

## Análise da oferta de prótese dentária nos Centros de Especialidades Odontológicas

### *Analysis of the supply of Dental Prosthesis in Dental Specialty Centers*

Anna Karina Barros de Moraes Ramalho<sup>1\*</sup>, Ane Polline Lacerda Protasio<sup>2</sup>,  
Wilton Wilney Nascimento Padilha<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Cirurgiã-Dentista pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB, Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB, Doutora em Odontologia pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. <sup>2</sup>Cirurgiã-Dentista, Mestre e Doutora em Modelos de Decisão em Saúde pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. <sup>3</sup> Cirurgião-Dentista pela Universidade Federal Fluminense – UFF, Mestre em Odontologia pela Universidade de Pernambuco – UPE, Doutor em Odontologia pela Universidade de São Paulo – USP, Professor Titular da Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

#### Resumo

**Introdução:** os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) prestam serviços especializados no setor público, entre eles, a oferta de prótese dentária, apesar de não ser essa uma atribuição obrigatória desses centros. **Objetivo:** identificar a oferta da especialidade de prótese dentária (EPD) nos CEOs avaliados no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ/CEO) Ciclo 2 e analisar essa oferta segundo aspectos estruturais e de processo de trabalho. **Metodologia:** estudo transversal, de dados secundários de acesso público do PMAQ/CEO, ciclo 2, com amostra n=1040 CEOs. A variável dependente foi “ofertar a EPD” e as independentes relacionadas aos aspectos “processo de trabalho” e “estrutura”. Realizaram-se análises de frequência e bivariada (qui quadrado), com nível de significância  $p < 0,05\%$ . **Resultados:** dos CEOs, 61,6% ofertavam próteses, eram “Tipo 2” (47,1%), de referência municipal (69,0%), planejavam e avaliavam ações (84,3%), monitoravam metas (89,3%), autoavaliavam-se, conheciam o percentual de absenteísmo (77%), consideravam os resultados alcançados em ciclos anteriores do programa (57,7%), possuíam gerentes (95,9%) sem pós-graduação em saúde coletiva ou gestão pública (56,7%). A oferta da EPD associou-se ao porte do CEO Tipo 3 ( $p < 0,001$ ), localizados fora de universidades ( $p = 0,014$ ), com gerentes ( $p < 0,001$ ) pós-graduados em saúde coletiva ( $p = 0,025$ ), que praticavam planejamento e avaliação ( $p = 0,001$ ), monitoramento ( $p = 0,005$ ), com atenção ao absenteísmo ( $p = 0,001$ ) e aos resultados de ciclos anteriores do programa ( $p = 0,001$ ). **Conclusão:** a oferta da EPD associou-se ao porte dos CEOs, localizados fora de universidades, que possuíam gerentes qualificados, realizarem as atividades de gestão, ter atenção ao absenteísmo e aos resultados de ciclos anteriores do programa.

**Palavras-chave:** Prótese dentária; Sistema Único de Saúde; serviços de saúde bucal; estudos transversais.

#### Abstract

**Introduction:** Dental Specialty Centers (CEOs) provide specialised services in the public sector, including the supply of dental prosthetics, although this is not a mandatory responsibility of these centres. **Objective:** to identify the supply of dental prosthetics (DPT) in the DPTs evaluated in the National Program for Improving Access and Quality (PMAQ/CEO) Cycle 2 and to analyse this supply according to structural and work process aspects. **Methodology:** a cross-sectional study of publicly accessible secondary data from PMAQ/CEO, cycle 2, with a sample of n=1040 DPTs. The dependent variable was “offering DPT”, and the independent variables were related to the aspects of “work process” and “structure”. Frequency and bivariate (chi-square) analyses were performed, with a  $p < 0.05\%$  significance level. **Results:** of the CEOs, 61.6% offered prosthetics, were “Type 2” (47.1%), municipal reference (69.0%), planned and evaluated actions (84.3%), monitored goals (89.3%), self-evaluated, knew the percentage of absenteeism (77%), considered the results achieved in previous cycles of the program (57.7%), had managers (95.9%) without postgraduate degrees in collective health or public management (56.7%). The provision of EPD was associated with the size of the Type 3 CEO ( $p < 0.001$ ), located outside universities ( $p = 0.014$ ), with managers ( $p < 0.001$ ) with postgraduate degrees in public health ( $p = 0.025$ ), who practised planning and evaluation ( $p = 0.001$ ), monitoring ( $p = 0.005$ ), with attention to absenteeism ( $p = 0.001$ ) and to the results of previous cycles of the program ( $p = 0.001$ ). **Conclusion:** the provision of EPD was associated with the size of the CEOs located outside universities, who had qualified managers, performed management activities, and paid attention to absenteeism and the results of the previous program. **Keywords:** Dental prosthesis; Unified Health System; oral health services; cross-sectional studies.

#### INTRODUÇÃO

Iniquidades em saúde bucal podem ser representadas pelo edentulismo, uma questão de saúde pública que requer atenção do Estado<sup>1</sup>. O edentulismo apresenta etio-

**Corresponding / Correspondence:** Anna Karina Barros de Moraes Ramalho – Endereço: Rua Carlos Sérgio da Silva Brandão, 37, Apartamento 306, Bloco A. – Jardim Cidade Universitária, João Pessoa/PB, 58052136 – E-mail: annakabm@hotmail.com

logia complexa, com inter-relação de fatores biológicos, sociais e comportamentais<sup>2,3</sup>, associando-se a histórico de tratamentos odontológicos ou a sua ausência<sup>4</sup>.

Diante da considerável prevalência de perdas dentárias e da necessidade de uso de próteses, foi estimulada a oferta da especialidade de prótese dentária (EPD) principalmente na atenção primária à saúde (APS), podendo também ocorrer na atenção secundária à saúde (ASS). Esse estímulo ocorreu com a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em 2004, visando a ampliação da resolutividade da SB na APS, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com a criação dos centros de especialidades odontológicas (CEO) e laboratórios regionais de próteses dentárias (LRPD)<sup>5</sup>.

Os avanços ocorridos com a PNSB, na qualificação dos serviços de prevenção e reabilitação oral, com o estímulo em ofertar a EPD no âmbito nacional, são evidentes, embora ainda sejam observadas altas prevalências de perda dentária, com a necessidade do uso de prótese, principalmente em idosos<sup>6</sup>.

Um estudo realizado com dados do período anterior ao PNSB, até o ano de 2017, aponta uma ampliação no acesso a serviços que ofertam próteses dentárias<sup>7</sup> e uma tendência linear positiva no aumento da produção desses procedimentos odontológicos no Brasil<sup>8,9</sup>. A oferta de prótese dentária é compartilhada entre a APS e ASS. Na APS, sabe-se que 43% das equipes oferecem esse serviço<sup>10,11</sup>, porém a proporção entre oferta e produção, entre os dois níveis, não está definida na literatura.

Visando a institucionalização da avaliação, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO), que aconteceram duas vezes, nos anos de 2014 e 2018<sup>12</sup>. O programa, na fase da avaliação externa (AVE), considerou aspectos organizacionais de estrutura e de processo de trabalho<sup>13</sup>.

Reforça-se a potencialidade dos processos avaliativos, no modelo PMAQ/CEO, que adota os preceitos de Donabedian, caracterizados pela tríade estrutura, processo e resultado, como aproximação aos estudos de acesso e qualidade da atenção à saúde<sup>12-14</sup>.

Observou-se que equipes de saúde bucal da APS, com processo de trabalho mais organizado e recebendo apoio mais significativo da gestão municipal, tem maior probabilidade de realizar próteses dentárias<sup>11</sup>, enquanto, na ASS, fatores individuais, como escolaridade e morar no mesmo município do serviço e fatores contextuais, como acesso a um CEO localizado no interior, estão associados à reabilitação protética<sup>15</sup>.

Dada a condição epidemiológica relacionada ao edentulismo no Brasil, em que se apontou uma prevalência de 92,7% de indivíduos idosos com perda dentária total ou parcial, percebeu-se a necessidade de continuar o estímulo a uma maior oferta de próteses dentárias nos serviços<sup>6</sup>. Nesse sentido, houve uma expansão desses serviços no território brasileiro, o que torna pertinente realizar a análise da oferta de próteses dentárias. Visto

que os CEOs estão entre os serviços com possibilidade de oferta próteses dentárias, estima-se que essa identificação produza informações para a tomada de decisão, visando a melhoria e a ampliação do acesso e da qualidade da oferta da EPD nesses centros.

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo identificar a oferta da EPD nos CEOs avaliados no segundo ciclo do PMAQ/CEO e a analisar a oferta da EPD segundo aspectos de estrutura e de processo de trabalho.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, descritivo e analítico, transversal, de âmbito nacional, composto por dados secundários, provenientes de um banco de dados de acesso público, o que torna desnecessária a submissão do estudo para aprovação em Comitê de Ética. Os dados foram extraídos do banco da AVE do PMAQ/CEO ciclo 2, composto por respostas dos gestores e cirurgiões-dentistas dos CEOs avaliados no programa.

Para execução da coleta de dados do PMAQ/CEO ciclo 2, o projeto do programa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo 23458213.0.1001.5208, seguindo a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O PMAQ-CEO ocorreu duas vezes, a primeira vez em 2014, PMAQ-CEO ciclo 1, e a segunda e última em 2018, o PMAQ-CEO ciclo 2. Para o estudo atual, optou-se em utilizar os dados do Ciclo 2, por ser mais o mais recente e conter uma amostra maior de CEOs, visto que, no ciclo 1, no existia um quantitativo de 932 serviços implantados como CEOs e, no ciclo 2, 1.097.

Participariam da AVE do PMAQ/CEO ciclo 2 todos os serviços que estivessem habilitados pelo Ministério da Saúde como CEO no Brasil, até o mês de agosto de 2018, pois a avaliação ocorreu durante o período de outubro a dezembro de 2018, independentemente de terem feito adesão ou não ao PMAQ/CEO ciclo 2, totalizando, assim, 1.097 serviços. Entretanto, diante dos critérios de exclusão e de elegibilidade pelo programa, de estarem fechados, descredenciados e com possibilidade de recusa à participação, o número final de CEOs avaliados pelo programa foi de 1.042<sup>12</sup>.

O critério de inclusão na amostra do presente estudo foi de que os CEOs deveriam ter sido avaliados no PMAQ/CEO ciclo 2, e o de exclusão, os CEOs avaliados sem dados completos em relação ao objeto deste estudo. A metodologia deste trabalho foi inspirada nas recomendações do documento "Standardized Reporting of Secondary data Analyses" (STROSA), que apresenta uma lista de verificação com objetivo dar suporte a autores e leitores na avaliação crítica de análises de dados secundários<sup>16</sup>.

A avaliação proposta pelo PMAQ/CEO tanto no ciclo 1, como no 2, em 2014 e 2018, respectivamente, foi composta por quatro fases em cada ciclo: a primeira fase era representada pela adesão e contratualização; a segunda, a de desenvolvimento das estratégias; a

terceira, a de avaliação externa (AVE); e a quarta, a de reconstrução<sup>13,17</sup>.

A terceira fase do programa PMAQ-CEO, a AVE, foi desenvolvida *in loco*, nos serviços, representada por um estudo avaliativo composto por entrevistas e observação<sup>17</sup>. Trata-se de uma fase que foi realizada por avaliadores externos, representados por 85 cirurgiões-dentistas treinados, independentes do serviço, os quais aplicaram um questionário que é dividido em três módulos. A coleta era feita por meio de *tablets*, nos quais havia um aplicativo com o instrumento padronizado e testado previamente<sup>13</sup>. As entrevistas da AVE foram direcionadas a profissionais, gestores e usuários dos CEOs e deram origem a ao banco de dados, do qual foram extraídas as informações para o atual estudo, disponíveis no site <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2ceo/>, da Secretaria da Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde<sup>18</sup>.

A AVE era composta por três módulos: o Módulo I era relacionado à avaliação de estrutura, equipamentos, instrumentos e suprimentos da instalação; o Módulo II incluía dados relacionados ao processo de trabalho, à organização do serviço e ao atendimento aos usuários e que foram fornecidos por um gestor do CEO e um cirurgião-dentista de qualquer especialidade; por fim o Módulo III, que abordou dados sobre a satisfação e a percepção dos usuários do CEO<sup>13</sup>. Esse último módulo, o III, não foi explorado no presente estudo, visto que os aspectos “satisfação e percepção dos usuários” não faziam parte do objeto deste estudo.

As planilhas exportadas para o programa Microsoft Office Excel 2010 foram mescladas, utilizando-se, como identificador comum, o número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES). Dessa forma, foi possível alinhar os dados fornecidos pelos respondentes.

A variável dependente do estudo foi “ofertar a especialidade de prótese dentária”. Para identificar os CEOs que ofertavam ou não a especialidade, foram considerados os serviços que declararam média mensal de próteses entregues, na entrevista do Módulo II, por meio da questão II.14.5: “Em média, quantas próteses dentárias são entregues por mês?”. As opções para resposta focalizavam a quantidade por tipo prótese: “II.14.5.1 Prótese total”, “II.14.5.2 Prótese parcial removível”, “II.14.5.3 Prótese fixa unitária”<sup>13</sup>. Os CEOs que declaram média igual a zero foram considerados como serviços que não ofertavam a especialidade.

As variáveis independentes organizacionais foram obtidas entre as questões dos módulos I e II, referentes aos requisitos “processo de trabalho” e “estrutura”<sup>13</sup>. As opções de resposta “não se aplica”, presentes como possibilidade de respostas em algumas questões, foram consideradas perdas, e, por isso, as amostras estão menores em algumas questões.

Os aspectos estruturais abordados foram: tipo de CEO (I, II e III), referência (municipal ou regional); localização do CEO (dentro de universidades ou faculdades,

ou fora); possuir gerente (dicotomizada em *sim* ou *não*); recebimento de apoio institucional para planejamento de processo de trabalho (dicotomizada em *sim* ou *não*); formação complementar do gerente em saúde coletiva ou gestão pública (dicotomizada em *sim* ou *não*), repasse do incentivo financeiro do PMAQ/CEO para todos os profissionais (dicotomizada em *sim* = todos profissionais do CEO recebem o incentivo, ou *não*= quem respondeu não ou outras respostas).

Os aspectos de processo de trabalho abordados foram: planejamento e avaliação das ações desenvolvidas (*sim* ou *não*); monitoramento e análise das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO (*sim* ou *não*); autoavaliação de forma periódica (*sim* ou *não*); resultados alcançados em ciclos anteriores do PMAQ/CEO foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe do CEO (*sim, não, é a primeira vez que o CEO participa do PMAQ/CEO*); realiza gestão de lista de espera (*sim* ou *não*); uso de critérios (*sim* ou *não*) para fila de espera; e conhecimento de absenteísmo (*sim* ou *não*).

Foram construídas tabelas de frequências absolutas, relativas e realizadas análises bivariadas (qui quadrado) com um nível de significância  $p < 0,05\%$ .

## RESULTADOS

Dos 1040 CEOs estudados, 61,6% ofertavam a EPD. Observou-se, nos serviços que ofertavam próteses dentárias: quanto aos aspectos estruturais, uma predominância de CEOs do Tipo 2 (47,1%), que eram referência apenas para o município onde estavam implantados (69,0%); localizavam-se fora de universidades ou faculdades (98,8%); possuíam gerente (95,9%), sem formação complementar em saúde coletiva ou gestão pública (56,7%); 76,9% sem repasse do incentivo do programa entre todos os profissionais; e serviços que recebiam apoio para planejamentos das ações (89,8%) (Tabela 1).

Em relação ao processo de trabalho, o perfil dos CEOs que ofertavam a EPD foi caracterizado por serviços em que os resultados alcançados em ciclos anteriores do PMAQ/CEO foram considerados na organização do processo de trabalho (57,7%); utilizavam estratégias de planejamento e avaliações periódicas em suas ações (84,3%); realizavam monitoramento e análise das metas estabelecidas para cada especialidade (89,3%); realizavam processos de autoavaliação e tinham conhecimento do percentual de absenteísmo (77%) (Tabela 1).

Ao se realizar a análise bivariada, observou-se que a oferta da EPD foi associada a CEOs do Tipo 3 ( $p < 0,001$ ), localizados fora de universidades ou faculdades ( $p = 0,014$ ), e que possuíam gerente ( $< 0,001$ ) com formação complementar em saúde coletiva ou gestão pública ( $p = 0,025$ ). Além disso, a oferta foi relacionada com aqueles serviços em que as ações desenvolvidas são frutos de planejamento e avaliações periódicas ( $p = 0,001$ ), em que houve monitoramento e análise das metas estabelecidas para cada especialidade (0,005), que estavam informados acer-

ca do absenteísmo para os atendimentos (p=0,001) e que os resultados alcançados em ciclos anteriores do PMAQ/CEO foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe (p=0,001) (Tabela 1).

**Tabela 1** – Caracterização dos CEOs participantes do PMAQ/CEO ciclo 2, distribuição e associação dos fatores em CEOs que ofertam a especialidade de prótese dentária. Brasil, 2018.

Variáveis	Não oferta a EPD		Oferta a EPD		Total	Teste qui quadrado de Pearson P-Valor (Nível de significância p<0,05%)
	n	%	n	%		
<i>Presença de oferta de EPD no CEO</i>	399	38,4	641	61,6	1040	100
<i>Tipo de CEO</i>						
Tipo 1	182	45,6	237	37	419	40,3
Tipo 2	184	46,1	302	47,1	486	46,7
Tipo 3	33	8,3	102	15,9	135	13
Total	399	100	641	100	1040	100
<i>Tipo de referência</i>						
Municipal	274	68,7	442	69	716	68,8
Regional	125	31,3	199	31	324	31,2
Total	399	100	641	100	1040	100
<i>O CEO está localizado dentro de universidade ou faculdade?</i>						
Sim	14	3,5	8	1,2	22	2,1
Não	385	96,5	633	98,8	1018	97,9
Total	399	100	641	100	1040	100
<i>Este CEO possui gerente?</i>						
Sim	377	94,48	615	95,94	992	95,38
Não	22	5,51	26	4,06	48	4,62
Total	399	100	641	100	1040	100
<i>O gerente possui formação complementar em saúde coletiva ou gestão pública?*</i>						
Sim	136	36,1	266	43,3	402	40,5
Não	241	63,9	349	56,7	590	59,5
Total	377	100	615	100	992	100
<i>Todos os profissionais do CEO recebem incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho relacionado ao resultado do PMAQ/CEO?</i>						
Sim	89	22,3	148	23,1	237	22,8
Não	310	77,7	493	76,9	803	7,2
Total	399	100	641	100	1040	100
<i>As ações desenvolvidas neste CEO são frutos de planejamentos e avaliações periódicas e possuem comprovação documental que confirme?*</i>						
Sim	254	73,2	487	84,3	741	80,1
Não	93	26,8	91	15,7	184	19,9
Total	347	100	578	100	925	100
<i>O CEO recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?*</i>						
Sim	299	86,2	519	89,8	818	88,4
Não	48	13,8	59	10,2	107	11,6
Total	347	100	578	100	925	100
<i>São realizados monitoramento e análise das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO, com comprovação documental que confirme?</i>						
Sim	296	82,9	533	89,3	829	86,9
Não	61	17,1	64	10,7	125	13,1
Total	357	100	597	100	954	100
<i>São realizados processos de autoavaliação de forma periódica pela equipe do CEO?*</i>						
Sim	286	71,7	493	77	779	75
Não	113	28,3	147	23	260	25
Total	399	100	640	100	1039	100
<i>Os resultados alcançados em ciclos anteriores do PMAQ/CEO foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe do CEO? *</i>						
Sim	176	44,2	369	57,7	545	52,5
Não	92	23,1	156	24,4	248	23,9
É a primeira vez que o CEO participa do PMAQ/CEO	130	32,7	115	18	245	23,6
Total	398	100	640	100	1038	100

<i>Faz a gestão da lista de espera e possui comprovação documental que confirme? *</i>							
Sim	250	89,6	459	92,2	709	91,2	
Não	29	10,4	39	7,8	68	8,8	0,225
Total	279	100	498	100	777	100	
<i>Usa critérios de priorização da lista de espera? *</i>							
Sim	234	83,9	422	84,7	656	84,4	
Não	45	16,1	76	15,3	121	15,6	0,749
Total	279	100	498	100	777	100	
<i>Sabe qual o percentual de absenteísmo em média mensal no serviço?*</i>							
Sim	274	68,7	497	77,7	771	74,2	
Não	125	31,3	143	22,3	268	25,8	0,001**
Total	399	100	640	100	1039	100	

\* Excluídas as respostas "Não se aplica"

\*\*( $p < 0,05\%$ )

Fonte: Banco Microdados Brasil (2018).

## DISCUSSÃO

Esta investigação agrega achados acerca da oferta da EPD e sobre o papel de alguns fatores organizacionais de estrutura e processo que caracterizaram os CEOs estudados, no fornecimento de próteses dentárias no nível secundário de atenção à saúde, usando o inquérito PMAQ/CEO ciclo 2.

No atual estudo a predominância da oferta da EPD nos CEOs foi positiva, apesar de estar presente em um pouco mais do que a metade deles, visto que a oferta dessa especialidade não é obrigatória e pode também ser ofertada na AB ou terceirizada<sup>19</sup>.

Entre os CEOs do Tipo 1, o número de CEOs que oferta a especialidade é um terço maior do que os que não ofertam. Nos do Tipo 2, a oferta não é semelhante, já entre os CEOs do Tipo 3, o número de CEOs que ofertam a EPD é três vezes maior do que os que não ofertam. Isso pode justificar uma influência maior da oferta da EPD em CEOs do tipo 3. Tal resultado é coerente e pode ser explicado pelo fato de esses CEOs serem compostos por, no mínimo, sete consultórios odontológicos. Assim, esse tipo de CEO tende propiciar que mais especialidades, além das cinco obrigatórias, sejam ofertadas. Aponta-se que os CEOs brasileiros respeitam a composição exigida em relação ao número de cadeiras odontológicas para cada tipo<sup>20</sup>.

Os CEOs que ofertam EPD se caracterizaram por possuir gerente, um resultado favorável, visto que, quando se tem gestores, os serviços tendem ser mais qualificados<sup>12</sup>. Porém a ausência da formação desses gestores em saúde coletiva ou gestão pública, verificada como predominante nesses serviços, pode ser considerada como um cenário negativo, tendo em vista que essa formação tende a impulsionar uma rede de saúde com uma atenção integral<sup>21</sup>. Além disso, o estudo apontou associação entre a maior oferta da EPD nos serviços com gerentes pós-graduados em saúde coletiva ou gestão pública, indicando a relevância de estimular essa capacitação e em concordância com a literatura que afirma ser essa formação fundamental<sup>22</sup>.

O processo de trabalho subsidiado por planejamento e avaliação periódica das ações esteve associado à maior

oferta da especialidade. Entretanto, para atender a demandas e necessidades dos usuários no SUS, a avaliação em saúde se constitui num desafio permanente e complexo, que requer conhecimento especializado, sendo indispensável como instrumento de transformação<sup>23</sup>. Um resultado interessante foi em relação à consideração dos resultados alcançados em ciclos anteriores do PMAQ/CEO, no processo de trabalho das equipes, que esteve associada significativamente à oferta de EPD, o que pode revelar a influência do PMAQ/CEO como indutor da melhoria da qualidade dos serviços<sup>13</sup>.

O monitoramento das metas de produção estabelecidas<sup>19</sup> também representa um aspecto importante para o desenvolvimento do processo de trabalho nos serviços de saúde e, nesta pesquisa, ele revelou ser um fator relacionado significativamente à maior oferta de próteses. Essa condição foi igualmente encontrada em um estudo sobre a oferta da EPD com base em dados do PMAQ/AB, em serviços que ofertavam próteses dentárias<sup>11</sup>. A relação entre monitoramento de metas e oferta de EPD, na ASS, é um resultado original deste estudo.

O absenteísmo dos usuários, quando frequente, se reflete negativamente na resolutividade dos serviços. Nesse sentido, seu acompanhamento, algo que esteve associado à maior oferta da EPD, é um fator importante para a gestão de um serviço de qualidade, na compreensão de que o enfrentamento desse fator contribui para minimizar desfechos indesejáveis, como perda de recursos públicos, prejuízos na continuidade da assistência, na resolutividade das demandas e no aumento da fila de espera<sup>24,25</sup>.

No presente estudo, identificou-se uma maior prevalência de gestão de lista de espera para atendimento em CEOs que ofertam a EPD, porém a oferta da especialidade não esteve associada a esse aspecto, corroborando os achados de outro estudo realizado com dados do PMAQ/CEO ciclo 2<sup>15</sup>. É possível que a gestão da lista de espera seja um aspecto da organização do serviço que ocorre somente após a decisão de ter a oferta. Nesse sentido, entende-se que sua frequência não afeta a probabilidade

de de ofertar, configurando-se mais como uma ação de gestão de acesso do que de oferta.

Uma das limitações deste estudo seria um viés de informação, por se tratar de dados secundários. No entanto, utilizar os microdados da AVE do PMAQ tem sua potencialidade, diante do reconhecimento de que o programa foi considerado uma inovação, por meio de instrumentos de metodologia creditável, respaldados por planejamento e avaliação em gestão, tecnologia de informação, a qual agregou mais confiabilidade e agilidade na coleta de dados<sup>26</sup>.

O segundo ciclo do PMAQ/CEO contou, como critério de inclusão em sua amostra, com todos os estabelecimentos de atenção secundária em saúde bucal habilitados pelo Ministério da Saúde como CEO. Porém a ocorrência de recusas era um dos critérios de exclusão, com a consequente não participação de alguns<sup>12</sup>, o que pode ter produzido um viés de escolha, pela seleção de equipes possivelmente mais bem estruturadas, apontando a possibilidade de outra limitação deste estudo. No entanto, essas recusas de participação não afetaram, de modo significativo, a representatividade da amostra, tanto do PMAQ/CEO, como a deste estudo.

Outro fato que poderia se configurar como uma limitação deste estudo é o incentivo financeiro proporcional ao desempenho das equipes, que era repassado pelo PMAQ/CEO, o que poderia influenciar nas respostas das entrevistas, naquelas perguntas que não exigem comprovação, ou mesmo naqueles CEOs que já participaram do primeiro ciclo e já têm uma noção do que será solicitado. Todavia, para diversas questões abordadas na AVE do PMAQ/CEO, eram solicitadas comprovações documentais sobre as informações declaradas.

Por fim, reforça-se o potencial dos achados deste estudo que demonstraram a relevância dos aspectos organizacionais de estrutura e de processo de trabalho, bem como a importância dos aspectos que foram relacionados com o fornecimento de próteses dentárias e, consequentemente, na melhoria da assistência integral à saúde.

Propõe-se, a partir desta investigação, a realização de estudos viabilizados com abordagem estatística de regressão multivariada, necessária para uma melhor compreensão dos determinantes da oferta da EPS.

## CONCLUSÃO

A oferta de próteses dentárias foi identificada nos CEOs em estudo e, ao se analisar o perfil dos serviços com a oferta da EPD, segundo aspectos organizacionais de estrutura e de processo de trabalho, foi demonstrado que, estruturalmente, os CEOs se caracterizaram como do Tipo 2, de referência municipal, com gerentes sem pós-graduação em saúde coletiva ou gestão pública. Foi observada a presença de apoio institucional para o planejamento e a organização do processo de trabalho, embora não fossem contemplados todos os profissionais da equipe com o incentivo financeiro repassado pelo

PMAQ/CEO. Sobre o processo de trabalho, os CEOs com oferta da EPD apresentaram perfil baseado em planejamento, avaliação das ações, monitoramento e análise de metas das especialidades, autoavaliação periódica, gestão de lista de espera com uso de critérios, informações acerca do absenteísmo e consideração dos resultados alcançados em ciclos anteriores do PMAQ/CEO na organização.

Os aspectos estruturais que influenciaram a oferta da EPD nos CEOs foram: ser do Tipo 3; de gestão estadual e (ou) municipal; ter gestores pós-graduados em saúde coletiva ou gestão pública. Quanto ao processo de trabalho, foram aspectos que favoreceram essa oferta: a prática periódica de planejamento e avaliação; o monitoramento e a análise de metas, a atenção dirigida ao absenteísmo e as avaliações dos ciclos anteriores do PMAQ/CEO.

## REFERÊNCIAS

1. Maia LC, Costa S de M, Martelli DRB, Prates AC. Edentulismo total em idosos: envelhecimento ou desigualdade social? *Revista Bioét.* 2020;28(1):173-81. doi: 10.1590/1983-80422020281380
2. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet.* 2019. Jul20;394(10194):249-60. doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8
3. Reis LAO, Miranda S, Fonseca BR, Pereira M, Natividade MS, Aragão E, et al. Associação entre iniquidades raciais e condição de saúde bucal: revisão sistemática. *Ciênc Saúde Colet [periódico na internet].* 2023. [citado 2024 maio 7]. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/associacaoentre-iniquidades-raciais-econdicao-de-saude-bucalrevisao-sistemica/18802>
4. Simoura JA, Almeida CB, Moreira MB, Amorim MM, Pires AP. Determinantes sociais de saúde e a ocorrência de perda dentária: revisão integrativa. *J Dent Pub H.* 2019 Nov;10(2):125-34. doi.org/10.17267/2596-3368dentistry.v10i2.2459
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. 2004. 16p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf)
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
7. Abreu MHNG de, Morato A de LFN, Marinho AMCL, Cunha MAM, Mendes S. da R. What Has Changed in the Dental Prosthesis Procedures in Primary Health Care In Brazil? *Braz Dent J.* 2019.30(5):519-22. doi.org/10.1590/0103-6440201902695
8. Chisini LA, Martin ASS, Pires ALC, Noronha TG, Demarco FF, Conde MCM, et al. Estudo de 19 anos dos procedimentos odontológicos realizados no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Cad Saúde Colet.* 2019;27(3):345-53. doi.org/10.1590/1414-462X201900030215
9. Souza GC de A, Mourão SA, Emiliano GBG. Série temporal da produção odontológica no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2008-2018. *Epidemiol Serv Saúde.* 2022;31(1):e2021213. doi.org/10.1590/S1679-49742022000100007
10. Cunha MAGM, Matta-Machado ATG, Lucas SD, Abreu MHNG. Availability of Dental Prosthesis Procedures in Brazilian Primary Health Care. *Biomed Res Int.* 2018 Feb 11; 2018:4536707. doi: 10.1155/2018/4536707

11. Cunha MA, Vettore MV, Santos TRD, Matta-Machado AT, Lucas SD, Abreu MHNG. The Role of Organizational Factors and Human Resources in the Provision of Dental Prosthesis in Primary Dental Care in Brazil. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 3;17(5):1646. doi: 10.3390/ijerph17051646
12. Goes PSA de. Relatório do 2º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas PMAQ/CEO: resultados principais. São Paulo: FOU SP; 2021. 152p. ISBN: 978-65-5787-027-3.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO): manual instrutivo 2º Ciclo (2015–2017). Brasília; 2017. 40 p.
14. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990;114:1115-8.
15. da Cunha IP, de Lacerda VR, Silva MF, Bonfim RA. Associated factors of prosthetic rehabilitation in specialized dental care in Brazil: a cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2023;16:55. doi.org/10.1186/s13104-023-06318-x
16. Swart E, Schmitt, J. STandardized Reporting of Secondary data Analyses (STROSA) – Vorschlag für ein Berichtsformat für Sekundärdatenanalysen. 2014;108;8(9):511-6. doi: org/10.1016/j.zefq.2014.08.022
17. Figueiredo N, Goes PSA, Martelli PJ L. Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais. Recife: Editora UFPE; 2016. ISBN 978-85-415-0843-5
18. Ministério da Saúde (BR). [Internet]. Brasília, DF: Secretaria de Atenção Primária à Saúde SAPS – PMAQ 2 Ciclo CEO; 2022 [acesso em 2022 out 10]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2ceo>
19. Ministério da Saúde (BR). 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). *Diário Oficial da União, Brasília, 27 junho 2011. Seção 1. P. 112.*
20. Rios LRF, Colussi CF. Avaliação normativa dos Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2014. 2019. *Saúde debate*. 43;(120):122-36.
21. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R.; Mattos, RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ ABRASCO; 2004. p. 39-64.
22. Minayo MCS. Desempenho da pós-graduação em saúde coletiva e desenvolvimento do SUS: existe relação? *Saúde Soc*. 2022;31(3):e220011pt. doi.org/10.1590/S0104-12902022220011pt
23. Narvai PC, Frazão P. Avaliação da atenção à saúde bucal. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida, CAL. Avaliação em Saúde – Contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Editora Atheneu; 2017. Cap 16. P. 185-200.
24. Jandrey CM, Drehmer TM. Absenteísmo no atendimento clínico odontológico: o caso do Módulo de Serviço Comunitário (MSC) do Centro de Pesquisas em Odontologia Social (CPOS) UFRGS. *Rev Fac Odontol*. 2000;40(2):24-8. doi.org/10.22456/2177-0018.110987
25. Almeida GL, Garcia LFR, Almeida TL, Bittar TO, Pereira AC. Estudo do perfil socioeconômico dos pacientes e os motivos que os levaram a faltar em consultas odontológicas na estratégia de saúde da família em uma distrital de Ribeirão Preto/SP. *Cienc Odontol Bras*. 2009;12(1):77-86. doi: doi.org/10.14295/bds. 2009.v12i1.256
26. Uchôa AS da C, Martiniano CS, Queiroz AAR de, Bay Júnior O de G, Nascimento WG do, Diniz IVA, et al. Inovação e utilidade: avaliação externa do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. *Saúde debate*. 2018;42(1):100-13. doi: org/10.1590/0103-11042018S107

---

Submetido em 15/11/2024

Aceito em 11/09/2024