

**CPT351 - AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DAS ORGANIZAÇÕES  
SOCIAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE ODONTOLÓGICA  
DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO****AUTORIA**

STÉPHANIE RIKA OZAKI  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PATRICIA SIQUEIRA VARELA  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

**Resumo**

À luz do novo modelo de contratos de gestão firmados entre a Prefeitura de São Paulo e Organizações Sociais de Saúde (OSS), este trabalho teve como objetivo verificar se as Redes Assistenciais da Supervisão Técnica da Saúde estão conseguindo cumprir tanto as metas de produção estabelecidas em tais contratos, mais relacionadas ao volume entregue, como as metas estabelecidas pelo Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), mais relacionadas à qualidade do serviço prestado. Para isso, foi realizada avaliação dos indicadores referentes a essas duas perspectivas a partir de dados coletados no Tabnet da Prefeitura de São Paulo para os anos de 2014 a 2018. Sendo as OSSs avaliadas exclusivamente pelos indicadores do contrato de gestão, em geral, estes apresentaram resultados positivos no ano seguinte à assinatura, porém o mesmo não pode ser dito sobre os indicadores do COAP. Essa situação deve ser considerada alarmante, já que a busca pelo volume de produção tem causado um declínio em relação à qualidade do atendimento. Deveria ser feita uma incorporação de critérios pertinentes à qualidade dos serviços prestados às metas de produção das Equipes de Saúde Bucal nos contratos de gestão, com a finalidade de unir quantidade e qualidade no atendimento à população.

## **AValiação DO DESEMPENHO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE ODONTOLÓGICA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

### **RESUMO**

À luz do novo modelo de contratos de gestão firmados entre a Prefeitura de São Paulo e Organizações Sociais de Saúde (OSS), este trabalho teve como objetivo verificar se as Redes Assistenciais da Supervisão Técnica da Saúde estão conseguindo cumprir tanto as metas de produção estabelecidas em tais contratos, mais relacionadas ao volume entregue, como as metas estabelecidas pelo Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), mais relacionadas à qualidade do serviço prestado. Para isso, foi realizada avaliação dos indicadores referentes a essas duas perspectivas a partir de dados coletados no Tabet da Prefeitura de São Paulo para os anos de 2014 a 2018. Sendo as OSSs avaliadas exclusivamente pelos indicadores do contrato de gestão, em geral, estes apresentaram resultados positivos no ano seguinte à assinatura, porém o mesmo não pode ser dito sobre os indicadores do COAP. Essa situação deve ser considerada alarmante, já que a busca pelo volume de produção tem causado um declínio em relação à qualidade do atendimento. Deveria ser feita uma incorporação de critérios pertinentes à qualidade dos serviços prestados às metas de produção das Equipes de Saúde Bucal nos contratos de gestão, com a finalidade de unir quantidade e qualidade no atendimento à população.

**Palavras-chave:** Organizações Sociais de Saúde; Contratos de Gestão; Odontologia; Avaliação de Desempenho; Estratégia Saúde da Família.

### **1 INTRODUÇÃO**

Pela Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, o Ministério da Saúde instituiu o Pacto pela Saúde, que segundo o Conselho Nacional de Saúde é uma negociação entre União, estados e municípios que visa à melhoria da eficiência e qualidade do Sistema Único de Saúde (SUS), através do estabelecimento de responsabilidades específicas para cada esfera do governo (Conselho Nacional de Saúde, 2006).

Esse Pacto estabeleceu uma nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, na qual confere à esfera municipal responsabilidade integral sobre a gestão do setor primário da saúde, cabendo aos estados e à União apoio técnico e financeiro aos municípios (Conselho Nacional de Saúde, 2006).

A PNAB define como uma de suas áreas estratégicas a saúde bucal, reforçando a inclusão de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) (Conselho Nacional de Saúde, 2006). A ESF é a principal estratégia de ampliação de acesso a serviços de saúde, uma vez que possibilita o contato entre os Agentes Comunitários de Saúde e a população. Com isso, oferece oportunidade de tratamento a quem não teria acesso, ao mesmo tempo em que facilita a identificação de usuários com necessidades mais urgentes.

A implantação de profissionais de saúde bucal na ESF foi estabelecida pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000 e tem crescido consideravelmente desde então. Em parte, por apresentar um modelo técnico-assistencial que tem como base os princípios de universalidade, equidade e integralidade, regidos pelo SUS, e em parte por ser acompanhada de incentivos financeiros do governo federal, razão pela qual os municípios mais economicamente deficientes têm aderido em larga escala (Mattos, Ferreira, Leite & Greco, 2014). Para os profissionais da área, essa inclusão tem como consequência uma nova visão do paciente, antes muito mais centrada apenas em seus problemas bucais, agora levando a uma avaliação mais profunda, analisando-o como um todo (Andrade & Ferreira, 2006).

Uma das diretrizes operacionais de gestão do Pacto pela Saúde é a regionalização, processo que deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e a pactuação

entre os gestores, projetando “a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos”. (Brasil, 2006).

A Atenção Básica é a porta de entrada para os serviços odontológicos de todos os níveis de complexidade. Dessa forma, a regionalização funciona como um pré-requisito para melhorias consideráveis no que diz respeito ao acesso e assistência em serviços odontológicos (Mello, Andrade, Moyses & Erdmann, 2014). A Estratégia Saúde da Família em associação com o processo de regionalização leva à potencialização da interação entre a atenção básica e os serviços de atenção secundária e terciária por meio do sistema de referência e contra-referência, podendo ter como consequência melhor eficiência em todos os níveis (Mello et al., 2014).

O Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, dispõe sobre a organização do SUS e anuncia como um de seus métodos a realização do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), um acordo entre entes federativos com o objetivo de integralizar ações e serviços de saúde.

Esse mesmo decreto enuncia a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) que “compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde” (Brasil, 2011). Assim, os entes federativos devem realizar suas pactuações, o que envolve o estabelecimento de metas, de acordo com as ações e serviços que compõem a RENASES.

O COAP, em sua cláusula sétima, destaca a possibilidade de participação complementar do setor privado por meio de contrato ou convênio, o que reforça um dos princípios gerais da Estratégia da Saúde da Família contidos no PNAB: a busca de integração com Organizações Sociais de Saúde (OSS) para desenvolvimento de parcerias.

As Organizações Sociais de Saúde são entidades sem fins lucrativos cujas atividades são voltadas para a saúde. As parcerias com tais organizações são firmadas por meio de contratos de gestão, um modelo que tem como base o atingimento de metas em prazos pré-definidos para a continuidade da vigência do contrato e que privilegia a autonomia da OSS, via controle dos resultados, posto que seu foco é o desempenho do serviço público de saúde (Barbosa & Elias, 2010).

O valor do orçamento que torna possível o cumprimento das metas estipuladas no contrato, levando em conta ambos os aspectos quantitativo e qualitativo, deve considerar as especificidades de cada região, fazendo-se um reconhecimento das necessidades locais por meio de análise dos dados epidemiológicos e respectiva disponibilidade financeira, a fim de avaliar qual o planejamento específico para a área (São Paulo, 2015). A alocação dos recursos deve ser bem executada, de forma a priorizar a resolução das necessidades sócio epidemiológicas mais evidentes em cada município (Couttolenc & Zucchi, 1998).

No caso do município de São Paulo, o desempenho das contratadas é avaliado trimestralmente pela Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA), por meio de avaliação de relatórios de produção e verificação do atingimento de metas e prazos, bem como discussões sobre motivos do não atingimento dos mesmos (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2014). A CTA é composta por membros de órgãos que analisam os dados brutos de desempenho: Supervisões Técnicas de Saúde (STS), Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde (NTCSS) da SMS/SP. O não cumprimento do acordado acarreta em diminuição do valor do repasse e possível substituição da OSS na parceria (São Paulo, 2014).

O município de São Paulo, o mais povoado e populoso do Brasil, é dividido em 96 distritos administrativos, abrangendo em seu território diferentes grupos socioepidemiológicos. Até setembro de 2014, o município de São Paulo era dividido, para fins de administração no setor de saúde, em 25 microrregiões de saúde. Destas, apenas 10

possuíam contratos de gestão com OSS, que englobavam apenas 39 dos 96 distritos administrativos do município. Após esse período, a prefeitura fez uma mudança no modelo de contratos de gestão, de forma que ao fim do ano 2016, 94 dos 96 distritos administrativos passaram a ter tal parceria firmada, sendo que os outros 2 distritos que não o possuem já estão em fase de implementação.

O modelo atual acrescentou formas de fiscalização e acompanhamento, possivelmente para mitigar o risco citado por Ravioli, Soárez e Scheffer (2018) de influência de interesse privado na Administração Pública. Assim, além do acompanhamento da produção, tornou-se obrigatória uma equipe mínima de atendimento e avaliação da qualidade do atendimento de acordo com os indicadores apresentados pelo Manual de Acompanhamento, Supervisão e Avaliação dos Contratos de Gestão (São Paulo, 2016). Entretanto, essas metas de qualidade abrangem apenas aspectos relacionados a preenchimento de documentações, acessibilidade de crianças e gestantes e queixas junto à ouvidoria (São Paulo, 2016), nada relacionado à qualidade dos serviços odontológicos prestados.

Isto posto, ao se analisar as metas propostas pelo COAP e pela Prefeitura de São Paulo, nota-se que são bastantes divergentes em seu método de cálculo e significado. Enquanto as metas propostas pelo COAP são mais voltadas à prevenção e qualidade do atendimento, as metas de produção da Prefeitura estão focadas no volume de produção da Equipe de Saúde Bucal em geral, sem enfatizar os procedimentos de prevenção ou a qualidade dos mesmos.

Sendo assim, neste trabalho compararam-se os indicadores propostos pelas duas vertentes, de forma a verificar se os contratos de gestão estão trazendo resultados positivos para a população tanto em relação à quantidade produzida como na qualidade dos serviços ofertados ao longo dos anos de 2014 a 2018. Analisando as diferentes estratégias municipais e avaliando-as com base em indicadores de desempenho da atenção básica, pode-se auxiliar os gestores em suas tomadas de decisão e, conseqüentemente, contribuir para a oferta de serviços à população com maior rapidez e qualidade em todos os níveis de complexidade.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A Atenção Básica é definida pela PNAB (2006) como “um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação”. Ela é a porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde, sendo também seu centro de comunicações, visto que a partir dela tem-se acesso a todos os níveis de complexidade.

O papel da Atenção Básica tem sido destacado por seu evidente potencial estruturante de todo o sistema, podendo-se descrever suas articulações com a atenção secundária e terciária, como uma rede, na qual cada nó possui competências distintas e fluxos multidirecionais de referenciamento e contrarreferenciamento das demandas. (Venancio et al., 2011).

A regionalização é fundamental para que a atenção primária à saúde bucal seja levada a um patamar de cooperação e integralização do atendimento, sendo a adoção da Estratégia Saúde da Família e orientação das Equipes de Saúde Bucal cruciais para uma boa estruturação do sistema. O primeiro contato com ações e serviços odontológicos, bem como o sistema de referenciamento, deve ocorrer de forma rápida e com ampla cobertura, de modo a satisfazer as demandas da população (Mello et al., 2014). Santos e Campos (2015) enfatizam a necessidade de um SUS realmente unificado, que seja capaz de se articular com todas as esferas de governo e possa atender integralmente aos cidadãos.

Medidas político-administrativas nos últimos anos como, por exemplo, a ampliação do acesso à atenção primária, a inserção da ESB na ESF, o foco nas ações coletivas, a definição de linhas de cuidado e os incentivos financeiros, fortalecem a atenção à saúde bucal como uma política pública e promovem sua expansão, qualificação e visibilidade, constituindo fatores de estímulo para a concepção da rede de saúde com componentes bucais. (Mello et al., 2014).

Pereira et al. (2009) realizaram um estudo no Rio Grande do Norte em que agrupou os

municípios em três categorias: implantação de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família; sem implantação de ESB, porém com cobertura da ESF; e ausência tanto de ESB como de ESF. Foi observado que a Estratégia Saúde da Família sempre tem impacto positivo no acesso à saúde bucal, porém apenas para crianças abaixo de 12 anos a vinculação das ESB à ESF foi benéfica em relação ao modelo não vinculado. Isso pode estar relacionado ao fato de que as ações coletivas da ESB são focadas no público escolar, de modo que a prevenção não seja realizada regularmente para público com maior idade.

O estudo comparativo entre as regiões geográficas brasileiras realizado por Bordin e Fadel (2012) constatou que, entre os anos de 2008 e 2010, a taxa de cobertura pela ESF vem aumentando em todas as regiões. Entretanto, há uma grande disparidade entre a região com maior cobertura (Nordeste, com 62,98%) e a com menor cobertura (Sudeste, com 21,11%). Os autores sugerem que isso seja reflexo do histórico de predominância da utilização de unidades de saúde não vinculadas à ESF da região. Quanto ao indicador de média de ação coletiva de escovação supervisionada, não houve continuidade do crescimento do acesso nas regiões norte e centro-oeste. Uma das justificativas seria que apenas um tipo de ação coletiva foi avaliado, deixando de fora a ação de prevenção por meio de fluoretação das águas, por exemplo, que é a técnica com maior cobertura populacional. Por fim, Bordin e Fadel (2010) verificaram que, apesar das regiões sudeste e sul terem apresentado maior índice de escovação coletiva, foram as que mostraram menor acesso à atenção à saúde bucal, podendo estar relacionada com os menores índices de cobertura da ESF. Isso demonstra que o modo como a Equipe de Saúde Bucal é estabelecida em cada município e região pode influenciar o desempenho quanto ao acesso a serviços odontológicos.

Com vistas à maior eficiência da atenção básica, por meio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, o Ministério da Saúde estabeleceu uma nova PNAB, que alterou o repasse de recursos de forma a combinar equidade e qualidade. O Piso de Atenção Básica fixo (PAB fixo) dos municípios passou a diferenciar o valor *per capita* por município, beneficiando os municípios mais pobres, ao mesmo tempo em que o Piso de Atenção Básica que financia a Estratégia Saúde da Família continuou variável (PAB variável), como um incentivo à maior cobertura da população pelo ESF para que recebam maiores recursos financeiros. Declarou ainda a Atenção à Saúde Bucal como programa de trabalho obrigatório na Atenção Básica e seu respectivo repasse de acordo com o PAB variável (Ministério da Saúde, 2012).

Contudo, Mendes e Marques (2014), em estudo sobre o financiamento da ESF e da Atenção Básica nos municípios brasileiros, afirmam que o valor destinado à Atenção Básica pela Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2014 ficou aquém do valor de 2013. O valor per capita do PAB variável é bem superior ao PAB fixo, porém ambos ainda abaixo do ideal, embora destaquem que a maior parte dos recursos do PAB variável advindos da esfera federal são destinados à Estratégia Saúde da Família, incluindo as Equipes de Saúde Bucal. Eles também evidenciam que o repasse federal não está sendo suficiente para financiar os gastos em saúde e as receitas tributárias de municípios menores não cobrem o restante dessas despesas. Mendes e Marques (2014) sugerem adotar uma sistemática em que quanto menor a população de um município, maior o valor da transferência, levando-se em conta, também, as necessidades de saúde de regiões mais carentes. Ainda nessa linha de pensamento, Sobrinho e Espírito Santo (2013) enunciaram que uma maior articulação entre os entes federativos pode melhorar a gestão compartilhada e, assim, possibilitar o alcance de metas estabelecidas pelo COAP (Sobrinho & Espírito Santo, 2013).

O COAP é um compromisso entre entes federativos de compartilhar as responsabilidades do Sistema Único de Saúde, organizando-o de forma a garantir ao cidadão acesso integral à sua saúde. (Ministério da Saúde, 2012).

Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede

regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. (Brasil, 2011).

Ouverney, Ribeiro e Moreira (2017) fizeram um estudo sobre a implementação do COAP nos estados brasileiros e chegaram à conclusão de que, em geral, esta resultou em reconfiguração das regiões de saúde e, conseqüentemente, melhorias no processo de integralidade do atendimento. Entretanto, ressaltaram que os estados foram homogêneos no que se refere à disponibilidade para discussão das pautas do COAP, mas em relação às ações efetivamente tomadas, pelo fato de exigirem maior financiamento, nem todos os estados assumiram o compromisso.

Os indicadores de desempenho do COAP quanto à saúde bucal são influenciados por aspectos socioeconômicos municipais, o que pode ser observado pela característica mutiladora de procedimentos (exodontia) em locais com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Isso pode estar relacionado ao menor acesso à água fluoretada, o que acarreta em maior índice de lesões de cárie. (Fernandes & Peres, 2005).

Fischer, Peres, Kupek e Peres (2010), em sua pesquisa realizada na região sul do Brasil, constataram que os municípios com maior IDH apresentam maior cobertura odontológica e maior proporção de procedimentos coletivos. Entretanto, com relação à invasividade dos procedimentos, mesmo em locais com maior cobertura da ESF, o índice de exodontia foi alto (Fischer et al., 2010). As políticas de saúde assistencialistas possuem efeito limitado, pois estão relacionadas a outros fatores, como educação e renda. Assim, mesmo com a implantação da ESF, apenas municípios com maior IDH obtiveram avanços em relação ao acesso a serviços de Atenção Básica à saúde (Souza & Roncalli, 2007).

Carnut, Figueiras, Figueiredo e Goes (2011) observaram que crianças de famílias com melhores condições socioeconômicas acessam mais os serviços odontológicos, contrariando o princípio da equidade, uma das bases da Atenção Básica. Carnut et al. (2011) e Fischer et al. (2010) e Fernandes e Peres (2005) ressaltam que as políticas de saúde bucal devem ser priorizadas em municípios com menor desempenho socioeconômico.

Venancio et al. (2011), por outro lado, realizaram um estudo comparativo entre cinco regiões de saúde do estado de São Paulo e verificaram que apesar de a região de Campinas ser a mais desenvolvida socioeconomicamente, a região de São José do Rio Preto obteve melhor índice de desempenho. Destacaram a provável relação causal entre a ampliação do acesso à atenção primária, principalmente devido à maior cobertura da ESF e consultas odontológicas iniciais, e o sucesso no processo de referenciamento e integralidade da atenção. Além disso, ressaltaram que a região de São José do Rio Preto foi a que mais investiu em contratos de gestão (com hospitais universitários) dentre os observados, podendo também ter sido fator importante no resultado.

Para Ditterich, Moysés e Moysés (2012), essa estratégia de contratualização de resultados é uma das grandes responsáveis pela melhoria da qualidade dos serviços públicos de saúde, visto que aumenta a capacidade de planejamento e avaliação de metas, facilitando o controle tanto por parte do governo como da população.

Barbosa e Elias (2010) compararam o desempenho de hospitais com contratos de gestão com OSS e de administração direta pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e observaram certa vantagem das OSS.

A autonomia administrativa e financeira para provisão de bens e serviços e administração de pessoal interfere sobre o desempenho das duas unidades, com vantagem para a OSS. A capacidade de decidir sobre a organização da infraestrutura dos serviços e estruturá-la segundo critérios de eficiência e eficácia de forma desburocratizada permite uma melhor alocação de tempo e atenção a uma agenda de prioridades. Um maior nível de autonomia concedida às unidades sob gestão OSS implica uma maior capacidade de controle e avaliação por parte do gestor estadual em relação aos resultados contratados, bem como um maior domínio dos órgãos

de controle externo de novos conceitos e ferramentas focados no desempenho destas unidades, em detrimento do prevalente controle sobre procedimentos. (Barbosa & Elias, 2010).

Leite, Souza e Nascimento (2010) realçam que a contratualização deve ser executada em quatro etapas: definição das metas, planejamento do gerenciamento, oficialização do contrato de gestão e acompanhamento e avaliação.

Os contratos de gestão entre governo e OSS são baseados na meritocracia: o atingimento das metas e prazos acordados é imprescindível para a continuação da vigência do contrato e manutenção do valor do repasse. A adoção de políticas de remuneração flexíveis fundamentadas no mérito motiva a adesão de contratos por parte dos gestores (Santos, 2014), ao mesmo tempo em que responsabiliza-os pelo não cumprimento do contrato (Escoval, 2007 citado por Leite, Souza & Nascimento, 2010), garantindo a qualidade das ações e serviços prestados (Leite, Souza & Nascimento, 2010).

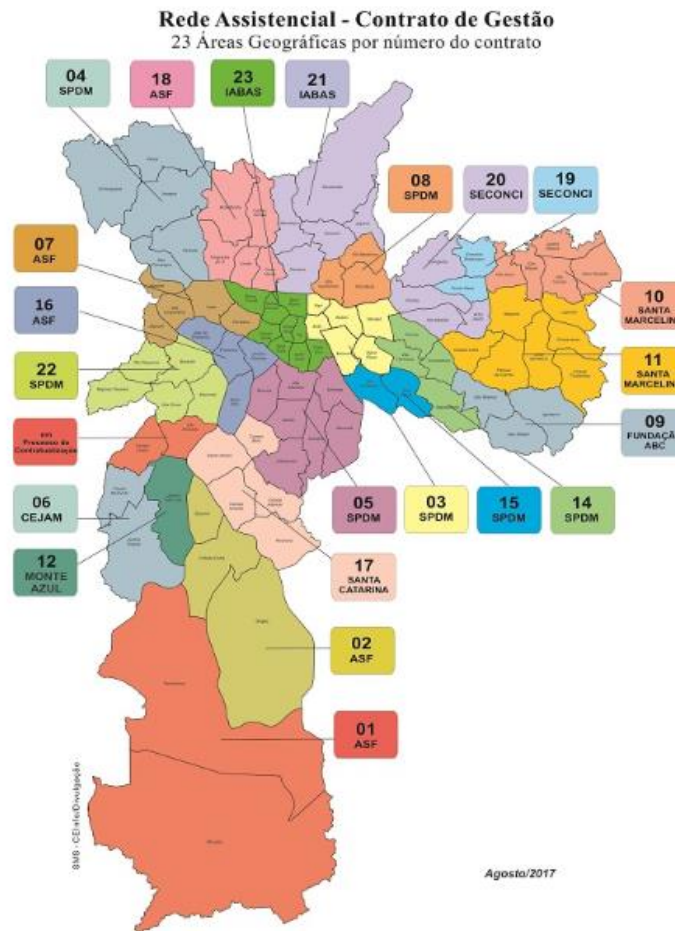
Ravioli, Soárez e Scheffer (2018), por sua vez, fizeram um estudo pautado em uma grande revisão de literatura em relação aos modelos de gestão das unidades no Sistema Único de Saúde, em que verificaram resultados comuns a diversos trabalhos sobre o tema. Em linhas gerais, um modelo específico não sobressaiu sobre os demais no que se refere à administração das unidades, mas destacaram algumas vantagens e desvantagens dos contratos de gestão com OSS sobre a Administração Direta. Verificaram que o processo de compras públicas (de insumos, por exemplo) tem maior celeridade, uma vez que as OSS não estão sujeitas ao processo estabelecido pelas normas de direito público (como a licitação). O mesmo ocorre para a atualização do quadro de pessoal e necessidade de mudança da cultura da organização, em que na Administração Direta é obrigatória a realização de concurso público, dificultando a reposição de funcionários. Por outro lado, os autores destacam que apesar das OSS terem mecanismos de fiscalização, nem sempre estes são eficazes, pois “a retórica do benefício do gerencialismo pode deixar de considerar os interesses privados que passam a atuar na gestão da saúde” (Ravioli, Soárez & Scheffer, 2018).

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

A partir da declaração do PNAB, a Atenção Básica à Saúde passou a ser responsabilidade integral dos municípios, cabendo aos outros entes federativos apenas o auxílio técnico e financeiro. Dessa forma, é possível analisar o desempenho das Redes Assistenciais da Supervisão Técnica de Saúde no que se refere à atenção básica tendo como base apenas dados municipais.

Foi realizado um estudo quantitativo referente ao município de São Paulo e seus 22 contratos de gestão firmados até o ano de 2016. Em cada um deles descrevem-se especificamente as Unidades de Saúde que compõem o objeto do contrato de gestão. De forma mais abrangente, o Portal da Prefeitura de São Paulo aloca seus 96 distritos administrativos sob os contratos de gestão, conforme figura 1. Os dois distritos que ainda não possuem tal termo (Campo Limpo e Vila Andrade) já estão em processo de contratualização, e, assim que assinado, a OSS passará a ser a grande responsável pelo desempenho geral dos mesmos, como já ocorre para as demais Redes Assistenciais da Supervisão Técnica da Saúde. Vale ressaltar que todas as ESFs estão sob controle das OSSs para os distritos que assinaram tal contrato. Dados referentes aos anos de 2014 a 2018 foram obtidos a partir da base de procedimentos ambulatoriais e vínculos profissionais encontrados no TabNet da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, coletados no quarto trimestre de 2018. Utilizou-se, ainda, uma base obtida no âmbito do processo 2015/06395-2 junto à Prefeitura de São Paulo, que possibilitou a associação entre códigos de estabelecimentos e Redes Assistenciais.

Figura 1: Divisão dos distritos administrativos por contrato de gestão



Fonte: Prefeitura de São Paulo – Acesso à Informação

Em relação aos indicadores de desempenho estabelecidos no COAP quanto à saúde bucal na Atenção Básica à Saúde tem-se os seguintes métodos de cálculo (Ministério da Saúde, 2013):

- Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal: maior cobertura está relacionada à maior oferta de serviços de odontologia básica e facilidade de acesso.

$$\frac{(\text{Soma da carga horária dos cirurgiões dentistas}/40) \times 3000}{\text{População residente na microrregião (IBGE)}} \times 100$$

População residente na microrregião (IBGE)

- Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada: quanto maior o indicador, maior o acesso à orientação para prevenção de doenças bucais, mais especificamente lesão de cárie dentária e doença periodontal.

$$\frac{(\text{n}^\circ \text{ de participantes da escovação dental supervisionada da microrregião em 12 meses}) \div 12}{\text{População residente na microrregião (IBGE)}} \times 100$$

População residente na microrregião (IBGE)



- Proporção de exodontia em relação aos procedimentos: quanto menor o percentual, melhor a qualidade do tratamento, demonstrando que o leque de ações abrange maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da exodontia.

Soma do nº de exodontias e do nº exodontias múltiplas com alveoloplastia

x 100

nº total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos da microrregião<sup>1</sup>

Para as metas de produção estabelecidas pela Prefeitura de São Paulo, utilizou-se como método de cálculo o descrito no Manual de Acompanhamento, Supervisão e Avaliação dos Contratos de Gestão (2016) emitido pela Secretaria Municipal de Saúde:

- Atendimento individual: quantidade de atendimentos agendados e de urgência realizados pela Equipe de Saúde Bucal da ESF. Dá-se pela soma dos seguintes procedimentos: primeira consulta odontológica programática, consulta / atendimento domiciliar, consulta de profissionais de nível superior na atenção básica e atendimento de urgência em atenção básica.
- Procedimentos individuais do cirurgião dentista e do técnico de saúde bucal: quantidade de procedimentos odontológicos realizados pelo cirurgião dentista e técnico de saúde bucal na estratégia saúde da família. Dá-se pela soma dos seguintes procedimentos: aplicação de carióstático, aplicação de selante, aplicação tópica de flúor, evidenciação de placa bacteriana, selamento provisório de cavidade dentária, exame bucal com finalidade epidemiológica, biópsia de tecidos moles em boca, procedimentos clínicos odontológicos do grupo 3, subgrupo 7 que encaixam-se na atenção básica, drenagem de abscesso, frenectomia, contenção de dentes por splintagem e pequenas cirurgias orais do grupo 4 subgrupo 14 que encaixam-se na atenção básica.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise dos resultados foi feita por contrato de gestão e entidade parceira, a fim de se entender se há diferenças na forma como cada entidade vem atuando no atendimento às necessidades odontológicas da população.

Para o primeiro indicador do COAP, cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal, obteve-se os seguintes resultados (Quadro 1):

<sup>1</sup> O valor do denominador é a soma dos seguintes procedimentos: aplicação de carióstático (por dente), aplicação de selante (por dente), aplicação tópica de flúor (por sessão), selamento provisório de cavidade dentária, capeamento pulpar, restauração de dente permanente anterior, restauração de dente permanente posterior, acesso a polpa dentária e medicação (por dente), curativo de demora com ou sem preparo biomecânico, obturação de dente decíduo, obturação em dente permanente, pulpotomia dentária, retratamento endodôntico em dente permanente, selamento de perfuração radicular, raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante), subgengivais (por sextante) e coronorradicular (por sextante), apicectomia com ou sem obturação retrógrada, curetagem periapical, exodontia de dente permanente, exodontia múltipla com alveoloplastia (por sextante), gengivectomia (por sextante), gengivoplastia (por sextante), odontosecção, radilectomia e tunelização, reimplante e transplante dental (por elemento), tratamento cirúrgico para tracionamento dental e tratamento cirúrgico periodontal (por sextante) (Ministério da Saúde, 2013).

Quadro 1: Cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal

Instituição	Contrato	2014	2015	2016	2017	2018	Var 14/15	Var 15/16	Var 16/17	Var 17/18
-	Sem Contrato	19,89	19,40	19,37	19,69	21,05	▼ -2,4%	▬ -0,2%	▲ 1,7%	▲ 6,9%
ASF	R001/2014	22,92	25,92	25,12	26,22	28,56	▲ 13,1%	▼ -3,1%	▲ 4,4%	▲ 8,9%
	R002/2014	8,22	8,66	9,41	10,11	10,47	▲ 5,3%	▲ 8,6%	▲ 7,4%	▲ 3,6%
	R007/2015	4,05	3,69	4,87	4,91	4,36	▼ -9,0%	▲ 32,1%	▬ 0,7%	▼ -11,2%
	R016/2015	1,03	1,36	2,04	2,04	2,15	▲ 33,0%	▲ 49,7%	▬ -0,2%	▲ 5,3%
	R018/2015	9,15	9,42	12,23	13,18	14,31	▲ 2,9%	▲ 29,9%	▲ 7,8%	▲ 8,5%
CEJAM	R006/2015	19,97	21,22	22,82	22,86	23,67	▲ 6,3%	▲ 7,5%	▬ 0,2%	▲ 3,5%
FUNDAÇÃO ABC	R009/2015	3,40	2,76	7,74	8,64	8,58	▼ -19,0%	▲ 180,4%	▲ 11,8%	▬ -0,8%
IABAS	R021/2016	1,93	1,92	2,48	2,91	3,82	▬ -0,2%	▲ 28,9%	▲ 17,5%	▲ 31,2%
	R023/2016	2,58	2,56	2,53	2,50	2,69	▼ -1,0%	▼ -1,0%	▼ -1,0%	▲ 7,2%
MONTE AZUL	R012/2015	10,59	12,59	19,10	19,15	21,83	▲ 18,8%	▲ 51,8%	▬ 0,2%	▲ 14,0%
SANTA CATARINA	R017/2015	11,76	13,22	12,83	12,54	12,21	▲ 12,4%	▼ -3,0%	▼ -2,3%	▼ -2,6%
SANTA MARCELINA	R010/2015	8,89	9,16	12,66	12,53	14,14	▲ 3,0%	▲ 38,2%	▼ -1,0%	▲ 12,9%
	R011/2015	7,35	7,20	9,24	8,92	10,14	▼ -2,0%	▲ 28,2%	▼ -3,4%	▲ 13,7%
SECONCI	R019/2016	7,30	6,10	7,34	7,36	8,52	▼ -16,5%	▲ 20,3%	▬ 0,3%	▲ 15,9%
	R020/2016	4,50	4,03	4,43	4,50	4,58	▼ -10,3%	▲ 9,8%	▲ 1,7%	▲ 1,7%
SPDM	R003/2015	0,85	0,84	0,83	0,69	0,82	▬ -0,7%	▬ -0,7%	▼ -17,3%	▲ 19,1%
	R004/2015	10,31	10,45	10,30	10,00	10,08	▲ 1,3%	▼ -1,4%	▼ -2,9%	▬ 0,8%
	R005/2015	5,13	5,20	5,97	6,39	6,71	▲ 1,5%	▲ 14,7%	▲ 7,2%	▲ 4,9%
	R008/2015	2,06	2,07	2,09	2,10	3,52	▬ 0,6%	▬ 0,6%	▬ 0,6%	▲ 67,7%
	R014/2015	12,19	13,74	15,83	15,98	16,99	▲ 12,7%	▲ 15,2%	▬ 0,9%	▲ 6,3%
	R015/2015	10,87	9,20	9,94	9,65	10,23	▼ -15,3%	▲ 8,0%	▼ -2,9%	▲ 5,9%
	R022/2016	0,67	0,67	2,54	5,85	8,42	▬ -0,9%	▲ 279,8%	▲ 130,5%	▲ 43,8%
<b>Média Geral</b>	-	<b>7,86</b>	<b>8,13</b>	<b>9,51</b>	<b>9,81</b>	<b>10,58</b>	▲ <b>3,3%</b>	▲ <b>17,1%</b>	▲ <b>3,1%</b>	▲ <b>7,9%</b>

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Tabnet da Secretaria da Saúde de São Paulo

Para esse indicador utilizou-se os dados divulgados até agosto de 2018, pois apesar do ano ainda não ter concluído, pode-se verificar uma tendência do resultado anual, dado que esse indicador calcula uma média. Observou-se que as Organizações Sociais de Saúde estão procurando aumentar a cobertura populacional mediante aumento do número de cirurgiões dentistas na estratégia saúde da família, com exceção da entidade Santa Catarina, que vem diminuindo seu índice nos últimos 3 anos.

Esse aumento deve-se em parte à meta de equipe mínima estabelecida pela prefeitura de São Paulo, na qual as OSS precisam ter um número mínimo estabelecido de cirurgiões dentistas para cada unidade de saúde que gerencia. Sendo assim, pode-se notar que a maioria das entidades em questão possui um salto de variação entre dois anos consecutivos em algum momento, que, em geral, coincide com o ano em que foi assinado o termo. Além disso, para o último ano analisado, foi observado um decréscimo para o indicador em apenas 3 das 22 Redes Assistenciais analisadas.

Em relação à média da ação coletiva de escovação dental supervisionada, obtiveram-se os resultados mostrados na Quadro 2.

Ao contrário do que se viu no primeiro indicador, o índice de ação coletiva de escovação dental diminuiu em algum momento para todas as Redes Assistenciais, principalmente entre os anos de 2016 e 2017. Notou-se uma queda bastante significativa para este indicador, o que pode sugerir que as entidades parceiras não estão se empenhando para realizar esse procedimento, já que não são avaliadas pelos resultados obtidos por ele em nenhum momento. As OSSs Fundação ABC e Monte Azul foram as únicas que conseguiram aumentos para esse indicador quando levado em consideração os períodos anterior e posterior à assinatura do contrato de gestão, mais ainda assim sofreram um grande declínio no ano de

2017. Isso pode ser preocupante a longo prazo, dado que menos ações de prevenção podem acarretar em mais tratamentos curativos ou mutiladores no futuro. Em outras palavras, a falta de prevenção pode fazer com que mais pessoas necessitem de tratamentos mais demorados, gerando maior número de filas nas unidades de saúde e gastos com materiais odontológicos, que poderiam ter sido evitados.

Quadro 2: Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada

Instituição	Contrato	2014	2015	2016	2017	Var 14/15	Var 15/16	Var 16/17
-		2,0765	2,2830	2,4306	1,9952	▲ 9,9%	▲ 6,5%	▼ -17,9%
ASF	R001 /2014	1,7032	1,9555	1,5932	1,0302	▲ 14,8%	▼ -18,5%	▼ -35,3%
	R002 /2014	0,4734	0,4714	0,4868	0,4747	▬ -0,4%	▲ 3,3%	▼ -2,5%
	R007 /2015	0,1628	0,0700	0,0450	0,0523	▼ -57,0%	▼ -35,7%	▲ 16,2%
	R016 /2015	0,0165	0,0145	0,0319	0,0190	▼ -12,1%	▲ 119,5%	▼ -40,2%
	R018 /2015	1,0293	0,9570	1,0702	0,9574	▼ -7,0%	▲ 11,8%	▼ -10,5%
CEJAM	R006 /2015	0,9255	0,9953	0,5422	0,6763	▲ 7,5%	▼ -45,5%	▲ 24,7%
FUNDACAO ABC	R009 /2015	0,0817	0,0807	0,1646	0,0831	▼ -1,3%	▲ 104,0%	▼ -49,5%
IABAS	R021 /2016	0,1674	0,1597	0,1505	0,1535	▼ -4,6%	▼ -5,8%	▲ 2,0%
	R023 /2016	0,1595	0,1252	0,1119	0,0923	▼ -21,5%	▼ -10,6%	▼ -17,5%
MONTE AZUL	R012 /2015	0,4583	0,6255	0,9708	0,9507	▲ 36,5%	▲ 55,2%	▼ -2,1%
SANTA CATARINA	R017 /2015	1,1350	1,2318	1,1360	0,7985	▲ 8,5%	▼ -7,8%	▼ -29,7%
SANTA MARCELINA	R010 /2015	0,4239	0,4183	0,5330	0,2025	▼ -1,3%	▲ 27,4%	▼ -62,0%
	R011 /2015	0,6166	0,6055	0,5324	0,3544	▼ -1,8%	▼ -12,1%	▼ -33,4%
SECONCI	R019 /2016	0,3381	0,1634	0,2673	0,1810	▼ -51,7%	▲ 63,5%	▼ -32,3%
	R020 /2016	0,2641	0,2126	0,2325	0,1335	▼ -19,5%	▲ 9,3%	▼ -42,6%
SPDM	R003 /2015	0,0000	0,0277	0,0190	0,0065	-	▼ -31,6%	▼ -65,7%
	R004 /2015	1,1136	0,9212	0,8575	0,5958	▼ -17,3%	▼ -6,9%	▼ -30,5%
	R005 /2015	0,1540	0,1942	0,1262	0,1332	▲ 26,1%	▼ -35,0%	▲ 5,6%
	R008 /2015	0,1925	0,1668	0,1483	0,1466	▼ -13,4%	▼ -11,1%	▼ -1,1%
	R014 /2015	0,5049	0,4446	0,4109	0,2571	▼ -11,9%	▼ -7,6%	▼ -37,4%
	R015 /2015	0,6955	0,7496	0,5159	0,5136	▲ 7,8%	▼ -31,2%	▬ -0,5%
	R022 /2016	0,1104	0,0831	0,1369	0,0346	▼ -24,8%	▲ 64,8%	▼ -74,8%
<b>Total Geral</b>		<b>0,5473</b>	<b>0,5475</b>	<b>0,5268</b>	<b>0,4138</b>	<b>▬ 0,0%</b>	<b>▼ -3,8%</b>	<b>▼ -21,5%</b>

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Tabnet da Secretaria da Saúde de São Paulo

Para o terceiro indicador do COAP, proporção de exodontia em relação aos procedimentos, obteve-se os resultados conforme Quadro 3.

Pode-se verificar que para a variação de 2014 a 2015, em geral a quantidade de procedimentos mutiladores (exodontias) em relação a todos os procedimentos que compõem o denominador de acordo com o Caderno de Diretrizes, Metas e Indicadores do Ministério da Saúde (2013) estava em declínio (apenas 4 das 22 Redes Assistenciais apresentaram aumento para esse indicador). Entretanto, esse indicador passou a subir em mais Redes Assistenciais ao longo dos anos, atingindo um aumento em 18 das 22 Redes Assistenciais em entre os anos de 2016 e 2017. Isso pode ser preocupante, por ser um sinal de que os procedimentos preventivos e curativos não estão sendo tão eficazes, de forma que a única solução para esses casos é a extração dentária.

Quadro 3: Proporção de exodontia em relação aos procedimentos

Instituição	Contrato	2014	2015	2016	2017	Var 14/15	Var 15/16	Var 16/17
-	-	7,1572	7,9823	5,6341	7,4364	▲ 11,5%	▼ -29,4%	▲ 32,0%
ASF	R001 /2014	6,6968	2,7707	3,6417	5,2638	▼ -58,6%	▲ 31,4%	▲ 44,5%
	R002 /2014	5,7955	4,5216	6,1086	6,9351	▼ -22,0%	▲ 35,1%	▲ 13,5%
	R007 /2015	6,9874	3,0458	1,4923	1,9127	▼ -56,4%	▼ -51,0%	▲ 28,2%
	R016 /2015	3,8180	3,3598	2,2335	2,8694	▼ -12,0%	▼ -33,5%	▲ 28,5%
	R018 /2015	3,7253	3,4254	4,1166	4,3290	▼ -8,1%	▲ 20,2%	▲ 5,2%
CEJAM	R006 /2015	3,9909	3,9219	3,7846	4,7970	▼ -1,7%	▼ -3,5%	▲ 26,8%
FUNDACAO ABC	R009 /2015	5,9886	4,6287	3,9782	4,4613	▼ -22,7%	▼ -14,1%	▲ 12,1%
IABAS	R021 /2016	0,6556	1,2776	1,0367	3,0346	▲ 94,9%	▼ -18,9%	▲ 192,7%
	R023 /2016	3,8431	3,6315	4,1628	2,3972	▼ -5,5%	▲ 14,6%	▼ -42,4%
MONTE AZUL	R012 /2015	3,3972	3,2233	3,7375	4,6932	▼ -5,1%	▲ 16,0%	▲ 25,6%
SANTA CATARINA	R017 /2015	2,8639	2,1801	2,4334	3,4009	▼ -23,9%	▲ 11,6%	▲ 39,8%
SANTA MARCELINA	R010 /2015	7,1688	4,0130	2,9330	4,0112	▼ -44,0%	▼ -26,9%	▲ 36,8%
	R011 /2015	6,4839	4,4769	4,0918	5,4954	▼ -31,0%	▼ -8,6%	▲ 34,3%
SECONCI	R019 /2016	4,7436	5,1784	6,1324	5,3309	▲ 9,2%	▲ 18,4%	▼ -13,1%
	R020 /2016	3,7300	3,8992	3,7155	3,7323	▲ 4,5%	▼ -4,7%	○ 0,5%
SPDM	R003 /2015	0,3967	0,4529	0,8986	0,4125	▲ 14,2%	▲ 98,4%	▼ -54,1%
	R004 /2015	7,9191	3,6627	2,9093	4,2483	▼ -53,7%	▼ -20,6%	▲ 46,0%
	R005 /2015	4,5841	2,3811	2,3989	3,2805	▼ -48,1%	○ 0,7%	▲ 36,7%
	R008 /2015	2,9335	2,2734	2,1297	1,1709	▼ -22,5%	▼ -6,3%	▼ -45,0%
	R014 /2015	4,9624	3,2335	2,8416	3,5106	▼ -34,8%	▼ -12,1%	▲ 23,5%
	R015 /2015	5,5190	3,4843	2,7924	4,5249	▼ -36,9%	▼ -19,9%	▲ 62,0%
	R022 /2016	1,3168	0,9655	3,4798	4,5262	▼ -26,7%	▲ 260,4%	▲ 30,1%
<b>Total Geral</b>		<b>4,9142</b>	<b>3,6035</b>	<b>3,4711</b>	<b>4,5574</b>	▼ -26,7%	▼ -3,7%	▲ 31,3%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Tabnet da Secretaria da Saúde de São Paulo

Pensando-se novamente nos custos para o sistema público, é provável que os indivíduos que tem seus dentes extraídos venham a solicitar a confecção de próteses dentárias para substituir seus dentes naturais. A confecção de prótese dentária, além de ser cara por exigir equipamento qualificado ou parceria com laboratório protético, é bastante demorada e demanda grande quantidade de seções antes e depois da instalação da mesma. A Prefeitura teria menores custos caso investisse mais em ações coletivas de prevenção, mas como já foi dito anteriormente, dentro do quadro de metas estabelecido no contrato de gestão com as OSSs não há nenhuma ação coletiva, o que pode desestimular essas entidades parceiras a realizá-las.

Por meio dos três indicadores do COAP analisados, pode-se perceber que não há alto investimento nas ações de prevenção por parte da Prefeitura de São Paulo e isso se reflete nos resultados das OSSs para esses indicadores. Faz-se necessário que as OSSs façam um plano de longo prazo para que consigam reverter a situação apresentada.

Analisando-se as quantidades produzidas pelas OSSs no que se refere às metas estabelecidas pelo contrato de gestão, obtiveram-se os resultados dos Quadros 4 e 5. O detalhamento dos contratos se faz necessário para avaliar o momento em que cada entidade se encontra. Como pode ser observado no Quadro 4, a maior parte dos contratos de gestão assinados no ano de 2015 tiveram variação positiva entre os anos de 2015 e 2016, mas negativa entre os anos de 2016 e 2017. Essa variação negativa, entretanto, é pequena em relação à variação positiva do ano anterior, de forma que pode-se dizer que os contratos de

gestão estimularam o crescimento do volume de produção, em geral. De forma semelhante, os contratos firmados em 2016, em sua maioria tiveram um crescimento de produção no anos seguinte à assinatura.

Quadro 4: Atendimentos individuais pelo cirurgião dentista da ESF por contrato

Instituição	Contrato	2014	2015	2016	2017	Var 14/15	Var 15/16	Var16/17
-	Sem contrato	63080	66924	67362	75202	▲ 6,1%	■ 0,7%	▲ 11,6%
ASF	R001 /2014	27251	31409	34327	35048	▲ 15,3%	▲ 9,3%	▲ 2,1%
	R002 /2014	30821	45429	50811	51325	▲ 47,4%	▲ 11,8%	▲ 1,0%
	R003 /2015	6540	7458	12769	11546	▲ 14,0%	▲ 71,2%	▼ -9,6%
	R004 /2015	1454	2222	5296	5543	▲ 52,8%	▲ 138,3%	▲ 4,7%
	R005 /2015	79569	76474	90128	74417	▼ -3,9%	▲ 17,9%	▼ -17,4%
CEJAM	R006 /2015	92538	97511	111208	109000	▲ 5,4%	▲ 14,0%	▼ -2,0%
FUNDAÇÃO ABC	R007 /2015	10980	9113	30837	31294	▼ -17,0%	▲ 238,4%	▲ 1,5%
IABAS	R008 /2015	8373	9271	8472	11754	▲ 10,7%	▼ -8,6%	▲ 38,7%
	R009 /2015	5798	7810	9195	11114	▲ 34,7%	▲ 17,7%	▲ 20,9%
MONTE AZUL	R010 /2015	17982	23657	50459	45579	▲ 31,6%	▲ 113,3%	▼ -9,7%
SANTA CATARINA	R011 /2015	63987	78759	79289	69062	▲ 23,1%	■ 0,7%	▼ -12,9%
SANTA MARCELINA	R012 /2015	59602	62594	83144	73289	▲ 5,0%	▲ 32,8%	▼ -11,9%
	R014 /2015	74688	68026	84987	70572	▼ -8,9%	▲ 24,9%	▼ -17,0%
SECONCI	R015 /2015	9692	6512	10426	11725	▼ -32,8%	▲ 60,1%	▲ 12,5%
	R016 /2015	14838	14839	19512	17433	■ 0,0%	▲ 31,5%	▼ -10,7%
SPDM	R017 /2015	2159	2023	2083	1926	▼ -6,3%	▲ 3,0%	▼ -7,5%
	R018 /2015	51801	54577	53994	50133	▲ 5,4%	▼ -1,1%	▼ -7,2%
	R019 /2016	30265	40850	50811	51497	▲ 35,0%	▲ 24,4%	▲ 1,4%
	R020 /2016	4124	5376	6665	4960	▲ 30,4%	▲ 24,0%	▼ -25,6%
	R021 /2016	44229	52202	70969	68716	▲ 18,0%	▲ 36,0%	▼ -3,2%
	R022 /2016	13114	14085	21296	20505	▲ 7,4%	▲ 51,2%	▼ -3,7%
	R023 /2016	518	1367	5986	20546	▲ 163,9%	▲ 337,9%	▲ 243,2%
<b>Total Geral</b>		<b>713403</b>	<b>778488</b>	<b>960026</b>	<b>922186</b>	▲ <b>9,1%</b>	▲ <b>23,3%</b>	▼ <b>-3,9%</b>

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Tabnet da Secretaria da Saúde de São Paulo

A mesma análise pode ser feita em relação aos procedimentos realizados pelos cirurgiões dentistas e técnicos em saúde bucal da ESF. Houve um grande aumento de produção logo após a assinatura do contrato de gestão, seguido de uma queda no ano subsequente. Isso pode demonstrar que as OSSs podem estar necessitadas de algum outro tipo de subsídio da Prefeitura de São Paulo, tais como maior quantidade de materiais odontológicos necessários à execução dos procedimentos, já que esse mesmo desenho de crescimento seguido de queda na produção foi verificado em muitos contratos diferentes, firmados com OSSs diferentes. Pode ser um indício de que do modo como o contrato é firmado, tem seu maior sucesso no primeiro ano de atividades, mas enfrenta dificuldades para manter a taxa de crescimento de produção.

Quadro 5: Procedimentos individuais pelo cirurgião dentista e técnico em saúde bucal

Instituição	Contrato	2014	2015	2016	2017	Var 14/15	Var 15/16	Var 16/17
-	Sem contrato	142677	143198	216621	269586	0,4%	51,3%	24,5%
ASF	R001 /2014	61918	127737	127007	120906	106,3%	-0,6%	-4,8%
	R002 /2014	94376	139733	147350	171188	48,1%	5,5%	16,2%
	R003 /2015	26069	26745	56252	51301	2,6%	110,3%	-8,8%
	R004 /2015	5583	7847	14635	17631	40,6%	86,5%	20,5%
	R005 /2015	177286	205158	311268	292908	15,7%	51,7%	-5,9%
CEJAM	R006 /2015	225539	277046	391941	385577	22,8%	41,5%	-1,6%
FUNDACAO ABC	R007 /2015	24798	24494	90051	89049	-1,2%	267,6%	-1,1%
IABAS	R008 /2015	26847	25842	38690	43924	-3,7%	49,7%	13,5%
	R009 /2015	23439	26998	26661	45814	15,2%	-1,2%	71,8%
MONTE AZUL	R010 /2015	83882	111263	169174	147406	32,6%	52,0%	-12,9%
SANTA CATARINA	R011 /2015	209743	287073	314109	270932	36,9%	9,4%	-13,7%
SANTA MARCELINA	R012 /2015	145352	222317	327557	249535	53,0%	47,3%	-23,8%
	R014 /2015	174669	258086	342245	262517	47,8%	32,6%	-23,3%
SECONCI	R015 /2015	29795	21870	37060	43571	-26,6%	69,5%	17,6%
	R016 /2015	51848	55262	66204	58570	6,6%	19,8%	-11,5%
SPDM	R017 /2015	8734	9255	8458	6984	6,0%	-8,6%	-17,4%
	R018 /2015	105347	190740	260941	207465	81,1%	36,8%	-20,5%
	R019 /2016	67733	168331	235358	201237	148,5%	39,8%	-14,5%
	R020 /2016	11582	13450	14067	13192	16,1%	4,6%	-6,2%
	R021 /2016	119973	197735	315365	271189	64,8%	59,5%	-14,0%
	R022 /2016	48289	76853	109473	89519	59,2%	42,4%	-18,2%
	R023 /2016	4949	6935	18117	62061	40,1%	161,2%	242,6%
<b>Total Geral</b>		<b>1870428</b>	<b>2623968</b>	<b>3638604</b>	<b>3372062</b>	<b>40,3%</b>	<b>38,7%</b>	<b>-7,3%</b>

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Tabnet da Secretaria da Saúde de São Paulo

Os resultados obtidos nesse segundo conjunto de indicadores vão ao encontro aos resultados anteriores. Isso porque quando há menor ênfase na prevenção, os procedimentos a serem realizados no ambulatório são mais complexos e demandam mais tempo por parte do cirurgião-dentista, comprometendo o volume de produção. Outro fator a ser notado é que, apesar da quantidade de procedimentos ter diminuído entre os anos 2016 e 2017, a quantidade de exodontias aumentou, o que pode indicar que uma nova revisão da forma como a prefeitura gerencia as metas por resultado se faz necessária.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo observar se as Redes Assistenciais da Supervisão Técnica da Saúde estão conseguindo desempenhar um bom papel no oferecimento de serviços para a população, sob as perspectivas de quantidade e qualidade. Pode-se observar que as metas de qualidade estabelecidas pelo COAP estão longe de serem alcançadas, principalmente no que se refere à promoção de ações coletivas, já que este não é objeto de contrato com as entidades parceiras. Mesmo em relação às metas de quantidade estabelecidas pelos contratos de gestão, notou-se uma dificuldade de se manter o crescimento de atendimentos e procedimentos, ainda que estes sejam os objetos de análise de tais contratos.

Observou-se que as entidades estão procurando aumentar a sua quantidade de profissionais atuantes na Atenção Básica à saúde odontológica, mas isso não está surtindo o efeito necessário para o alcance das metas. Isso pode estar relacionado ao menor número de

ações coletivas, ou seja, ações de prevenção em grupos, que costumam atender grandes demandas com maior rapidez, mas não fazem parte do cálculo dos indicadores. As entidades preferem optar por procedimentos individuais, que serão contabilizados para fins de cálculo dos indicadores, o que resulta em menor cobertura de população atendida. Com menos pessoas tendo acesso aos procedimentos de prevenção, as chances de necessitarem de um procedimento curativo ou mutilador aumenta, juntamente com o gasto de tempo e material necessários para realizar os atendimentos. As ações coletivas de prevenção, além de atender mais pessoas em menor tempo, são menos custosas para o município e, no longo prazo, ajudariam a diminuir as filas das unidades de saúde pelo simples fato de não deixar a doença progredir a ponto da população necessitar de tratamentos com maior complexidade.

Ao mesmo tempo, deve-se investigar a razão pelo qual o número de exodontias está crescendo mesmo com queda no volume de produção total. Isso pode estar relacionado à falta de materiais necessários para a realização de procedimentos curativos, que podem parecer mais custosos que a extração dentária na visão das unidades básicas de saúde. Entretanto, essas atuações mutiladoras geram a necessidade de procedimentos mais complexos nos centros de especialidades odontológicas, tornando-os mais dispendiosos na visão geral do governo.

Sendo assim, a Prefeitura de São Paulo deveria incorporar indicadores de qualidade do serviço prestado semelhantes ao COAP ao seu modelo de avaliação de desempenho das Organizações Sociais de Saúde para cada Rede Assistencial, principalmente para dar maior importância às ações coletivas de prevenção e desestimular as práticas mutiladoras.

## **6 REFERÊNCIAS**

- Andrade, K. L. C., & Ferreira, E. F. (2006). Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Ciência & Saúde Coletiva*. 11(1):123-130.
- Barbosa, N. B., & Elias, P. E. M. (2010). As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15(5):2483-2495.
- Bordin, D., & Fadel, C. B. (2012). Pacto pela saúde no Brasil: uma análise descritiva da progressão dos indicadores de saúde bucal. *Revista de Odontologia da UNESP*. 41(5): 305-311.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Pacto pela Saúde. Diretrizes Operacionais Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/livro.pdf>>.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Pacto pela Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/webpacto/text\\_atencao.pdf](http://conselho.saude.gov.br/webpacto/text_atencao.pdf)>.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Pacto pela Saúde. Regulamento: Pacto pela Vida e de Gestão. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/regulacao.pdf>>.
- Brasil. Decreto Federal nº 7.508, de 28/06/2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm)>.
- Brasil. Ministério da Saúde – MS. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_diretrizes\\_objetivos\\_2013\\_2015.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015.pdf)>
- Brasil. Ministério da Saúde – MS. Metas e indicadores para composição da parte II do Contrato Organizativo de Ação Pública. São Paulo, 2012. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/contrato-organizativo-da-acao-publica-da-saude-coap/metas\\_e\\_indicadores\\_da\\_parte\\_2\\_do\\_coap.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/contrato-organizativo-da-acao-publica-da-saude-coap/metas_e_indicadores_da_parte_2_do_coap.pdf)>.
- Brasil. Ministério da Saúde – MS. Portaria GM/MS nº 1.444, de 28/12/2000. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>>.

- Brasil. Ministério da Saúde – MS. Portaria GM/MS nº 399, de 22/02/2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM399.htm>>.
- Brasil. Ministério da Saúde – MS. Portaria GM/MS nº 648, de 28/03/2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM648.htm>>.
- Brasil. Ministério da Saúde – MS. Portaria GM/MS nº 1.654, de 19/07/2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html)>.
- Brasil. Ministério da Saúde – MS. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21/10/2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>.
- Ditterich, R. G., Moysés, S. T., & Moysés, S. J. (2012). O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 28(4):615-627.
- Carnut, L., Filgueiras, L. V., Figueiredo N., & Goes P. S. A. (2011). Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 16(7):3083-3091.
- Couttolenc, B. F., & Zucchi, P. (1998). Gestão de Recursos Financeiros. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. *Série Saúde & Cidadania*. São Paulo, v.10, p. 97.
- Fernandes, L. S., & Peres, M. A. (2005). Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Revista de Saúde Pública*. 39(6):930-6.
- Fischer, T. K., Peres, K. G., Kupek, E., Peres, M. A. (2010). Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 13(1): 126-38.
- Leite, J. D. B. L., Souza, H. F., & Nascimento, E. C. V. (2010). Contratualização na Saúde: proposta de um Contrato Único para os programas no Estado de Minas Gerais. *Revista de Administração em Saúde*. Vol. 12, No 46.
- Mattos, G. C. M., Ferreira, E. F., Leite, I. C. G., & Greco, R. M. (2014). A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 19(2):373-382.
- Mello, A. L. S. F., Andrade, S. R., Moyses, S. J., & Erdmann, A. L. (2014). Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Ciência & Saúde Coletiva*. 19(1):205-214.
- Mendes, A., & Marques, R. M. (2014). O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 900-916.
- Ouverney, A. M., Ribeiro, J. M., & Moreira, M. R. (2017). O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*. 22(4):1193-1207.
- Pereira, C. R. S., Patrício, A. A. R., Araújo, F. A. C., Lucena, E. E. S., Lima, K. C., & Roncalli A. G. (2009). Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 25(5):985-996.
- Pinto, H. A., Sousa, A. N. A., & Ferla, A. A. (2014). O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, V. 38, n. especial, p. 358-372.
- Pinto, H. A., Sousa, A. N. A., & Florêncio, A. R. (2012). O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*. Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup.
- Ravioli, A. F., Soarez, P. C., & Scheffer M. C. (2018). Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). *Cadernos de Saúde Pública*. 34(4).



Santos, A. A. (2014). Gestão da contratualização no setor público brasileiro: proposta de diretrizes. *Revista Eletrônica Sistemas & Gestão*. Volume 9, Número 3, pp. 328-339.

Santos, L., & Campos, G. W. S. (2015). SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.24, n.2, p.438-446.

São Paulo. Portal de Transparência da Prefeitura de São Paulo. <[http://transparenciasp.prefeitura.sp.gov.br/pub/organizacaoessociais/saude/entenda\\_os.pdf](http://transparenciasp.prefeitura.sp.gov.br/pub/organizacaoessociais/saude/entenda_os.pdf)>

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Contratos, Convênios e Parcerias. <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/aceso\\_a\\_informacao/index.php?p=178347](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/aceso_a_informacao/index.php?p=178347)>

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Acompanhamento, Supervisão e Avaliação dos Contratos de Gestão. <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/manualdeacompanhamento.pdf>>

Sobrinho, J. E. L., & Espírito Santo, A. C. G. (2013). Participação dos entes federados no financiamento da saúde bucal de atenção básica: estudo no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.22, n.4, p.994-1000.

Souza, T. M. S., & Roncalli, A. G. (2007). Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 23(11):2727-2739.

Venancio, S. I., Nascimento P. R., Rosa, T. E., Moraes, M. L. S., Martins, P. N., & Voloschko, A. (2011). Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 16(9):3951-3964.