

**REVISTA GESTÃO & SAÚDE  
JOURNAL OF MANAGEMENT AND HEALTH**



<https://doi.org/10.26512/rgs.v15i1.48333>  
Revista Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785

Recebido: 01.05.2023  
Aprovado: 25.08.2023  
Artigo de Pesquisa

**Felipe Freire de Carvalho**

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)  
E-mail: drfelipe@gmail.com  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5003-8304>

**Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque**

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)  
E-mail: izabellemontalverne@gmail.com  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0856-5607>

**Marcos Aguiar Ribeiro**

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)  
E-mail: marcosribeiroce@gmail.com  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7299-8007>

**Jacques Antônio Cavalcante Maciel**

Universidade Federal do Ceará (UFC)  
E-mail: jacques.maciel@sobral.ufc.br  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2293-8433>

**GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM ODONTOLOGIA POR CONSÓRCIO  
PÚBLICO NO INTERIOR DO CEARÁ, BRASIL: ESTUDO AVALIATIVO**

**MANAGEMENT OF SPECIALIZED SERVICES IN DENTISTRY BY A PUBLIC  
CONSORTIUM IN CEARÁ, BRAZIL: AN EVALUATIVE STUDY**

**GESTIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ODONTOLÓGIA POR UN CONSORCIO  
PÚBLICO EN CEARÁ, BRASIL: UN ESTUDIO EVALUATIVO**

**RESUMO**

O objetivo do estudo foi avaliar a qualidade da gestão de serviços especializados em odontologia por Consórcio Público no Ceará, Brasil. Trata-se de um estudo avaliativo, sob abordagem quantitativa e qualitativa, conduzido por meio do referencial de Donabedian. O estudo foi realizado no Centro de Especialidades Odontológicas Regional (CEO-R), gerido por um Consórcio Público entre 24 municípios do interior do Ceará. Participaram do estudo 22 cirurgiões-dentistas e 555 usuários. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, aplicação de questionário e análise de fontes documentais. Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo e análise descritiva com medidas de frequências. Verificou-se que a adequada estrutura do Consórcio Público, com decisões colegiadas e normatizações que regulamentam a dinâmica decisória e o rateio financeiro, é fundamental para a garantia do acesso e qualidade da estrutura do

CEO-R. Os processos de trabalho enfatizam a potencialidade da compreensão da centralidade do usuário e da Educação Permanente. Os resultados refletem a satisfação dos usuários com a experiência de atendimentos dos profissionais, conforto, higiene e acomodações do CEO-R, bem como da resolutividade das ações. Assim, esse processo avaliativo enfatiza a potência da governança regional para saúde bucal no SUS.

**PALAVRAS-CHAVE:** Consórcios de Saúde. Especialidades Odontológicas. Avaliação em saúde.

## ABSTRACT

The aim of the study was to evaluate the quality of specialized dental service management by a Public Consortium in Ceará, Brazil. This was an evaluative study conducted through a quantitative and qualitative approach, using Donabedian's framework. It was carried out at the Regional Dental Specialty Center (CEO-R), managed by a Public Consortium consisting of 24 municipalities in the interior of Ceará. The study included 22 dentists and 555 users. Semi-structured interviews, questionnaires, and document analysis were used for data collection. Data was analyzed using content analysis and descriptive analysis with frequency measures. The study found that an adequate structure of the Public Consortium, with collegial decisions and norms that regulate the decision-making and financial sharing dynamics, is fundamental to guaranteeing access and quality of the CEO-R structure. The work processes emphasize the potential of understanding the centrality of the user and continuous education. The results reflect the satisfaction of users with the experience of professional service, comfort, hygiene, and accommodations at the CEO-R, as well as the effectiveness of actions taken. Thus, this evaluative process emphasizes the power of regional governance for oral health in the SUS.

**KEYWORDS:** Health Consortia. Dental Specialties. Health Evaluation.

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue evaluar la calidad de la gestión de servicios especializados en odontología por un Consorcio Público en Ceará, Brasil. Es un estudio evaluativo, bajo enfoque cuantitativo y cualitativo, realizado a través del marco de referencia de Donabedian. Se realizó en el Centro de Especialidades Odontológicas Regional (CEO-R), gestionado por un Consorcio Público entre 24 municipios de Ceará. Participaron del estudio 22 cirujanos dentistas y 555 usuarios. La recolección de datos utilizó entrevistas semiestructuradas, aplicación de cuestionarios y análisis de fuentes documentales. Los datos fueron analizados mediante análisis de contenido y descriptivo con medidas de frecuencias. Se verificó que la adecuada estructura del Consorcio Público, con decisiones colegiadas y normativas que regulan la dinámica decisoria y reparto financiero, es fundamental para garantizar el acceso y la calidad de la estructura del CEO-R. Los procesos de trabajo enfatizan la potencialidad de la comprensión de la centralidad del usuario y de la Educación Permanente. Los resultados reflejan la satisfacción de los usuarios con la experiencia de atención de los profesionales, la comodidad, la higiene y las instalaciones del CEO-R, así como la eficacia de las acciones. Así, este proceso evaluativo enfatiza el poder de la gobernanza regional para la salud bucal en el SUS.

**PALABRAS-CLAVE:** Consorcios de Salud. Especialidades Odontológicas. Evaluación en Salud.

## 1 INTRODUÇÃO

O percurso das políticas públicas de saúde bucal no Brasil apresenta o importante desafio de superar um modelo assistencial biomédico e tecnicista, direcionado aos agravos agudos. Assim, um marco significativamente relevante ocorreu nos anos 2000 com a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) e em 2004 com o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal<sup>(1,2)</sup>.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) é um conjunto de ações, estratégias e diretrizes para promover a saúde bucal da população brasileira. Foi instituída em 2004, com a denominação “Brasil Sorridente” e tem como objetivo principal melhorar as condições de saúde bucal da população, por meio da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças e problemas bucais<sup>(2)</sup>.

A expansão da atenção secundária em saúde bucal no Brasil representa uma das principais diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, que teve como sua principal estratégia a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Esses Centros consistem em serviços de referência às equipes de saúde bucal na Atenção Básica para a resolução de casos complexos que demandam um atendimento especializado<sup>(3)</sup>.

O Estado do Ceará tem importantes iniciativas para regionalização dos serviços e ações de saúde, de modo que organiza a estrutura assistencial em regiões e áreas descentralizadas de saúde. Em 2010, baseando-se na Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que institui os Consórcios Públicos, foi criado o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral (CPSMS) com a finalidade inicial de administrar o Centro de Especialidades Odontológicas, cenário deste estudo<sup>(4)</sup>.

Com a finalidade de consolidar os estados e municípios na execução de suas funções e de descentralizar recursos técnicos e financeiros, a organização federativa propôs possibilidades de cooperação, por meio de alternativas institucionais que intensificaram as relações formais de compromisso entre os entes federados utilizando-se, como recursos administrativos, os consórcios públicos. Esse modelo de gestão consorcial, com uma visão associativa e não centralizadora, resulta em um melhor aproveitamento de recursos públicos, promovendo uma gestão com visão local, focada nas diferenças e dificuldades peculiares a uma força regional, capaz de viabilizar recursos financeiros e aumentar o acesso de assistência aos municípios<sup>(5)</sup>.

Nesse contexto, o estudo tem como objetivo avaliar a qualidade da gestão de serviços especializados em odontologia por Consórcio Público no interior do Ceará. Desse modo, para o alcance deste objetivo geral buscou-se explorar as dimensões de estrutura, processo e resultados, conforme proposto no referencial de Donabedian<sup>(6)</sup>.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

As Equipes de Saúde Bucal (ESB) foram inseridas na Estratégia Saúde da Família (ESF) através da Portaria nº 1.444 do Ministério da Saúde (MS) em 2000, instituindo o incentivo financeiro para a reorganização da rede de saúde bucal. Essa portaria criou os incentivos para implantação das ESB em dois tipos de equipe: Modalidade I - composta por um Cirurgião-Dentista (CD) e um Auxiliar de Saúde Bucal – ASB) e Modalidade II (composta por um CD, uma ASB e uma Técnica em Saúde Bucal – TSB). No Ceará, foram implantadas as primeiras ESB, em 2001, em 38 dos 184 municípios, todos na Modalidade I. No final desse mesmo ano, quase 50% dos municípios cearenses já possuíam ESB, totalizando 187 na Modalidade I e 8 Modalidade II<sup>(1,2)</sup>.

A PNSB, formulada em 2004 e concebida através do Programa Brasil Sorridente, reorientou o modelo de atenção em saúde bucal e reforçou a necessidade da incorporação da Odontologia no ambiente da Atenção Básica. A finalidade da política é ampliar e qualificar o acesso da população brasileira aos serviços odontológicos especializados de forma integral e universal. A política possibilitou a expansão das ESB, CEO e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) em todo o território brasileiro. Todavia, em todos os Estados brasileiros a cobertura de ESB é menor que a cobertura das equipes da ESF<sup>(2,4)</sup>. Nesse sentido, a integralidade orienta o desenho da Política Nacional de Saúde Bucal, englobando um conjunto abrangente de estratégias e ações, além do escopo restrito dos serviços de saúde.

Os CEOs são unidades de referência para a Atenção Básica e, no caso dos municípios com ESF, para as ESB. Os profissionais da Atenção Básica são responsáveis pelo primeiro atendimento e pelo encaminhamento aos CEOs dos casos mais complexos. Esses Centros oferecem serviços especializados nas áreas de periodontia e endodontia; atendem pacientes com necessidades especiais; realizam diagnóstico bucal e procedimentos cirúrgicos<sup>(2,3)</sup>.

Desse modo, os serviços especializados em odontologia constituem-se como unidades de referência para a Atenção Básica, integrados ao processo de planejamento loco-regional que devem ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, atendimento a pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor. O porte de cada CEO é caracterizado pela quantidade de consultórios instalados nos respectivos Centros, correspondentes aos números de cadeiras odontológicas: a) CEO Tipo I: Com três cadeiras odontológicas; b) CEO Tipo II: Entre quatro e seis cadeiras odontológicas.; c) CEO Tipo III: A partir de sete cadeiras odontológicas<sup>(3)</sup>.

O projeto Brasil Sorridente faz parte da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e tem como objetivo promover a saúde bucal da população brasileira por meio da ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal. O projeto foi lançado em 2004, pelo Ministério da Saúde, e prevê a implantação de equipes de saúde bucal em todos os municípios brasileiros, com a finalidade de oferecer atendimento odontológico gratuito à população, em especial para as pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade social. Além disso, o projeto Brasil Sorridente contempla outras ações, como: Distribuição de kits odontológicos para crianças em idade escolar; Implantação de centros de especialidades odontológicas (CEOs) para atendimento de casos mais complexos; Oferta de próteses dentárias e outros dispositivos para reabilitação oral; Capacitação de profissionais de saúde bucal, como dentistas e técnicos em saúde bucal, para melhorar a qualidade do atendimento<sup>(2,3)</sup>.

O projeto Brasil Sorridente tem contribuído significativamente para a melhoria da saúde bucal da população brasileira, sobretudo das pessoas que não tinham acesso a serviços odontológicos. No entanto, ainda há desafios a serem superados, como a melhoria da infraestrutura dos serviços de saúde bucal e a capacitação contínua dos profissionais. O projeto foi pioneiro quando falamos em

levantamento de saúde bucal com representatividade nacional. Por meio deste levantamento ficou comprovada a necessidade dos trabalhos realizados pela média complexidade em Odontologia. Com isso, em 2004, o MS lançou as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, integrada ao Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde, que enfatizava a necessidade de se aumentar o acesso ao cuidado da saúde bucal, com visão integral do processo de saúde-doença, incluindo ações de promoção, proteção e recuperação de saúde<sup>(2-4)</sup>.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo avaliativo, descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, conduzido por meio do referencial de avaliação proposto por Donabedian<sup>(6)</sup>, que propõe a avaliação das dimensões de estrutura, processo e resultados. O estudo foi realizado no Centro de Especialidades Odontológicas Regional (CEO-R), gerido por um Consórcio Público entre 24 municípios da Região Norte do Estado do Ceará. O estudo é produto de uma dissertação do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF).

Foi utilizada a triangulação de diferentes fontes de informação e de métodos de coleta e análise de dados<sup>(7)</sup>. Participaram do estudo 22 cirurgiões-dentistas que atuavam no CEO-R e 555 usuários que foram convidados a participar da pesquisa após a finalização dos tratamentos no CEO-R. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os cirurgiões dentistas, aplicação de questionário com os usuários e análise de fontes documentais.

Salienta-se que foi realizado o cálculo da amostra dos usuários que compuseram o estudo. Para isso, foi definido o erro padrão de 2% com nível de confiança de 99%. Assim, para determinação do tamanho amostral foi utilizada a fórmula matemática para população finita, calculada proporcionalmente pelos municípios que integram o Consórcio Público.

Foram consultadas as seguintes fontes documentais: marcos normativos de estabelecimento do Consórcio Público, contratos de rateio entre os municípios, e relatórios técnicos emitidos pelo Consórcio Público e CEO-R.

As entrevistas foram gravadas e transcritas e os dados foram analisados qualitativamente utilizando método da análise de conteúdo, proposta por Bardin<sup>(8)</sup>, com o suporte do software IRAMUTEQ®. Os dados do questionário com usuários foram submetidos ao processo de análise descritiva por meio de medidas de frequências. As fontes documentais também foram submetidas a análise de conteúdo.

O estudo apresentou parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sob o número 5.408.965.

## 4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

### 4.1 Análise da Estrutura organizacional do Consórcio Público e do CEO-R

A partir da análise documental e entrevistas semiestruturadas foram sistematizadas as principais características da estratégia de Consórcio Público para a gestão da oferta de serviços especializados em odontologia. Desse modo, considerando as diretrizes do Manual de Orientações dos Consórcios Públicos em Saúde no Ceará<sup>(9)</sup>, os consórcios representam uma forma de cooperação federativa de participação voluntária, com transferência e compartilhamento total ou parcial de encargos, bens, serviços e pessoal, que pode ser formalizado por meio de protocolos de intenções, ratificados pelo poder legislativo de cada ente consorciado. No caso específico, o consórcio atua para possibilitar a oferta de serviços especializados em odontologia, no entanto pode atuar em diversas áreas de interesse dos municípios consorciados.

A estratégia de Consórcio Público nasceu no Estado do Ceará, Brasil, como uma das ações do Programa Estadual de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde (PROEXMAES), em 2007. O Ceará optou pela gestão consorciada, por ser a estratégia mais compatível com os princípios do SUS e a que mais favorece o processo de regionalização e descentralização das ações e serviços de saúde, entre outras vantagens<sup>(4,9)</sup>.

A Assembleia Geral é a instância máxima de um consórcio, pois é nela que se pode deliberar e tomar as decisões importantes dentro da autarquia. No caso do Consórcio Público de Saúde objeto deste estudo, são os 24 prefeitos mais um representante do Governo do Estado do Ceará. Para formação de quórum para efeitos legais de votação é necessário a metade dessas pessoas mais um, para que se possa deliberar decisões pertinentes ao consórcio. O Consórcio Público administra o CEO-R e uma Policlínica que oferta atendimentos médicos especializados e exames de suporte diagnóstico.

Nesse sentido, o alto grau de comunicação e colaboração entre gestores municipais de saúde configura-se como um elemento facilitador da governança regional, o que possibilita a consolidação das relações de corresponsabilidade sanitária, promovendo cooperações, pactuações e o fortalecimento da regionalização da saúde<sup>(10)</sup>.

A Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, estabelece diretrizes para a ponderação de valores dos votos dos membros na Assembleia Geral de Consórcio Público. Assim, os municípios com até 35.000 habitantes têm direito a 1 voto; os municípios acima de 35.001 até 75.000 habitantes têm peso de 2 votos; os municípios acima de 75.001 até 100.000 habitantes têm peso de 3 votos; os municípios acima de 100.001 habitantes têm peso de 4 votos; e a representação do governo do estado tem peso de 2/5 do total de votos<sup>(9)</sup>. Essa estrutura organizacional foi desenhada considerando as especificidades do Estado do Ceará e a partir dos diálogos construídos ao longo das reuniões.

Julião e Olivieri<sup>(4)</sup> corroboram ao refletir que o Ceará optou por estimular a formação de consórcios com os municípios localizados numa mesma região, visando facilitar a estruturação de redes regionalizadas. Os consórcios têm como membros os municípios da região e o estado, possuem

estrutura organizacional diferenciada dos entes e constituem associações públicas de natureza autárquica.

O Consórcio Público gerencia um CEO-R tipo III, com 11 cadeiras odontológicas e que oferta serviços especializados para 24 municípios, o que representa aproximadamente 600 mil pessoas adscritas. A unidade recebe mensalmente, segundo informações dos Contratos de Rateio para o ano de 2023, a quantia de R\$ 260.631,39 (Duzentos e sessenta mil, seiscentos e trinta e um reais e trinta e nove centavos) para manter os serviços em funcionamento, pagar salários e todas as despesas. Essa quantia é rateada no consórcio conforme descrito na Tabela 1.

**Tabela 1** - Total do Contrato de Rateio para o CEO-R – 2023.

Fonte	Valor do repasse programado – 2023 (100%)		
	Custeio (%)	Mensal (R\$)	Anual (R\$)
Custeio estadual	40,00	104.252,56	1.251.030,67
Custeio municipal	37,30	97.221,14	1.166.653,73
Custeio federal	22,70	59.157,69	709.892,28
<b>TOTAL DO CUSTEIO</b>	<b>100,00</b>	<b>260.631,39</b>	<b>3.127.576,68</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

O valor dos repasses municipais, que totalizam por mês R\$ 97.221,14 (noventa e sete mil, duzentos e vinte e um reais e quatorze centavos), são rateados de acordo com a população de cada município dentro do consórcio, conforme a Tabela 2.

**Tabela 2** - Rateio municipal mensal entre os municípios consorciados – 2023.

MUNICÍPIO	NÚMERO DE		RATEIO MENSAL (R\$)
	HABITANTES	POPULAÇÃO (%)	
Município 1	11.846	1,80	1.748,92
Município 2	18.470	2,80	2.726,87
Município 3	10.410	1,58	1.536,91
Município 4	23.340	3,54	3.445,86
Município 5	24.680	3,75	3.643,70
Município 6	14.195	2,16	2.095,72
Município 7	14.415	2,19	2.128,20
Município 8	11.219	1,70	1.656,35
Município 9	20.126	3,06	2.971,35
Município 10	42.148	6,40	6.222,63
Município 11	24.450	3,71	3.609,74

Município 12	39.341	5,97	5.808,21
Município 13	15.309	2,32	2.260,18
Município 14	8.833	1,34	1.304,08
Município 15	14.561	2,21	2.149,75
Município 16	6.565	1,00	969,24
Município 17	11.052	1,68	1.631,69
Município 18	18.279	2,78	2.698,67
Município 19	43.719	6,64	6.454,57
Município 20	32.851	4,99	4.850,04
Município 21	7.758	1,18	1.145,37
Município 22	212.437	32,26	31.363,69
Município 23	13.988	2,12	2.065,16
Município 24	18.520	2,81	2.734,25
TOTAL	658.512	100,00	97.221,14

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

O valor total de custeio necessário, estratificado entre os entes consorciados, é uma forma colaborativa de garantir o acesso aos serviços e ações de saúde odontológica, uma vez que sem a regionalização da oferta, por meio do Consórcio Público, muitos municípios não conseguiriam disponibilizar tais serviços. Um exemplo é o município 16, que aporta mensalmente menos de mil reais do município ao consórcio e recebe em contrapartida oferta em seis especialidades odontológicas no CEO.

Neste contexto, o modelo de gestão do Consórcio Público apresenta as seguintes vantagens: melhorar o acesso aos serviços de saúde de maior complexidade, ampliando sua oferta, com maior resolubilidade e qualidade; reduzir os custos operacionais, a eficiência e a eficácia na aplicação dos recursos; obter ganho de escala na compra de medicamentos, equipamentos e material de consumo; compartilhar recursos, equipamentos, pessoal, prestação de serviços e outros, dentro de uma região de saúde; fortalecer as instâncias locais e regionais e o processo de descentralização, formando vínculos de cooperação e de gestão compartilhada; integrar diferentes realidades locais, preservando suas peculiaridades, na busca da solução de problemas comuns<sup>(9)</sup>.

Os consórcios intermunicipais de saúde mantêm forte vínculo com a estratégia de regionalização da saúde no Brasil. É adequado ao processo de reforma administrativa do setor, buscando maior eficiência, racionalidade e qualidade na oferta de serviços à população. Seu aspecto inovador tornou-se modelar para outras regiões que buscam, nesse tipo de estrutura, ampliar o escopo de políticas necessárias ao atendimento de suas demandas. O processo de descentralização em direção aos municípios e a necessidade da construção de modelos regionais de atenção, que





A nuvem de palavras destaca a palavra “paciente”, o que remete à centralidade do paciente/usuário no cuidado. Outras palavras destacaram-se, tais como atendimento, qualidade e serviço, o que possibilita reflexões acerca da realidade do CEO-R na busca de um atendimento qualificado. Desse modo, a participação do paciente no cuidado é definida como oportunidade de exercício de cidadania do paciente em busca de autonomia, relacionada à ideia de liberdade, protagonismo e respeito à subjetividade<sup>(12)</sup>.

Os discursos também descreveram aspectos restritivos relacionados aos processos de trabalho, dentre eles os desafios do compartilhamento do cuidado em rede: “[...] *O fluxo segue da atenção primária que preenche uma referência e o paciente é encaminhado para realização do devido tratamento. Algumas vezes, esse fluxo se perde, devido à demora em agendar o paciente ou encaminhamento desnecessário*” (Participante 2).

As fragilidades no compartilhamento do cuidado são amplificadas com encaminhamentos feitos sem avaliação clínica adequada e por profissionais que não têm formação em odontologia: “[...] *Outras vezes o paciente não passa pelo dentista da atenção primária (sendo encaminhado por secretário de saúde, enfermeiros) e muitas vezes o diagnóstico não vem correto*” (Participante 5).

Apesar dos discursos compreenderem a Atenção Primária a Saúde (APS) como o centro comunicador para a coordenação dos fluxos e contrafluxos dos cuidados, são relatados desafios em compartilhar o cuidado em rede, uma vez que são expostas dificuldades de encaminhamento devido à demora na marcação para o CEO-R e encaminhamentos equivocados de situações clínicas que poderiam ser resolvidas no âmbito da APS. Sousa e colaboradores<sup>(13)</sup> afirmam que encaminhamentos equivocados aos serviços especializados reduzem a potência do serviço e dificultam a operacionalização de uma linha de cuidado efetiva.

O absenteísmo dos pacientes foi outra questão relatada nos discursos: “[...] *as faltas dos pacientes são recorrentes e causam uma queda na nossa produção*” (Participante 8). O absenteísmo refere-se à falta de comparecimento dos pacientes às consultas, exames ou procedimentos agendados, sem uma justificativa adequada. Essa ausência pode afetar significativamente a eficácia dos serviços de saúde, pois implica em desperdício de recursos, atrasos no atendimento, prejuízo ao planejamento dos serviços, aumento dos custos e piora do acesso aos cuidados de saúde<sup>(14)</sup>.

As razões para o absenteísmo dos pacientes podem ser diversas, incluindo falta de informação ou educação sobre a importância do comparecimento às consultas, problemas de transporte, falta de cuidadores, medo ou ansiedade em relação aos procedimentos, falhas na comunicação entre o serviço e o usuário, entre outros<sup>(15)</sup>. Além disso, fatores socioeconômicos e culturais, como a falta de recursos financeiros ou a descrença nos serviços de saúde, também podem influenciar o absenteísmo.

Os participantes também relataram aspectos potencializadores do processo de trabalho, tais como o estímulo ao desenvolvimento de processos de Educação Permanente: “[...] *profissionais especialistas que estão em constante atualização, fazendo cursos de capacitação, a fim de*

aprimorar os procedimentos oferecidos no serviço de saúde” (Participante 1). A Educação Permanente é capaz de potencializar o lócus de atuação profissional a partir da conexão entre educação e trabalho, no qual o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações<sup>(16)</sup>.

### 4.3 Análise de Resultados

Para análise de resultados foi pesquisada a satisfação dos usuários atendidos no CEO-R. Neste sentido, as respostas demonstraram uma ótima percepção de atendimento, conforme apresentado na Tabela 3.

**Tabela 3** - Satisfação dos usuários acerca do atendimento no CEO-R – 2023.

	Atendimento da recepção		Atendimento do ASB/TSB		Atendimento do cirurgião-dentista		Conforto, higiene e acomodação	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Ótimo</b>	368	66,31	510	91,89	512	92,25	366	65,95
<b>Bom</b>	155	27,93	42	7,57	40	7,21	175	31,53
<b>Regular</b>	28	5,05	2	0,36	2	0,36	13	2,34
<b>Ruim</b>	4	0,72	1	0,18	1	0,18	1	0,18
<b>Total</b>	555	100,00	555	100,00	555	100,00	555	100,00

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

O trabalhador que atua na recepção tem grande protagonismo no acesso do usuário ao sistema de saúde, pois, na maioria das vezes, é responsável pelo primeiro contato com o usuário<sup>(17)</sup>. Importante destacar que os profissionais que atuam na recepção não têm formação na área da saúde, apenas treinamento para o setor e experiências passadas na área de atuação.

A recepção pode contribuir para a identificação de necessidades dos pacientes, permitindo que a unidade possa oferecer serviços personalizados e adequados às necessidades de cada paciente, podendo também ajudar na redução da ansiedade do paciente, especialmente em casos de atendimentos de que envolvam dor ou procedimentos invasivos. O atendimento da recepção pode contribuir para a imagem da unidade, transmitindo uma imagem positiva e de excelência na prestação de serviços, e contribuindo para garantir acolhimento e humanização.

Também foi avaliada a qualidade do atendimento do Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e Técnico de Saúde Bucal (TSB), que se configuram como importantes profissionais para o desenvolvimento do cuidado em odontologia, uma vez que colaboram na preparação do ambiente e dos materiais antes de iniciar o atendimento e auxiliam os cirurgiões-dentistas durante os procedimentos. Além disso, ajudam na orientação ao paciente e realizam anotações em prontuários<sup>(1)</sup>.

Ao desempenhar essas funções, os ASB/TSB possibilitam que o cirurgião-dentista enfoque sua prática na realização do procedimento, tornando o atendimento mais eficiente e seguro para o

paciente. Além disso, o ASB também é responsável por garantir a limpeza e a organização da clínica, contribuindo para a manutenção de um ambiente de trabalho saudável e seguro para todos. A avaliação satisfatória do atendimento do cirurgião-dentista está relacionada aos diversos aspectos que envolvem a relação usuário-profissional. Dentre eles, destaca-se a habilidade clínica/técnica para realizar procedimentos de forma segura e eficaz; empatia e cuidado com o paciente, o que inclui a disponibilização de um ambiente acolhedor; comprometimento com a ética profissional; demonstração de interesse em ouvir as preocupações do paciente e oferecer tratamentos personalizados e adequados às necessidades do paciente<sup>(18)</sup>. Todos esses fatores contribuem para um atendimento de qualidade e que atenda às necessidades e expectativas dos pacientes.

Assim como o atendimento dos profissionais da saúde, também conforto, higiene e acomodações adequadas são essenciais para garantir o bem-estar e a segurança do paciente durante o atendimento odontológico. A higiene adequada é fundamental para prevenir infecções durante o atendimento odontológico, uma vez que as bactérias presentes na boca podem ser facilmente disseminadas. Além disso, as acomodações devem ser projetadas para minimizar a proliferação de micro-organismos. O conforto durante o procedimento odontológico é fundamental para que o paciente fique relaxado e possa suportar o tempo necessário para o tratamento<sup>(1,4,18)</sup>.

A resolutividade é outro aspecto muito importante no tratamento odontológico no Sistema Único de Saúde (SUS), pois permite que o paciente receba um tratamento completo e efetivo, reduzindo a necessidade de retornos frequentes à unidade de saúde e melhorando a qualidade de vida, principalmente quando falamos em regionalização e na distância entre os municípios, além dos gastos com o transporte sanitário. Vale destacar que as distâncias do traslado do município de origem até a sede do CEO-R variam de 18km a 125km.

A resolutividade no tratamento odontológico envolve a capacidade de resolver as necessidades do paciente com eficiência e efetividade, desde a APS até o tratamento completo no CEO e acompanhamento posterior na APS. Ao serem questionados sobre a resolutividade, os usuários classificaram, predominantemente, que tiveram suas necessidades atendidas, conforme apresentado na Tabela 4.

**Tabela 4** - Satisfação dos usuários acerca do atendimento de suas necessidades e recomendação dos serviços vivenciados no CEO-R – 2023.

	Sua necessidade foi resolvida?		Você recomendaria os serviços do CEO para algum amigo ou familiar?	
	N	%	N	%
<b>Sim</b>	536	96,58	526	94,77
<b>Não</b>	6	1,08	2	0,36
<b>Talvez</b>	13	2,34	27	4,86
<b>Total</b>	555	100,00	555	100,00

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Os usuários participantes da pesquisa demonstraram, predominantemente, satisfação nos atendimentos vivenciados e recomendariam os serviços para familiares e/ou amigos, o que evidencia que a estrutura adequada e as potencialidades nos processos de trabalho impactam em bons resultados, que são percebidos pelos usuários do CEO-R. A pesquisa realizada por Lima, Cabral e Vasconcelos<sup>(19)</sup> em um CEO no Estado de Pernambuco ressalta o caráter multidimensional da avaliação dos serviços de saúde, sugerindo que a qualidade percebida pelo usuário pode estar muito mais relacionada à maneira como ele é tratado, do que com os aspectos técnicos da assistência propriamente ditos.

## 5- CONSIDERAÇÕES

A partir do desenvolvimento do estudo avaliativo verificou-se que a estrutura do Consórcio Público é fundamental para garantir o acesso aos serviços e ações especializados em odontologia para os 24 municípios que integram a região de saúde, objeto desta pesquisa. Assim, esta modalidade de gestão apresenta uma estrutura organizacional adequada, com decisões colegiadas e normatizações que regulamentam a dinâmica decisória e o rateio financeiro entre os municípios consorciados, o que possibilitou a oferta de serviços por meio de uma CEO-R com estrutura qualificada.

Os processos de trabalho enfatizam a potencialidade da compreensão da centralidade do usuário no cuidado em saúde e da Educação Permanente, como meio e processo para a qualificação da prática profissional e da experiência do usuário do serviço de saúde.

A análise dos resultados reflete a satisfação dos usuários com os atendimentos da recepção, ASB, TSB e cirurgiões-dentistas, bem como do conforto, higiene e acomodações do CEO-R. Neste sentido, os usuários sentiram-se acolhidos e com seus problemas resolvidos, o que permitiu a construção de um sentimento de satisfação, possibilitando uma postura de recomendação do serviço para amigos e familiares.

Neste ínterim, a avaliação, a partir das dimensões de estrutura, processo e resultados, indica que os serviços especializados em odontologia, geridos pelo Consórcio Público no interior do Estado do Ceará, são adequados, o que representa a potência da governança regional para o efetivo desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Bucal e da garantia de oferta qualificada de serviços e ações de saúde no âmbito do SUS.

## REFERÊNCIAS

1. Roselino PI, Damasceno JI, Figueiredo GLA. Saúde bucal na atenção primária à saúde: articulações entre o ensino e a Estratégia de Saúde da Família. *Rev odontol UNESP* . 2019;48:e20190081. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-2577.08119>>.

2. Chaves SCL, Almeida AMF de L, Rossi TRA, Santana SF de, Barros SG de, Santos CML. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(6):1791–803. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.18782015>>.
3. Galvão MHR, Roncalli AG. Does the implementation of a national oral health policy reduce inequalities in oral health services utilization? The Brazilian experience. *BMC Public Health* 2021; 21(1):1-8. Disponível em: <<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-10586-2>>.
4. Julião KS, Olivieri C. Cooperação intergovernamental na política de saúde: a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(3):e00037519. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00037519>>.
5. Flexa RGC, Barbastefano RG. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(1):325–38. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.24262019>>.
6. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q*. 2005;83(4):691-729. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>>.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
9. Ceará. Secretaria Estadual de Saúde. Manual Consórcios Públicos em Saúde no Ceará. Fortaleza; 2010. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/download/manual-consorcios-publicos-em-saude-no-ceara/>
10. da Silva M, Farfan Barroso P, Alves de quevedo AL, Fabiano Guimarães C. A dimensão relacional da governança na regionalização em saúde: perspectivas dos gestores regionais da Macrorregião de Saúde Sul. *Rev. Gestão e Saúde*. 2022;13(03):76-90. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/46067>>.
11. Neves LA, Ribeiro JM. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(10):2207–17. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000027>>.
12. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(59):905–16. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>>.
13. Souza GC, Sousa LMLD, Roncalli AG, Medeiros-Júnior Antonio, Clara-Costa Iris do Céu. Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. *Rev. salud pública*. 2015;17(3):416-428. Disponível em: <<https://doi.org/10.15446/rsap.v17n3.44305>>.
14. Beltrame SM, Oliveira AE, Santos MAB dos, Santos ET. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. *Saúde debate*. 2019;43(123):1015–30. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912303>>.
15. Bender A da S, Molina LR, Mello ALSF de. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Espac. Saude*. 2011;11(2):56-65. Disponível em: <<https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/436>>.

16. Ceccim RB, Feuerwerker LM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004;14(1):41-65. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000100004&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000100004&script=sci_abstract&lng=pt)>.

17. Souza TH de, Zeferino MT, Fermo VC. Recepção: Ponto estratégico para o acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde. *Texto contexto - enferm*. 2016;25(3):e4440015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072016004440015>>.

18. Rios LRF, Colussi CF. Avaliação normativa dos Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2014. *Saúde debate*. 2019;43(120):122–36. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912009>>.

19. Lima ACS de, Cabral ED, Vasconcelos MMVB. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(5):991–1002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500021>>.

## **PARTICIPAÇÃO DOS AUTORES DO ARTIGO ORIGINAL**

**Autor 1:** Trabalhou na concepção teórica, coleta de dados, análise de dados e elaboração e redação final do texto.

**Autor 2 :** Trabalhou na concepção teórica, análise de dados e redação final do texto.

**Autor 3 :** Trabalhou na concepção teórica, análise de dados e redação final do texto.

**Autor 4 :** Trabalhou na concepção teórica, análise de dados e redação final do texto.

## **BIOGRAFIA DOS AUTORES**

Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral/CE.  
Email: drfelipe@gmail.com

tora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora Permanente Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral/CE.  
Email: : izabellemontalverne@gmail.com

Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Professor Permanente Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral/CE. Brasil.  
Email: marcosribeiroce@gmail.com

Doutor em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará. Docente do curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará. Professor Permanente Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú  
Email: jacques.maciel@sobral.ufc.br