

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**THAISLAINE GONÇALVES MARTINS SANTOS**

**ANÁLISE DAS AÇÕES DE APOIO MATRICIAL EM CENTROS DE  
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS BRASILEIROS EM  
INTERFACE COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BUCAL**

**CAMPO GRANDE  
2024**

**THAISLAINE GONÇALVES MARTINS SANTOS**

**ANÁLISE DAS AÇÕES DE APOIO MATRICIAL EM CENTROS DE  
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS BRASILEIROS EM  
INTERFACE COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BUCAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Mestrado Profissional, do Instituto Integrado de Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Avaliação de Políticas Públicas em Atenção Primária à Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Diogo De Carli.  
Coorientadora: Profa. Dra. Livia Fernandes Probst.

CAMPO GRANDE  
2024

**THAISLAINE GONÇALVES MARTINS SANTOS**

**ANÁLISE DAS AÇÕES DE APOIO MATRICIAL EM CENTROS DE  
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS BRASILEIROS EM  
INTERFACE COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BUCAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Mestrado Profissional, do Instituto Integrado de Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Avaliação de Políticas Públicas em Atenção Primária à Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Diogo De Carli.  
Coorientadora: Profa. Dra. Livia Fernandes Probst.

Banca examinadora:

Nota/conceito

---

Rafaela da Silveira Pinto – Faculdade de Odontologia/ UFMG

---

Edilson Zafalon – Faculdade de Odontologia/ UFMS

AVALIAÇÃO FINAL: ( ) Aprovação

( ) Reprovação

*A Deus.  
A Meu esposo e minha família que não mediram  
esforços para que eu chegasse à essa etapa da  
minha vida*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que pela sua infinita misericórdia me guiou durante todo o momento, amparando-me em momentos difíceis para eu continuar. A Ele, a honra, a glória, a adoração e a dedicação da minha vida.

Aos meus pais Nerci e Ilma, que são minha fonte de inspiração, expresso minha gratidão pelas orações, amor, carinho, apoio e por nunca deixarem de acreditar em mim.

Ao meu esposo Abner, que entendeu meus momentos de ausência e esteve comigo em cada etapa da construção desse trabalho, sendo essencial para minha chegada até aqui. A sua fé e companheirismo me impulsionam, por isso, essa conquista é nossa!

Ao meu orientador, Alessandro Diogo De Carli, por ter acreditado na possibilidade da realização deste trabalho e aberto as portas da UFMS me aceitando no Programa de Pós-Graduação. Dedicou-se a transmitir seus conhecimentos, demonstrando empenho e paciência para que fosse possível sua conclusão. Obrigado por confiar e apostar em mim.

À minha coorientadora Livia Fernandes Probst pelo empenho dedicado à elaboração desta dissertação. Mesmo com todas suas ocupações e responsabilidades, teve paciência na construção do estudo e na finalização dos mesmos.

Agradeço também os meus colegas de turma e professores pelos conhecimentos compartilhados.

Aos professores que aceitaram participar da minha banca, Rafaela da Silveira Pinto e Edilson Zafalon.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que estiveram comigo nesta caminhada de forma direta ou indiretamente para a realização desta pesquisa. Não há palavras para expressar a gratidão do meu coração.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/MEC-Brasil.

*“Sim, grandes coisas fez o Senhor por nós, e por isso estamos alegres.”  
Salmos 126:3*

## RESUMO

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), foi implantada em 2004, assumindo um papel importante na Atenção Primária a Saúde (APS), visando estratégias para a redução das desigualdades em saúde bucal neste nível de atenção e ampliando o acesso a tratamentos especializados por meio da criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Estes ainda enfrentam desafios, demonstrando fragilidades em determinadas situações, principalmente no que se refere à integralidade do cuidado, que depende da interlocução com os profissionais de outros níveis de atenção, podendo ser realizada por meio do Apoio Matricial (AM). Este foi um dos aspectos avaliados pelo Programa de Melhoria da Qualidade e Acesso dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). O objetivo desse estudo foi investigar se há associação do AM realizado na atenção especializada em saúde bucal no Sistema Único de Saúde com aspectos do processo de trabalho integrado com a Atenção Primária em Saúde e variáveis contextuais. O desenho metodológico do estudo é de natureza quantitativa analítica de delineamento transversal. Foram analisados os dados secundários referentes à Avaliação Externa do segundo ciclo PMAQ-CEO, relativos ao Módulo II. Variáveis contextuais foram selecionadas no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e por meio de consulta ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Foram realizadas análises descritivas e para as variáveis cobertura de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e índice de Gini foi realizada dicotomização pela mediana, classificando os municípios com menor e maior cobertura e com menor e maior índice Gini. A seguir foram ajustados quatro modelos múltiplos. Modelo 1 (modelo vazio), Modelo 2 (variáveis dos CEO, individuais), Modelo 3 (variáveis significativas dos CEO) e Modelo 4 (incluindo as variáveis contextuais). A partir dos modelos, foram estimados os odds ratio brutos e ajustados, com os respectivos intervalos de 95% de confiança. Os resultados mostraram que cerca de metade dos CEO não realizavam projetos terapêuticos construídos com as equipes de Saúde Bucal da APS. Verificou-se que a falta de projetos terapêuticos construídos com as equipes estava associada à falta de discussão de casos complexos pela equipe, falta de discussão de projeto terapêutico singular, ausência de atividades de educação permanente conjunta, falta de construção e discussão de protocolos clínicos, e a falta de crença na importância do planejamento e avaliação periódica. Os resultados sugerem que a articulação entre a APS e a atenção secundária em saúde bucal ainda apresenta fragilidades no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A integralidade do cuidado precisa ser fortalecida, exigindo uma intervenção maior por parte da gestão. Concluiu-se que os fatores

relacionados ao funcionamento interno dos CEO têm maior influência na falta de integração entre as equipes de saúde bucal da APS, em comparação com as variáveis contextuais dos municípios. Essas conclusões destacam a necessidade de fortalecer a colaboração e a comunicação entre os CEO e as equipes de Saúde Bucal da ESF (Estratégia Saúde da Família), a fim de promover uma atenção odontológica mais integrada e efetiva para os usuários do SUS.

**Descritores:** Atenção Secundária à Saúde, Integralidade em Saúde, Estratégia Saúde da Família

## ABSTRACT

The National Oral Health Policy (PNSB) was implemented in 2004, assuming an important role in Primary Health Care (PHC), aiming at strategies to reduce oral health inequalities at this level of care and expanding access to specialized treatments through the creation of Dental Specialties Centers (CEO). However, these centers still face challenges and show weaknesses in certain situations, especially concerning the comprehensiveness of care, which depends on interaction with professionals from other levels of care and can be achieved through Matrix Support (AM). This was one of the aspects evaluated by the Program for Quality Improvement and Access to Dental Specialties Centers (PMAQ-CEO). The objective of this study was to investigate whether there is an association between the AM performed in specialized oral health care in the Unified Health System and aspects of integrated work processes with Primary Health Care and contextual variables. The methodological design of the study is of an analytical quantitative nature with a cross-sectional delineation. Secondary data from the External Evaluation of the second PMAQ-CEO cycle, related to Module II, were analyzed. Contextual variables were selected from the Department of Informatics of the Unified Health System and through consultation with the Institute of Applied Economic Research and the Brazilian Institute of Geography and Statistics. Descriptive analyses were conducted, and the variables "oral health coverage in the Family Health Strategy" and the "Gini index" were dichotomized using the median, classifying municipalities with lower and higher coverage and with lower and higher Gini index. Next, four multiple models were adjusted. Model 1 (empty model), Model 2 (individual CEO variables), Model 3 (significant CEO variables), and Model 4 (including contextual variables). From the models, crude and adjusted odds ratios were estimated, along with their respective 95% confidence intervals. The results showed that approximately half of the CEOs did not carry out therapeutic projects built with Primary Oral Health Care teams. It was found that the lack of therapeutic projects built with the teams was associated with a lack of discussion of complex cases by the team, a lack of discussion of individual therapeutic projects, absence of joint continuing education activities, a lack of construction and discussion of clinical protocols, and a lack of belief in the importance of planning and periodic evaluation. The results suggest that the coordination between Primary Health Care and secondary oral health care still presents weaknesses within the Unified Health System (SUS). The comprehensiveness of care needs to be strengthened, demanding greater intervention from management. It was concluded that factors related to the internal functioning of the CEOs have a greater influence on the lack of integration between the Primary Oral Health Care teams, compared to contextual variables of the municipalities. These findings highlight

the need to strengthen collaboration and communication between CEOs and the Oral Health teams of the FHS (Family Health Strategy) in order to promote more integrated and effective dental care for SUS users.

**Descriptors:** Secondary Health Care, Health Care Completeness, Family Health Strategy.

## LISTA DE TABELAS

<b>Quadro 1.</b> Variáveis (desfecho e independentes) utilizadas no estudo .....	28
<b>Tabela 1.</b> Análises individuais das associações entre a prática de projetos terapêuticos construídos pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) com os profissionais das equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde e as variáveis individuais e contextuais (n=903).....	33
<b>Tabela 2.</b> Análises múltiplas multinível das associações com a prática de projetos terapêuticos construídos pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) com os profissionais das equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde e as variáveis individuais e contextuais (n=903).....	35

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Odds ratio do modelo final das associações com a prática de projetos terapêuticos construídos pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) com os profissionais das equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde – Evento de desfecho=não (n=903).....	38
--	----

## LISTA DE SIGLAS

AB: Atenção Básica

AE: Atenção Especializada

AM: Apoio Matricial

APS: Atenção Primária à Saúde

CEO: Centro de Especialidade Odontológica

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

eAB: equipe da Atenção Básica

EPS: Educação Permanente em Saúde

eSB: equipe de Saúde Bucal

eSF: equipe de Saúde da Família

ESF: Estratégia de Saúde da Família

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

IEP: Instituições de Ensino e/ou Pesquisa

IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IVS: Índice de Vulnerabilidade Social

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleos de Apoio a Saúde da Família

PMAQ-CEO: Programa de Melhoria da Qualidade e Acesso dos Centros de Especialidades Odontológicas

PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PNSB: Política Nacional de Saúde Bucal

PTS: Projetos Terapêuticos Singulares

RAS: Redes de Atenção à Saúde

RCD: Dados Coletados Rotineiramente

SIA-SUS: Sistema de Informação Ambulatorial em Saúde

SISAB: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SIOPS: Sistema de Informações Orçamentárias da Saúde Pública

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPE: Universidade Federal de Pernambuco

UFMA: Universidade Federal do Maranhão

UFMG: Universidade Federal de Minas Gerais

UFPB: Universidade Federal da Paraíba

UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

USP: Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 REVISÃO DE LITERATURA .....	21
2.1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).....	21
2.2 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) .....	22
2.3 Apoio Matricial (AM) e sua interface com o CEO .....	23
3 OBJETIVOS.....	26
3.1 Objetivo geral .....	26
3.2 Objetivos específicos.....	26
4 METODOLOGIA.....	27
4.1 Tipo, local e período da pesquisa .....	27
4.2 Universo e amostra do estudo.....	27
4.3 Variáveis analisadas .....	27
4.4 Organização dos dados e análise estatística .....	29
4.5 Vieses.....	29
4.6 Aspectos éticos .....	31
5 RESULTADOS .....	32
6 DISCUSSÃO .....	39
7 RELEVÂNCIA, IMPACTOS E APLICABILIDADE À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	42
8 CONCLUSÃO.....	43
REFERÊNCIAS .....	44
ANEXO A – Instrumento de Avaliação externa do PMAQ-CEO .....	48
APÊNDICE A – Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados .....	50

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária a Saúde (APS) é considerada a porta de entrada para as ações e serviços de saúde e tem como objetivo principal a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas. Na busca por fortalecer a atenção primária à saúde, implementar as orientações do Sistema Único de Saúde (SUS) e reformular o modelo de assistência, surgiu a iniciativa da Estratégia Saúde da Família (ESF), que abrange a promoção, proteção, prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde (LIMA; GOMES; SOUZA, 2021; BRASIL, 2022).

O acesso ao cuidado em saúde bucal no Brasil é desafiador, pois o atendimento odontológico no Brasil foi marcado por ações curativas e muitas vezes mutiladoras, permanecendo reflexos desse cenário atualmente. Para superar as persistentes desigualdades na área foi implementado como política pública em 2004, por meio da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Programa Brasil Sorridente. Esta propôs a reorganização da atenção básica em saúde bucal, ampliação e qualificação 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), do fomento à integração ensino-serviço, por meio de programas como o GraduaCEO, da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público e da vigilância em saúde bucal. Os CEO são estabelecimentos de referência à atenção secundária para os pacientes da APS que necessitam de atendimento especializado (BRASIL, 2006; BRASIL, 2017b; NARVAI, FRAZÃO, 2008; NARVAI, 2020; REIS, *et al.*, 2022).

Em 2013, foi elaborado o Programa de Melhoria da Qualidade e Acesso dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), com o objetivo ampliar o acesso e melhorar a qualidade dos CEOs. Em seu segundo ciclo, realizado em 2018, o PMAQ-CEO foi organizado em três fases: adesão e contratualização pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), certificação e recontratualização, e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento que compõe um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade dos CEO (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017b).

No Brasil, a organização do processo de trabalho interprofissional em saúde, de diferentes níveis de atenção ou de um mesmo nível de atenção, é denominada Apoio Matricial (AM), e tem o potencial de ampliar a eficiência e qualidade do trabalho em saúde. Esta metodologia se mostrou viável, primeiramente com as equipes de saúde mental, e se estendeu, com o passar dos anos, a outras equipes que fazem parte da Redes de Atenção à Saúde (RAS)

(CAMPOS; DOMITTI, 2007; BORELLI *et al.*, 2015; CASTRO; CAMPOS, 2016; BAPTISTA *et al.*, 2020; ABREU *et al.*, 2022).

Nesse sentido a articulação entre APS e Atenção Especializada permite um planejamento e efetivação dos serviços das RAS. Nesta interface, é possível, por meio do AM e Educação Permanente das equipes de saúde bucal (eSB), elaborar diretrizes e protocolos capazes de orientar o acesso e avaliações de casos complexos dos problemas de saúde. Portanto, essa interlocução servirá como facilitador na resolução dos casos advindos da APS. No entanto, percebe-se que não há muitos estudos que relatem o AM nos CEO. Assim, faz-se necessário investigar sobre a temática, para que se possa obter resultados representativos que tenham a potência de contribuir para os avanços importantes no contexto da atenção especializada em saúde bucal em interface com a APS (PINTO *et al.*, 2012; FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016; ABREU *et al.*, 2022).

Diante dessas considerações, indaga-se: A prática de projetos terapêuticos construídos pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) com os profissionais das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica está associada às variáveis dos CEOs e dos municípios onde os CEOs estão inseridos?

Portanto, o objetivo deste estudo foi investigar se há associação do AM realizado na atenção especializada em saúde bucal no Sistema Único de Saúde com aspectos do processo de trabalho integrado com a Atenção Primária em Saúde (APS) e variáveis contextuais.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)

Com a expansão da APS, houve necessidade de aumentar e melhorar o acesso aos serviços especializados. Sendo assim, em 2004 por meio da PNSB, denominada Programa Brasil Sorridente, foi implementado os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Nesse sentido os CEO se constituem em unidades de referência para a APS, com o objetivo de oferecer serviços relacionados a saúde bucal, cujo nível de complexidade demande de especialistas capazes de conduzirem atendimentos que requerem recursos tecnológicos de maiores complexidades (BRASIL, 2018; GOES *et al.*, 2012).

A implantação desta Política foi importante, pois permitiu que a saúde bucal se orientasse pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação social. Portanto é necessário que ocorra uma eficiente interface entre o atendimento odontológico ofertado na APS e nos níveis de atenção de média e alta complexidade (LUCENA; PUCCA JÚNIOR; SOUSA, 2011).

De acordo com a Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006, os CEO são classificados como Tipo I, quando apresentam três consultórios odontológicos, Tipo II, quando apresentam entre quatro e seis consultórios e Tipo III quando apresenta acima de sete consultórios. Ofertam no mínimo as especialidades de Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais, Cirurgia Oral Menor, Endodontia, Estomatologia e Periodontia, devem cumprir uma produção mínima mensal e manter o funcionamento de 40 horas semanais. Além disso, podem ser oferecidos serviços de Implantes Dentários, Ortodontia, Ortopedia Funcional dos Maxilares, Odontopediatria e Reabilitação Protética, a critério do gestor responsável, conforme as necessidades do município (ABREU *et al.*, 2022; BRASIL 2006; BRASIL, 2022).

Diante da perspectiva do importante papel social do CEO em reduzir as desigualdades existentes no acesso aos serviços odontológicos especializados, com o compromisso de executar uma melhoria constante de suas atribuições, em 2013 foi desenvolvido pelo Governo Federal o Programa de Melhoria da Qualidade e Acesso dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016).

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

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) foi instituído no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal por meio da Portaria GM/MS nº 261, de 21 de fevereiro de 2013 e suas normas foram revisadas pela Portaria GM/MS nº 1.599, de 30 de setembro de 2015. O PMAQ-CEO foi realizado em dois ciclos, o ciclo 1 em 2014 e o ciclo 2 em 2018. Em ambos a participação foi de forma voluntária e os gestores municipais, estaduais ou o Distrito Federal puderam incluir todos ou apenas um CEO de sua gestão no Programa (BRASIL 2013; BRASIL, 2017b; BRASIL, 2018; REIS, *et al.*, 2022)

A avaliação das ações e serviços de saúde é um desafio e o processo avaliativo deve ser considerado de forma ampla através de um campo das modalidades de intervenções sociais, para que seja possível uma tomada de novas decisões. O Ministério da Saúde, preconiza uma avaliação por meio de processos e resultados, para garantir melhoria do acesso de qualidade e da atenção em saúde a toda população, possibilitando a identificação de problemas, o que torna possível uma tentativa de melhorar e orientar os gestores e trabalhadores de saúde. Pode ocorrer a partir do uso de indicadores de monitoramento e pesquisa de avaliação (BRASIL, 2017b; GOES *et al.*, 2018; UCHIMURA; BOSI, 2018).

No segundo ciclo, o Programa estava organizado em três fases Adesão e Contratualização, Certificação e Recontratualização, além de um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento formando um ciclo contínuo (BRASIL, 2017b).

A primeira fase de Adesão e Contratualização, compreendia na indicação pelos gestores, que determinavam quais CEO, participariam do Programa, para isso se estabeleceu a assinatura de dois Termos de Compromissos, um entre gestor e equipe do CEO e outro entre gestor e o Ministério da Saúde, em um processo de pactuação entre gestão e profissionais do CEO, se tratando de um documento necessário no momento da avaliação externa (BRASIL, 2017b).

A segunda fase de Certificação, verificou se os requisitos estabelecidos pelo Programa foram atingidos. Os CEO foram certificados de acordo com seu desempenho, através da Autoavaliação, pelo Desempenho do conjunto de indicadores contratualizados no momento da etapa de Adesão e Contratualização e por meio da Avaliação externa de desempenho dos profissionais dos CEO, gestão e satisfação dos usuários. Após a Certificação, os CEO foram classificados em Ótimo, Muito Bom, Bom, Regular e Ruim (BRASIL, 2017b).

O Eixo Transversal, consistia em ações realizadas em conjunto pelos profissionais do CEO, Gestores e pelo Ministério da Saúde, para trabalhar mudanças no trabalho desenvolvido e com isso evoluir em melhorias dentro dos Centros especializados. Foi organizado em cinco dimensões, como: Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente, Apoio Institucional e Cooperação Horizontal (BRASIL, 2017b).

A Avaliação externa, foi realizada pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, em parceria com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP). A Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) foi a responsável pela coordenação em parceria com as Universidades Federais do Maranhão (UFMA), Paraíba (UFPB), Minas Gerais (UFMG), Rio Grande do Sul (UFRGS) e Universidade de São Paulo (USP) e estas foram responsáveis por realizar a seleção e capacitação dos entrevistadores que aplicaram o instrumento de trabalho *in loco* (BRASIL, 2017a).

A última fase consistiu na Recontratualização, constituída pela pactuação das equipes e dos municípios, com acréscimo de novos padrões e indicadores de qualidade, incentivando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelo PMAQ-CEO (BRASIL, 2017b).

### **2.3 Apoio Matricial (AM) e sua interface com o CEO**

Em 2008 quando houve a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) o conceito de Apoio Matricial, passa a ser prática efetiva nas Unidades de Saúde da Família (USF) e com o decorrer do tempo, foi incorporado às outras equipes que fazem parte das RAS (CAMPOS *et al.*, 2014).

Surge da necessidade da APS incorporar profissionais especializados compartilhando conhecimentos, proporcionando maior resolubilidade no atendimento. Importante ressaltar que o AM se configura como estratégia complementar aos fluxos de referência e contrarreferência, protocolos clínicos e centrais de regulação (CAMPOS; DOMITTI, 2007; COSTA *et al.*, 2015; MARTINS *et al.*, 2016; BRASIL, 2017b).

Trata-se de um suporte técnico-pedagógico, onde se realiza um apoio educativo em conjunto com a APS, por meio de discussões de casos clínicos, e até mesmo consultas domiciliares, desenvolvendo uma possibilidade de qualificar as equipes para uma atenção de forma ampla e diferentes complexidades, sendo assim podem ser especificados casos que necessitem de acompanhamento de um especialista e casos que podem ser acompanhados pelas equipes da APS. O AM desenvolve a interdisciplinaridade, permitindo equidade nos serviços

de saúde, ampliando o acesso às demandas de maior gravidade aos serviços especializados, rompendo com os encaminhamentos desnecessários, preservando a comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção, além da atuação clínica (CAMPOS, 1999; CAMPOS *et al.*, 2014; COSTA *et al.*, 2015).

No entanto o AM, carrega desafios que precisam se romper, como hierarquização entre profissionais, sistema de saúde fragmentado e modelo biomédico dominante. Sendo assim, é necessário que todos os envolvidos, sejam capacitados, e abertos para que mudanças ocorram em sua totalidade, para que uma parceria de encontros regulares e produtivos entre as equipes de referência, equipe AM e gestores ocorra e a atenção à saúde seja executada de forma integral (CAMPOS *et al.*, 2014).

A interlocução entre o CEO sobre o ponto de vista do AM, se torna um importante articulador entre atenção básica (AB) e atenção especializada (AE), desenvolvendo uma efetiva integralidade em saúde bucal, na construção de ações de cuidado. Sendo assim, gestores tem a responsabilidade de incentivar a participação dos profissionais, para conhecer a fundo todas as áreas que carecem do AM, e por meio dessas discussões definir ações de apoio para as equipes de saúde bucal da AB e AE, ou até mesmo para ambas (BRASIL 2015; BRASIL, 2017b).

O AM pode se apresentar de duas formas, primeiramente em encontros para a discussão de casos e construção de projetos buscando melhorias, e a segunda maneira seria o suporte em determinados casos, considerados urgentes, que não podem esperar e necessitam de um atendimento com especialista. Dessa forma, a soma das perspectivas de diferentes profissionais, permitem que uma ampla busca pela real necessidade em saúde seja realizada o que proporciona uma integralidade no atendimento, quebrando obstáculos organizacionais à comunicação (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CHAZAN; FORTES; JUNIOR, 2020)

Estudos mostram as dificuldades relacionadas ao acesso aos serviços e ao processo de trabalho dos CEO, situações que também podem estar relacionadas a fatores contextuais. Sabe-se que no Brasil, devido às características continentais do país, as diferenças regionais e as iniquidades sociais, o processo de trabalho dos CEO pode ser influenciado por características contextuais dos locais de onde estão (porte populacional, cobertura de estratégia saúde da família, índice de desenvolvimento humano e governabilidade). Estudos apontam que localidades mais desenvolvidas apresentam melhores resultados de desempenho (ABREU *et al.*, 2022; MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015).

Como agravante, nos CEO, prevalece a resolução de casos complexos, que frequentemente, requer atenção interprofissional que pode ser contemplada por meio do AM. Na ausência deste, prejudica-se o bom andamento das atividades dos CEO e os serviços que

deveriam ser oferecidos dentro das APS são apenas referenciados, sem necessariamente haver uma troca de informações entre estes níveis de atenção em saúde bucal, o que implica alta taxa de abandono de tratamento (SILVA; GOTTEMS, 2017; CABREIRA; HUGO; CELESTE, 2022).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Analisar se há associação do Apoio Matricial realizado na atenção especializada em saúde bucal no SUS com aspectos do processo de trabalho integrado com a Atenção Primária em Saúde (APS) e variáveis contextuais.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Verificar a magnitude da interlocução dos profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) com outros profissionais para resolução de casos complexos.
- Verificar se há associação entre a interlocução profissional e ações de matriciamento que ocorrem nos CEO brasileiros com determinantes contextuais.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo, local e período da pesquisa**

Trata-se de estudo quantitativo analítico de delineamento transversal, de abrangência nacional e que utiliza dados secundários nacionais oriundos do segundo ciclo do PMAQ-CEO (2018), cuja coleta deste estudo foi realizada no período de março a julho de 2022.

### **4.2 Universo e dados do estudo**

Foram incluídos dados de todos os CEO participantes do segundo ciclo do PMAQ-CEO. De 1.097 CEO credenciados em 2018, 1.042 aderiram à avaliação externa, correspondendo a 94,99 % dos CEO em atividade em nível nacional (n=1.042). Dentre estes, foram excluídos 139 por não terem respondido às questões objeto de estudo. Assim, o universo de estudo correspondeu a 903 CEO (n=903).

Os dados foram obtidos por meio do banco de dados de domínio público referente à Avaliação Externa do segundo ciclo PMAQ-CEO. As informações foram relativas aos Módulos II.5 – Planejamento, Avaliação e Gestão Para Organização do Processo de Trabalho do CEO, II.6 – Apoio Matricial (AM) e II.18– Planejamento e Reunião da Equipe do CEO (ANEXO A).

Os dados socioeconômicos foram selecionados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/eSUS AB), utilizando-se os seguintes sistemas de informação: Sistema de Informação Ambulatorial em Saúde (SIA-SUS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Informações Orçamentárias da Saúde Pública (SIOPS). Variáveis contextuais foram obtidas por meio de consulta ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

### **4.3 Variáveis analisadas**

As variáveis utilizadas no estudo e a forma como foram tratadas na análise estatística estão apresentadas no Quadro 1.

**Quadro 1.** Variáveis (desfecho e independentes) utilizadas no estudo

Variável	Apresentação	Fonte dos dados
<b><i>Desfecho</i></b>		
Projetos terapêuticos construídos com as eSB da AB	Categorizada: Sim ou Não	PMAQ- CEO
<b><i>Variáveis independentes do processo de trabalho do CEO</i></b>		
Discussão de casos complexos	Categorizada: Sim ou Não	PMAQ- CEO
Discussão de projeto terapêutico singular	Categorizada: Sim ou Não	PMAQ- CEO
Atividades de educação permanente	Categorizada: Sim ou Não	PMAQ- CEO
Construção e discussão de protocolos clínicos	Categorizada: Sim ou Não	PMAQ- CEO
Visitas domiciliares com as equipes	Categorizada: Sim ou Não	PMAQ- CEO
Desenvolvem planejamentos e avaliações periódicas?	Categorizada: Sim ou Não	PMAQ- CEO
<b><i>Variáveis independentes do município</i></b>		
Cobertura de saúde bucal	Proporção da população coberta pela saúde bucal em nível de APS, Cálculo a partir da fórmula: $\frac{(n^{\circ} \text{eSFSB} * 3450) + (n^{\circ} \text{eASB parametrizadas} + n^{\circ} \text{eSFSB equivalentes}) * 3000}{\text{Estimativa populacional}} * 100$	SISAB
Prosperidade Social	A prosperidade social é a ocorrência simultânea do alto desenvolvimento humano com a baixa vulnerabilidade social, sugerindo que, nas porções do território onde ela se verifica, ocorre uma trajetória de desenvolvimento humano menos vulnerável e socialmente mais próspera.	IPEA
Índice de Gini	Medida de desigualdade de renda, pois aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, ele varia de zero a um. O valor zero representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda.	PNUD

#### 4.4 Organização dos dados e análise estatística

Após a busca de dados, estes foram organizados em planilhas do Excel e posteriormente submetidos à análise estatística. Foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis com frequências absolutas e relativas. Para as variáveis cobertura de saúde bucal e índice Gini foi realizada dicotomização pela mediana, classificando os municípios com menor e maior cobertura e com menor e maior índice Gini.

Foram construídos modelos de regressão logística simples para cada variável independente (dos CEO e dos municípios) com o desfecho “Projetos terapêuticos construídos com as eSB da AB”. A seguir foram ajustados quatro modelos múltiplos. Primeiramente foi ajustado um modelo vazio (apenas com o intercepto) para calcular o coeficiente de correlação intraclasse. Após, foi ajustado um modelo múltiplo multinível com as variáveis relacionadas aos CEO (modelo 2) e posteriormente um modelo múltiplo multinível apenas com as variáveis dos CEO que permaneceram significativas no modelo múltiplo (modelo 3). Nestes dois modelos, foram considerados os CEO (nível 1) aninhados aos Municípios (nível 2), pelos códigos do IBGE dos municípios de cada CEO. No modelo 4 foram incluídas as variáveis relacionadas aos municípios (variáveis contextuais) que tiveram  $p < 0,20$  nas análises individuais e no modelo final permaneceram apenas as variáveis significativas ( $p \leq 0,05$ ) no modelo múltiplo multinível. A partir dos modelos, foram estimados os odds ratio brutos e ajustados, com os respectivos intervalos de 95% de confiança. O ajuste dos modelos foi avaliado pelo QIC (critério de quasi-verossimilhança) e pela significância estatística. Os dados foram analisados com recursos dos programas R e SAS.

#### 4.5 Vieses

Dados secundários obtidos em sistemas de informação nacionais de acesso público e irrestrito oferecem inúmeras vantagens, como a ampla cobertura populacional e o baixo custo para a coleta das informações. No entanto, como esses dados são normalmente coletados em serviços de saúde de rotina sem fins de pesquisa a priori, a ausência de informações importantes para as análises de interesse pode representar desvantagens significativas (LIU *et al.*, 2022).

Por sua vez, a qualidade de informações provenientes de bancos de dados pode ser avaliada em duas dimensões: completude e precisão. A completude refere-se à extensão em que os dados estão faltando na perspectiva da pergunta de pesquisa delineada. Dados ausentes são inevitáveis, no entanto, muitas vezes é necessário entender até que ponto as variáveis

importantes estão ausentes entre os Dados Coletados Rotineiramente (RCD) e as possíveis razões para sua falta. Outra dimensão importante é a precisão. As informações em registros de sistemas eletrônicos, como códigos de procedimentos ou valores numéricos, às vezes podem ser registradas de forma imprecisa (LIU *et al.*, 2022).

Vale ressaltar que, a fim de evitar e/ou minimizar vieses oriundos da limitação da fonte de dados, cuidado adicional foi tomado ao realizar as associações entre as variáveis estudadas, incluindo a construção de um modelo multinível das variáveis incluídas. Ademais, para garantir a confiabilidade dos resultados foram utilizadas fontes de informação transparentes, a saber:

**PMAQ-CEO:** A Avaliação Externa consiste na fase em que um grupo de avaliadores da qualidade, selecionados e capacitados pelas Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP), aplicaram instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelos profissionais e pela gestão. Foram realizadas observações de infraestrutura do CEO, entrevista com o Gerente do CEO, com um cirurgião-dentista do CEO, com usuários e verificação de documentos.

**IPEA:** Base de dados e indicadores sociais abrangendo temas diversos, como nível de renda per capita, desigualdade na distribuição de renda dos indivíduos e domicílios, desempenho educacional, condições de saúde e habitação, inserção no mercado de trabalho, situação dos direitos humanos da população, entre outros. Como fontes de dados, destacam-se os microdados provenientes de várias pesquisas do IBGE (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Censos Demográficos) e dos vários ministérios (Censo Escolar, Mortalidade, Rais/Caged, entre outras).

O DATASUS disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde. Dados sobre Assistência à Saúde da população entre outros podem ser obtidos nesta fonte.

PNUD disponibiliza informações e dados atualizados sobre a realidade do país, fornecendo ferramentas para a análise das necessidades, recursos e potencialidades da sociedade brasileira.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Por se tratar de estudo com dados secundários de domínio público, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

## 5 RESULTADOS

Foram analisados dados de 903 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) pertencentes a 767 municípios das cinco regiões do país.

Na Tabela 1, quando analisadas individualmente, todas as variáveis relacionadas aos CEO apresentaram associação significativa com o desfecho “Projetos terapêuticos construídos com as eSB da AB” ( $p < 0,05$ ). Foram também significativas nas análises individuais as variáveis cobertura de saúde bucal e a prosperidade social dos municípios ( $p < 0,05$ ). Observou-se que 48,1% dos CEO não realizavam projetos terapêuticos construídos com as eSB da AB. Além disso, 7,6% não realizavam discussão de casos complexos; 31,9% não realizavam discussão de projeto terapêutico singular; 19,7% não executavam atividades de educação permanente; 47,7% não faziam construção e discussão de protocolos clínicos; 22,7% não realizavam visitas domiciliares com as equipes e para 43,0% dos CEO, as ações desenvolvidas não eram frutos de planejamentos e avaliações periódicas.

Na Tabela 2 e Figura 1 são apresentados os resultados das análises de regressão múltipla multinível. O modelo vazio (modelo 1) foi ajustado para calcular o coeficiente de correlação intraclasse. Observou-se que o coeficiente de correlação intraclasse é de 0,2578, ou seja, em torno de 26% da variação total é devido às variáveis dos municípios. No modelo 2 foram incluídas as variáveis relacionadas aos CEO, sendo que quando analisada em conjunto com as demais, a variável “Visitas domiciliares com as equipes” deixou de ser significativa ( $p = 0,8651$ ). As demais variáveis permaneceram no modelo 3. No modelo 4 foram incluídas as variáveis dos municípios com  $p < 0,20$  nas análises individuais (Região, Cobertura de saúde bucal e Prosperidade social). Observou-se que nenhuma variável contextual (dos municípios) permaneceu significativa quando analisada em conjunto com as variáveis dos CEO ( $p > 0,05$ ). Assim, o modelo final foi composto pelas variáveis significativas no modelo múltiplo multinível. No modelo final, observou-se maior chance de não realizar projetos terapêuticos construídos com as eSB da AB entre os CEO que não realizavam discussão de casos complexos (OR=2,59; IC95%: 1,04-6,48), que não faziam discussão de projeto terapêutico singular (OR=2,85; IC95%: 1,98-4,10), que não desenvolviam atividades de educação permanente (OR=2,01; IC95%: 1,27-3,17), que não realizavam construção e discussão de protocolos clínicos (OR=2,45; IC95%: 1,80-3,34) e que não acreditavam que as ações desenvolvidas no CEO eram frutos de planejamentos e avaliações periódicas (OR=2,02; IC95%: 1,48-2,75),  $p < 0,05$ .

Tabela 1. Análises individuais das associações entre a prática de projetos terapêuticos construídos pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) com os profissionais das equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde e as variáveis individuais e contextuais (n=903)

Variáveis	Categoria	n (%)	Projetos terapêuticos construídos com as eSB da AB		OR bruto (IC95%)	p-valor
			Sim	*Não		
			n (%)	n (%)		
<b>Amostra geral</b>		903 (100,0%)	469 (51,9%)	434 (48,1%)	-	-
<b>Dos Centros de Especialidades Odontológicas</b>						
Discussão de casos complexos	Sim	834 (92,4%)	453 (54,3%)	381 (45,7%)	Ref	<0,0001
	Não	69 (7,6%)	16 (23,2%)	53 (76,8%)	3,81 (2,17-6,70)	
Discussão de projeto terapêutico singular	Sim	615 (68,1%)	389 (63,3%)	226 (36,7%)	Ref	<0,0001
	Não	288 (31,9%)	80 (27,8%)	208 (72,2%)	4,41 (3,23-6,01)	
Atividades de educação permanente	Sim	725 (80,3%)	421 (58,1%)	304 (41,9%)	Ref	<0,0001
	Não	178 (19,7%)	48 (27,0%)	130 (73,0%)	3,70 (2,61-5,24)	
Construção e discussão de protocolos clínicos	Sim	472 (52,3%)	315 (66,7%)	157 (33,3%)	Ref	<0,0001
	Não	431 (47,7%)	154 (35,7%)	277 (64,3%)	3,56 (2,68-4,73)	
Visitas domiciliares com as equipes	Sim	600 (66,4%)	347 (57,8%)	253 (42,2%)	Ref	0,0002
	Não	205 (22,7%)	86 (42,0%)	119 (58,0%)	1,85 (1,33-2,57)	
	Sem informação	98 (10,9%)	36 (36,7%)	62 (63,3%)	-	
Desenvolvem planejamentos e avaliações periódicas?	Sim	417 (46,2%)	274 (65,7%)	143 (34,3%)	Ref	<0,0001
	Não	388 (43,0%)	159 (41,0%)	229 (59,0%)	2,72 (2,04-3,63)	
	Sem informação	98 (10,9%)	36 (36,7%)	62 (63,3%)	-	
<b>Contextuais</b>						
Região	Norte	51 (5,6%)	20 (39,2%)	31 (60,8%)	1,66 (0,78-3,54)	0,1878
	Nordeste	366 (40,5%)	201 (54,9%)	165 (45,1%)	0,92 (0,57-1,47)	0,7299
	Centro-oeste	64 (7,1%)	37 (57,8%)	27 (42,2%)	0,86 (0,42-1,76)	0,6873
	Sul	318 (35,2%)	155 (48,7%)	163 (51,3%)	1,21 (0,75-1,95)	0,4353
	Sudeste	104 (11,5%)	56 (53,8%)	48 (46,2%)	Ref	

Variáveis	Categoria	n (%)	Projetos terapêuticos construídos com as eSB da AB		OR bruto (IC95%)	p-valor
			Sim	*Não		
			n (%)	n (%)		
Cobertura de saúde bucal	≤ 67,55% (Mediana)	452 (50,1%)	207 (45,8%)	245 (54,2%)	1,68 (1,27-2,22)	0,0003
	> 67,55%	451 (49,9%)	262 (58,1%)	189 (41,9%)	Ref	
Prosperidade Social	Muito alta	418 (46,3%)	216 (51,7%)	202 (48,3%)	Ref	0,0038
	Alta	106 (11,7%)	37 (34,9%)	69 (65,1%)	1,96 (1,24-3,11)	
	Média	130 (14,4%)	75 (57,7%)	55 (42,3%)	0,77 (0,51-1,16)	
	Baixa	126 (14,0%)	70 (55,6%)	56 (44,4%)	0,85 (0,56-1,29)	
	Muito baixa	123 (13,6%)	71 (57,7%)	52 (42,3%)	0,78 (0,51-1,18)	
Índice de Gini	≤ 0,52 (Mediana)	492 (54,5%)	262 (53,3%)	230 (46,7%)	0,91 (0,69-1,21)	0,5137
	> 0,52	411 (45,5%)	207 (50,4%)	204 (49,6%)	Ref	

Tabela 2. Análises múltiplas multinível das associações com a prática de projetos terapêuticos construídos pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) com os profissionais das equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde e as variáveis individuais e contextuais (n=903)

Variáveis	Categoria	Modelo 1 (modelo vazio)	Modelo 2 (variáveis dos CEOs)	Modelo 3 (variáveis significativas dos CEOs)		Modelo 4 (incluindo as variáveis contextuais)		Modelo final		
			OR ajustado (IC95%)	p-valor	OR ajustado (IC95%)	p-valor	OR ajustado (IC95%)	p-valor	OR ajustado (IC95%)	p-valor
<b>Dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs)</b>										
Discussão de casos complexos	Sim	-	Ref 2,58		Ref 2,59		Ref 2,66		Ref 2,59	
	Não		(1,03- 6,45)	0,0421	(1,04- 6,48)	0,0414	(1,04- 6,76)	0,0400	(1,04- 6,48)	0,0414
Discussão de projeto terapêutico singular	Sim	-	Ref 2,85		Ref 2,85		Ref 2,84		Ref 2,85	
	Não		(1,98- 4,09)	<0,0001	(1,98- 4,10)	<0,0001	(1,96- 4,10)	<0,0001	(1,98- 4,10)	<0,0001
Atividades de educação permanente	Sim	-	Ref 2,01		Ref 2,01		Ref 1,98		Ref 2,01	
	Não		(1,27- 3,16)	0,0028	(1,27- 3,17)	0,0027	(1,24- 3,17)	0,0042	(1,27- 3,17)	0,0027
Construção e discussão de protocolos clínicos	Sim	-	Ref 2,45		Ref 2,45		Ref 2,37		Ref 2,45	
	Não		(1,80- 3,33)	<0,0001	(1,80- 3,34)	<0,0001	(1,73- 3,24)	<0,0001	(1,80- 3,34)	<0,0001
Visitas domiciliares com as equipes	Sim	-	Ref		-	-	-	-	-	-
	Não		1,03	0,8651						

Variáveis	Categoria	Modelo 1 (modelo vazio)	Modelo 2 (variáveis dos CEOs)	Modelo 3 (variáveis significativas dos CEOs)		Modelo 4 (incluindo as variáveis contextuais)		Modelo final		
			OR ajustado (IC95%)	p-valor	OR ajustado (IC95%)	p-valor	OR ajustado (IC95%)	p-valor	OR ajustado (IC95%)	p-valor
	Sem informação	-	(0,71- 1,51)	-	-	-	-	-	-	
Desenvolvem planejamentos e avaliações periódicas?	Sim	-	Ref 2,00 (1,44- 2,76)	<0,0001	Ref 2,02 (1,48- 2,75)	<0,0001	Ref 2,00 (1,45- 2,77)	<0,0001	Ref 2,02 (1,48- 2,75)	<0,0001
	Não									
	Sem informação		-		-		-		-	
<b>Contextuais</b>										
Região	Norte	-					1,26 (0,45- 3,56)	0,6589	-	-
	Nordeste						1,34 (0,61- 2,94)	0,4628		
	Centro- oeste						0,80 (0,34- 1,89)	0,6179		
	Sul						1,12 (0,65- 1,92)	0,6894		
	Sudeste						Ref			

Variáveis	Categoria	Modelo 1 (modelo vazio)	Modelo 2 (variáveis dos CEOs)	Modelo 3 (variáveis significativas dos CEOs)	Modelo 4 (incluindo as variáveis contextuais)	Modelo final		
			OR ajustado (IC95%)	p-valor	OR ajustado (IC95%)	p-valor	OR ajustado (IC95%)	p-valor
Cobertura de saúde bucal	≤ 67,55% (Mediana)	-	-	-	1,28 (0,88- 1,87)	0,1967	-	-
	> 67,55%				Ref			
Prosperidade Social	Muito alta	-	-	-	Ref		-	-
	Alta				1,29 (0,76- 2,19)	0,3414		
	Média				0,91 (0,45- 1,84)	0,7888		
	Baixa				0,84 (0,39- 1,80)	0,6560		
	Muito baixa				1,16 (0,52- 2,58)	0,7160		
QIC		1252,72	957,83	955,88	967,06		955,88	

\*Evento de desfecho. Ref: Categoria de referência para as variáveis independentes. OR: Odds ratio. IC: Intervalo de confiança. Variância entre municípios=0,2596; Variância residual=0,7473; ICC: Coeficiente de correlação intraclasse (Parte da variação total que é devida ao nível contextual - Municípios) =0,2578.

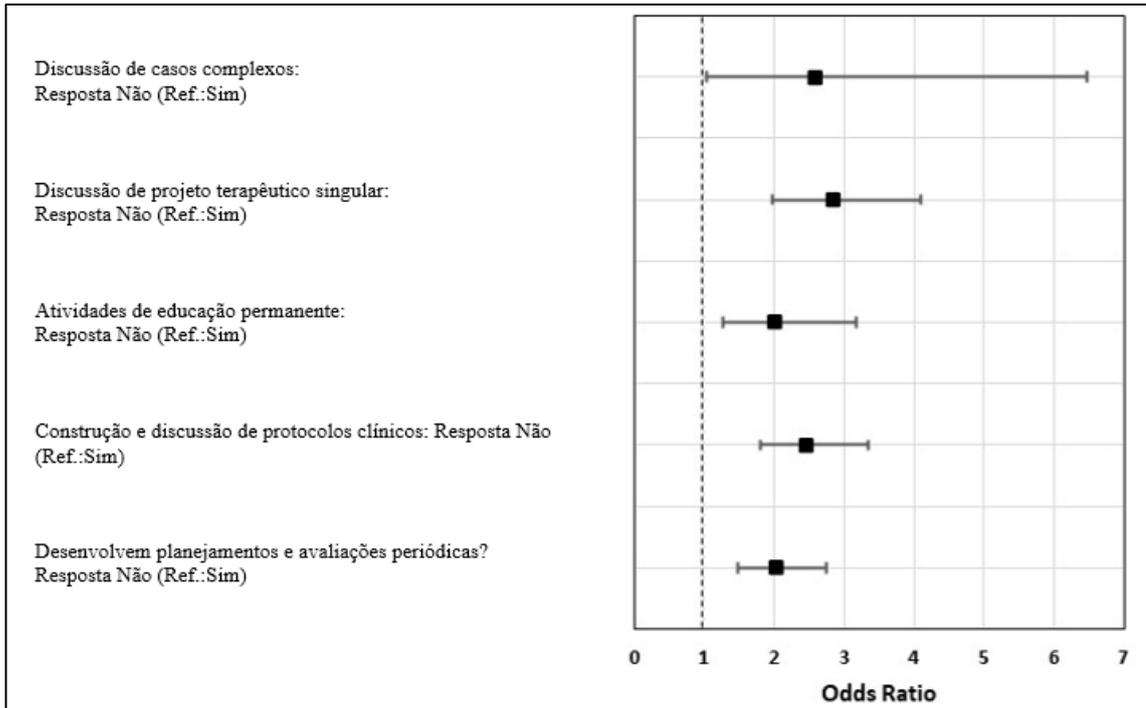


Figura 1. Odds ratio do modelo final das associações com a prática de projetos terapêuticos construídos pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) com os profissionais das equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde – Evento de desfecho=não (n=903)

## 6 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstram que quase metade dos CEOs não realizam projetos terapêuticos construídos com os profissionais das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. As chances dessa não realização foram maiores entre os CEOs que não realizam a discussão de casos complexos, não fazem a discussão de projeto terapêutico singular, não desenvolvem atividades de educação permanente, não realizam a construção e discussão de protocolos clínicos e não acreditam que as ações desenvolvidas no CEO são fruto de planejamentos e avaliações periódicas.

A discussão de casos complexos é uma importante estratégia de AM, e este estudo mostrou que a grande maioria das equipes dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) possui essa prática. É relevante destacar que, apesar de menos de 8% das equipes não realizarem a discussão de casos complexos, as equipes que não a realizaram tiveram 2,59 vezes mais chances de não fazer projetos terapêuticos construídos com os profissionais das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica do que as equipes que realizaram. Esses resultados reforçam a discussão de casos complexos como facilitadora da resolutividade e qualidade da atenção em saúde bucal na APS, favorecendo a otimização do tempo dos atendimentos aos usuários (SCHERER et al., 2018; FAGUNDES; CAMPOS; FORTES, 2021).

Nossos resultados apontaram que mais de 30% das equipes dos CEOs que não realizam a discussão de projeto terapêutico singular com as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica e tiveram 2,85 vezes mais chances de não realizar projetos terapêuticos construídos com as equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, em comparação com as equipes que discutem o PTS. Essa foi a variável independente com maior efeito sobre o desfecho, ou seja, não discutir o PTS foi o fator que mais gerou chances de não realizar o Apoio Matricial.

A educação permanente é uma prática no Brasil, sendo orientada pela Política Nacional de EPS como a principal estratégia institucional para a qualificação dos profissionais do SUS (BRASIL, 2009). Sua prática traz um diferencial para as equipes de saúde por meio da qualificação profissional, tornando-se um ponto crucial para a qualidade do processo de trabalho, pois tem o potencial de contribuir para a construção de valores, quantificar e enriquecer a gestão do trabalho em saúde. Nessa perspectiva, melhoram-se o processo de conhecimento e análise da realidade social, aumentando a resolutividade, a humanização e a coordenação do cuidado (BISPO JÚNIOR; CUNHA et al., 2020; GONÇALVES et al., 2020; SILVA, et al 2022). De forma positiva, observamos que apenas 19,7% das equipes dos CEOs não executam atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais das

equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, e nossos resultados reforçam sua importância, pois essas equipes tiveram 2,01 vezes mais chances de não fazer projetos terapêuticos construídos com as equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica do que as equipes que realizaram a EPS.

A adoção de protocolos clínicos é uma forma de superar a fragmentação do sistema de saúde, facilitando o gerenciamento das ações e respeitando os princípios de universalidade e equidade propostos pelo SUS (HEBLING et al., 2007; FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016). Assim, torna-se essencial desenvolver processos de trabalho que viabilizem a formação e gestão de uma rede de atenção em saúde bucal, pois quando não há uma visão clara de onde se deseja chegar, cada indivíduo conduzirá o processo de trabalho de forma individual, e dificilmente haverá ganhos de qualidade, persistindo um modelo fragmentado em que os serviços não se articulam e, como resultado, não alcançam as reais necessidades da população de forma contínua e longitudinal (VIEIRA, 2009). Observamos que quase metade das equipes dos CEOs não fazem a construção e discussão de protocolos clínicos, e essas equipes tiveram 2,45 vezes mais chances de não fazer projetos terapêuticos construídos com as equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica do que as equipes que fazem essa construção. Torna-se, portanto, necessário reforçar nessas equipes a finalidade dos protocolos de reduzir falhas na realização dos procedimentos, racionalizando-os, inclusive em relação ao tempo. Assim, viabiliza-se uma melhor prática clínica e maior segurança no atendimento (HEBLING et al., 2007; FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016). Porém, a implantação de protocolos clínicos por si só não irá, de fato, promover grandes avanços, visto que os profissionais precisam inseri-los em seu trabalho de forma contínua. Portanto, torna-se importante uma melhor e maior articulação entre a gestão de ambos os níveis de atenção, buscando melhorias para gerar impactos realmente voltados para a integralidade do cuidado (HEBLING et al., 2007; FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016).

Quando os CEOs realizam mais ações de planejamento, os resultados do Apoio Matricial são melhores (ABREU et al., 2022). No entanto, nossos resultados mostraram que, para 43,0% das equipes dos CEOs, as ações desenvolvidas não são fruto de planejamentos e avaliações periódicas. Esses CEOs tiveram 2,02 vezes mais chances de não fazer projetos terapêuticos construídos com as equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica do que as equipes dos CEOs cujas ações desenvolvidas são fruto de planejamentos e avaliações periódicas. Esses achados corroboram com o estudo de Vieira et al. (2021), que analisou o planejamento nos serviços públicos de atenção secundária em saúde bucal no estado do Amazonas, e reforçam que a ausência de planejamento possui o potencial de interferir negativamente na qualidade da assistência à saúde bucal para a população. Nesse contexto, o planejamento é considerado como

uma importante ferramenta para o efetivo funcionamento do SUS, sendo altamente relevante para a gestão em saúde (LACERDA et al., 2012; LUCENA; PUCCA JÚNIOR; SOUSA, 2016; VIEIRA et al., 2021), principalmente na medida em que promove a coordenação e integralidade do cuidado.

Este estudo possui limitações inerentes ao delineamento transversal e à utilização de dados secundários. Portanto, seus resultados devem ser interpretados com parcimônia, embora todas as medidas de verificação de confiabilidade e fidedignidade dos bancos de dados tenham sido realizadas previamente à execução da análise. Assim, em perspectiva investigativa, ressalta-se a necessidade de estudos com abordagens metodológicas que possibilitem o aprofundamento de questões relativas ao objeto de estudo, o qual é influenciado principalmente por quesitos processuais próximos ao cotidiano do serviço de saúde, conformação da rede de atenção à saúde e qualificação profissional. Para tanto, são necessárias estratégias metodológicas mistas, que possibilitem a coleta de dados e contemplem análises que abranjam a complexidade do tema em questão.

Em relação ao AM, destacamos que sua execução e avaliação ainda podem ser consideradas incipientes e com necessidade de redirecionamentos no âmbito da PNSB. Nesse contexto, ressalta-se o efeito da descontinuidade do PMAQ-CEO, a política de austeridade imposta a partir de 2016 e a precarização/retrocessos dos serviços de saúde bucal na APS e nos CEO, inclusive com inativação destes estabelecimentos nos últimos 4 anos. Assim, espera-se que haja necessidade de reorganização de questões essenciais relativas ao processo de trabalho do cuidado em saúde bucal, dentre estas, o AM.

## **7 RELEVÂNCIA, IMPACTOS E APLICABILIDADE À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Mediante o exposto, a estratégia de AM é importante para o exercício interdisciplinar, visando o cuidado integral, ampliando o acesso em relação as necessidades de saúde e potencializando uma ação integrada e articulada, pois trata-se de uma soma de olhares que favorece um processo de construção compartilhada, em uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Isto implica desfechos junto à APS, na medida em que as eSB da ESF que vivenciam o AM têm melhor desempenho, reduzindo-se o distanciamento entre especialistas e profissionais da ESF, além de estarem mais propensas a superar as limitações de sistemas hierarquizados que se restringem à transferência de responsabilidade. Assim, favorece-se o funcionamento dialógico e integrado das equipes de saúde que discutem e atuam coletivamente em casos clínicos, sanitários ou de gestão, reforçando a importância do AM para potencializar sua capacidade resolutiva (FARIAS; SAMPAIO, 2011; ALMEIDA *et al.*, 2013; CHAVES *et al.*, 2018).

A eficácia do processo de trabalho nos CEO vai depender também de uma gerência qualificada, sendo que esta é identificada como um papel determinante, pois é por meio dela que será possível realizar um adequado planejamento, coordenado com a capacidade resolutiva da organização dos serviços de saúde. Por meio de uma boa gestão, atingem-se bons resultados entre os níveis de atenção, suplanta-se barreiras de acesso e atendem-se as necessidades da população de forma integral. Na presença de um gestor comprometido com a proposta da PNSB, aumenta significativamente o AM nos CEO em interface a APS (JUNQUEIRA, 1990; ABREU *et al.*, 2022).

## **8 CONCLUSÃO**

Concluiu-se que as variáveis relacionadas aos CEO foram mais relevantes para explicar a falta de construção conjunta de projetos terapêuticos com as equipes de Saúde Bucal da APS do que as variáveis contextuais dos municípios. Ou seja, fatores relacionados ao funcionamento interno dos CEO, como discussão de casos, discussão de projetos terapêuticos, atividades de educação permanente, construção e discussão de protocolos clínicos, e crença na importância do planejamento e avaliação periódica, têm uma influência maior nessa falta de integração.

Em resumo, os resultados indicam uma necessidade de fortalecimento do apoio matricial e do trabalho integrado entre os Centros de Especialidades Odontológicas e as equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária em Saúde. A falta de práticas colaborativas e de compartilhamento de conhecimentos entre essas equipes pode afetar negativamente a qualidade e a continuidade do cuidado odontológico oferecido aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

## REFERÊNCIAS

- ABREU, M. H. N. G.; AMARAL, J. H. L.; ZINA, L. G.; VASCONCELOS, M.; PINTO, R. S.; WERNECK, M. A. F. Role of management and human resource factors on matrix support in secondary oral health care in Brazil. **Community Dentistry Oral Epidemiology**, Belo Horizonte, v. 50, n. 1, p. 19-26, nov. 2022.
- ALMEIDA, P. F.; GÉRVAS, J.; FREIRE, J. M.; GIOVANELLA, L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, 2013.
- BAPTISTA, J. A.; CAMATTA, M. W.; FILIPPON, P.G.; SCHNEIDER, J. F. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.73, n.2, p.1-10, 2020.
- BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n.9, p.1-13, 2017.
- BORELLI, M.; DOMENE, S. M. A.; MAIS, L. A.; PAVAN, J.; TADDEI, J. A. A. C. A inserção do nutricionista na Atenção Básica: uma proposta para o matriciamento da atenção nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n9, p.2765-2778, 2015.
- BRASIL. Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 58, 24 mar. 2006, p. 51.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota técnica – Relatório de Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 05 jul. 2023. Disponível em: [https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/nota\\_tecnica/nota\\_tecnica\\_relatorio\\_de\\_cobertura\\_SB.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_tecnica_relatorio_de_cobertura_SB.pdf)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. 1.ed. Brasília: Ministério da saúde, 2009.
- BRASIL. Portaria nº 2.513/GM/MS, de 29 de outubro de 2013. Homologa a contratualização dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Sessão 1, n. 36, 30 out. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica** (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). **Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (Pmaq-CEO): manual instrutivo 2º Ciclo (2015-2017)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde Bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasil Sorridente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

CABREIRA, F. S.; HUGO, F. N.; CELESTE, R. K. Pay-for-performance and dental procedures: A longitudinal analysis of the Brazilian Program for the Improvement of Access and Quality of Dental Specialities Centres. **Community Dentistry Oral Epidemiology**, Belo Horizonte, v. 50, n. 1, p. 4-10, nov. 2022.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, G. W. S.; FIGUEIREDO, M. D.; PEREIRA JÚNIOR, N.; CASTRO, C. P.; A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface**, v. 18, sup. 1, p. 983-995, 2014.

CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n.2, p455-481, 2016.

COSTA, F. R. M.; LIMA, V. V.; SILVA, R. F.; FIORONI, L. N. Desafios do apoio matricial como prática educacional: a saúde mental na atenção básica. **Interface**, v. 19, n. 54, p. 491-502, 2015

CHAVES, L. A.; JORGE, A.O.; CHERCHIGLIA, M. L.; REIS, I. A.; SANTOS, M. A.C.; SANTOS, A. F.; MACHADO, A. T. G. M.; ANDRADE, E. I.G. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 1-16, 2018.

CHAZAN, L. F.; FORTES, S.L. C. L.; JUNIOR, K. R. C. Apoio Matricial em Saúde Mental: revisão narrativa do uso dos conceitos horizontalidade e supervisão e suas implicações nas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.8, p. 3251-3260, 2020.

FARIAS, M. R.; SAMPAIO, J. J. C. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.59, n.1, p.109-115, 2011.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A; MARTELLI, P. J. L. (org.). **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, 2016.

FAGUNDES, G. S.; CAMPOS, M. R.; FORTES, S. L. C. L. Matriciamento em Saúde Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, n. 6, p.2311-2322, 2021.

GOES, P. S. A.; FIGUEIREDO, N.; MARTELLI, P. J. L.; LUVISON, I. R.; WERNECK, M. A. F.; RIBEIRO, M. A. B.; ARAUJO, M. E.; PADILHA, W. W. N.; LUCENA, E. H. G. Theoretical and methodological aspects of the external evaluation of the improvement, access and quality of centers for dental specialties program. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.18, n. 1, p. 1- 11, 2018.

GOES, P. S. A.; FIGUEIREDO, N.; NEVES, J. C.; SILVEIRA, F. M. M.; COSTA, J. F. R.; PUCCA JÚNIOR, G. A.; ROSALES, M. S. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, sup. p. s81-s89, 2012.

GONÇALVES, K. F.; GIORDANI, J. M. A.; BIDINOTTO, A. B.; FERLA, A. A.; MARTINS, A. B.; HILGERT, J. B. Utilização de serviço de saúde bucal no pré-natal na atenção primária à saúde: dados do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n. 2, p. 519-532, 2020.

HEBLING, S. R. F.; PEREIRA, A. C.; HEBLING, E.; MENEGHIM, M. C. Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.1067-1078, 2007.

LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M.; BERRETTA, I. Q.; ORTIGA, A. M. B. Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 4, p.851-859, 2012.

LIMA, N. R.; GOMES, L. O. S. Análise do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ) da equipe de saúde da família (ESF). **Revista Saúde.com**, Bahia, v. 17, n. 3, p. 2317-2326, set. 2021.

LIU, M.; QI, Y.; WANG, W.; SUN, X. Toward a better understanding about real-world evidence. **European Journal of Hospital Pharmacy**. v.29, n.1, p. 8-11, Jan, 2022.

LUCENA, E. H. G.; PUCCA JÚNIOR, G. A.; SOUSA, M. F. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p. 53-63, 2011.

MACHADO, F. C. A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. A. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.4, p.1149-1163, 2015

MARTINS, S. M.; SALIBE-FILHO, W.; TONIOLI, L. P.; PFINGESTEN, L. E.; BRAZ, P. D.; MCDONNELL, J.; WILLIAMS, S.; CARMO, D.; SOUSA, J. C.; PINNOCK, H.; STELMACH, R. Implementation of ‘matrix support’ (collaborative care) to reduce asthma and COPD referrals and improve primary care management in Brazil: a pilot observational study. **Primary Care Respiratory Medicine**, v. 26, art. n. 16047, p. 1-7, 2016.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: MOYSÉS, T; KRIGER, L; MOYSÉS, S.J. **Saúde Bucal das Famílias: Trabalhando com Evidências**; 1. Ed. São Paulo: Artes Médicas, p. 1-20, 2008.

NARVAI, P. C. Ocaso do ‘Brasil Sorridente’ e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 14, n. 1, p.175-187, 2020.

PINTO, A.G.A; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; SAMPAIO, J. J. C.; LIMA, G. P.; BASTO, V. C.; SAMPAIO, H. A. C. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.3, p. 653-660, 2012.

REIS, C. M. R.; MENDES, S. R.; MATTA-MACHADO, A. T. G.; MAMBRINI, J. V. M.; WERNECK, M. A. F.; ABREU, M. H. N. G. Factors associated with the performance of primary dental health care in Brazil: A multilevel approach. **Medicine**, v. 99, n. 17, p. 1-4, 2022.

R Core Team. **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2022.

SAS Institute Inc. **SAS® Studio 3.8: User’s Guide**. Cary, NC: SAS Institute Inc, 2022.

SILVA, H. E. C.; GOTTEMS, L. B. D. Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.8, p. 2645-2657, 2017.

SILVA, N.S.; NUNES, F.C.; SOUSA, J.M.; VALE, R.R.M.; NOGUEIRA, L.E.F.L.; PINHO, E.S.; Bezerra, A. L. Q. Educação Permanente em Saúde para qualificação da prática profissional em Centros de Atenção Psicossocial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.75, n.2, p.1-18, 2022.

SCHERER, C.I; SCHERER, M.D.A; CHAVES, S.C.L; MENEZES, E.L.C O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração?. **Saúde Debate**, v. 42, n.2, p. 233-246,2018.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, Supl. 1, p.1565-1577, 2009.

VIEIRA, J. M. R.; QUADROS, L. N.; LIRA, I. L. S.; GOMES, A. C. A prática do planejamento em saúde na atenção secundária: uma análise a partir do PMAQ-CEO - 1º Ciclo. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p.1-7, 2021.

VON ELM, E.; ALTMAN, D.G.; EGGER, M.; POCOOCK, S.J.; GÖTZSCHE. P.C.; VANDENBROUCKE, J.P.; The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **Journal of Clinical Epidemiology**, v.61, p.344–349, 2008.

## ANEXO A – Instrumento de Avaliação externa do PMAQ-CEO

### Módulo II – Entrevista com gerente do CEO e com um cirurgião-dentista e verificação de Documentos

#### II.6 - APOIO MATRICIAL

II.6.4.4	Quais ações os profissionais do CEO realizam junto às equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica?	Construção conjunta de projetos terapêuticos com os profissionais das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
II.6.4.5		Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
II.6.4.6 (Estratégico)		Construção e discussão de protocolos clínicos	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
II.6.4.8		Realizam visitas com os profissionais das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, quando solicitados	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica

#### II.5 - PLANEJAMENTO, AVALIAÇÃO E GESTÃO PARA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO CEO

II.5.1	-	As ações desenvolvidas neste CEO são frutos de planejamentos e avaliações periódicas?	1	Sim
			2	Não

#### II.18 - PLANEJAMENTO E REUNIÃO DA EQUIPE DO CEO

II.18.8.2	Quais são os temas	Discussão de casos pela equipe (eventos sentinelas, casos difíceis, casos desafiadores)	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
II.18.8.4			1	Sim

	das reuniões de equipe?	Discussão de projeto terapêutico singular com as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica	2 998	Não Não se aplica
--	-------------------------	---	----------	----------------------

## **APÊNDICE A – Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados**

### **Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados**

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DAS AÇÕES DE APOIO MATRICIAL EM CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS BRASILEIROS EM INTERFACE COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BUCAL

**Nome do Pesquisador:** Thaislaine Gonçalves Martins Santos

**Bases de dados a serem utilizados:** Foram incluídos dados de todos os CEO participantes do segundo ciclo do PMAQ-CEO. De 1.097 CEO credenciados em 2018, 1.042 aderiram à avaliação externa, correspondendo a 94,99 % dos CEO em atividade em nível nacional (n=1.042). Dentre estes, foram excluídos 139 por não terem respondido às questões objeto de estudo. Assim, o universo de estudo correspondeu a 903 CEO (n=903).

Os dados foram obtidos por meio do banco de dados de domínio público referente à Avaliação Externa do segundo ciclo PMAQ-CEO. As informações foram relativas aos Módulos II.5 – Planejamento, Avaliação e Gestão Para Organização do Processo de Trabalho do CEO, II.6 – Apoio Matricial (AM) e II.18– Planejamento e Reunião da Equipe do CEO (ANEXO A).

Os dados socioeconômicos foram selecionados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/eSUS AB), utilizando-se os seguintes sistemas de informação: Sistema de Informação Ambulatorial em Saúde (SIA-SUS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Informações Orçamentárias da Saúde Pública (SIOP). Variáveis contextuais foram obtidas por meio de consulta ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Como pesquisador (a) supra qualificado (a) comprometo-me com utilização das informações contidas nas bases de dados acima citadas, protegendo a imagem das pessoas envolvidas e a sua não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em seu prejuízo ou das comunidades envolvidas, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

Declaro ainda que estou ciente da necessidade de respeito à privacidade das pessoas envolvidas em conformidade com os dispostos legais citados\* e que os dados destas bases serão utilizados somente neste projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

\*Constituição Federal Brasileira (1988) – art. 5º, incisos X e XIV

Código Civil – arts. 20-21

Código Penal – arts. 153-154

Código de Processo Civil – arts. 347, 363, 406

Código Defesa do Consumidor – arts. 43- 44

Medida Provisória – 2.200 – 2, de 24 de agosto de 2001

Resoluções da ANS (Lei nº 9.961 de 28/01/2000) em particular a RN nº 21

Campo Grande (MS) 22/Março/2022

---

Thaislaine Gonçalves Martins Santos

Pesquisador Responsável