processo que envolve pactuação regional, estadual e a participação do controle social.

A contratualização é realizada pelos gestores estaduais, do Distrito Federal e municipais por meio do sistema do PMAQ e ocorre da seguinte forma:

1. Contratualização entre o Estado/Distrito Federal/Município e o Ministério da Saúde.
2. Contratualização entre o Estado/Distrito Federal/Município e as equipes dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Esta segunda etapa é finalizada quando é gerado o Termo de Compromisso (TC), que contém a descrição das responsabilidades das equipes dos CEOs, dos gestores dos CEOs (Gestão Estadual, Distrito Federal ou Municipal), Estados e Ministério da Saúde, gerado após a conclusão dos passos exigidos para contratualização.

Na contratualização entre o gestor estadual, do Distrito Federal ou municipal e Ministério da Saúde o TC deve ser impresso, assinado e guardado pelo gestor.

Na contratualização entre equipe do CEO e gestor estadual, do Distrito Federal ou municipal o TC gerado deve ser impresso, assinado e guardado pelo responsável de cada CEO. O TC deverá estar disponível no momento da avaliação externa, quando será validado pelos avaliadores da qualidade. Além deste Termo de Compromisso, deverá também ser apresentada ata da reunião entre gestor estadual, do Distrito Federal ou municipal e a equipe do CEO, em que a equipe do CEO declara adesão voluntária ao Programa. O modelo de ata de reunião está disponível no sistema no final da etapa de contratualização.

O Ministério da Saúde realizará a homologação dos CEOs que aderirem ao Programa, publicando portaria que especifica o conjunto de Estados e Municípios

que passam a participar do PMAQ-CEO, com a respectiva quantidade de CEO. Para efeito de formalização da adesão ao Programa, será considerada a data de publicação da referida portaria.

Após a homologação da Contratualização pelo Ministério da Saúde, o Município, Estado, Distrito Federal ou Universidade Federal receberá, mensalmente, mediante transferência fundo-a-fundo, 20% do valor integral do incentivo financeiro PMAQ-CEO, denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal, por cada CEO contratualizado, considerando o Tipo do CEO e a competência em que a homologação foi publicada. Conforme valores do Quadro 1, a seguir:

Quadro 1 - Valores do Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal, por Tipo de CEO.

	Adesão ao Programa 20%	Desempenho mediano ou abaixo da média 20%	Desempenho acima da média 60%	Desempenho muito acima da média 100%
CEO I	R\$ 1.650,00	R\$ 1.650,00	R\$ 4.950,00	R\$ 8.250,00
CEO II	R\$ 2.200,00	R\$ 2.200,00	R\$ 6.600,00	R\$ 11.000,00
CEO III	R\$ 3.850,00	R\$ 3.850,00	R\$ 11.550,00	R\$ 19.250,00

Os valores do quadro acima serão transferidos, por CEO, após o processo de Avaliação Externa do Programa, de acordo com o seu desempenho.

Após a homologação da Contratualização realizada pelo Ministério da Saúde, o gestor Municipal deverá informar ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), à Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB). No caso do gestor Estadual, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), o gestor do Distrito Federal deverá informar ao Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do DF e no caso das Universidades Federais a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). É importante lembrar que essa etapa não impedirá a homologação da contratualização no PMAQ-CEO, nem o início das transferências dos recursos vinculados ao Programa. No entanto, o documento que comprova que foi informado a adesão aos respectivos colegiados mencionados, será necessário durante o processo de Avaliação Externa, a ser realizada na Fase 3 do PMAQ-CEO.

3.1.3 Permanência no Programa

São condições para permanência dos CEOs que aderiram ao Programa:

I – Manter o cadastro atualizado de todos os profissionais do CEO no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), assim como o cumprimento da carga horária de acordo com o informado;

II – Manter a alimentação regular da produção do CEO no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), permitindo, com isso, o efetivo monitoramento dos indicadores contratualizados no âmbito do PMAQ-CEO;

III – Casos de verificação por órgãos de controle e sistema nacional de auditoria de que as condições certificadas não estão mais presentes, devendo, nesse caso, ser realizado processo conforme as disposições do sistema nacional de auditoria;

IV – Possuir identificação visual, na área externa do CEO, de acordo com o Manual de Adequação Visual estabelecido pelo Ministério da Saúde; e

VI – Apresentar, no momento da Avaliação Externa, o Termo de Compromisso assinado pela equipe do CEO e ata de reunião da gestão com a equipe, indicando sua adesão voluntária.

3.1.4 Compromissos

Ao completar a etapa de Contratualização, no sistema do PMAQ, os gestores e as equipes dos CEOs assumem compromissos voltados para a melhoria do acesso e qualidade do CEO.

Consideram-se assim como compromissos das equipes do CEOs, dos gestores Municipal, Estadual, Distrito Federal e Universidades Federais no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO):

I – Compromissos da equipe do CEO:

i. Organizar o processo de trabalho do CEO em conformidade com os princípios previstos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas e nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB);

ii. Alimentar o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) de forma regular e consistente;

iii. Instituir espaços regulares para a discussão do processo de trabalho da equipe;

iv. Instituir processos autoavaliativos como mecanismos disparadores da reflexão sobre a organização do processo de trabalho, com participação de todos os profissionais que constituem a equipe do CEO;

vi. Pactuar metas e compromissos para a qualificação do Centro de Especialidades Odontológicas com a gestão estadual, municipal ou do Distrito Federal;

vii. Monitorar as metas estabelecidas e pactuadas por cada especialidade; e

viii. Pactuar protocolos clínicos em cada especialidade com as equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica.

II – Compromissos dos Gestores do CEO (Gestões Estaduais, Municipais ou Distrito Federal):

i. Garantir a oferta das 5 (cinco) especialidades mínima do Centro de Especialidades Odontológicas;

- ii. Garantir o cadastro atualizado dos profissionais no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- iii. Manter alimentação regular e consistente no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), com informações referentes a produção dos CEO, permitindo o seu monitoramento permanente;
- iv. Aplicar os recursos do Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal em ações que promovam a qualificação do serviço do CEO;
- v. Estruturar a Gerência do Centro de Especialidades Odontológicas, constituindo e garantindo condições de funcionamento da equipe de gestão responsável pela implantação local do Programa;
- vi. Instituir processos de Autoavaliação da gestão e da equipe do CEO participante do Programa;
- vii. Garantir a integração da equipe do CEO e equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica e dos Hospitais;
- viii. Desenvolver Apoio Matricial do CEO para as ESB;
- ix. Realizar ações de Educação Permanente com/para a equipe do CEO;
- x. Implantar processo regular de Monitoramento e Avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados do CEO no município;
- xi. Realizar ações para a melhoria das condições de trabalho da equipe do CEO;
- xii. Garantir a institucionalização de protocolos de referência e contrarreferência dos usuários, tanto para atenção básica quanto para a atenção terciária; e
- xiii. Apoiar a realização do processo de Avaliação Externa da equipe do CEO participante do Programa, recebendo as equipes de avaliadores da qualidade e auxiliando-os no contato com os CEO a serem avaliadas, quando necessário.

III – Compromissos dos Estados:

- i. Instituir mecanismos de Apoio Institucional aos municípios participantes do Programa, para potencializar os processos de melhoria do acesso e da qualidade do CEO;
- ii. Implantar processo regular de Monitoramento e Avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados do CEO no Estado;
- iii. Ofertar ações de Educação Permanente e outras estratégias de qualificação da gestão e do serviço especializado em odontologia;
- iv. Pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias e diretrizes para a implementação do Programa no Estado, de acordo com suas diretrizes;
- v. Estimular e promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade do CEO;
- vi. Contribuir com o processo de Avaliação Externa a que devem ser submetidas às equipes dos CEO participante do Programa, por meio do CONASS; e
- vii. Realizar estudos sobre a viabilidade técnica e financeira para o estabelecimento ou orientação dos mecanismos de co-financiamento estadual dos CEO de gestão municipal, em convergência com a Política Nacional de Saúde Bucal.

IV – Compromissos do Ministério da Saúde:

- i. Assegurar a efetiva implementação do Programa no âmbito nacional, estadual, do Distrito Federal e municipal;
- ii. Transferir regularmente os recursos referentes ao Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal, de acordo com as regras do Programa;
- iii. Efetuar a análise do cumprimento das condições de adesão e de permanência dos Estados, Municípios e Distrito Federal no Programa.
- iv. Elaborar instrumentos e promover processos de Apoio Institucional para subsidiar a implantação do Programa;
- v. Ofertar ações de Educação Permanente e outras estratégias de qualificação da gestão e do serviço especializado em odontologia;
- vi. Implantar processo regular de Monitoramento e Avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados do CEO no país;
- vii. Realizar avaliações que orientem o aperfeiçoamento do Programa e ampliem sua capacidade de gestão e de adequação às necessidades dos atores envolvidos em sua implementação;
- viii. Financiar e coordenar (de maneira tripartite) o processo de Avaliação Externa a que devem ser submetidas as equipes dos CEO participantes do Programa; e
- ix. Coordenar o processo de recontractualização de ações para melhoria da qualidade do CEO, de maneira singularizada com cada equipe de CEO participante do Programa, a partir do seu desempenho no processo de Certificação.

3.1.5 Indicadores de Contractualização

No momento da recontractualização, entre os compromissos a serem recontractualizados pelas equipes dos CEOs e pelas gestões Estaduais, Municipais e Distrito Federal, encontra-se um conjunto de indicadores que foi eleito a partir das metas de produção estabelecidas para cada especialidade do CEO.

Como a unidade de avaliação do Programa será o CEO, a escolha dos indicadores ficou limitada àqueles que possam ser monitorados e avaliados por meio do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), uma vez que esse é o único sistema disponível para a alimentação e acompanhamento da produção do CEO.

Em consonância com as diretrizes do PMAQ-CEO, o processo de monitoramento deverá ser alvo de aperfeiçoamento contínuo tanto dos indicadores, como dos parâmetros de desempenho. Tendo em vista as limitações atuais dos sistemas de informação em saúde para um acompanhamento mais efetivo dos resultados esperados dos CEOs, optou-se por iniciar o monitoramento com os indicadores disponíveis que fazem parte da meta mínima mensal de cada tipo de CEO e de cada especialidade. Espera-se, a melhoria da alimentação do SIA/SUS, induzida pelo processo de monitoramento do PMAQ-CEO, e assim constituir uma base de dados mais consistente, que permita a inclusão de novos indicadores e torne mais robusta essa etapa da avaliação de desempenho.

Diante disso, foram selecionados 8 (oito) indicadores, classificados segundo a natureza de seu uso:

i. **Indicadores de desempenho:** vinculados ao processo de avaliação externa e que serão utilizados para a classificação dos CEOs, conforme o seu desempenho.

ii. **Indicadores de monitoramento:** a serem acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por cada CEO, sem, no entanto, influenciar na pontuação atribuída aos CEOs no processo de avaliação externa. Nos próximos ciclos de implementação do programa, esses indicadores poderão ser incorporados ao conjunto de indicadores de desempenho.

Os indicadores de desempenho selecionados se referem às metas estabelecidas para cada CEO, por Tipo e por especialidade, através da Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24 de junho de 2011 (Quadro 2).

Quadro 2 - Indicadores dos CEOs, segundo a natureza de seu uso.

Indicadores	Natureza do Uso		Parâmetros Mínimos
	Desempenho	Monitoramento	
1. Procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais no mês	X		Tipo I: 80, Tipo II: 110 e Tipo III: 190
2. Procedimentos de periodontia no mês	X		Tipo I: 60, Tipo II: 90 e Tipo III: 150
3. Procedimentos de endodontia no mês	X		Tipo I: 35, Tipo II: 60 e Tipo III: 95
4. Procedimentos de cirurgia oral no mês	X		Tipo I: 80, Tipo II: 90 e Tipo III: 170
5. Procedimentos de endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes no mês	X		Tipo I: 7, Tipo II: 12 e Tipo III: 19
6. Procedimentos restauradores realizados em pessoas com necessidades especiais no mês	X		Tipo I: 40, Tipo II: 55 e Tipo III: 95
7. Proporção de exodontias em relação aos procedimentos clínicos odontológicos individuais em pessoas com necessidades especiais		X	
8. Procedimentos de biópsia dos tecidos moles da boca		X	

Para uma apropriação maior dos indicadores do PMAQ-CEO, estão apresentadas no anexo deste instrutivo as fichas técnicas de cada indicador, com um detalhamento não só da sua fórmula de cálculo e fontes, mas também de suas possibilidades de uso, parâmetros para interpretação de resultados e ações com potencial de melhorar os resultados de cada indicador.

3.2 Fase do Desenvolvimento

A segunda fase do PMAQ-CEO consiste no desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pela equipe do CEO, pelas gestões Estaduais, Municipais, do Distrito Federal e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão e do serviço especializado de saúde bucal que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade no CEO.

Para fins didáticos, esta fase está apresentada de forma pontual, sucedendo a primeira fase (Adesão e Contratualização), entretanto, o que se pretende induzir é que a fase de Desenvolvimento compreenda ações transversais e sistemáticas durante todo o período de participação da equipe do CEO e da gestão no Programa.

A fase de Desenvolvimento está organizada em quatro dimensões:

- 1 – Autoavaliação;
- 2 – Monitoramento;
- 3 – Educação Permanente; e
- 4 – Apoio Institucional

3.2.1 Autoavaliação

A autoavaliação é o ponto de partida da fase de desenvolvimento, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade devem iniciar-se pela identificação e reconhecimento, pela própria equipe do CEO, das dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho, produzindo sentidos e significados potencialmente facilitadores/mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento.

Avaliar pode significar a formação de opinião e a emissão de juízo de valor sobre determinado assunto. E, frequentemente, a temática avaliação está associada a aspectos negativos como punição e eliminação daqueles que não alcançaram determinado resultado. O PMAQ-CEO busca contribuir para a superação desses vieses e situa a autoavaliação como instrumento que estimula o coletivo a colocar seu processo de trabalho em análise e a pensar modos de mudá-lo para superar problemas e alcançar objetivos pactuados por este mesmo coletivo. Trata-se de um processo que pretende orientar permanentemente a tomada de decisões se constituindo como uma ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde.

No âmbito do Programa, recomenda-se que a autoavaliação seja realizada a partir de ferramenta composta por um conjunto de padrões de qualidade, ou seja, por um conjunto de declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações do CEO, configurando-se assim como uma ferramenta de potencial pedagógico de caráter reflexivo e problematizador que abre possibilidades de construção de soluções a partir da identificação de problemas.

Considerando a complexidade e relatividade inerente ao conceito de qualidade, que varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico, científico e cultural da sociedade (Uchimura & Bosi, 2002), é desejável que o instrumento de autoavaliação utilizado contemple os diferentes pontos de vista dos atores envolvidos no fazer em saúde - usuários, profissionais e gestores - entendendo que todos são co-responsáveis pela qualificação do SUS.

Os processos autoavaliativos devem ser constituídos não apenas pela identificação de problemas, mas também pela realização de intervenções no sentido de superá-los. Não sendo possível intervir em tudo aquilo que se julga necessário – a considerar tempo, recursos, questões políticas, etc. – é fundamental que sejam estabelecidas prioridades de investimento, para, a partir do reconhecimento das prioridades, construir estratégias de ação com iniciativas concretas para a superação dos problemas identificados. Desse modo, processos autoavaliativos comprometidos com a melhoria contínua da qualidade poderão potencializar os demais processos da fase de Desenvolvimento do PMAQ-CEO, na medida em que contribuirá para, além de outras coisas, a identificação das maiores necessidades para a educação permanente e o apoio institucional. Nesse sentido, a autoavaliação não deve ser encarada como um momento de pouca relevância, tampouco como um momento angustiante que poderá resultar em punições ou desmotivação dos trabalhadores.

Ao mesmo tempo, para que possa se constituir como ação crítico-reflexiva, é importante que a autoavaliação seja realizada entre pares, coletivamente, considerando todos os atores envolvidos com o CEO em seus diferentes âmbitos. Com base no resultado da autoavaliação, serão identificadas as situações que precisam ser revistas e/ou modificadas.

Considerando tudo isso, a Coordenação-Geral de Saúde Bucal, do Departamento da Atenção Básica, oferece um instrumento autoavaliativo - Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas: AMAQ-CEO – construído a partir da revisão e adaptação do instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e da Pesquisa de Linha de Base para Avaliação e Monitoramento dos CEO. Cumpre destacar que, a ferramenta ofertada pelo Ministério da Saúde poderá ser combinada com outras ferramentas, cabendo aos gestores Estaduais, Municipais, Distrito Federal e às equipes dos CEO definirem o uso do(s) instrumento(s) ou ferramenta(s) que se adéque(m) à sua necessidade e realidade.

O instrumento AMAQ-CEO foi construído considerando as seguintes diretrizes:

I – Refletir os princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal;

II – Refletir os objetivos centrais e diretrizes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO);

III – Ser capaz de promover reflexões sobre as responsabilidades, tanto no que se refere à forma de organização e à prática de trabalho dos atores envolvidos na gestão e equipe do CEO, com vistas a promover o acesso com qualidade aos serviços oferecidos; e

IV – Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção em saúde bucal e o fortalecimento da orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários.

A partir desses elementos, o AMAQ-CEO foi organizado em dimensões e subdimensões para um conjunto de padrões de qualidade que abrangem o que é esperado em termos de qualidade na gestão e na atenção direta à saúde bucal no âmbito da atenção especializada. Esses padrões de qualidade caracterizam-se por sua abrangência, referindo-se a uma visão ampla do sistema e das ações em saúde e por serem capazes de evidenciar mudanças – tanto os avanços, quanto os retrocessos. Contudo, é importante destacar que o AMAQ-CEO não pretende esgotar todo o universo das práticas no CEO, entretanto, compõe-se de um determinado conjunto de ações que são consideradas estratégicas e potenciais indutoras de mudanças no cotidiano dos serviços.

Com o objetivo de sistematizar as ações de melhoria da qualidade, sugere-se que sejam construídos planos de ação, inicialmente contemplando problemas menos complexos e que estejam sob a responsabilidade do ator em questão.

Para contribuir com o processo de organização do uso do AMAQ-CEO, a equipe do CEO deverá registrar os resultados das autoavaliações e seu plano de ação para o enfrentamento das fragilidades identificadas. O objetivo dessa estratégia é possibilitar que as equipes monitorem a execução do plano de intervenção, bem como a análise evolutiva dos resultados autoavaliativos. Vale ressaltar que serão exigidos durante a avaliação externa documentos que comprovem a realização da autoavaliação.

Não há uma periodicidade definida para a realização das autoavaliações. No entanto, destaca-se que entre uma autoavaliação e outra deve haver um intervalo de tempo suficiente para a realização de alguns movimentos no sentido da melhoria da qualidade. Portanto é fundamental que o intervalo de tempo entre duas autoavaliações permita a execução de parte do plano de ação para que, ao se autoreavaliar, as equipes dos CEO já sejam capazes de identificar não apenas os impasses, mas também os resultados de suas intervenções.

Por fim, cabe lembrar que a realização de autoavaliações, de tempos em tempos, com auxílio de instrumentos estruturados, não exclui a existência e importância das “práticas avaliativas” cotidianas, nem sempre conscientes ou planejadas, e que também podem mobilizar os trabalhadores na direção do aprimoramento de suas práticas.

3.2.2 Monitoramento

O monitoramento dos indicadores e o conseqüente uso das informações buscam:

I – Orientar o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre equipe do CEO e gestor Estadual, Municipal ou do Distrito Federal;

II – Subsidiar a definição de prioridades e programação de ações para melhoria da qualidade do CEO, tanto para os serviços participantes, quanto para os gestores das três esferas de governo;

III – Promover o aprendizado institucional, ao permitir a identificação e priorização de desafios para melhoria da qualidade da CEO, o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção;

IV – Promover a democratização e transparência da gestão da CEO e o fortalecimento da participação do usuário, por meio da publicização de metas, padrões de qualidade e resultados alcançados; e

V – Fortalecer a responsabilidade sanitária e o protagonismo dos diversos atores, ao revelar tanto as fragilidades quanto os sucessos, motivando as equipes do CEO e gestores a enfrentarem os desafios.

Cumprir destacar que, no ciclo de melhoria da qualidade do CEO, alcançar bons resultados nos indicadores e padrões de qualidade pressupõe a realização constante de ações de monitoramento, para um diagnóstico de prioridades de educação permanente, apoio institucional e programação e contratualização de ações para a melhoria dos processos de trabalho.

As gestões Estaduais, Municipais, do Distrito Federal e a equipe do CEO, com o intuito de promover a ampliação da melhoria do acesso e da qualidade, devem promover a melhoria dos indicadores e do desempenho nos padrões de qualidade do CEO. Elas precisam ofertar um conjunto de ações compatível com as necessidades de saúde da população, com qualidade satisfatória, traduzindo esse esforço nos resultados dos indicadores e nos padrões de qualidade a serem avaliados, inclusive em termos de satisfação dos usuários.

Para orientar os processos locais de monitoramento das ações desenvolvidas pelos CEOs, alguns pressupostos podem ser úteis, tais como:

I – Ter caráter formativo, pedagógico e reorientador das práticas, numa abordagem em que a informação possa produzir mudança na ação. O processo de monitoramento não deve ser entendido como um fim em si mesmo ou apenas como cumprimento de um compromisso meramente formal, mas sim como um mecanismo capaz de produzir a mudança, gerando propostas para a melhoria da qualidade das ações e processos monitorados, além de promover aprendizado institucional e responsabilização;

II – Subsidiar a gestão do CEO, incorporando informações sobre desempenho aos processos decisórios e alinhando os processos de monitoramento, planejamento, educação permanente e apoio institucional;

III – Evitar a vinculação dos processos de monitoramento a consequências punitivas que reforcem resistências, deturpação de resultados ou tensões desnecessárias que dificultem a apropriação de seus resultados e comprometam o interesse e motivação dos profissionais em alimentar adequadamente os sistemas de informação;

IV – Reconhecer o sucesso dos CEOs que tiverem bom desempenho estimulando-os na busca de melhores resultados;

V – Permitir a identificação de experiências exitosas e a criação de oportunidades de cooperação horizontal entre os CEOs, promovendo o reconhecimento entre pares e relações solidárias, mais do que a competição por melhores resultados;

VI – Possuir mecanismos que assegurem a participação democrática dos envolvidos, constituindo um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que compartilham co-responsabilidades; e

VII – Estabelecer mecanismos de divulgação sistemática dos resultados do processo de monitoramento do CEO, com vistas à democratização e transparência desses processos, ao aprendizado institucional, ao reconhecimento dos resultados alcançados e ao enfrentamento dos desafios para melhoria da qualidade dos CEOs.

Considerando que a alimentação regular e consistente dos sistemas de informação constitui uma responsabilidade geral de todos os profissionais e gestores do SUS e um importante critério de qualidade do CEO, é esperado que os resultados nos indicadores reflitam em alguma medida o esforço das equipes dos CEOs e da gestão na melhoria da qualidade do serviço, devendo haver uma coerência entre o desempenho dos CEOs nos indicadores e a conformidade de suas ações com padrões de qualidade associados a boas práticas.

3.2.3 Educação Permanente

O redirecionamento do modelo assistencial impõe claramente a necessidade de reformulações no processo de qualificação dos serviços de saúde e de seus profissionais e as mudanças no processo de trabalho em saúde passam a exigir de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de intervenção e autonomia que possa contribuir para o estabelecimento de práticas transformadoras em saúde e que propiciem o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”.

A educação permanente deve pressupor um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores

(conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa).

As estratégias de educação permanente podem se estruturar com base na vivência e nos problemas da prática de trabalho dos CEOs com vistas à qualificação dos serviços ofertados, por meio do fortalecimento dos processos de monitoramento, avaliação, apoio institucional e planejamento em saúde nas três esferas de governo.

Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva do processo de trabalho e identificação de nós críticos possa elaborar estratégias de atuação. Estimula-se, assim, experiências inovadoras nas práticas de saúde e na gestão do cuidado reconhecendo o mérito dos profissionais do serviço e gestores que alcancem melhor desempenho e resultados no CEO. Com isso, o PMAQ-CEO visa contribuir, inclusive, para que os cursos pré-formatados sejam ofertados/incorporados em momentos e com mediações que considerem necessidades de formação dos trabalhadores, para que façam mais sentido e tenham maior valor de uso.

Com relação à vinculação dos processos de educação permanente às estratégias de apoio institucional, avalia-se o grande potencial de desenvolvimento de competências de gestão e do serviço, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano.

Portanto, é central que as gestões estimulem os processos de educação permanente com os profissionais do CEO, entre os CEO, entre equipe de saúde bucal da atenção básica e CEO, no âmbito municipal, no âmbito regional e estadual.

Dentre as ferramentas e estratégias a serem ofertadas pelo Ministério da Saúde, com foco na educação permanente, destaca-se o Fórum Rede-CEO, que propicia a constituição de um importante espaço de ampla comunicação dos gestores e trabalhadores do CEO. Esse Fórum é um espaço virtual, disponível no site do Brasil Sorridente (www.dab.saude.gov.br/brasilsorridente), que assegura a interação entre os indivíduos e coletivos, em um ambiente que permite a troca dinâmica de informações e experiências, com a apresentação de dificuldades, narrativas vinculadas ao seu cotidiano, de maneira a viabilizar o aprendizado mediante as trocas e a reflexão sobre a sua experiência e a experiência do outro.

3.2.4 Apoio Institucional

O apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano. O apoio institucional deve ainda operar como um forte disparador de processos que

propiciem o suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los.

O objetivo do Apoiador Institucional é considerado como o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde. Nesse sentido, pressupõe-se o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem os graus de democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias entre apoiador e os profissionais do serviço, contemplando demandas e ofertas de ambos.

No cotidiano do trabalho dos CEOs, os profissionais enfrentam grandes desafios, tais como: trabalhar em equipe; interface com os profissionais da atenção básica e atenção hospitalar; acolher as demandas dos usuários; discutir casos complexos dentre tantos outros. Neste contexto, o apoio institucional na saúde deve adotar como diretriz a democracia institucional, a autonomia dos sujeitos e a produção do cuidado integral, uma vez que o trabalho do apoiador envolve sempre a sua inserção em espaços coletivos, de maneira a permitir uma análise aprofundada dos aspectos de contexto que constroem a atuação dos profissionais, bem como o exercício de autoanálise pelo serviço. A revelação e análise dos problemas e dificuldades dos profissionais devem estar atrelada a um esforço de potencialização dos profissionais e suas experiências, evitando a culpabilização e impotência, o que não quer dizer desresponsabilização.

Dessa forma, o desenvolvimento de ações de apoio institucional deve possuir um caráter compartilhado e ser construído a partir das realidades e singularidades de cada serviço, além de pressupor planejamento, avaliação constante e agendas de educação permanente para o desenvolvimento das dimensões gerenciais, pedagógicas e matriciais desempenhadas pelos apoiadores.

Dentre as estratégias de apoio institucional no PMAQ-CEO, compreende-se o apoio do Ministério da Saúde às coordenações estaduais de saúde bucal, COSEMS e municípios; o apoio das coordenações estaduais de saúde bucal às coordenações de saúde bucal nos municípios e destes aos CEO. Esse trabalho de apoio, pode ocorrer em três planos: (a) o das relações interfederativas, (b) o relativo ao desenho e articulação da atenção especializada com outros pontos de atenção da rede, e (c) o que se refere ao processo de trabalho dos CEO e à micropolítica do cotidiano.

É importante considerar que, a despeito da lógica do apoio institucional ser a mesma para as três dimensões de apoio descritas (Ministério da Saúde, coordenações estaduais e municipais), há certas especificidades que marcam cada uma delas.

A seguir, apresentam-se alguns exemplos de ações que podem ser realizadas por apoiadores:

I – Discussão e montagem das agendas dos profissionais do CEO enquanto dispositivos que organizam e orientam o trabalho coletivo cotidiano em função das necessidades e prioridades em saúde bucal;

II – Facilitação dos processos locais de planejamento;

- III – Facilitação da organização de intervenções intersetoriais;
- IV – Facilitação da interlocução com as equipes de saúde bucal da atenção básica;
- V – Análise de indicadores e informações em saúde;
- VI – Discussão dos protocolos de referência e contrarreferência;
- VII – Discussão dos protocolos clínicos das especialidades; e
- VIII – Mediação de conflitos, buscando ajudar na conformação de projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários, sem pretender eliminar diferenças e tensões, mas buscando enriquecer os processos com o convívio das diferenças, o esforço de escuta/diálogo, a conversão das crises paralisantes em crises produtivas e a construção de projetos comuns.

Embora os exemplos citados dêem maior ênfase ao apoio institucional aos profissionais do CEO, grande parte das indicações também se aplica para o apoio à gestão estadual e municipal.

3.3 Fase da Avaliação Externa

A Avaliação Externa consiste na terceira fase do PMAQ-CEO que será realizada pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal/Departamento de Atenção Básica em parceria com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP). Ao contratualizar o PMAQ-CEO, o gestor assume que participará da avaliação externa, sem a necessidade de formalizar a solicitação.

Nessa etapa, um grupo de avaliadores da qualidade, selecionados e capacitados pelas IEP, irão aplicar instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelos profissionais e pela gestão. Serão realizadas observações de infraestrutura do CEO, entrevista com o Gerente do CEO, com um cirurgião-dentista do CEO, com usuários e verificação de documentos. O preenchimento prévio do módulo online com informações sobre características e ações do serviço e gestão subsidiará o trabalho de campo dos avaliadores.

As questões que compõem o instrumento de avaliação externa refletem os padrões descritos no instrumento de autoavaliação (AMAQ-CEO). Estes documentos estão disponíveis no site do Departamento de Atenção Básica (www.saude.gov.br/dab).

Cabe salientar que as atividades dos avaliadores da qualidade devem ser pactuadas anteriormente com o gestor municipal, estadual e COSEMS, possibilitando assim, um planejamento e logística adequados ao trabalho de campo.

3.3.1 Certificação dos CEO

O processo de certificação do PMAQ-CEO deve ser entendido como um momento de reconhecimento do esforço dos profissionais do CEO e do gestor para

melhoria do acesso e da qualidade no CEO. A certificação não se limita ao alcance de elevados padrões de qualidade, mas também ao desenvolvimento de ações para o fortalecimento dos processos de gestão e de trabalho.

Considerando que o conceito de qualidade varia de acordo com o contexto, é esperado que o PMAQ-CEO esteja em constante aperfeiçoamento, de modo a contemplar, progressivamente, a diversidade dos cenários em que será implantado e as novas demandas e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal, no contexto do SUS.

A certificação será norteada por parâmetros que permitam a comparabilidade de desempenho entre os CEOs, a partir da verificação das médias de desempenho, considerando as três dimensões definidas a seguir. Mas, considerando a diversidade de cenários sócioeconômicos, epidemiológicos e demográficos entre os municípios brasileiros, serão consideradas, nos processos de avaliação, as diferenças dos municípios participantes e as suas especificidades de respostas demandadas aos sistemas locais de saúde. Nesse sentido, para a classificação de desempenho dos CEOs, seguirá a mesma distribuição dos municípios por estrato utilizado no PMAQ da Atenção Básica, definidos com base em critérios de equidade, e o desempenho dos CEOs será comparado à média e ao desvio padrão do conjunto de CEO pertencentes ao mesmo estrato e ao mesmo Tipo.

A partir da 2ª (segunda) certificação, o desempenho de cada CEO será comparado em relação aos outros CEOs, do mesmo Tipo e estrato, bem quanto à evolução do seu próprio desempenho ao longo da adesão ao PMAQ-CEO. Esse aspecto permitirá a análise do CEO com ele mesmo ao longo do tempo, considerando a evolução do seu desempenho no esforço de melhoria da qualidade empreendido desde a adesão ao Programa.

Os CEOs, participantes do Programa, serão certificados, conforme o seu desempenho, considerando três dimensões:

- I – Implementação de processos autoavaliativos;
- II – Verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados; e
- III – Verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade.

No processo de certificação, a nota final de cada CEO será composta a partir da distribuição conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 - Distribuição dos pesos para a certificação dos CEOs.

Dimensão	Percentual da Nota Final da Certificação
I – Implementação de processos autoavaliativos	10%
II – Verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados	30%
III – Verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade	60%

Partindo do entendimento de que a implementação de processos autoavaliativos é de extrema importância para a melhoria da qualidade do serviço, 10% da nota final da certificação de cada CEO será vinculada à realização da autoavaliação, independentemente dos resultados alcançados. O restante da nota será a partir dos resultados alcançados para o conjunto de indicadores contratualizados, com isso os CEOs poderão receber até 30% da nota final do processo de certificação. E a partir do seu desempenho para o conjunto de padrões de qualidade a serem verificados no local de atuação durante a avaliação externa, eles poderão receber até 60% da nota final.

A realização da autoavaliação deverá ocorrer após a adesão ao Programa. Processos autoavaliativos desenvolvidos em momentos anteriores não serão considerados para a pontuação vinculada a autoavaliação.

A cada ciclo do Programa, novos parâmetros de qualidade poderão ser definidos, induzindo avanços na direção do que se espera em termos de desenvolvimento da gestão, dos CEOs e do alcance dos resultados de saúde da população.

Com base na necessidade de adequação dos critérios, parâmetros e ferramentas de avaliação, assim como no PMAQ-AB, os padrões de acesso e qualidade verificados para os CEOs serão classificados como:

- **PADRÕES GERAIS:** Padrões que compõem a matriz de pontuação para a certificação dos CEOs.
- **PADRÕES ESTRATÉGICOS:** Padrões relacionados a políticas estratégicas do Ministério da Saúde (rede cegonha, rede de urgência e emergência, rede de atenção psicossocial, etc.). Esses padrões terão maior peso na matriz de pontuação durante o processo de certificação dos CEOs.
- **PADRÕES OBRIGATÓRIOS:** Padrões ligados com os compromissos mínimos que condicionam a permanência dos CEOs no programa.
- **PADRÕES ESSENCIAIS:** Padrões com elevados percentuais de cumprimento pelos CEOs e/ou relacionados a condições mínimas de acesso e qualidade. Esses padrões não acrescentarão pontos aos CEOs, no entanto, subtrairão pontos dos CEOs que não o atingirem.

**O não alcance de um percentual mínimo dos padrões essenciais será condição para que o CEO seja considerado com desempenho insatisfatório.*

A partir da Avaliação Externa, os CEOs poderão ser classificados em quatro categorias:

I – Desempenho INSATISFATÓRIO: quando o CEO não cumprir com os compromissos previstos nas Portarias nº 599/GM/MS, de 23 de março de 2006, nº

600/GM/MS, de 23 de março de 2006, nº 1.464/GM/MS, de 24 de junho de 2011 e nº 261/GM, de 21 de fevereiro de 2013, e assumidos no Termo de Compromisso no momento da contratualização no (PMAQ-CEO). A obtenção de tal avaliação ensejará a desclassificação do CEO. No caso de CEO aderido à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência deverão, ainda, ser observadas as disposições da Portaria nº 1.341/GM/MS, de 13 de junho de 2012;

II – Desempenho MEDIANO OU ABAIXO DA MÉDIA: considerando a distribuição da curva de Gauss, 50% dos CEO classificados serão considerados com o desempenho mediano ou abaixo da média;

III – Desempenho ACIMA DA MÉDIA: considerando a distribuição da curva de Gauss, 34% dos CEO classificados serão considerados com o desempenho acima da média; e

IV – Desempenho MUITO ACIMA DA MÉDIA: considerando a distribuição da curva de Gauss, 16% dos CEO classificados serão considerados com o desempenho muito acima da média.

A partir da classificação alcançada no processo de certificação, respeitando-se as categorias de desempenho descritas acima, os Estados, Municípios, Distrito Federal ou Universidades Federais receberão, por CEO contratualizado, os percentuais do incentivo PMAQ-CEO (Quadro 1) e contratualizarão novas metas e compromissos, conforme as seguintes regras:

I - DESEMPENHO INSATISFATÓRIO: suspensão do repasse dos 20% (vinte por cento) do incentivo PMAQ-CEO e obrigatoriedade de celebração de um termo de ajuste;

II - DESEMPENHO MEDIANO OU ABAIXO DA MÉDIA: manutenção dos 20% (vinte por cento) do incentivo PMAQ-CEO e Reconstratualização;

III - DESEMPENHO ACIMA DA MÉDIA: ampliação de 20% (vinte por cento) para 60% (sessenta por cento) do incentivo PMAQ-CEO e Reconstratualização; e

IV - DESEMPENHO MUITO ACIMA DA MÉDIA: ampliação de 20% (vinte por cento) para 100% (cem por cento) do incentivo PMAQ-CEO e Reconstratualização.

Uma vez que o CEO seja certificado os valores diferenciados do Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal, conforme o seu desempenho, serão retroativo, a contar do mês de competência da avaliação externa.

3.4 Fase da Reconstratualização

A quarta fase do PMAQ-CEO constitui o processo de reconstratualização que deve ocorrer após a certificação do CEO. Com base na avaliação de desempenho

de cada serviço, uma nova contratualização de indicadores e compromissos deverá ser realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo Programa.

Nessa fase está prevista a pactuação singular dos CEOs e dos gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ-CEO.

A partir dos resultados alcançados pelos CEO, será possível identificar tendências que nortearão a construção de novas estratificações que levem em consideração a realidade das regiões e outras questões que aumentarão a possibilidade de comparações mais equitativas.

ANEXOS

ANEXO 1 - Matriz de indicadores com regras de cálculo

MATRIZ DE INDICADORES DE MONITORAMENTO DO PMAQ - CEO				
DENOMINAÇÃO		CONCEITO	FONTE	MÉTODO DE CÁLCULO
Procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais no mês	1.1	Número de procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPA-I	Total de procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais no mês. * Conforme a Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24/06/2011.
Procedimentos de periodontia no mês	1.2	Número de procedimentos realizados de periodontia especializada	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – BPA-C	Total de procedimentos de periodontia no mês. * Conforme a Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24/06/2011.
Procedimentos de endodontia no mês	1.3	Número de tratamentos endodônticos realizados.	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – BPA-C	Total de procedimentos de endodontia no mês. * Conforme a Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24/06/2011.
Procedimentos de cirurgia oral no mês	1.4	Número de procedimentos de cirurgia oral realizados.	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – BPA-C	Total de procedimentos de cirurgia oral no mês. * Conforme a Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24/06/2011.
Procedimentos de endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes no mês	1.5	Número de procedimentos de endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes realizados.	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – BPA-C	Total de procedimentos de endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes no mês. * Conforme a Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24/06/2011.
Procedimentos restauradores realizados em pessoas com necessidades especiais no mês	1.6	Número de procedimentos restauradores realizados em pessoas com necessidades especiais em relação ao total de pessoas com necessidades especiais atendidas.	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPA-I	Total de procedimentos restauradores realizados em pessoas com necessidades especiais no mês. * Conforme a Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24/06/2011.
Proporção de exodontias em pessoas com necessidades especiais	1.7	Percentual de extrações dentárias em pessoas com necessidades especiais	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPA-I	Nº de exodontias realizadas em pessoas com necessidades especiais atendidas no mês / nº total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos realizados em pessoas com necessidades especiais, atendidas no mesmo período.
Procedimentos de biópsia dos tecidos moles da boca	1.8	Número de biópsias dos tecidos moles da boca realizadas.	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPA-I	Total de procedimentos de biópsias em tecidos moles da boca realizados no mês. * 02.01.01.052-6 - Biópsia dos tecidos moles da boca

ANEXO 2 - Etapas para a Adesão e Contratualização ao Programa no Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB)

A adesão ao PMAQ-CEO será formalizada, em conjunto com o PMAQ-AB, através do Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB) e seguirá as seguintes etapas:

I – Adesão do Município:

1. O gestor municipal deverá acessar o portal do Departamento de Atenção Básica no endereço: dab.saude.gov.br/portaldab e entrar no Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB), utilizando o login e senha cadastrados no sistema, no “Acesso Pessoa Física”.
2. Caso tenha havido mudança de gestor municipal e seja necessário cadastrar o novo gestor ou novos responsáveis por Equipe (EAB, ESB, NASF e CEO), o login deverá ser criado utilizando o “Acesso FMS/FES” utilizando como login o CNPJ e senha do Fundo Municipal de Saúde no endereço: dab.saude.gov.br/portaldab.
3. Após cadastramento e habilitação, o novo responsável poderá acessar o SGDAB, utilizando como login o CPF e a senha que será enviada ao e-mail cadastrado. Para visualizar corretamente todas as páginas do sistema, todos os perfis de acesso devem ser selecionados e salvos, antes de concluir o cadastro do responsável.
4. Após receber a senha, o responsável pela gestão municipal deve entrar no sistema e clicar em “Adesão ao PMAQ” > “1ª Etapa de Adesão”. A adesão será constituída por três etapas:
 - a. Visualização dos resultados obtidos pelo conjunto de equipes do município. (somente para os municípios que participaram do 1º ciclo do PMAQ).
 - b. Preenchimento de informações prévias sobre adesão, com a indicação da quantidade de equipes a serem habilitadas para a etapa de contratualização.
 - c. Fornecimento de informações sobre recontratualização e participação no 1º ciclo do PMAQ, preenchendo um formulário com avaliação sobre o primeiro ciclo do PMAQ. Essas informações serão fundamentais para a organização e planejamento das ações que serão empreendidas no segundo ciclo, com o intuito de apoiar o processo de qualificação do programa.
5. Confirmação das informações sobre a adesão e recontratualização e finalização das telas. Concluído este processo, o município estará habilitado para a etapa de contratualização, a ser preenchida no sistema.

II – Contratualização do responsável pela Gestão Municipal

1. O responsável pela gestão municipal deverá entrar no sistema e clicar em “Adesão ao PMAQ”>“2ª Etapa de Adesão (contratualização)”. A contratualização do município será constituída por quatro etapas:
 - a. Habilitação do CEO para o Cadastramento. Somente poderão realizar a contratualização os CEO que possuírem o perfil de responsável, criado pelo gestor municipal, utilizando o login do FMS/FES, descrito no item 2 acima.
 - b. Visualização dos Compromissos a serem pactuados no 2º Ciclo do PMAQ.
 - c. Gerenciar as adesões e contratualizações dos CEO. Nesta etapa o gestor vai indicar todas as equipes que farão parte do 2º Ciclo do PMAQ. E será permitido contratualizar no máximo o número de CEOS informados na 1º etapa de adesão.
 - d. Finalização e geração dos Termos de Compromisso (TC). Nesta etapa o gestor deve baixar os termos de compromisso, conforme a contratualização realizada, seguindo as recomendações:
 - TC Gestor municipal: deve ser impresso e assinado pelo gestor municipal (1 cópia), arquivar na SMS. Não é necessário envio para o Ministério da Saúde;
 - TC CEO: imprimir 1 cópia por equipe contratualizada. O documento deve ser preenchido e assinado pelo responsável da equipe. Durante a avaliação externa será necessário a apresentação do documento, bem como da ata de reunião que comprova adesão voluntária da equipe.
2. Após a finalização da contratualização, o Ministério da Saúde procederá pela homologação de adesão do município e seu(s) respectivo(s) CEO em Portaria específica.

ANEXO 3 - Critérios de Estratificação dos Municípios para o Processo de Certificação dos CEO

Com o intuito de assegurar maior equidade na comparação dos CEO no processo de certificação, os municípios serão distribuídos em estratos que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos, utilizado no PMAQ da Atenção Básica.

Foi construído um índice que varia de zero a dez, composto por cinco indicadores:

- 1 - Produto Interno Bruto (PIB) *per Capita*,
- 2 - Percentual da população com plano de saúde,
- 3 - Percentual da população com Bolsa Família,
- 4 - Percentual da população em extrema pobreza,
- 5 - Densidade demográfica.

O PIB per capita utilizado foi o do ano de 2008, fornecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Devido a grande disparidade entre o menor e o maior valor, utilizou-se uma técnica de normalização para atribuir uma pontuação de zero a cinco para a metade dos municípios que recebem os menores valores do PIB *per capita*. A outra metade recebeu pontuação distribuída de cinco a dez.

Os dados referentes a densidade demográfica também foram disponibilizados pelo IBGE e da mesma forma que para o PIB, este indicador apresentou forte variabilidade entre o menor e o maior valor. Por essa razão, foi necessário utilizar a mesma técnica de normalização para atribuir a pontuação referente a esse indicador.

Os dados referentes à cobertura da população com planos de saúde, por município, são do ano de 2009 e foram disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde. Cada município obteve uma pontuação de zero a dez, conforme o percentual de pessoas com plano de assistência médica.

O percentual da população em extrema pobreza foi calculado pelo IBGE, com base no universo preliminar do censo demográfico de 2010. Cada município obteve uma pontuação de zero a dez, de acordo com o percentual de pessoas que não estão em extrema pobreza.

Por sua vez, o percentual da população com Bolsa Família foi informado pelo Ministério de Desenvolvimento e Combate à Fome e tem como referência o ano de 2010. Cada município obteve uma pontuação de zero a dez, conforme o percentual de pessoas que não recebem o Bolsa Família.

Para a composição do índice, os cinco indicadores receberam diferentes pesos, sendo que foi considerada, para cada município, a menor pontuação entre o percentual da população com bolsa família e o percentual da população em extrema pobreza.

Indicador	Peso
Produto Interno Bruto <i>per Capita</i>	2
Percentual da população com plano de saúde	1
Percentual da população com Bolsa Família	1
Percentual da população em extrema pobreza	1
Densidade demográfica	1

Os municípios foram distribuídos em seis estratos, de acordo com a sua pontuação total e seu porte populacional¹:

Estrato	Crítérios de Estratificação
1	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes.
2	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes.
3	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes.
4	Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes.
5	Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes
6	Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. 3ª Conferência nacional de saúde bucal: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Manual de especialidades em saúde bucal. Brasília; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica, n. 17 – Saúde Bucal. Brasília; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Portaria GM n.º 283/2006. Brasília 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Portaria GM n.º 599/2006. Brasília 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Portaria GM n.º 600/2006. Brasília 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Portaria GM n.º 1.464/2011. Brasília 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Departamento de Atenção Básica. Portaria GM n.º 2.488/2011. Brasília 2011.

Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2009; 25(2):259-67.

Figueiredo N, Silveira FMM, Neves JC, Magalhães BG, Goes PSA. Avaliação de ações da atenção secundária e terciária de saúde bucal. In: Goes PSA, Moysés SJ, organizadores. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012.

Morris, AJ.; Burke, FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? Br Dent J. 2001; 191:666-70

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs