

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL DOS CENTROS DE
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO BRASIL NO PERÍODO DE 2010 A**

2016

Amanda Lúcio Do Ó Silva



2019

Amanda Lúcio Do Ó Silva

**EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL DOS CENTROS DE
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO BRASIL NO PERÍODO DE 2010 A
2016**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Universidade Federal da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências Odontológicas.

Orientador: Prof. Dr. Wilton Wilney Nascimento Padilha

Coorientador: Prof. Dr. Edson Hilan Gomes de Lucena

João Pessoa

2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S586e Silva, Amanda Lucio do o.

Evolução da Produção ambulatorial dos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil do período de 2010 a 2016 / Amanda Lucio do o Silva. - João Pessoa, 2019.

0 f.

Orientação: Wilton Wilney Nascimento Padilha.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

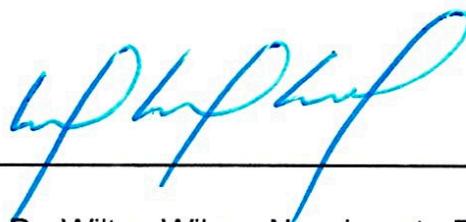
1. Gestão em Saúde; Atenção Secundária em Saúde. I. Padilha, Wilton Wilney Nascimento. II. Título.

UFPB/BC

Amanda Lúcio Do Ó Silva

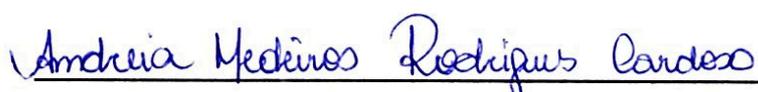
EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL DOS CENTROS DE
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO BRASIL NO PERÍODO DE 2010 A
2016

Banca Examinadora



Prof. Dr. Wilton Wilney Nascimento Padilha

Orientador – UFPB



Profª Drª Andreia Medeiros Rodrigues Cardoso

Examinador - UNIPÊ



Profª Drª. Leopoldina de Fátima Dantas de Almeida

Examinador - UFPB

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os dentistas que prestam serviço ao SUS nos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil. Atores diretos na luta para uma Odontologia de qualidade no serviço público brasileiro.

Agradecimentos

Agradeço em especial ao meu orientador Prof Wilton Padilha, que com muita paciência e sabedoria, conduziu meu curso numa caminhada para o verdadeiro aprendizado. Trazendo mais sentido para o título “Orientador”.

Aos Professores do PPGO que sempre estiveram disponíveis e dispostos a ajudar no nosso crescimento pessoal e profissional.

Aos amigos que fiz durante o curso, meu agradecimento vai com muito carinho, consideração e gratidão. As melhores conversas, os melhores conselhos e apoio.

Os bastidores de uma época que lembrarei para sempre. Vocês foram os melhores. Muito obrigada: Basílio, Eugênia, Karol, Luiza, Maria Eduarda e Ilky.

Aos meus amigos “de fora” da UFPB que estiveram por perto para dar apoio quando precisei.

Aos meus amigos, e colegas de trabalho, da UEPB Campus Araruna, são pessoas que tornam meu dia a dia muito mais leve. Vocês fizeram e fazem toda diferença na minha vida, tanto pessoal quanto profissional.

Por fim, agradeço a minha mãe, Eliane Do Ó, por nunca desistir de acreditar nas minhas vitórias.

Resumo

Introdução: O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas foi lançado em 2013 fornecendo incentivo financeiro para os CEO que realizaram a adesão e cumpriram com padrões de qualidade pactuados. **Objetivo:** Analisar o impacto do PMAQ-CEO nas produções dos CEO do Brasil. **Metodologia:** O universo foi composto por todos os CEO do Brasil que participaram da Avaliação Externa (n= 980). Foram excluídos da amostra os CEO que não tinham produção registrada por dois anos consecutivos. Perfazendo a amostra apenas os CEO que continham registro de produção nas especialidades coletadas na pesquisa durante o período (n=764). Foram coletados os dados de produção dos CEO de 2010 a 2016, das especialidades: Periodontia, Endodontia e Cirurgia. Disponíveis no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA – DataSUS). Os dados foram tabulados e analisados no IBM SPSS Statistics 22 e Excel, versão 2016 (Microsoft corp). Os dados descritivos foram analisados por ano, Tipo de CEO e região geográfica. Os números absolutos foram separados em antes e após PMAQ-CEO, sendo denominado t_1 (Antes PMAQ-CEO) e t_2 (Após PMAQ-CEO). Foi realizado o teste de diferença entre medianas de Wilcoxon ($\alpha < 0,05$). **Resultados:** A produção dos CEO em t_1 foi de 8.640.895 e t_2 com 10.568.933, com aumento de 22,3%, (1.928.038 procedimentos). Verificou-se aumento de produção em Cirurgia (105,93%) e Periodontia (11,3%) e em Endodontia redução de 28,3%. Dentre as regiões, o Nordeste apresentou 50,8% de aumento, seguido do Sul (13,8%) e diminuição no Sudeste (18,3%). O CEO Tipo II representou o maior percentual de aumento (36,2%) dentre os três tipos, os CEO do Tipo I e III apresentaram queda de 10,6% e 31,0%, respectivamente. O teste de Wilcoxon revelou significância estatística para o aumento de produção nacional, da região Sul, nos CEO Tipo II e na especialidade Cirurgia. Conclusão: o PMAQ-CEO impactou positivamente a produção dos CEO, com destaque para a Região Sul, os CEO Tipo II e a especialidade Cirurgia.

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Atenção Secundária à Saúde, Avaliação em Saúde

Abstract

Introduction: The National Program for Improving Access and Quality of Dental Specialties Centers was launched in 2013 providing financial incentive for the CEOs who performed the adherence and complied with agreed quality standards.

Objective: To analyze the impact of PMAQ-CEO on Brazilian CEO productions.

Methodology: The universe was composed of all CEOs in Brazil who participated in the External Evaluation (n=980). Excluded from the sample were CEOs who had no production registered for two consecutive years. Perforating the sample only the CEOs who held production record in all specialties in the period (n=764). The production data of the CEOs from 2010 to 2016 were collected from the specialties: Periodontics, Endodontics and Surgery. Available in the Outpatient Information System (SIA - DataSUS). The data was tabulated and analyzed in IBM SPSS Statistics 22 and Excel, version 2000 (Microsoft Corp.). The descriptive data were analyzed by year, Type of CEO and geographic region. The absolute numbers were separated into before and after PMAQ-CEO. The Wilcoxon median difference test was performed. **Results:** The production of CEOs in t1 was 8,640,895 and t2 with 10,568,933, with an increase of 22.3%, (1,928,038 procedures). There was an increase in production in Surgery (105.93%) and Periodontics (11.3%) and in Endodontics reduction of 28.3%. Among the regions, the Northeast presented a 50.8% increase, followed by the South (13.8%) and a decrease in the Southeast (18.3%). CEO Type II represented the highest percentage increase (36.2%), Type I and III CEOs fell 10.6% and 31.0%, respectively. The Wilcoxon test revealed statistical significance for the increase of national production in the South region, in Type II CEOs and in the Surgery specialty. **Conclusion:** PMAQ-CEO positively impacted CEO output, with emphasis on the Northeast Region, Type II CEOs and the Surgery specialty.

Key words: Health Management, Secondary Health Care, Health Assessment

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AMAQ – Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade

AVE – Avaliação Externa

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

MS – Ministério da Saúde

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PMAQ-CEO – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Distribuição em número absoluto e percentual dos CEO de acordo com a caracterização pela Portaria nº2513 de 29 de outubro de 2013, segundo a Região e o Tipo.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. CAPÍTULO 1 – Impacto do PMAQ-CEO na produção dos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil.....	15
3. CONSIDERAÇÕES_GERAIS.....	34
4. CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS.....	36

1. INTRODUÇÃO

O Brasil durante muitos anos deixou a saúde bucal à margem das políticas públicas de saúde, mantendo as práticas mutiladoras e excludentes em voga, onde serviços especializados eram quase que exclusivos da esfera privada (FIGUEIREDO, 2016). A estratégia de saúde da família foi criada em 1994 e normatizada pela NOB 1996 (BRASIL, 2004), apenas em 2003 surgiu a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - Programa Brasil sorridente. Esta política introduziu o atendimento de média complexidade com os Centros de Especialidades Odontológicas, no intuito de garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira, com o objetivo de ampliação do acesso ao tratamento odontológico, por meio do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

A PNSB veio com duas linhas principais de atenção: Inclusão da odontologia na estratégia de saúde da família e ampliação e qualificação da atenção especializada (CEO, Laboratórios de prótese e Assistência Hospitalar) (BRASIL, 2004). Nos primeiros anos de implantação da política, observou-se um considerável incremento na assistência secundária, exemplo do estado do Rio de Janeiro que em 2004 tinha 4,35% dos municípios com cobertura de CEO e 46,65% de cobertura em 2010 (Pinto, 2015).

O ministério da saúde publicou a portaria nº 74 em janeiro de 2004 que trata da necessidade de suporte por uma rede especializada de serviços odontológicos, em julho do mesmo ano foi lançada a portaria nº1570 que estabelece os critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação dos Centros de Especialidades Odontológicas. O documento traz a obrigatoriedade do CEO oferecer no mínimo os serviços de diagnóstico oral, periodontia, cirurgia oral menor, endodontia e atendimento a pacientes de necessidades especiais, e trata dos requisitos para habilitação em CEO tipo I ou II. Em Março de 2006 a portaria nº599 incluiu e especificou o CEO tipo III. Dentre anteriores, a portaria mais recente é a nº1464 de junho de 2011 que atualiza a quantidade de procedimentos mínimos por mês (metas) para cada tipo de CEO. A saber:

- CEO tipo I (3 cadeiras odontológicas): Meta - 80 procedimentos de Atenção Básica, e Cirurgia Básica; 60 para Periodontia; 35 para Endodontia e 80 para Cirurgia Bucomaxilofacial.
- CEO tipo II (4 a 6 cadeiras odontológicas): Meta - 110 procedimentos de Atenção Básica; 90 de Periodontia; 60 de Endodontia e 90 de Cirurgia Bucomaxilofacial.
- CEO tipo III (7 cadeiras odontológicas): Meta – 190 procedimentos de Atenção Básica ; 150 de Periodontia; 95 de Endodontia e 170 de Cirurgia Bucomaxilofacial.

Está explícito na lista de pressupostos das diretrizes da PNSB de 2004:

“acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos. Assim como centrar a atuação na vigilância à saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde doença, atuação intersetorial e ações sobre o território” (BRASIL, 2004).

Ou seja, traz à tona a necessidade de avaliação em saúde, tanto a autoavaliação (profissional/gestão) como avaliação dos resultados. Os estudos de avaliação em saúde são imprescindíveis no direcionamento do cuidado e na implantação de políticas direcionadas para determinada população assim como na avaliação dessas políticas. A avaliação pode ser realizada através de estudos epidemiológicos em campo e/ou avaliação de programas com vista nos resultados e indicadores (FCCHINI, 2006).

Os grandes estudos epidemiológicos em saúde bucal realizados no Brasil, em 1986, 2003 e 2010 mostram bons resultados em relação a diminuição do CPO na faixa etária dos 12 anos, onde há redução do componente “dentes cariados” e aumento do componente “dentes obturados”, entretanto os índices de dentes “perdidos” ainda é significativo principalmente na faixa etária de adultos e idosos, tendo em vista o caráter cumulativo dos agravos bucais (BRASIL, 2012).

No início dos anos 2000 foi implementada no Brasil a Coordenação de Investigação da Atenção Básica do Ministério da Saúde que tinha como meta:

“Estruturação e implementação de processos de avaliação da atenção básica que permitam monitorar a estrutura, os processos e os resultados das ações e serviços da atenção básica, por meio da utilização dos sistemas de informação em saúde e de instrumentos que permitam a realização de avaliações normativas da Estratégia Saúde da Família.” E a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica que tinha como meta: “Monitorar e avaliar a atenção básica instrumentalizar a gestão e fomentar/consolidar a cultura avaliativa nas instâncias municipal, estadual e federal de gestão do SUS”. Surge então uma política de avaliação das políticas (BRASIL, 2005).

Avaliação pode ser entendida como o julgamento feito sobre uma intervenção ou sobre qualquer etapa do processo de trabalho que tenha como objetivo auxiliar na tomada de decisões. Este processo avaliativo pode ser feito a partir de normas ou a partir de um procedimento (pesquisa) científica (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Em relação à avaliação em Saúde no Brasil, as iniciativas vêm sendo desenvolvidas de forma progressiva, e este interesse não está sendo apenas no âmbito acadêmico. O ministério da saúde tem pactuado junto a instituições de ensino superior estudos avaliativos que ressaltam a crescente consciência da responsabilização entre gestão técnica/serviço/profissionais e população (PAIM, 2005).

O monitoramento contínuo dos serviços e das políticas de saúde apresenta-se como ponto chave para os gestores, tanto para o acompanhamento de políticas implementadas e assim avaliar sua eficácia, como para o planejamento de novas políticas (SANTOS, 2011). São práticas que aproximam a gestão e os profissionais da prática diária, dessa forma aprimoram os processos de trabalho e a melhor exequibilidade do SUS (CARVALHO,2012).

Dessa forma a aproximação entre a academia e os serviços, entre a pesquisa e a gestão contribui para o desenvolvimento de uma cultura organizacional no sistema único brasileiro que tem a avaliação contínua como atividade intrínseca no planejamento (BODSTEIN,2002).

Assim surgiu o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PAMQ) que foi lançado em 2011 com o objetivo de incentivar os gestores e as

equipes da atenção básica a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos. Propondo um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde, repassando recursos financeiros aos municípios que aderirem e cumprirem as exigências pactuadas. (BRASIL,2011).

Em 2013 a portaria nº 261/2013 instituiu o PMAQ-CEO, o programa é composto por quatro fases 1) Adesão e Contratualização; 2) Desenvolvimento; 3) Avaliação externa; e 4) Recontratualização. A adesão foi direcionada a todos os CEOs em funcionamento no Brasil àquela época, ocorrendo de fevereiro a março de 2013. O incentivo financeiro integral para os CEO foi diferenciado de acordo com o tipo: para os CEO Tipo I o valor integral foi de R\$ 8.250,00; para os CEO Tipo II R\$ 11.000,00; e para os CEO Tipo III foi de 19.250,00. Desta forma os municípios que aderiram ao programa passaram a receber 20% do valor integral do incentivo financeiro do PMAQ (BRASIL, 2013). Os centros foram monitorados por meio de indicadores de produção, gestão, processo de trabalho, e satisfação do usuário de acordo com o Tipo (I,II ou III), esta etapa corresponde ao “desenvolvimento”. Ainda nesta fase o Ministério da Saúde - MS aplicou instrumento de auto-avaliação, educação permanente e apoio institucional.

A terceira fase do programa, compreende a avaliação externa, esta foi realizada por avaliadores treinados pelo Ministério da Saúde, todos cirurgiões dentistas. Estes foram a campo avaliar a estrutura física, realizar entrevista com gestores e profissionais, além de ouvir os usuários. Os dados foram coletados através do instrumento de avaliação externa. No fim de cada dia, os avaliadores puderam escrever suas percepções pessoais nos diários de campo (FIGUEIREDO, 2016).

A avaliação externa foi dividida em três módulos: I) avaliação das condições de infra estrutura, equipamentos, insumos, instrumentos, materiais e medicamentos; II) entrevista com os profissionais – o gerente e pelo menos um dentista- a respeito do processo de trabalho e organização do cuidado com o usuário; III) Entrevista com os usuários (pelo menos 10) a respeito da satisfação e percepção quanto aos serviços (FIGUEIREDO, 2016).

Findada a etapa de Avaliação Externa, os CEO receberam uma certificação, que assim redefiniu o valor do incentivo financeiro repassado,

obedecendo os seguintes critérios: I- Desempenho insatisfatório: perda dos 20% de incentivo; II- Desempenho abaixo da média: manter os 20%; III- Desempenho acima da média: ampliar para 60%; e IV- Desempenho muito acima da média: ampliar para 100% (Brasil, 2013).

Os dados resultantes dessa avaliação estão compostos em duas partes: 1) Visão do processo de avaliação dos CEO do Brasil por meio da análise dos relatos dos avaliadores externos a partir da análise qualitativa dos dados dos relatórios estaduais, diários de campo, e, material dos grupos focais sobre o processo da AVE-PMAQ/CEO. A segunda diz respeito a Avaliação da qualidade dos CEO do Brasil - Análise da verificação in loco dos padrões de qualidade que compuseram a nota classificatória dos serviços investigados, segundo macrorregião brasileira do país (e unidades federativas) com dados de Estrutura e Processo; Visão de gerentes; Visão dos profissionais; Satisfação dos Usuários (FIGUEIREDO, 2016).

O PMAQ-CEO como programa de incentivo a melhora do acesso, nos permite indagar quais seriam os parâmetros de melhora, ou como mensurar se após o programa o acesso da população ao serviço melhorou de forma satisfatória. Os dados de produção são um dos meios de verificar essa questão. Conforme o serviço melhora e a população ganha mais acesso, espera-se que a produção aumente. Dentro desse contexto o presente estudo teve como objetivo analisar o impacto do PMAQ-CEO no desempenho dos CEO do Brasil.

2. CAPÍTULO 1

O Manuscrito a seguir intitulado “**Impacto do PMAQ-CEO na produção dos centros de especialidades odontológicas do Brasil**”. Será submetido ao periódico “Cadernos de Saúde Pública” (Qualis A2 – Odontologia)

Impacto do PMAQ-CEO na produção dos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil

¹Amanda Lúcio Do Ó Silva

²Edson Hilan Gomes de Lucena

³Yuri Wanderley Cavalcanti

³Wilton Wilney Nascimento Padilha

wiltonpadilha@yahoo.com.br

¹Mestranda em Ciências Odontológicas, Universidade Federal da Paraíba

²Professor do Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco

³Professor do Departamento de Clínica e Odontologia Social, Universidade Federal da Paraíba

Introdução: O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros dos Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) foi lançado em 2013 fornecendo incentivo financeiro e orientações para melhoria do serviço, fazendo-se necessárias avaliações sobre seu alcance. **Objetivo:** Analisar o impacto do PMAQ-CEO nas produções dos CEO do Brasil. **Metodologia:** Dos 980 CEO que aderiram ao PMAQ-CEO, 764 foram incluídos na amostra por apresentarem registros de produção de 2010 a 2016 completos. Foi coletada a produção das especialidades: Periodontia, Endodontia e Cirurgia, disponíveis no Sistema de Informações Ambulatoriais (DATA-SUS), tabuladas e analisadas no SPSS Statistics e Excel. Os dados foram organizados por ano, Tipo de CEO e Região geográfica, separados em $t_1=2010, 2011$ e 2012 , e $t_2=2014, 2015$ e 2016 (antes e após implementação do PMAQ-CEO), e realizado teste de Wilcoxon ($\alpha<0,05$). **Resultados:** A produção dos CEO em t_1 foi de 8.640.895 e t_2 com 10.568.933, com aumento de 22,3%, (1.928.038 procedimentos). Verificou-se aumento de produção em Cirurgia (105,93%) e Periodontia (11,3%) e em Endodontia redução de 28,3%. Dentre as regiões, o Nordeste apresentou 50,8% de aumento, seguido do Sul (13,8%) e diminuição no Sudeste (18,3%). O CEO Tipo II representou o maior percentual de aumento (36,2%), os CEO do Tipo I e III apresentaram queda de 10,6% e 31,0%, respectivamente. O teste de Wilcoxon revelou significância estatística para o aumento de produção nacional, da região Sul, nos CEO Tipo II e na especialidade Cirurgia. **Conclusão:** o PMAQ-CEO impactou positivamente a produção dos CEO, com destaque para a Região Sul, os CEO Tipo II e a especialidade Cirurgia.

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Atenção Secundária à Saúde, Avaliação em Saúde

Abstract

Introduction: The National Program for Improving Access and Quality of Dental Specialties Centers (PMAQ-CEO) was launched in 2013, providing financial incentive and guidelines for service improvement, making assessments of its scope necessary. **Objective:** To analyze the impact of PMAQ-CEO on Brazilian CEO productions. **Methodology:** Of the 980 CEOs who joined the PMAQ-CEO, 764 were included in the sample because they had complete production records from 2010 to 2016. The production of the specialties: Periodontics, Endodontics and Surgery were collected, available in the Outpatient Information System (DATA-SUS), tabulated and analyzed in SPSS Statistics and Excel. The data were organized by year, Type of CEO and Geographic Region, separated in t1 = 2010, 2011 and 2012, and t2 = 2014, 2015 and 2016 (before and after implementation of the PMAQ-CEO), and conducted Wilcoxon test. **Results:** The production of CEOs in t1 was 8,640,895 and t2 with 10,568,933, with an increase of 22.3%, (1,928,038 procedures). There was an increase in production in Surgery (105.93%) and Periodontics (11.3%) and in Endodontics reduction of 28.3%. Among the regions, the Northeast presented a 50.8% increase, followed by the South (13.8%) and a decrease in the Southeast (18.3%). CEO Type II represented the highest percentage increase (36.2%), Type I and III CEOs fell 10.6% and 31.0%, respectively. The Wilcoxon test revealed statistical significance for the increase of national production in the South region, in Type II CEOs and in the Surgery specialty. **Conclusion:** PMAQ-CEO positively impacted CEO output, with emphasis on the Northeast Region, Type II CEOs and the Surgery specialty.

Key words: Health Management, Secondary Health Care, Health Assessment

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), fazendo parte da saúde pública precisa ser avaliada quanto a sua efetividade, como princípio básico da administração pública, que no modelo gerencial de gestão considera a flexibilidade administrativa e a responsabilização, como um conceito de “contratualização de resultados”. Dessa forma os resultados se tornam alvo principal das políticas públicas, focadas cada vez mais em melhorar o desempenho, para tentar equilibrar seus poderes com relação a autonomia e controle da máquina pública¹

O Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 74 em janeiro de 2004² que trata da necessidade de suporte por uma rede especializada de serviços odontológicos e em julho do mesmo ano a Portaria nº1570³ que estabelece os critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). O documento traz a obrigatoriedade do CEO oferecer no mínimo os serviços de diagnóstico, periodontia, cirurgia oral menor, endodontia e atendimento a pacientes com necessidades especiais. Trata também dos requisitos para habilitação em CEO Tipo I ou II. Em março de 2006 a Portaria nº599⁴ incluiu e especificou o CEO Tipo III.

Dentro do contexto de melhoria e avaliação dos serviços de saúde surge o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) que foi lançado em 2011 com o objetivo de incentivar os gestores e as equipes da atenção básica a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos. Propondo um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde, repassando recursos financeiros aos municípios que aderirem e cumprirem as exigências pactuadas⁵.

Em 2013 a Portaria nº 261/2013⁶ instituiu PMAQ-CEO, sendo estruturado nos moldes do PMAQ-AB (Atenção Básica). O programa é composto por quatro fases 1) adesão e contratualização; 2) desenvolvimento; 3) Avaliação externa; e 4) Recontratualização. A adesão foi direcionada a todos os CEO em funcionamento no Brasil em fevereiro e março de 2013 e os municípios que aderiram ao programa passaram a receber 20% do incentivo financeiro do PMAQ-CEO. Os CEO foram monitorados por meio de indicadores de produção, gestão, processo de trabalho, e satisfação do usuário de acordo com o Tipo de estrutura em que o CEO foi habilitado (I, II ou III), esta etapa corresponde ao “desenvolvimento”. Ainda nesta fase o Ministério

da Saúde aplicou instrumento de autoavaliação, educação permanente e apoio institucional - AMAQ.

A terceira fase do programa, compreende a avaliação externa – AVE, realizada em 2014 por avaliadores treinados pelo Ministério da Saúde, sendo todos cirurgiões dentistas. Estes foram a campo avaliar a estrutura física, realizar entrevista com gestores e profissionais, além de ouvir os usuários. Os dados foram coletados através do “instrumento de avaliação externa” e ao fim de cada dia, os avaliadores puderam escrever suas percepções pessoais nos “diários de campo”⁷.

O PMAQ-CEO veio como incentivo financeiro para melhorar o acesso e a qualidade do serviço de saúde bucal, em nível secundário, no Brasil. Uma das formas de avaliação de um serviço é seu impacto direto na produção. Dentro do contexto da avaliação dos serviços de saúde, este artigo apresenta como objetivo avaliar o impacto do PMAQ-CEO na produção dos CEO do Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de abordagem indutiva, com técnica de documentação indireta. Foram coletados dados secundários de produção ambulatorial das especialidades: Periodontia, Endodontia e Cirurgia dos CEO que participaram da Avaliação Externa do PMAQ-CEO 1º Ciclo listados na Portaria nº2513, referente aos anos 2010 a 2016, disponíveis no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA – DataSUS) e de acordo com os códigos de registro de produção (Portaria n 1464 de 2011).

Da relação de CEO do Brasil (n=980) que participaram da Avaliação Externa (AVE) do PMAQ-CEO 1º Ciclo, foram excluídos do estudo aqueles que não tinham registros de produção por dois anos consecutivos (n=216) e incluídos os CEO com registro de produção nas especialidades Periodontia, Endodontia e Cirurgia a partir de 2010 (n=764), sendo este o n do estudo. Os CEO da amostra estão detalhados por Tipo e Região na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição em número absoluto e percentual dos CEO de acordo com a caracterização pela Portaria nº2513 de 29 de outubro de 2013, segundo a Região e o Tipo.

Região	n	Tipo I		Tipo II		Tipo III	
		n	%	n	%	n	%

Centro -Oeste	50	12	24,0	30	60,0	8	16,0
Nordeste	284	110	38,7	138	48,5	36	12,6
Norte	51	23	45,0	21	41,1	7	13,7
Sudeste	287	80	27,8	182	63,4	25	8,7
Sul	92	39	42,3	38	41,3	15	16,3
Brasil	764	264	34,5	409	53,5	91	11,4

Por se tratar de um estudo sobre produção odontológica em nível de atenção secundário, os dados de Procedimentos Restauradores e de Atenção Básica realizados no CEO não foram incluídos, uma vez que tais procedimentos são do nível primário de atenção (Atenção Básica). O sistema de registro de procedimentos não diferencia se o código cadastrado é de um paciente com necessidades especiais (PNE) ou não, por isso a especialidade PNE não foi incluída no estudo.

Os dados foram tabulados no programa Excel, versão 2016 (Microsoft Corp. Estados Unidos) e analisados no software IBM SPSS Statistics 22.

Inicialmente foi realizada análise descritiva da produção ambulatorial nacional do período de 2010 a 2016, segundo o ano, Tipo de CEO e região geográfica. Para análise da evolução do quantitativo de procedimentos realizados foram somados os números absolutos da produção no período “Antes PMAQ-CEO” (2010, 2011 e 2012) = (t_1), e “Após PMAQ-CEO” (2014, 2015 e 2016) = (t_2), e o cálculo dos valores médios da produção em t_1 e t_2 .

Todas as variáveis apresentaram distribuição não-normal, segundo o teste de Kolmogorov-Smirnov ($p < 0,001$). Na análise inferencial, para o teste de Wilcoxon foram encontradas as medianas das produções de cada CEO, referente a t_1 e t_2 . O ano 2013 foi excluído desse teste por ter sido o ano de referência para compor a nota classificatória do PMAQ-CEO.

RESULTADOS

Os CEO participantes da amostra realizaram 22.129.933 procedimentos de Periodontia, Endodontia e Cirurgia de 2010 a 2016. Sendo destes, 8.640.895 no período de 2010 a 2012 e de 10.568.933 no período de 2014 a 2016, representando um aumento de 22,3% (Tabela 1).

A evolução da produção de cada especialidade de 2010 a 2016 pode ser observada na Figura 1, onde observa-se que o desempenho das especialidades foi inconstante. Cirurgia e Periodontia apresentaram aumento de produção, com pequenas variações no período, e diferença estatística entre os grupos t_1 e t_2 de Cirurgia (Tabela 1). Endodontia oscilou durante o período (Figura 1) e apresentou diferença estatisticamente significativa quando para o período t_2 . (Tabela 1).

A especialidade de Cirurgia obteve 105,9% de aumento, Periodontia, 11,35% e Endodontia, diminuição de 28,5% (Tabela 1).

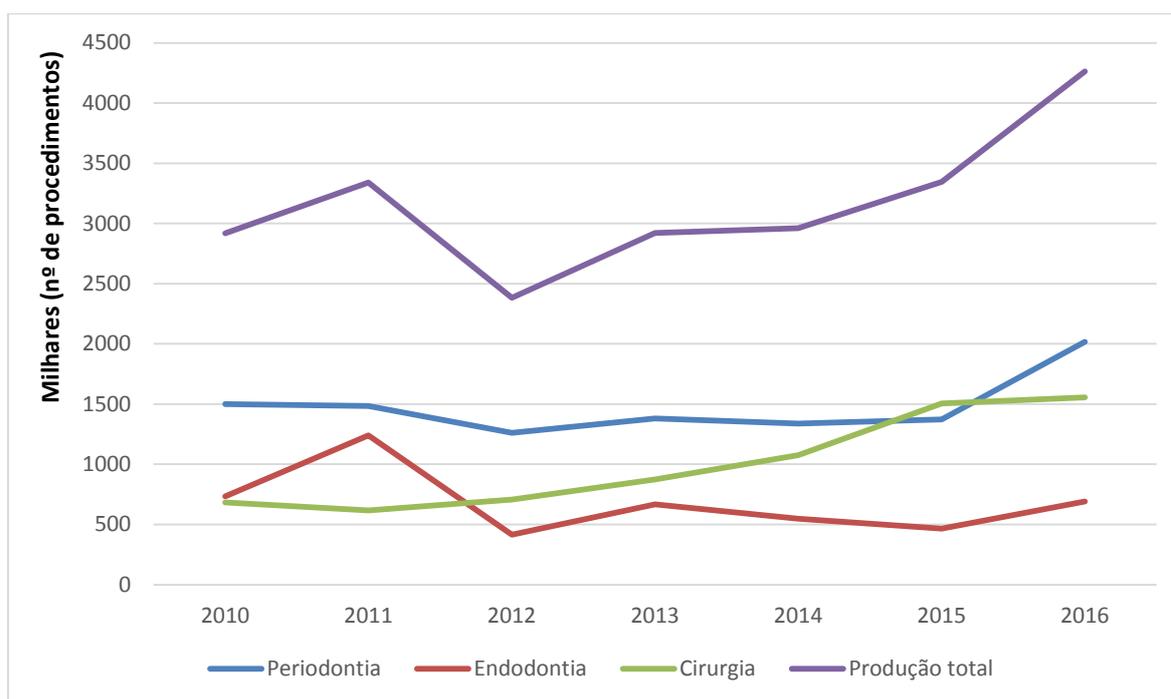


Figura 1: Evolução da produção ambulatorial dos CEO do Brasil em números absolutos por especialidade, no período de 2010 a 2016 (n=764).

Tabela 1. Soma, Medianas e Intervalos de Confiança (IC95%) dos procedimentos realizados para comparação dos períodos t_1 e t_2 , nos CEO do Brasil, segundo a especialidade.

	Soma	Mediana	IC 95%		P-valor
			Limite Inferior	Limite Superior	
Periodontia – t_1	4246277	987,50	936,00	1050,00	0,273
Periodontia – t_2	4728292	996,00	938,00	1044,00	
Endodontia – t_1	2386502	492,00	467,00	519,00	<0,001*
Endodontia – t_2	1705254	327,50	313,00	340,00	
Cirurgia – t_1	2008116	624,00	594,00	658,00	<0,001*
Cirurgia – t_2	4135387	700,00	660,00	728,00	
Total – t_1	8640895	2465,50	2352,00	2572,00	<0,001*
Total – t_2	10568933	2173,00	2106,00	2300,00	

*Estatisticamente significante pelo teste Wilcoxon ($p < 0,05$)

A evolução da produção dos CEO por região pode ser observada na Figura 2. Destaca-se o aumento da produção na região Nordeste com um aumento de 50,8%. As demais regiões apresentaram oscilações durante o período, sendo registradas diferenças estatisticamente significantes no Sudeste, com diminuição de 18,3% e no Sul, 13,5% de aumento em t_2 (Tabela 2).

Observando-se a evolução dos procedimentos realizados no período do estudo, o Sudeste e o Nordeste se destacam notando-se uma inversão após o ano de 2013, na qual houve aumento importante para o Nordeste com diminuição no Sudeste. O Centro-Oeste, Norte e Sul vem em sequência com variações próximas entre eles (Figura 2).

Na análise das especialidades dentro das regiões, a Endodontia apresentou queda em todas, com significância estatística. A Cirurgia apresentou aumento de produção no Nordeste, Sudeste e Sul, Periodontia apresentou aumento na região Sul, todos com diferença estatística. A análise estatística para os períodos t_1 e t_2 referente a produção dos CEO por região geográfica e especialidades é apresentada na Tabela 2.

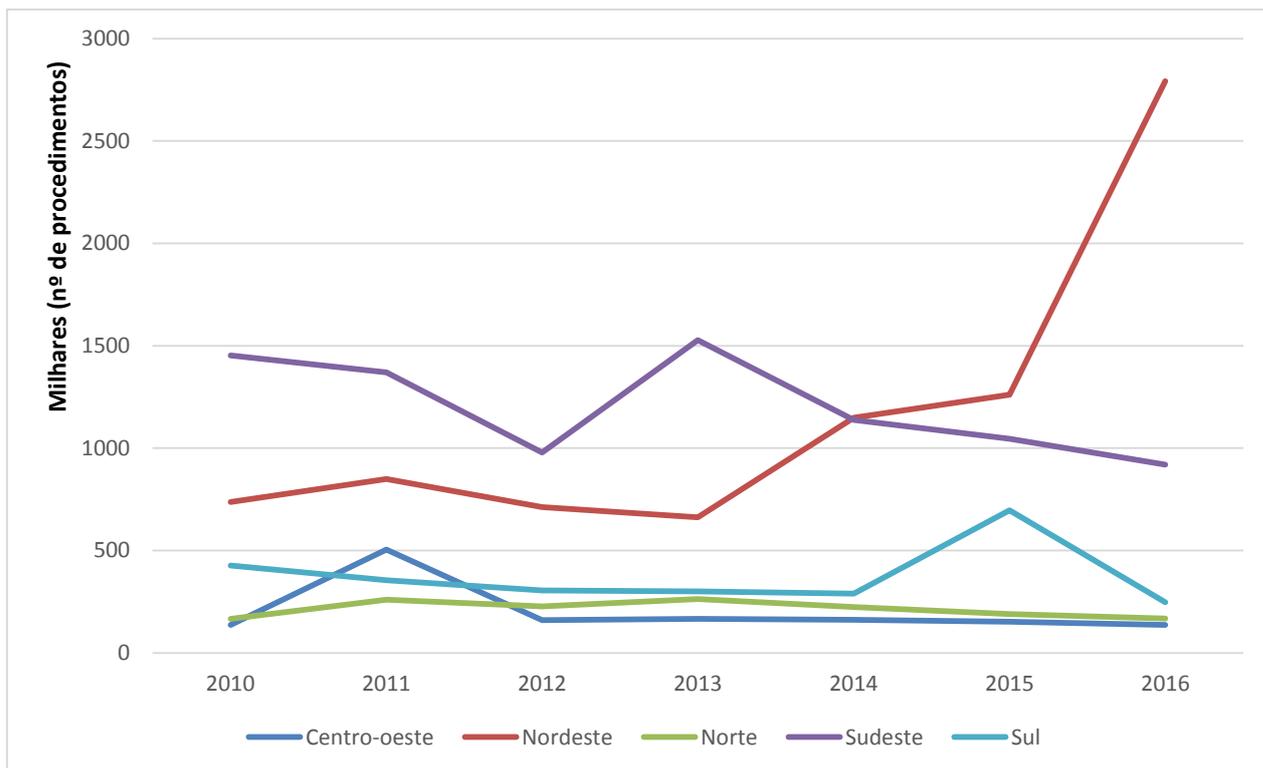


Figura 2: Evolução da produção ambulatorial dos CEO do Brasil em números absolutos, por região no período de 2010 a 2016.

Tabela 2 Soma, Medianas e Intervalos de Confiança (IC95%) dos procedimentos realizados para comparação dos períodos t_1 e t_2 , nos CEO do Brasil, segundo o tipo de especialidade e região geográfica.

Região	Área de Especialidade e período considerado	Soma	Mediana	IC 95%		p-valor
				Limite Inferior	Limite Superior	
Norte	Periodontia – t_1	354756	1184,00	771,00	1581,00	0,608
	Periodontia – t_2	344188	939,00	715,00	1369,00	
	Endodontia – t_1	159377	550,00	458,00	690,00	
	Endodontia – t_2	82855	337,00	267,00	423,00	<0,001*
	Cirurgia – t_1	138669	641,00	533,00	809,00	
	Cirurgia – t_2	153685	712,00	511,00	857,00	0,106
	Total – t_1	516358	2774,00	2403,00	3190,00	
	Total – t_2	464566	2410,00	1765,00	2831,00	0,207
Nordeste	Periodontia t_1	966878	832,50	722,00	905,00	0,166
	Periodontia – t_2	2040709	683,00	598,00	754,00	
	Endodontia – t_1	729219	396,50	374,00	428,00	
	Endodontia – t_2	900453	238,50	218,00	256,00	<0,001*
	Cirurgia t_1	601892	485,50	442,00	518,00	
	Cirurgia – t_2	2258839	555,00	498,00	608,00	<0,001*
	Total – t_1	3156856	2070,00	1898,00	2266,00	
	Total – t_2	4761054	2049,00	1919,00	2163,00	0,823
Centro-Oeste	Periodontia – t_1	435397	791,50	602,00	1086,00	0,387
	Periodontia – t_2	128109	827,00	514,00	1056,00	
	Endodontia – t_1	97545	679,50	483,00	847,00	
	Endodontia – t_2	51772	297,50	257,00	406,00	<0,001*
	Cirurgia – t_1	116149	875,50	695,00	1058,00	
	Cirurgia – t_2	85621	576,50	451,00	762,00	0,042*
	Total – t_1	950991	2449,00	2006,00	2796,00	
	Total – t_2	520615	2592,50	2023,00	3280,00	0,668
Sudeste	Periodontia – t_1	2099872	1201,00	1101,00	1290,00	0,084
	Periodontia – t_2	1637436	1330,00	1243,00	1413,00	

	Endodontia – t ₁	963476	568,00	522,00	614,00	<0,001*
	Endodontia – t ₂	532063	376,00	357,00	402,00	
	Cirurgia – t ₁	890312	701,00	661,00	761,00	0,047*
	Cirurgia – t ₂	1118616	785,00	733,00	836,00	
	Total – t ₁	3801159	2679,00	2518,00	2866,00	<0,001*
	Total – t ₂	3103058	2310,00	2148,00	2455,00	
Sul	Periodontia – t ₁	389374	1030,50	819,00	1157,00	0,030*
	Periodontia – t ₂	577850	1085,50	957,00	1212,00	
	Endodontia – t ₁	436885	516,00	451,00	595,00	<0,001*
	Endodontia – t ₂	138111	408,00	361,00	439,00	
	Cirurgia – t ₁	261094	759,00	690,00	852,00	0,001*
	Cirurgia – t ₂	518626	897,50	822,00	951,00	
	Total – t ₁	1087353	2701,50	2352,00	2974,00	0,001*
	Total – t ₂	1234587	2155,00	1950,00	2383,00	

*Estatisticamente significante pelo teste Wilcoxon (p<0,05)

A evolução da produção dos CEO conforme o Tipo pode ser observada na Figura 3. Os Tipos I e III oscilaram durante todo o período analisado, com diminuição da produção durante os últimos anos de análise, destacando a queda para todos os procedimentos no CEO Tipo III após o ano de 2014. Os CEO Tipo II apresentaram oscilação até o ano 2015, com crescimento em 2016.

Em relação aos procedimentos realizados em cada tipo de CEO, os Tipo I apresentaram uma queda de 10,6% no período. A diminuição do percentual de produção total nesse Tipo de CEO acompanha a queda nos procedimentos registrados para Endodontia, com diminuição de 44,9%, e dos procedimentos de Periodontia, que reduziram em 43,9%. Já a especialidade de Cirurgia obteve alta nos procedimentos de 56,0%.

Os CEO Tipo II apresentaram aumento de 36,2% na produção total. Nas especialidades, Cirurgia obteve aumento de 164,0%, representando grande parte do aumento da produção dos CEO Tipo II, Endodontia obteve aumento de 18,5%.

Semelhante ao encontrado para o CEO Tipo I, o Tipo III também obteve queda na produção registrada total, em 31,0%. A produção de Endodontia apresentou diminuição de 76,2% entre t₁ e t₂, contribuindo com o maior percentual de baixa entre as produções. A única especialidade que apresentou crescimento foi a Cirurgia, 2,1%.

A análise estatística mostrou aumento de produção no CEO tipo II, com significância estatística. Tendo destaque para o crescimento em números absolutos na Cirurgia e Endodontia. Nos CEO Tipo I e III houve diminuição de produção em números absolutos e em média, com diferença estatística entre os períodos. Destacando-se a queda de produção em Endodontia nos dois Tipos e o aumento da cirurgia no Tipo

I. A Cirurgia aumentou nos CEO Tipo I e II, Endodontia caiu no Tipo I e III e Periodontia não apresentou diferença estatística.

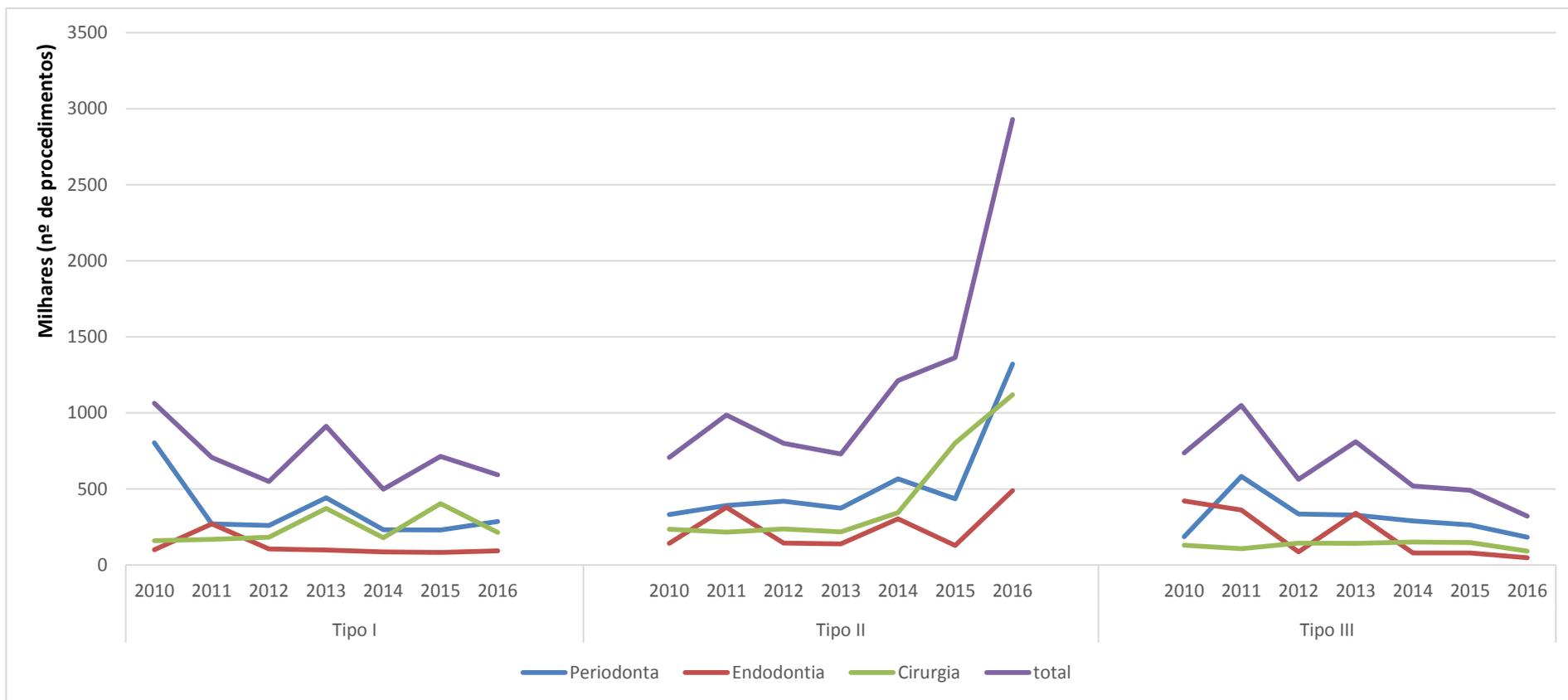


Figura 3: Evolução da produção ambulatorial dos CEO Tipo I (n=264), II (n=409) e III (n=91) por especialidade, no período de 2010 a 2016.

A análise estatística para os períodos t_1 e t_2 referente a produção dos CEO por Tipo e especialidades é apresentada na Tabela 3.

Tabela 3. Soma, Medianas e Intervalos de Confiança (IC95%) dos procedimentos realizados para comparação dos períodos t_1 e t_2 , nos CEO do Brasil, segundo o Tipo e especialidade.

Tipo de CEO	Área de Especialidade e período considerado	Soma	Mediana	IC 95%		p-valor
				Limite Inferior	Limite Superior	
Tipo I	Periodontia - t_1	1332998	589,50	545,00	674,00	0,055
	Periodontia - t_2	747570	712,00	654,00	780,00	
	Endodontia t_1	475113	372,50	350,00	390,00	<0,001*
	Endodontia - t_2	261321	256,50	232,00	277,00	
	Cirurgia - t_1	510099	472,50	419,00	510,00	<0,001*
	Cirurgia t_2	796232	580,00	536,00	631,00	
	Total - t_1	3026551	2403,00	522,00	5504,00	0,029*
	Total - t_2	2703830	2911,50	1765,00	4338,00	
Tipo II	Periodontia - t_1	1811468	1166,00	1086,00	1220,00	0,699
	Periodontia - t_2	3244342	1134,00	1056,00	1255,00	
	Endodontia - t_1	1044071	561,00	528,00	592,00	<0,001*
	Endodontia - t_2	1237726	341,00	321,00	358,00	
	Cirurgia - t_1	1117477	667,00	631,00	704,00	0,005*
	Cirurgia - t_2	2950576	719,00	671,00	761,00	
	Total - t_1	4539397	2902,00	2546,00	4161,00	<0,001*
Total t_2	7124043	2104,00	1532,00	3607,00		
Tipo III	Periodontia t_1	1101811	1823,00	1528,00	2230,00	0,968
	Periodontia - t_2	736380	1783,00	1491,00	1963,00	
	Endodontia - t_1	867318	919,00	771,00	1045,00	<0,001*
	Endodontia - t_2	206207	574,00	510,00	623,00	
	Cirurgia - t_1	380540	1047,00	853,00	1173,00	0,182
	Cirurgia - t_2	388579	1099,00	962,00	1350,00	
	Total - t_1	1074947	4426,00	3810,00	7155,00	0,179
Total - t_2	741060	2831,00	1483,00	8799,00		

*Estatisticamente significativa pelo teste Wilcoxon ($p < 0,05$)

DISCUSSÃO

A hipótese de existir diferença no volume das produções das especialidades entre os períodos pré e pós PMAQ-CEO foi confirmada e favorável aos objetivos do Programa. A Figura 1 descreve a evolução da produção e as Tabelas 1, 2 e 3 apresentam os resultados da análise estatística que definiu a diferença significativa de acordo com a especialidade, região e o Tipo de CEO. O aumento total em t_2 foi de 22,3% representando 1.928.038 novos procedimentos.

A distribuição dos procedimentos por especialidades evidencia o maior número de procedimentos nas especialidades Periodontia e Cirurgia, e a Endodontia em menor escala (Figura 1 e Tabela 1). Além de uma melhora nos últimos anos do estudo (Figura 1). Este resultado concorda com dados de desempenho dos CEO das capitais brasileiras, ainda que seja um estudo restrito às capitais, mostra uma melhora na produção quando avalia o cumprimento de metas nos anos de 2015 e 2016⁸. E registra semelhante distribuição nos percentuais de produção de cada especialidade dos CEO, sendo Periodontia (51,2%), Cirurgia (33,2%), e Endodontia (15,5%)⁸.

No período estudado, as especialidades mostraram perfis divergentes de evolução (Figura 1). A Endodontia chama a atenção pela baixa produção em relação as outras (Figura 1) e uma diminuição de produção estatisticamente significativa para o período t_2 (Tabelas 1 e 2). Esta é a especialidade que possui a maior fila de espera dentro dos CEO, também é a de maior índice de absenteísmo (23,0%)⁹. Devido à grande espera o paciente pode optar por outro tratamento ou fazê-lo em outro serviço.

Fatores como a presença do localizador apical nas unidades e pactuação direta com as unidades básicas foram melhorias observadas pela AVE do PMAQ-CEO^{7,9}, não foram suficientes para impactar na produção da Endodontia após PMAQ-CEO.

O Ministério da Saúde¹⁰ determina o registro do procedimento de endodontia do dente obturado, que pode necessitar de várias consultas para fazê-lo, ao contrário da periodontia e cirurgia, por exemplo, onde em uma única consulta há a possibilidade de mais de um procedimento.

O número bruto de procedimentos produzidos pelos CEO e pelas especialidades devem ser analisados considerando as individualidades de cada região, Tipo de CEO e especialidade¹¹. Estes dados sofrem influências de variáveis da população local e do processo de trabalho em saúde, como “média de anos de estudo” e “percentual de responsáveis com

renda”, indicadores que impactaram significativamente a produção de Endodontia nos CEO do município de Campinas-SP de acordo com o estudo realizado em 2014¹².

O aumento da produção ficou concentrado nas Regiões Norte, Nordeste e Sul, sendo estatisticamente significativa apenas na região Sul. As regiões Sudeste e Nordeste possuem quantidades de CEO semelhantes (de acordo com os critérios de inclusão do estudo), e quantitativo de produção distinto com inversão de valores ao longo dos anos. Levantando-se a hipótese que diferenças locais podem influenciar na produção.

A região Nordeste, em 2013 atingiu a proporção de 64,7% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, enquanto que o Sudeste obteve no mesmo ano o percentual de 46,0%.¹³ Ou seja, o Nordeste possui uma boa cobertura da atenção básica, o que pode explicar o aumento da produção após a adesão ao PMAQ-CEO, pois o serviço depende da adequada interface com a atenção primária a saúde, haja visto que os trabalhos realizados nas unidades especializadas funcionam como uma continuação do que já é oferecido nas unidades básicas, dessa forma, os pactos de melhoria e qualidade permitiram ampliar a produção do serviço pela oferta de mais vagas.¹⁴

Contrastando com os estudos que mostram que municípios onde a cobertura de ESF é maior que 50% podem apresentar baixa produção nos CEO, devido a boa resolubilidade da atenção básica, mostrando que uma rede organizada pode resultar em menor demanda para os CEO^{15,16}. E outra análise em que a cobertura da Estratégia de Saúde da Família não afeta o desempenho dos CEO, como na Paraíba.¹⁷ Estas informações confirmam divergências entre diferentes territórios, sendo necessária apreciação mais detalhada de cada localidade.

Após o ano de 2013 os CEO passaram a receber o incentivo financeiro do PMAQ-CEO⁶, momento em que houve crescimento da produção dos CEO do Nordeste, ao mesmo tempo que os CEO do Sudeste que são maioria Tipo II (Quadro 1) e receberam incentivo de maior valor monetário, apresentaram queda na produção nos anos após PMAQ-CEO (Figura 2). Nos permitindo a hipótese de que o incentivo financeiro não afeta de forma direta a produção. Essa dualidade pode ser melhor entendida ao se estudar também fatores locais associados ao desempenho dos CEO como IDH, densidade demográfica, tempo de implantação e gerencia.^{18,14}

O panorama dos três tipos de CEO é distinto, enquanto que os CEO Tipo II apresentaram aumento de produção em Cirurgia, Periodontia e Endodontia, nos CEO Tipo I houve aumento na especialidade de Cirurgia, e os CEO do Tipo III não teve aumento. Esse crescimento em destaque dos CEO Tipo II pode ser associado ao grande aumento de produção

nos CEO do Nordeste, pois 48,5% dos CEO dessa região são deste Tipo. Este resultado discorda de uma análise do desempenho para metas de produção das especialidades dos CEO do estado da Paraíba, onde o pior desempenho foi dos CEO Tipo I e o melhor nos CEO Tipo III.¹⁷

A certificação do PMAQ-CEO, se deu da seguinte maneira: dos CEO tipo I, 15,9% foram classificados como “Muito acima da média”, 33,8% como “acima da média” e 50,1% como “Mediano ou abaixo da média”. Nos CEO tipo II foram 15,7% “Muito acima da média”, 34,2% “Acima da média” e 50,0% “Mediano ou abaixo da média” e nos Tipo III foram 15,6% “Muito acima da média”, 34,3% “Acima da média” e 50,0% “Mediano ou abaixo da média”. Este equilíbrio nas proporções para as certificações entre os diferentes Tipo de CEO e o desequilíbrio para os resultados de evolução da produção e impacto do PMAQ-CEO sugere a hipótese de que a produção não interfira de forma significativa na nota classificatória.¹⁹

São fatores que se destacam por impactar positivamente na produção dos CEO: presença de gerente, desenvolvimento de atividades de educação permanente, monitoramento de metas de produção e estratégias de planejamento que envolvam profissionais e usuários.²⁰ todos estes fatores são estimulados e monitorados pelo PMAQ-CEO, de modo que análises detalhadas desta influência dariam maior clareza para seus papéis no aumento da qualidade verificada neste estudo.

Foi uma limitação deste estudo algumas falhas no registro dos dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, afetando a validade dos resultados obtidos e submetidos à análise.

CONCLUSÃO

A produção dos CEO do Brasil, para os dados pesquisados, aumentou significativamente após a adesão das unidades especializadas ao PMAQ-CEO.

A região Sul apresentou aumento de produção com significância estatística, dentre o tipos de CEO os do Tipo II foram os que obtiveram aumento e assim como a Especialidade Cirurgia.

Endodontia apresentou diminuição de produção em todas as regiões e tipos de CEO.

REFERÊNCIAS

1. Pacheco RS. Mensuração do desempenho no setor público: os termos do debate. Cadernos de Gestão Pública e Cidadania, São Paulo 2009; 14 (55):149-161.
2. Brasil. Portaria nº 74, de 20 de janeiro de 2004. *Reajusta os valores dos incentivos financeiros às ações de Saúde bucal no âmbito do Programa de saúde da família, inclui procedimento de moldagem para prótese e dá outras providencias.* Ministério da Saúde. Brasília, 2004.
3. Brasil. Portaria nº 1570, de 29 de julho de 2004. *Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.* Ministério da Saúde. Brasília, 2004.
4. Brasil. Portaria nº 599, de 23 de março de 2006. *Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento.* Ministério da Saúde. Brasília, 2006.
5. Brasil. Portaria nº 1654, de 19 de julho de 2011. *Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*

(PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

6. Brasil. Portaria nº 261, de 21 de fevereiro de 2013. *Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal..* Ministério da Saúde. Brasília, 2013.

7. Figuiiredo N, Goes PSA, Martelli P. Relatório do 1º Ciclo da Avaliação Externa do Programa de Melhoria dos Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE/PMAQ/CEO) 1ª Edição. Redife: Editora UFPE, 2016.

8. Martins ASS, Conde K, Morales L, Corrêa, MB, Conde MCM, Chisini LA. Produção especializada no SUS em capitais brasileiras com centros de especialidades odontológicas: uma análise descritiva. RFO UPF, 23(2): 161-167,2018.

9. Carrer FCA, Cayetano MH, Gabriel M, Melani CF, Martins JS, Araujo ME. Situation of Endodontics in the Public Service in Brazil through the Access and Quality Improvement Program (PMAQ-CEO). *Odontopediatria e Clínica Integrada.* 2018; 18 (1):1-12.

10. Brasil. Portaria nº1464, de 24 de junho de 2011. *Altera o anexo da Portaria nº 600/GM/MS de 23 de março de 2016. Que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).*

11. Cortelazzi KL, Balbino EC, Guerra LK, Vazquez FL, Bulgareli JV, Ambrosano GMB, Pereira AC, Mialhe FL. Variáveis associadas ao desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. *Ver Bras Epidemiol*, 17(4): 978-988, out-dez 2014.

12. Vazquez FL, Guerra LM, Vítor ES, Amborsano GMB, Mialhe FL, Meneghim MC, Pereira AC.. Referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia em Campinas-SP. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2):449-460, 2015.

13. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2):327-338, 2016.
14. Machado FCA, Silva JV, Ferreira MAF. Fatores Relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Ciência & Saúde Coletiva*.2015; 20 (4): 1149-1163.
15. Fernandes ESP, Goes PSA, Figueiredo N. Evolution of Specialized Oral Health Procedures Performed in Brazil in the Period from 2008 to 2012. *Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2018; 18 (1): 1-12.
16. Goes PSA, Figueiredo NS, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Junior JAP, Rosales MS. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação dos centros de especialidades odontológicas do Brasil. *Cad.Saúde Pública*, 2012; S81-S89.
17. Freitas CHSM, Lemos GA, Pessoa TRRF, Araujo MF, Forte FDS. Atenção em Saúde Bucal: avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas da Paraíba. *Saúde e Debate*, 40 (108): 131-143,2016.
18. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da Atenção Secundária em Saúde Bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, 2009; 25 (2): 259-267
19. Brasil. Portaria nº677, de 3 de Maio de 2015. *Homologa a certificação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO)*.
20. Malheiros LND. Análise dos Padrões de Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas em Relação ao Cumprimento de Metas de Produção. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz – Recife, 2019.

3 CONSIDERAÇÕES GERAIS

O principal objetivo desse estudo foi avaliar o impacto de um programa para melhoria do acesso e da qualidade de um serviço. Como toda política de saúde, ou serviço de saúde pública deve ser avaliada quanto a sua efetividade, pois se trata de verbas públicas destinadas ao cumprimento do dever do estado.

O PMAQ-CEO 1º ciclo, a princípio, forneceu um incentivo de R\$ 1.881.000,00 por mês aos CEO do país, verba destinada para melhorias de acesso, estrutura e processos de trabalho. Ao final do ciclo de avaliação externa este valor aumentou de acordo com a certificação de cada CEO. Dessa forma, vemos que foi um montante considerável injetado da saúde bucal Brasileira, necessitando assim de resultados que justifiquem a continuidade do programa.

O aumento de 22,3% na produção ambulatorial dos CEO mostrou ser um resultado benéfico do PMAQ-CEO em vistas de aumento de produtividade. O Nordeste do Brasil cresceu sua produção de forma considerável, região que historicamente é carente em saúde pública. A diminuição da produção em algumas regiões e especialidades devem ser investigadas de forma pormenorizada, levando-se em consideração fatores locais e socioeconômicos de cada lugar e população.

4 CONCLUSÃO

A produção ambulatorial total dos CEO dos Brasil, aumentou nos anos após o PMAQ-CEO, sendo Cirurgia e Periodontia as especialidades que se destacaram em crescimento. A região geográfica que mostrou impacto após PMAQ-CEO foi o Nordeste, e CEO tipo II.

REFERÊNCIAS

Bodstein R. Atenção Básica na agenda da saúde. *Cien Saude Colet*; 2001; 7(3):401-412.

Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.

Brasil. SB BRASIL Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais. Ministério da Saúde. Brasília, 2012.

Brasil. Avaliação na Atenção Básica em saúde. Caminhos da Institucionalização. Ministério da Saúde. Brasília, 2005.

Brasil. Portaria nº 1464, de 24 de junho de 2011. *Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas(CEO)*. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

Brasil. Portaria nº 600, de 23 de março de 2006. *Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas*. Ministério da Saúde. Brasília, 2006.

Brasil. Portaria nº 1654, de 19 de julho de 2011. *Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável*. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

Brasil. Portaria nº 599, de 23 de março de 2006. *Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento*. Ministério da Saúde. Brasília, 2006.

Brasil. Portaria nº 283, de 22 de fevereiro de 2005. *Antecipa do incentivo financeiro para Centros de Especialidades Odontológicas - CEO em fase de implantação, e dá outras providências*. Ministério da Saúde. Brasília, 2005.

Brasil. Portaria nº 261, de 21 de fevereiro de 2013. *Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO)*,

denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal.

Ministério da Saúde. Brasília, 2013.

Brasil. Portaria nº1234, de 20 de Junho de 2013. *Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-CEO, denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal.* Ministério da Saúde, 2013.

Carvalho ALB, Souza MF, Shimizu HE, Senra IMVB, Oliveira KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17(4):901-911.

Contadriopoulos APA, Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde. *Cien Saude Colet*; 2006; 11 (3):553-563.

Facchini LA. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006; 11(3):669-681.

Figueiredo N, Goes PSA, Martelli P. Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil. Um olhar quali e quanti sobre os centros de especialidades odontológicas no Brasil. 1ª Edição. Redife: Editora UFPE, 2016.

Figueiredo N, Goes PSA, Martelli P. Relatório do 1º Ciclo da Avaliação Externa do Programa de Melhoria dos Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE/PMAQ/CEO) 1ª Edição. Redife: Editora UFPE, 2016.

Lakatos, E M. Marconi, M. D. A. Fundamentos da metodologia científica. In: (Ed.). *Fundamentos da metodologia científica*: Atlas, 2010.

Martins LO. O segmento da medicina diagnóstica no Brasil. *Rev. Fac. Ciências Médicas de Sorocaba*. 2014;16(3):139-145.

Nunes MF, França MAS, Werneck MF, Goes PS. PMAQ-CEO External Evaluation: Revealing Indicators for Planning Services. *Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2018; 18 (1):1-12.

Paim JS. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira da Silva LM, organizadores. *Avaliação em saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde*. Rio de Janeiro, Salvador: Editora Fiocruz, EDUFBA; 2005. p. 9-10

Pinto MHB, Ditterich RG, Zermani TC, Scarpo A. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente- Sobre a provisão dos serviços odontológicos no Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Coletiva*. 2015; 23 (4):409-415.

Piloto LM, Celeste RK. Tendências no Uso de Serviços de Saúde Médicos e Odontológicos e a Relação com o nível educacional e posse de plano privado de saúde no Brasil, 1998-2013. *Cadernos de Saúde Pública*, 2018; 34(4): 1-12.

Santos EM, Cruz MM, Decotelli PV, Chispin PPM, Abreu DMF. Avaliadores in Situ(ação): reflexões e desafios sobre a institucionalização da prática avaliativa no PN DST/Aids. In: Onocko RC, Furtado JF, organizadores. *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde*. Campinas: Editora Unicamp; 2011. p. 205-222.

Vicava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia, J.; Belido, J.G. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23 (6): 1751-1762.