

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Leonardo Alvarenga Guimarães Peloggia

Vinícius de Godoy Bosso

ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO SUS

**Taubaté-SP
2020**

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Leonardo Alvarenga Guimarães Peloggia

Vinícius de Godoy Bosso

ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO SUS

Trabalho de graduação apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Cesar do Patrocínio

Taubaté-SP
2020

**Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI
Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI
Universidade de Taubaté – UNITAU**

P392e	<p>Peloggia, Leonardo Alvarenga Guimarães Especialidades odontológicas no SUS / Leonardo Alvarenga Guimarães Peloggia , Vinicius de Godoy Bosso. -- 2020. 41 f.</p> <p>Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento de Odontologia, 2020. Orientação: Profa. Dra. Mônica Cesar do Patrocínio, Departamento de Odontologia.</p> <p>1. Especialidades odontológicas. 2. Odontologia. 3. Saúde pública. 4. SUS. I. Bosso, Vinicius de Godoy. II. Universidade de Taubaté. Departamento de Odontologia. III. Título.</p> <p>CDD – 614.4</p>
-------	---

Leonardo Alvarenga Guimarães Peloggia

Vinícius de Godoy Bosso

ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO SUS

Data: 25/11/2020

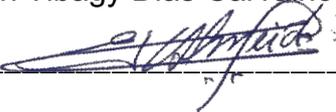
Resultado: APROVADOS

BANCA EXAMINADORA

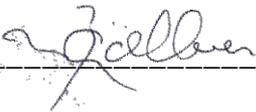
Profa. Dra. Mônica Cesar do Patrocínio – Universidade de Taubaté

Assinatura:  _____

Prof. Dr. Edison Tibagy Dias Carvalho de Almeida – Universidade de Taubaté

Assinatura:  _____

Prof. Dr. Nivaldo Andre Zollner – Universidade de Taubaté

Assinatura:  _____

Dedicamos este trabalho primeiramente a Deus, à nossa orientadora pela ajuda e incentivo, aos familiares e amigos que nos apoiaram durante esta jornada e por todo o incentivo nos dado fazendo com que esse trabalho acontecesse.

AGRADECIMENTOS

Leonardo Alvarenga Guimarães Peloggia

Agradeço primeiramente a Deus, por me fornecer total sabedoria e a oportunidade de conseguir chegar até aqui.

Aos meus pais Mario e Silvia, que sempre acreditaram e estimularam o melhor do meu potencial, além de todas as orações por mim.

A minha namorada Ariadne por toda paciência e cumplicidade ao sempre me incentivar e não me deixar abater quaisquer fossem as circunstâncias e principalmente me acompanhar nessa jornada tão importante na minha vida.

Agradeço a todos aqueles que acreditaram que esse sonho poderia se tornar realidade.

Agradeço também a minha dupla Vinícius pelo companheirismo, por compartilharmos juntas grandes experiências e conhecimentos, chegamos até aqui juntas e que possamos continuar nos ajudando, mesmo fora daqui.

Agradeço a minha orientadora Profa. Dra. Monica por todo o conhecimento proposto e dividido e por ajudar em cada momento de dúvida e dificuldade durante essa jornada.

Por fim, agradeço a todos os demais professores do curso e os professores que passaram em minha vida por me ajudarem e deixarem um pouco de cada um na minha formação como pessoa e futura profissional.

AGRADECIMENTOS

Vinicius de Godoy Bosso

Agradeço primeiramente a Deus, por me fornecer sabedoria e a oportunidade de chegar até aqui.

Agradeço aos meus pais sempre acreditarem no meu potencial e me incentivar, além das orações, obrigado por aguentarem minhas crises de desespero e logo depois se alegrarem com minhas vitórias.

Agradeço também a minha dupla pelo companheirismo, por compartilhar comigo grandes experiências e conhecimentos, chegamos até aqui juntos e que possamos continuar nos ajudando, mesmo fora daqui.

Agradeço a minha orientadora por todo o apoio, por dividir seu conhecimento e nos ajudar em cada momento de dúvida e dificuldade.

Agradeço a todos aqueles que acreditaram que esse sonho poderia ser possível.

Por fim, agradeço a todos os professores que fizeram parte dessa caminhada, desde o início da minha alfabetização até o final da graduação, vocês foram essenciais para a minha formação e levarei cada ensinamento para a minha vida.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Com a expansão do conceito de atenção básica, e o consequente aumento da oferta de diversidade de procedimentos odontológicos, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção no SUS. Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados foi criado o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, como parte das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Os serviços ofertados pelos CEO são Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, Periodontia especializada, Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, Endodontia, Atendimento a portadores de necessidades especiais podendo oferecer também ortodontia e implantodontia. **OBJETIVO:** Nessa perspectiva, avaliamos as especialidades odontológicas nos Centros de Especialidades Odontológicas entendendo que o mesmo é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal. Por meio da pesquisa realizada em bases de dados científicos PUBMED, Scielo, Lilacs e Google Acadêmico, com palavras-chave: Odontologia; Especialidades Odontológicas; Saúde Pública; SUS. **CONCLUSÕES:** A avaliação mostrou o descumprimento de diversos indicadores normativos, especialmente os relacionados com o cumprimento das metas clínicas ambulatoriais porém mesmo com toda essa dificuldade de gestão financeira/administrativa/humana e social e instabilidade política que observamos a experiência no Brasil vem sendo motivadora, o sistema consegue desenvolver, de maneira desordenada, ações e serviços especializados em todo o país.

Palavras-chave: Odontologia; especialidades odontológicas; saúde pública; SUS.

ABSTRACT

INTRODUCTION: With the expansion of the concept of primary care, and the consequent increase in the offer of diversity of dental procedures, investments are also needed that allow increasing access to the secondary and tertiary levels of care in SUS. In order to face the challenge of expanding and qualifying the offer of specialized dental services, the Dental Specialties Center - CEO was created, as part of the National Oral Health Policy Guidelines. The services offered by the CEO are Oral diagnosis, with an emphasis on the diagnosis and detection of oral cancer, Specialized Periodontics, Minor oral surgery of soft and hard tissues, Endodontics, Assistance to people with special needs and may also offer orthodontics and implantology. **OBJECTIVE:** In this perspective, we evaluated the dental specialties at the Dental Specialty Centers, understanding that it is a continuity of the work carried out by the primary care network and in the case of the municipalities that are in the Family Health Strategy, by the oral health teams. Bibliographic search carried out in scientific databases, PUBMED, Scielo, Lilacs and Google Scholar Articles, with keywords: Dentistry; Dental Specialties; Public health; SUS. **CONCLUSIONS:** The evaluation showed the non-compliance with several normative indicators, especially those related to the fulfillment of outpatient clinical goals, but even with all this difficulty in financial / administrative / human and social management and political instability that we have observed the experience in Brazil has been motivating, the system manages to develop, in a disorderly manner, specialized actions and services across the country.

Keywords: Dentistry; Dental specialties; Public health; SUS.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB: atenção básica

AE: ambulatório de especialidade

AEA: atenção especializada ambulatorial

ASA: atenção secundária ambulatorial

CD: cirurgião-dentista

CE: clínica especializada

CEO: centro de especialidade odontológica

CESB: coordenação estadual de saúde bucal

CNES: cadastro nacional de estabelecimentos de saúde

CIR: comissão intergestora regional

CIT: comissão intergestora tripartite

CS: centro de saúde

CGM: cumprimento global de metas

DATASUS: banco de dados do departamento de informática do sistema único de saúde

DEA: análise envoltória de dados

DSC: discurso do sujeito coletivo

ESB: equipe de saúde bucal

ESB: ampliação da equipe de saúde bucal

ESF: estratégia saúde da família

GES: garantia explícita de saúde

IBGE: instituto brasileiro de geografia e estatística

IDH: índice de desenvolvimento humano

IDHM: alto índice de desenvolvimento humano

LRPD: laboratório regional de prótese dentária

MS: ministério da saúde

PMAQCEO: programa nacional de melhoria do acesso e a qualidade

PNSB: política nacional de saúde bucal Brasil sorridente

PSF: programa de saúde da família

RAS: região administrativa de saúde

SESAB: secretária de saúde da bahia

SIA/SUS: sistema de informação do sistema único de saúde

SPSS: *statistical package for social science*

SUS: sistema único de saúde

UBS: unidade básica de saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO e JUSTIFICATIVA	12
2. PROPOSIÇÃO	14
3. REVISAO DE LITERATURA	15
4. DISCUSSÃO	33
5. CONCLUSÕES	37
REFERÊNCIAS	38

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

No Brasil, o início da transformação no modelo de atenção à saúde teve seu marco com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então esse sistema vem sendo implementado e aprimorado. Em 1994 foi lançado o Programa de Saúde da Família (PSF) que atualmente está consolidado como Estratégia Saúde da Família (ESF) e que tem possibilitado a reordenação da atenção básica (AB) nos níveis locais de saúde abrangendo aspectos individuais e coletivos (BRASIL, 2008a).

Em 2001, com esse intuito, de ampliar o acesso da população brasileira à saúde bucal, os profissionais de Odontologia foram incluídos na ESF formando as Equipes de Saúde Bucal (ESB). Em 2003 foi elaborada a Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente” (PNSB), que se tornou um eixo político para a reestruturação das práticas de saúde bucal no Brasil e que tem, na Atenção Básica, um de seus mais importantes pilares (BRASIL, 2010) especialmente através da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), pautando-se pela busca da efetivação da integralidade na atenção à saúde (BRASIL, 2008b)

Para a concretização da integralidade na dimensão da assistência, é imprescindível a continuidade dos cuidados, quando necessário, em serviços de diferentes densidades tecnológicas. Segundo os níveis de densidade tecnológica os serviços podem ser classificados como de baixa, média ou alta complexidade, sendo estes classificados, respectivamente, como serviços de atenção primária, secundária e terciária. (BRASIL, 2010). Neste sentido atenção secundária à saúde é formada pelos serviços especializados com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária (BRASIL, 2010), historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e classificados como Clínicas Especializadas (CE) ou Ambulatórios de Especialidades (AE). Os CEOs ofertam aos usuários serviços de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento aos portadores de necessidades especiais. De acordo com a estrutura, recurso de custeio e

implantação, os CEOs são classificados em Tipo I, II e III e devem realizar uma produção mínima em cada tipo de CEO. Para tanto, o município deverá possuir uma rede de Atenção Primária à Saúde organizada (BRASIL, 2006).

Toda esta gama de investimentos em implantação e implementação de centros de especialidade em odontologia incentivado a partir da publicação das diretrizes da PNSB de 2004, visam a estruturação e ampliação da atenção secundária à saúde bucal condizente com os princípios doutrinários do SUS, em especial a integralidade.

As avaliações dos CEO no Brasil ainda são incipientes, apesar de sua importância como instrumento de gestão e planejamento para os municípios. Por conseguinte, torna-se necessário avaliar o desempenho desses estabelecimentos de saúde, considerando os determinantes sociais, e, assim, estabelecer prioridades de atendimento e organização da demanda dos serviços especializados odontológicos.

A realização deste trabalho científico possibilitou trazer conhecimentos para os acadêmicos e profissionais de Odontologia, sobre a inclusão das especialidades odontológicas dentro do SUS, como parte integrante do Programa Brasil Sorridente e avaliar o desempenho desses estabelecimentos de saúde, considerando os determinantes sociais, para o estabelecimento de prioridades de atendimento e organização da demanda dos serviços especializados odontológicos.

2 PROPOSIÇÃO

O presente trabalho de graduação foi baseado na revisão da literatura científica, exploratória, avaliando as evidências sobre as especialidades odontológicas no SUS, utilizando as bases de dados PubMed, Cochrane, Lilacs e Scielo e abrangendo os estudos publicados na última década com as palavras-chave odontologia, especialidades odontológicas, saúde pública e SUS.

Avaliar a importância e o estado atual das especialidades odontológicas no SUS para acadêmicos e profissionais de saúde em odontologia.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Maciel (2008) mostrou que a assistência ortodôntica, que de forma incipiente, já se fazia presente no SUS, foi revigorada com a criação dos CEOs pela PNSB, lançada em 2004. No entanto, as informações acerca dos dados dessa assistência ainda permaneciam desconhecidas. Surgiram então as questões: onde se localizam os centros que englobam esse tipo de atenção? Como se desenvolve a prática ortodôntica nesses locais? Quais são os problemas presentes neste processo? Neste sentido, a descoberta de respostas a essas perguntas, constituiu-se no objeto deste trabalho. A investigação da localização dos CEOs e outros centros de saúde bucal de todo o país que prestavam serviços ortodônticos; lançou um olhar sobre a Saúde Pública dos municípios que os sediam; observando o *modus operandi* dessas ações ortodônticas. Em seguida, num exercício prospectivo, discutiu os caminhos para incrementá-las tornando-as mais efetivas. Por meio das Coordenações Estaduais de Saúde Bucal (CESBs), foram localizados todos os serviços ortodônticos públicos do país; em seguida solicitou junto aos gestores e ou gerentes dos mesmos informações relativas ao que acontece em termos de programação ortodôntica intramuros. Foram detectados 42 serviços públicos de Ortodontia, presentes em 39 municípios de todo o Brasil. Os dados obtidos referentes ao atendimento ortodôntico foram analisados e mostraram problemas na ordem de recursos humanos, de financiamento, de triagem e referência além da ausência de protocolo clínico abrangente, norteador dessas ações. Apontou assim a necessidade de se discutir novas idéias acerca dessas questões pelo fato da Ortodontia definitivamente estar em pauta no SUS e, por ser experiência um tanto quanto insipiente, carece de alguns ajustes.

BRASIL (2010) mostrou que em conformidade com os princípios constitucionais que regem o SUS, a rede de serviços de atenção à saúde bucal vem se organizando de forma a possibilitar a atenção integral que se inicia pela organização do processo de trabalho na rede básica, somando-se às ações em outros níveis assistenciais, compondo o cuidado à saúde. Na busca da atenção integral, o usuário é o elemento estruturante do processo de produção da saúde. Suas necessidades e demandas devem orientar a oferta e a organização dos

serviços, inclusive as tipologias deles. Nesta lógica de organização, a produção do cuidado é vista de forma sistêmica e integrada aos demais níveis assistenciais. Assim, todos os recursos disponíveis devem ser integrados por fluxos que são direcionados de forma a contemplá-los. Estes fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. A produção do cuidado parte da rede básica ou de qualquer outro ponto do sistema para os diversos níveis de atenção. A Atenção Especializada Ambulatorial (AEA) é composta por um conjunto de ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade demande a disponibilidade de especialidades e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Nesse sentido, os CEOs são pontos de Atenção Secundária Ambulatorial (ASA) que utilizam os mecanismos de referência e contra referência, o apoio matricial e a educação permanente em saúde como instrumentos, para assegurar a integralidade do atendimento, buscando, desta forma, superar a fragmentação das ações e a descontinuidade da atenção à saúde, organizando uma rede de atenção coordenada pela AB. Os municípios devem conhecer a demanda de cada especialidade e, no caso de um CEO regional, a decisão deve se dar no âmbito da Comissão Inter gestora Regional (CIR) ou Tripartite (CIT), nas quais as demandas municipais deverão ser colocadas. E, de posse do conhecimento delas, deve-se optar pela tipologia mais adequada, a fim de contemplar as necessidades da população nos territórios com oferta adequada das especialidades, garantia dos recursos necessários e acesso regulado. Cada CEO credenciado recebe recursos do Ministério da Saúde (MS). A implantação dos CEO funciona por meio de parceria entre estados, municípios e o governo federal, isto é, o Ministério da Saúde faz o repasse de parte dos recursos enquanto estados e municípios contribuem com outra parcela (contrapartida). Atualmente, torna-se fundamental a necessidade de redimensionar a oferta de procedimentos ortodônticos nos serviços de saúde à população, por meio de um protocolo de diagnóstico e interceptação das maloclusões para Cirurgiões-Dentistas (CDs) atuantes na AB, visando ampliar a atuação deste nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), abrangendo maior número de pacientes e possibilitando maior acesso da população brasileira à ortodontia preventiva e interceptativa. Objetiva-se a aplicação clínica de atendimento ortodôntico à comunidade com efetividade e eficiência no controle do estabelecimento das maloclusões, trazendo todos os benefícios possíveis às

populações interessadas. O tratamento das maloclusões pode ser classificado como preventivo interceptativo e corretivo, dependendo de sua complexidade e seu estágio de desenvolvimento. A AB pode ser resolutiva no tratamento preventivo e interceptativo por meio da realização de diferentes abordagens, com o objetivo de diminuir a incidência e reduzir a severidade de maloclusões nas dentições decídua e mista, assim como minimizar a necessidade de tratamento ortodôntico corretivo na dentição permanente.

Vazquez (2011) mostrou que a literatura acerca da atenção secundária em saúde bucal no âmbito do SUS ainda é escassa. Houve indícios de melhoria de indicadores de processo no que se diz respeito à cobertura e utilização dos serviços de atenção secundária no SUS, todavia não se soube ao certo e, em que proporção, as ações e intervenções têm tido impacto no que diz respeito à integralidade da assistência. Este trabalho avaliou o sistema de referência e contrarreferência dos procedimentos de atenção secundária na cidade de Campinas, a distribuição das referências em saúde bucal em relação às demandas atendida e reprimida, além de aspectos da contra-referência. Tratou-se de estudo observacional exploratório, onde duas Regiões Administrativas de Saúde (RAS) foram selecionadas: Sudoeste - que possui CEO, e Norte (não possui CEO). O estudo apresentou duas fases: Fase 1 - todos os encaminhamentos para atenção secundária foram coletados por meio do agendamento de primeira consulta de todas as equipes de Saúde Bucal (23 Centros de Saúde (CS)). Nesse momento foram coletados dados populacionais, socioeconômicos e distribuição dos encaminhamentos. Na Fase 2 - foram listados todos os encaminhamentos e selecionados aleatoriamente 331 usuários para entrevistas por meio de questões abertas, realizada por telefone, onde se verificou a questão da contra referência, qualidade de atendimento e razões para faltas ou desistências. Considerou-se para esta fase do estudo uma resposta para a população geral, com amostragem probabilística para a entrevista proporcional por RAS, CS, especialidade e ano de atendimento. Verificou que a especialidade Endodontia foi a demanda mais atendida, sendo responsável por 75,0% e 35,9% dos atendimentos para as regiões Norte e Sudoeste, respectivamente. Em relação à oferta de atendimentos houve discrepâncias em relação à distribuição por especialidades por CS em ambas as RASs, o mesmo ocorrendo para os coeficientes de tratamentos especializados por grupo de 100 habitantes, variando de 0,37 a 3,68

(Norte) e 0,24 a 4,98 (Sudoeste). Duas variáveis socioeconômicas foram estatisticamente correlacionadas ($p < 0,05$) com os coeficientes de tratamentos especializados totais e de endodontia por grupo de 100 habitantes (% responsáveis com renda até 2 salários mínimos e média de número de anos estudados) somente para a região Norte. A demanda reprimida apresentou variações bastante acentuadas em ambas as RASs, variando de 0,64 a 10,25 (RAS Norte) e 0,7 a 11,65 (RAS Sudoeste). Em relação à contra referência, os resultados apontaram que a maioria dos usuários realizou os tratamentos especializados, todos consideraram que foram bem atendidos e a maioria esperou menos de 1 mês para o agendamento, enquanto que a principal justificativa apontada para falta ou abandono foi por falta de tempo, problemas particulares ou procura por dentista particular. Concluiu-se que o modelo de gestão com ou sem a instalação do CEO não influenciou estatisticamente no acesso à atenção secundária em saúde bucal quando se comparou as duas RAS da cidade de Campinas, havendo claras discrepâncias nas distribuições dos atendimentos de referência, bem como da demanda reprimida por CS. Contudo, verificou que na Região Norte, onde o agendamento passa pelo crivo do gerente de saúde, as discrepâncias são menos evidentes, havendo uma correlação dos coeficientes de demanda atendida em relação à variáveis socioeconômicas, além de menor percentual de faltas, demonstrando um maior compromisso com a integralidade e equidade.

Figueira (2012) avaliou o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas que possuem Portaria de Habilitação do Programa Brasil Sorridente localizados na Região do Cariri (Ceará, Brasil) no ano de 2010. Utilizou os dados registrados no banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), informações do sistema de informações do sistema de saúde (SIA/SUS). Após coleta, as informações foram importadas para o programa TAB para Windows (TabWin) desenvolvido pelo DATASUS com a finalidade de permitir a realização de tabulações rápidas sobre os arquivos DBF (dBase arquivo) que se constituem nos componentes básicos dos sistemas de informações do SUS. Um indicador denominado Cumprimento Global de Metas (CGM) foi usado para avaliar o desempenho dos serviços executados pelos CEOs. Para análise dos dados foi construída uma tabela com o número de procedimentos segundo a especialidade (subgrupo) para cada CEO. Calculou-se a média de procedimentos mensais

realizados pelos CEOs e a razão entre o número médio de procedimentos realizados e a meta mensal de cada unidade avaliada, de acordo com o tipo de procedimento. A avaliação da eficácia dos CEOs foi obtida através desta razão entre a média. Ainda, foram confeccionados gráficos do número de procedimentos realizados e preconizados para os centros. Dos sete CEOs estudados, medido o CGM, constatou-se que 42,85% dos CEOs obtivera, desempenho ruim, cumprindo apenas uma das quatro metas preconizadas pela Portaria 600/2006 do Ministério da Saúde. O único CEO que cumpriu a totalidade das metas, alcançando desempenho ótimo foi o do Município de Farias Brito. Em contrapartida, o CEO localizado na cidade do Crato não conseguiu executar as metas dos procedimentos de nenhuma especialidade odontológica, não alcançando pontuação alguma (desempenho péssimo). Verificou-se que na Especialidade AB todos os centros atingiram as metas exceto o CEO de Barbalha e do Crato em que 9% e 11%, respectivamente, dos procedimentos determinados não ocorreram. Já no procedimento cirurgia, ressalta-se que apenas o CEO de Farias Brito conseguiu realizar o número de atendimentos definidos para ele (1,36 vezes o número esperado). Dos que não atingiram a meta a situação mais crítica foi o CEO Missão Velha que deixou de realizar 89% (71 casos) das cirurgias. Pôde-se concluir que o desempenho dos cinco CEOs da região do Cariri no exercício de 2010 está insatisfatório quanto a produção proposta pelo MS.

Goes (2012) discorreu a respeito da avaliação da atenção secundária no âmbito da vigilância em saúde por meio de estudo descritivo, de caráter avaliativo normativo. Para análise de desempenho, utilizou dados secundários, com base na série histórica da produção de procedimentos odontológicos realizados nos CEO implantados no país e registrados pelo SIA/SUS no ano de 2007, e dados primários, pela visita *in loco* de 10% dos serviços implantados, com uso de questionários dirigidos à equipe profissional do CEO. Dentre os CEO analisados, observou que na maioria das regiões houve dificuldade no cumprimento das metas relativas à quantidade de procedimentos a serem informados no SIA/SUS. Sendo a Região Norte com menor percentual de serviços implantados. O indicador cumprimento da atenção secundária em saúde bucal foi de 64,4%. Os CEO tipo III tiveram melhores resultados para o desempenho e cumprimento das metas. Evidenciou a necessidade de revisão no marco legal para a implantação dos CEO pela readequação dos

critérios e normas, como também definições de novos padrões e cumprimento de metas para avaliação e monitoramento desses serviços.

Lino 2013 descreveu e analisou os procedimentos especializados ambulatoriais nas áreas de periodontia, endodontia e cirurgia bucal em Minas Gerais no ano de 2010 utilizando de dados secundários dos procedimentos realizados nos estabelecimentos de saúde e registrados no SAI/SUS. A análise descritiva e bivariada foi realizada, considerando $p < 0,05$. Foram executados 707.559 procedimentos em 2.547 unidades de saúde distribuídas em 693 (81%) municípios e desses procedimentos, 55% foram da área de cirurgia, 28% da periodontia e 17% da endodontia. As unidades foram predominante pública, sob administração municipal, 52,5% possuem alguma ESB, 96,9% não tinham habilitação como CEO. Mostrou que os CEO são mais eficientes que as demais unidades ($p < 0,001$), mas há importante percentual que não cumpre as metas do MS. Os municípios que possuíam CEO possuíam maior população, mais ESB, menor cobertura potencial pelas ESB e melhores índice de desenvolvimento humano (IDH). Um significativo número de procedimentos especializados foi realizado, especialmente em estabelecimentos de atenção básica. CEO são mais eficientes do que os não CEO, considerando-se a média de procedimentos realizados e as metas de produção mínima foram cumpridas por uma minoria de CEO.

Figueredo (2014) mostrou que desde 2004 com a PNSB, a assistência à saúde bucal vem recebendo substanciais investimentos para ampliação de sua capacidade em resolver as demandas da população e um dos pontos importantes desta política é a atenção secundária a ser oferecida prioritariamente pelos CEOs. A ampliação da implantação e implementação dos centros está em sintonia com a Política e a Constituição Federal de 1988 principalmente no que tange à diretriz constitucional da Integralidade. Assim descreveu e avaliou a produção de procedimentos odontológicos especializados, de 2008 a 2012, no Brasil, e sua correlação com fatores contextuais. Para isto utilizou estudo quantitativo do tipo ecológico, correlacional, com dados secundários oriundos do SIA/SUS e de outros sites públicos. Criou uma proporção que foi a de todos os procedimentos especializados dividido por todos os procedimentos odontológicos, ambos realizados no período de 2008 a 2012, relativizado por 100. Esta proporção foi testada, pelo

Teste de Spearman, para a correlação com variáveis contextuais. Encontrou em ordem decrescente, que as Regiões Norte, Sudeste e Nordeste foram as que tiveram maior proporção de procedimentos enquanto que Centro-oeste e Sul as de menor proporção. Na avaliação correlacional com os dados agregados de todo o Brasil, mostrou que a proporção não teve correlação com o IDH e Índice de GINI, não apresentou correlação com o número de especialistas e número de CEO, porém obteve-se uma correlação negativa com a Cobertura por ESF e ESB. Por conseguinte ressaltou a importância dos investimentos realizados em saúde bucal no Brasil, e especificamente nos CEO, bem como a importância de se qualificar a gestão do trabalho e dos recursos humanos dos CEO e de se mitigar as possíveis barreiras existentes entre os serviços de diferentes níveis de complexidade além de se empreender um trabalho intersetorial visando à diminuição das dificuldades sócio-econômico-geográfico-cultural enfrentadas pelos usuários do sistema.

Rios e Colussi (2014) analisaram a oferta dos serviços públicos odontológicos na atenção especializada na modalidade CEO no Brasil em 2014 analisando dados secundários da relação entre CEO e CDs por população e da adequação da quantidade de consultórios odontológicos completos para tipo de CEO; da adequação da relação entre a carga horária de auxiliares em saúde bucal/técnicos em saúde bucal e dentistas; e da adequação da oferta das especialidades mínimas preconizadas. Possíveis diferenças estatísticas entre as macrorregiões foram verificadas e encontraram relação de um CEO para cada 217.797 habitantes e de um dentista para cada 26.811 habitantes; 97% dos CEOs apresentaram a quantidade preconizada de consultórios odontológicos; 26% apresentaram a carga horária entre auxiliar/técnico e dentista equivalente; 60% ofertavam as especialidades mínimas preconizadas. Concluíram que houve limitações na oferta de serviços na atenção especializada em saúde bucal no SUS, com diferenças regionais.

O Ministério da Saúde (2015) em sua cartilha “Conheça a política que faz muitos brasileiros voltarem a sorrir” mostrou que para mudar o quadro epidemiológico apontado em 2003 pelo Pesquisa Saúde Bucal Brasil, o Ministério da Saúde lançou a PNSB. O Brasil Sorridente constitui-se de uma série de medidas que têm como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da

saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população. Sua principal meta é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do SUS e a saída encontrada foi a ampliação das equipes de Saúde Bucal (eSBs) no sistema, a criação dos centros de especialidades odontológicas, os laboratórios regionais de prótese dentária (LRPDS), a aquisição de unidades móveis odontológicas e a manutenção do processo de fluoretação das águas de abastecimento, concorrendo assim para uma maior qualidade da saúde bucal da população.

Santana et al. 2015 avaliaram o cumprimento das metas de desempenho dos CEOs de municípios da Região de Saúde de Jequié, na Bahia. Descreveram o CGM e refletiram sobre as variáveis de caracterização dos serviços e dos municípios. Foram utilizados dados secundários do SAI/SUS, do CNES, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB). O desempenho dos CEOs da Região de Saúde de Jequié/BA foi considerado ruim para todos os estabelecimentos incluídos, pois não cumpriram nenhuma meta estipulada pelo MS. Os dados sócio-demográficos e a cobertura de equipes de saúde bucal pareceram não influenciar no desempenho, embora o tempo de habilitação e as condições estruturais e de recursos humanos dos estabelecimentos pareceram estar relacionadas à melhor produção. O baixo desempenho pode estar vinculado a problemas de gestão do serviço.

Silva et al. 2015, analisaram a conjuntura nacional quanto ao perfil epidemiológico do edentulismo, rede de atenção à saúde bucal e produção de próteses no âmbito do SUS. Utilizaram dados epidemiológicos do Projeto SB Brasil 2010 e da distribuição das ESB, CEOs, LRPDs e tratamento protético no SUS. Elaboraram mapas para investigação da distribuição geográfica de variáveis do estudo e realizaram análises descritivas e correlacionais. A prevalência de perda dentária foi alta, especialmente entre mulheres, idosos e indivíduos de baixo nível de escolaridade e renda familiar, com destaque da região Norte. As necessidades de prótese foram superiores nas regiões Norte e Nordeste. Houve correlação entre o

número de CEOs e LRPDs com tamanho populacional, índice de desenvolvimento humano e número de ESB ($p < 0,001$; $0,082 \leq r \leq 0,422$). As produções laboratoriais e ambulatoriais foram superiores no Sul, Sudeste e Nordeste. Apesar dos avanços proporcionados pela PNSB, permaneceu o quadro de alta prevalência de perda dentária, necessidade de tratamento protético e desigualdades na oferta dos serviços.

Almeida et al. 2016 verificaram o acesso ao implante dentário osteointegrado no SUS. Realizaram estudo epidemiológico descritivo realizado a partir de dados secundários do DATASUS relativos à realização no SUS de implantes dentários osteointegrados, por região do Brasil, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2014. Para a análise descritiva dos dados realizaram a distribuição de frequência em relação ao gênero, raça, faixa etária, local de atendimento e o cálculo dos indicadores - número de implantes dentários osteointegrados por mil habitantes segundo região brasileira, número de implantes dentários osteointegrados por mil habitantes no Brasil e média de implantes por pacientes atendidos com necessidade de implante. Os resultados mostraram que a região Sul foi responsável pela realização de maior número de implantes dentários no país (81,75%), o número de procedimentos realizados pela região Nordeste representou apenas 0,5% do total realizado no país, as regiões Centro-Oeste e Sudeste juntas realizaram menos de 20% do total, a região Norte não realizou nenhum procedimento. O gênero feminino (63%), a raça branca (49%) e a faixa etária de 20 a 59 anos (67,8%) tiveram maior acesso ao implante dentário osteointegrado no SUS. Os CEOs foram responsáveis pela realização de 79,2% dos implantes dentários osteointegrados, e 11,5% foram realizados em hospitais. Em relação à população brasileira, o número de implantes dentários osteointegrados por mil habitantes foi 0,14. Concluíram que o acesso ao implante dentário osteointegrado no SUS representa um grande avanço em relação à integralidade da atenção à Saúde Bucal no Brasil, mas este ainda é incipiente e muito desigual entre as regiões brasileiras.

BRASIL (2016) no passo a passo da política nacional de saúde bucal mostrou que durante anos, a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde e que o acesso dos brasileiros à Saúde Bucal era extremamente difícil e

limitado, fazendo com que as pessoas se acostumassem a só procurar atendimento odontológico em casos de dor. Essa demora na procura ao atendimento aliada aos poucos serviços odontológicos oferecidos fazia com que o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão da Odontologia mutiladora e do CD com atuação apenas clínica. Para mudar esse quadro, em 2003 o MS lançou a PNSB. O Brasil Sorridente constitui-se de série de medidas que têm como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida da população. Sua principal meta é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo ações em Saúde Bucal voltadas para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do SUS. As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da atenção básica em saúde bucal (principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal (eSB) na ESF), a ampliação e qualificação da atenção especializada (especialmente com a implantação de CEOs e LRPD, e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público. Também, o Brasil Sorridente articula outras ações intraministeriais e interministeriais.

Lucena (2016) demonstrou que o planejamento nos serviços de saúde visa especificamente melhorar o estado de saúde de uma determinada população, garantindo o acesso com equidade e justiça, bem como agilizar a resposta do sistema de saúde às necessidades percebidas pela comunidade. Nesse sentido, os CEOs constituem-se na principal estratégia Brasil Sorridente para garantia da população a atenção odontológica especializada no sistema público brasileiro. O objetivo deste trabalho foi analisar os CEO segundo os relatos de planejamento e o resultado dos indicadores no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQCEO). O desenho metodológico do trabalho foi de natureza quantitativa, descritiva e analítica, onde foram analisados os dados secundários do banco da Avaliação Externa do PMAQ-CEO, relativo ao Módulo II, e a produção informada no SIA/SUS de procedimentos odontológicos especializados realizados em 930 CEO. A análise dos dados ocorreu em duas etapas: uma descritiva e outra analítica utilizando o programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS). Na fase descritiva, foram feitas as distribuições de frequência das variáveis

quantitativas e na fase analítica, primeiro, foram testadas as associações, utilizando-se o qui-quadrado (χ) de Pearson, e em seguida, diante da necessidade de se obter uma análise multivariada que permitisse o ajuste para o efeito de confundimento, as variáveis que foram estatisticamente significantes na etapa anterior foram levadas para uma análise de regressão logística. Para todas as análises, foi considerado como significativo o nível de 5%. A investigação evidenciou que a maioria dos CEO que relataram ter realizado alguma atividade de planejamento, nos últimos 12 meses, está na Região Centro-Oeste (88,7%) e Sul (82,1%), em municípios com menor cobertura de saúde bucal da estratégia Saúde da Família e com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM). Assim como, os serviços que possuem gerente, com um tempo de atuação no serviço maior do que 2 anos e que tenha uma formação complementar na área de gestão pública ou de saúde coletiva tenderam a realizar atividades de planejamento. Quanto ao desempenho para um maior alcance das metas dos CEO associaram à existência de um gerente no serviço, especialmente quando atua exclusivamente na gestão, que realiza planejamento, autoavaliação, monitoramento e análises das metas. Dessa forma, conclui-se que o planejamento deve ser entendido como uma importante ferramenta de gestão para o enfrentamento de problemas, para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e melhorar a qualidade dos serviços ofertados.

Magalhães (2017) objetivou conhecer o itinerário dos pacientes atendidos na atenção primária e encaminhados para a endodontia no CEO de Belo Horizonte, MG e o desfecho ocorrido com os dentes dos mesmos. Realizou um estudo transversal, cuja coleta de dados utilizou dois formulários: (1) sobre o tratamento endodôntico, preenchido pelos endodontistas, e (2) dados dos prontuários, sobre o tratamento restaurador, coletados pelos pesquisadores. Os resultados foram analisados por meio de frequência e percentil utilizando o programa SPSS 19.0. Foram finalizados 452 tratamentos endodônticos no período de maio a novembro de 2016. Os pacientes apresentaram em média 39 anos de idade e a maioria era do sexo feminino (69,7%) e apresentando guia de referência da atenção básica (96,2%). A maior parte dos tratamentos endodônticos realizados foi em pré-molares superiores (23,7%) seguidos de molares inferiores (22,3%), utilizando técnica mista (74,1%) e em única sessão (64,2%). O encaminhamento para o tratamento restaurador foi para o próprio CEO em 81,2% e para a Unidade Básica de Saúde

(UBS) em 18,8% dos casos, e foi finalizado em 24,1% casos. Dos 452 tratamentos endodônticos finalizados, 109 (24,1%) tiveram seu tratamento restaurador finalizado (94 no CEO, 14 na UBS e 1 em consultório particular), 123 (27,2%) encontravam-se em tratamento (118 no CEO, 2 na UBS e 3 em consultório particular), e 220 (48,7%) não apresentavam informação sobre o tratamento restaurador até o período de finalização da coleta de dados. O tratamento restaurador seguiu a tendência mostrada pela referência, onde a maioria dos tratamentos finalizados e em andamento foi ou estava sendo executado no CEO (46,9%). Foi observado que a contrarreferência após o tratamento restaurador aconteceu em 58,7% dos 109 casos finalizados. O tempo de espera mediano para o paciente iniciar o tratamento endodôntico após a referência da UBS para a atenção secundária foi de 5 meses. Quando se considerou o tempo mediano para realização do tratamento endodôntico e para o encaminhamento para o tratamento restaurador este foi de 0 dia (no mesmo dia da sessão única do tratamento endodôntico). Após o encaminhamento para o tratamento restaurador o paciente esperou uma média de 57 dias para ser atendido, e este tratamento teve média de 17 dias de duração. Concluiu ser necessário um planejamento conjunto do tratamento odontológico visando assegurar o desfecho da restauração dos dentes tratados endodonticamente e sua manutenção em função, cumprindo o princípio de integralidade.

Magalhães (2017) mostraram que a partir da PNSB, surgiram os CEOs como estratégia para melhorar os problemas de saúde bucal da população no tocante a atenção especializada. Após a sua implantação, iniciou uma preocupação em garantir um atendimento de qualidade e em avaliar estes serviços. A avaliação, mesmo pouco utilizada na saúde bucal, mostrou-se capaz de garantir uma melhor qualidade ao serviço e de colaborar no processo de decisão embasado cientificamente. Esta pesquisa avaliou a usabilidade de uma ferramenta *webbased* no planejamento, gestão e monitoramento dos CEO em Pernambuco, denominada Portal CEO, no período inicial de implantação. Este foi um estudo transversal, de caráter analítico e exploratório, cuja amostra consistiu de 38 CEO dentre o total de 53 existentes em Pernambuco, tendo como base analítica e operacional as macrorregiões de saúde. Participaram da pesquisa coordenadores de saúde bucal, gerentes e profissionais de CEO. A metodologia do estudo foi dividida em 3 (três) fases: 1) Avaliação inicial do desempenho dos CEO/PE; 2) Implantação do Portal

CEO; 3) Teste do desempenho em função da classificação da qualidade dos CEO. Os dados coletados foram analisados a partir de uma análise estatística descritiva e analítica inferencial. Os resultados da avaliação do desempenho mostraram que 32,1% dos CEO tiveram desempenho ruim, sendo que a maioria dos CEO tipo I foram considerados ótimos, mostrando que o desempenho não estava relacionado às características estruturais ou à densidade tecnológica. O melhor desempenho esteve em municípios da região Agreste, implantados a menos de 6 anos, com menor porte populacional, menor IDH e com cobertura de ESB superior a 50%. Em relação à investigação da expectativa dos participantes quanto ao uso do Portal CEO, foi possível verificar: os participantes conheciam e utilizavam a avaliação, mas não se reuniam para discutir sobre o assunto; não estavam familiarizados com o uso de ferramentas eletrônicas no ambiente de trabalho e possuíam uma boa expectativa em relação ao uso do Portal CEO. Quanto às avaliações via Portal CEO, a nota média em Pernambuco foi de 7,0 (olhar do gerente). Os resultados apontaram para uma boa avaliação dos componentes gestão e gerência, estrutura e avaliação e monitoramento, porém indicou problemas relacionados à gestão de pessoas aos critérios organizacionais e no controle social e de financiamento. Os profissionais avaliaram os CEO mais positivamente, com nota média geral 7,833, indicando boa estrutura e condições de trabalho e resultado insatisfatório para o componente processo. A análise entre o desempenho e a classificação no Portal CEO mostrou que o desempenho não exercia influência na classificação geral e por componente de qualidade, mas comprovou que o nó crítico dos serviços estava nos componentes gestão de pessoas, critérios organizacionais e controle social e financiamento, independente do desempenho apresentado. Todas as análises indicaram que os maiores obstáculos enfrentados pelos serviços referiam-se a questões de processo de trabalho e problemas de financiamento. O Portal CEO apresentou-se como uma ferramenta que pode auxiliar estes serviços, induzindo a mudanças em nível local e na melhoria dos componentes de qualidade.

Moscoso-Matus & Cornejo-Ovalle (2017) mostraram que no Chile, desde 2005, a Lei AUGE estabeleceu os direitos dos beneficiários dos sistemas público e privado de saúde com quatro garantias explícitas de saúde denominadas (GES), entre elas a garantia de qualidade como procedimento preliminar, obrigatório, com o objetivo de evitar a instauração de casos de imperícia médica. Esse procedimento

envolve duas instâncias de mediação, dependendo de prestadores públicos ou privados. Realizaram estudo transversal descritivo sobre mediatos desde a implantação desse procedimento (2005) até 2014, por meio de benefícios odontológicos concedidos por prestadores públicos e privados. Durante o período de estudo, foram realizadas 519 mediações na área odontológica. A maioria (60,4%) de queixas no contexto público são de mulheres. Especialidades ou outros serviços odontológicos comprometidos com dados disponíveis apenas para mediações privadas, foi a endodontia (25%), implantologia (16%) e próteses (15%). 58% dos intermediários privados e apenas 34% dos mediatos públicos acabam com total concordância entre as partes, com dificuldades de comparação dos dois sistemas devido à grande variação na coleta de dados. Entre as médias públicas, ocorreu alto percentual de reclamantes (70%) apenas solicitar explicações/desculpas e/ou benefícios de saúde e não fazem solicitação de compensação econômica. Os reclamantes são em sua maioria mulheres, as especialidades odontológicas mais comprometidas são endodontia, implantes e próteses, e a maioria dos pacientes pede apenas desculpas/explicações sobre os fatos e forneceu cuidados odontológicos. As mediações públicas e privadas não são totalmente comparáveis, uma vez que as fontes de dados são diferentes e contêm informações parciais, portanto não é possível concluir sobre suas diferenças.

Chaves et al. (2018) analisaram a implementação da PNSB no Brasil entre 2015 e 2017 em quatro componentes: ações institucionais, implantação, financiamento e resultados. Foram realizados acompanhamento dos sites do MS e coleta de dados secundários sobre ações institucionais do MS, implantação dos serviços de AB e Atenção Especializada, resultados alcançados (cobertura da primeira consulta odontológica, média de ação coletiva de escovação supervisionada e tratamentos especializados) e financiamento. Entre 2015 e 2017, houve aumento de 5,8% no número de ESB e de 6,4% no número de CEOs. A cobertura de primeira consulta odontológica programática decresceu no período de 14,6% em 2015, para 10,5% em 2016 e 8,3% em 2017. Houve redução discreta do financiamento federal no ano de 2017, quando comparado a 2016. Verificou-se, em 2016, um cenário político restritivo para a saúde bucal na menor implantação de novos serviços, com mudanças sucessivas na coordenação nacional da política. É necessário aprofundar o estudo sobre o financiamento da política, visto que o aporte

financeiro de 2016-2017 não está coerente com o pouco avanço na implantação e tendência de manutenção de resultados, com queda de indicadores específicos, como o de primeira consulta odontológica programática.

Gavina et al. 2018, afirmaram que os CEOs foram criados dentro do contexto da PNSB e a principal função desses estabelecimentos é servir como unidades de referência em atenção secundária à saúde bucal no SUS, devendo oferecer pelo menos os serviços de estomatologia, periodontia especializada, cirurgia oral menor, endodontia e atendimento a pacientes com necessidades especiais. Avaliaram a qualidade dos CEOs da região serrana do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, por meio da satisfação dos pacientes com necessidades especiais ou de seus acompanhantes. Os dados foram coletados de 159 usuários utilizando um questionário semiestruturado individual auto aplicado padronizado e os resultados indicaram uma avaliação positiva na maioria das dimensões, exceto na acessibilidade. Diferenças significativas ($p < 0.05$) foram observadas entre os serviços nas seguintes dimensões de qualidade: acessibilidade, resolutividade, qualidade técnico-científica, eficiência, eficácia e aceitabilidade. A análise dos dados qualitativos, por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e das representações sociais, apresentou cinco ideias centrais sobre a satisfação e insatisfação dos usuários com os serviços dos CEOs (cuidado humanizado, resolutividade do serviço, competência profissional, infraestrutura e organização do serviço, acesso aos serviços). Concluíram que a maioria dos pacientes com necessidades especiais e seus acompanhantes estavam satisfeitos com os serviços dos CEOs, embora houvesse diferenças significativas entre os serviços dos CEOs em relação à satisfação dos indivíduos.

Gonsalves et al. 2018 mostraram que os CEOs possuem papel importante na redução das iniquidades de acesso aos serviços odontológicos especializados devendo serem avaliados em prol da melhoria contínua do seu desempenho. Assim avaliaram o cumprimento das metas de desempenho dos CEO da 2ª Regional de Saúde do Paraná procedendo a avaliação por meio do indicador de cumprimento global de metas e indicadores socioeconômicos. Para tal, usaram dados secundários de 2014 do SIA/SUS, do CNES e do IBGE. Apontaram que em 2014, apenas o CEO do município de Colombo apresentou desempenho ruim

(cumprimento de nenhuma meta), estabelecendo divergência ao desempenho ótimo (cumprimento das três metas) obtido pelos demais municípios. Concluíram que desempenho dos CEO sofreu influência das características contextuais atinentes à região em que estão inseridos. Portanto, observaram a necessidade de repensar os métodos de avaliação desses estabelecimentos por meio da construção de instrumentos de avaliação que ponderem a singularidade de cada região.

Martins (2018) mostrou que os CEOs são a linha de ação de maior visibilidade do PNSB, instituído em 2004, servindo como unidade de referência de procedimentos especializados para as equipes de saúde bucal da atenção básica. Assim, em um contexto de escassez de recursos públicos, a avaliação de eficiência de serviços de saúde tornou-se importante para a produção de bons resultados. A presente pesquisa tratou de um estudo descritivo, transversal de natureza quantitativa com uso de dados secundários do SIA-SUS e CNES e tem como objetivo principal analisar o nível de eficiência dos CEO do Estado de Pernambuco mediante a metodologia de Análise Envoltória de Dados (DEA), do ano de 2014 a 2016. Ao utilizar o modelo de escala de retornos variáveis observou-se que 17,39% dos CEO mostraram-se eficientes quando a análise da eficiência considerava como variáveis apenas as especialidades de endodontia, periodontia e cirurgia oral. Nesta análise 33,33% dos CEO conseguiram trabalhar com mais de 75% da eficiência máxima e 28,98% com menos e 30% da eficiência. Ao considerar as três especialidades anteriores, pacientes especiais e clínico geral, a eficiência dos CEO aumentou para 46,37%. Nesse sentido observou que o CEO se fez eficiente ao nível de maximização quando se considerou a produção de procedimentos básicos, realizado por cirurgião dentista especialista em pacientes especiais e clínicos gerais. A maioria dos CEO não cumpriu as metas preconizadas pelo MS, mas produziram grande quantidade de procedimentos básicos que não são competência da atenção secundária. Por meio desse estudo, pode-se inferir que a presença de clínico geral nas unidades pode levar a uma diminuição do tempo de trabalho de outras especialidades, já que o gestor pode estar dando preferência em contratar clínico geral no lugar de especialistas, levando assim, os CEO a apresentarem ineficiência no fornecimento de atendimento de média complexidade à população.

Martin et al. 2018 partindo da premissa de que os CEOs são estabelecimentos de saúde de âmbito especializado e que devem realizar uma quantidade mínima de procedimentos, descreveram a produção odontológica especializada e reportaram o cumprimento das metas nas capitais brasileiras com CEOs. Conduziram um estudo do tipo longitudinal retrospectivo, realizando uma busca por CEOs cadastrados no CNES. A produção odontológica foi pesquisada no SIASUS, de maio de 2015 a abril de 2016. Os resultados encontrados e considerados elegíveis para o presente estudo foram 59 CEOs localizados em 19 capitais brasileiras e no Distrito Federal, sendo 48% CEOs tipo II. Cerca de 730 mil procedimentos especializados foram realizados durante nos 12 meses avaliados. Uma taxa de 86% das metas foi cumprida, sendo que cirurgia foi a área com maior cumprimento (92%), seguida de periodontia (89%) e endodontia (76%). Uma das capitais apresentou apenas 33% das metas cumpridas. Três capitais não atingiram nenhuma das metas estabelecidas em procedimentos de endodontia. Assim observaram uma grande variação no cumprimento das metas entre as capitais com CEOs enquanto algumas capitais apresentaram elevado cumprimento das metas, outras exibiram dados preocupantes, principalmente nos procedimentos de endodontia.

Cayerano et al. 2019, definiram que no SUS a atenção básica é ordenadora do cuidado em saúde e representa o eixo estruturante do sistema. Em 2004, quando o PNSB foi criado, o governo federal assumiu um importante papel de indução do crescimento da oferta de serviços de saúde bucal nos municípios e estados, criando linhas de financiamento específicos para criação de novas equipes de saúde bucal, para construção e implantação de centros de atenção secundária CEOs e terciária dentre outras ações, que fizeram do PNSB uma rede de atenção à saúde e uma das maiores políticas públicas de saúde bucal do mundo. Compartilharam parte dessa experiência a fim de promover reflexão em torno da inserção da saúde bucal nos sistemas de saúde ao redor do mundo, com especial interesse nos países da América Latina. Foi realizado um estudo de caso do Brasil e as informações apresentadas nesse estudo foram coletas por meio de relatórios governamentais, base de dados secundários, artigos publicados e informantes chave. Mostraram que a experiência do Brasil vem sendo motivadora mostrando que, além de necessário é possível inserir a saúde bucal nos sistemas de saúde universais. Porém, após 14

anos e com a instabilidade política atual do país, o futuro do PNSB dependerá do compromisso dos formuladores de políticas, a continuidade do engajamento dos diferentes atores envolvidos, objetivos claros e estratégias transparentes e fundamentadas em evidências científicas para alcançá-los.

Correia & Pessoa (2019) evidenciaram que a PNSB foi elaborada tendo como um dos objetivos a ampliação e qualificação da atenção especializada com a criação dos CEOs. Para isso, ações de monitoramento de produção se fazem necessárias na busca de uma maior efetividade das ações produzidas. Avaliaram o desempenho dos dois CEO instalados nos municípios pólos de atenção à saúde na região Seridó Potiguar, a partir do cumprimento das metas de procedimentos clínicos especializados propostas pela Portaria GM Nº 1.464/2011. O estudo foi do tipo quantitativo, descritivo e exploratório. Para a análise de desempenho dos serviços odontológicos especializados, foi calculado o índice CGM para os procedimentos em endodontia, periodontia e cirurgia oral menor, extraídos do SIA/SUS. O CEO de Parelhas conseguiu atingir as metas em Periodontia nos anos de 2013, 2015 e 2016, apresentando desempenho regular nesses anos e desempenho ruim nos demais. O CEO de Currais Novos atingiu apenas a meta de Periodontia em 2012, caracterizando um desempenho regular nesse ano e demonstrando nos outros anos desempenho ruim. Os municípios pesquisados apresentaram desempenho insatisfatório no período avaliado, variando de ruim à regular, onde possivelmente, fatores como cobertura populacional de equipes de saúde bucal na atenção básica e falhas na referência e contra referência para a atenção secundária apontaram uma desorganização dos serviços nos diferentes níveis de atenção, causando a falta da integralidade do cuidado.

4 DISCUSSÃO

A priorização da Saúde Bucal na gestão do Ministério da Saúde materializou-se no programa “BRASIL SORRIDENTE”, que possibilitou a ampliação do acesso aos serviços de Atenção Básica em Saúde Bucal, principalmente por meio das equipes de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família, e de Atenção Especializada em Saúde Bucal, especialmente através da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), buscando a efetivação dos princípios doutrinários do SUS, em especial a integralidade na atenção à saúde (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2008b; BRASIL, 2010; Vazquez, 2011; Figueredo, 2014; Ministério da Saúde, 2015; BRASIL, 2016; Lucena (2016); Gonsalves et al. 2018; Martins, 2018; Correia & Pessoa, 2019).

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são a linha de ação de maior visibilidade do Programa Brasil Sorridente, instituído em 2004, servindo como unidade de referência de procedimentos especializados para as equipes de saúde bucal da atenção básica. Dessa forma, o planejamento deve ser entendido como uma importante ferramenta de gestão para o enfrentamento dos problemas, para a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde e melhorar a qualidade dos serviços ofertados (BRASIL, 2010; Ministério da Saúde, 2015; BRASIL, 2016; Lucena, 2016; Correia & Pessoa, 2019).

No presente estudo, foi possível observar a necessidade da revisão no marco legal para a implantação dos CEO pela readequação dos critérios e normas, como também definições de novos padrões e cumprimento de metas, importantes para avaliação e monitoramento dos serviços (Goes, 2012).

Quanto ao desempenho dos CEOs observamos uma variação entre ruim e regular, conforme apontado nos trabalhos de MACIEL, 2008, mostrando a necessidade de se discutir novas ideias para a Ortodontia, principalmente acerca das questões referentes a problemas da ordem de recursos humanos, de financiamento, de triagem e referência além da necessidade de protocolos clínicos abrangentes, norteadores dessas ações pelo fato da Ortodontia estar definitivamente em pauta no SUS e, por ser experiência um tanto quanto insipiente, carece de alguns ajustes. Também tal resultado foi observado no trabalho de Figueira (2012), onde analisou sete CEOs no Estado do Ceará constatando que 42,85% deles obtiveram, desempenho ruim, cumprindo apenas uma das quatro

metas preconizadas pela Portaria 600/2006 do Ministério da Saúde. Santana et al. (2015) mostrou também o não cumprimento das metas de desempenho dos CEOs de municípios da Região de Saúde de Jequié, na Bahia. Descreveram o CGM e refletiram sobre as variáveis de caracterização dos serviços e dos municípios. Apontaram que o baixo desempenho pode estar vinculado a problemas de gestão do serviço. Martin et al. 2018, partindo da premissa de que os CEOs são estabelecimentos de saúde de âmbito especializado e que devem realizar uma quantidade mínima de procedimentos, descreveram a produção odontológica especializada e reportaram o cumprimento das metas nas capitais brasileiras com CEOs, porém observaram uma grande variação no cumprimento das metas entre as capitais com CEOs enquanto algumas capitais apresentaram elevado cumprimento das metas, outras exibiram dados preocupantes, principalmente nos procedimentos de endodontia. Correia & Pessoa (2019) avaliaram dois CEOs na região do rio Grande do Norte e da Paraíba e apresentaram desempenho insatisfatório variando de ruim a regular.

Outro aspecto considerável para justificar o baixo desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas, é a questão da referência e contra referência que devem ocorrer de forma efetiva, para que a abordagem do tratamento seja integral e não haja barreiras entre os níveis de atenção. Assim será necessário discutir alguns desafios enfrentados pela atenção secundária em saúde bucal, tais como: a demanda reprimida, a falta de estrutura e materiais, recursos humanos insuficientes e a desorganização do trabalho que refletem no prolongamento do tempo de espera para o atendimento odontológico especializado (Maciel, 2008; Vazquez, 2011; Figueiredo, 2014; Rios & Colussi, 2014; Lucena, 2016; Correia & Pessoa, 2019). Tais situações, quando superados, estão diretamente relacionados com a satisfação do paciente, com a efetivação e conclusão do seu tratamento, pois podem evitar que um nível de atenção sirva de escape para o outro, ainda que seja sobrecarregado por demandas que não lhes competem (Lucena, 2016; Moscoso-Matus & Cornejo-Ovalle, 2017; Gavina et al. 2018; Martins, 2018).

Figueiredo (2014) observou uma relação diretamente proporcional entre o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas e os indicadores socioeconômicos. Esse achado pode caracterizar a relação entre o desempenho dos CEO e os índices socioeconômicos através da desigualdade e dificuldade de acesso.

Outro ponto também considerável para justificar o baixo desempenho do CEO está relacionado com a gestão (Santana et al. 2015; Cayerana et al. 2019). Isso mostra com certeza que o desempenho do CEO é influenciado por formas de organização e gestão dos processos de trabalho e também por características contextuais dos locais onde estão implantados (Maciel, 2008) Ponto esse já abordado por Goes 2012 onde evidenciava a necessidade de revisão no marco legal para a implantação dos CEO pela readequação dos critérios e normas, como também definições de novos padrões e cumprimento de metas para avaliação e monitoramento desses serviços.

A oferta de serviços entendendo a sua desigualdade entre as regiões brasileiras, para o atendimento da integralidade das ações e serviços em saúde bucal, também foi analisada e Almeida (2016), mostrou que o acesso ao implante dentário osteointegrado no SUS representa com certeza um grande avanço em relação a integralidade da atenção, mas ainda é incipiente e muito desigual entre as regiões brasileiras. Magalhães (2017) mostrou também dificuldades, na região de Belo Horizonte – MG, para o cumprimento da integralidade na especialidade de endodontia. Já Gavina et al., 2018, mostrou diferenças significativas entre os serviços dos CEOs na região serrana do Rio de Janeiro, quando analisava o atendimento a pacientes com necessidades especiais. Goncalves et al. 2018, apontou também, na região do Paraná, que o cumprimento das metas de desempenho dos CEOs sofre influência das características contextuais atinentes a região onde são inseridos. Martins et al., 2018 observou também grandes variações no cumprimento das metas entre as capitais com CEOs, mostrando que muitas regiões exibiram dados preocupantes em relação a endodontia. Para Rios & Colussi (2014); Correia & Pessoa (2019) existem falhas e desorganização dos serviços nos diferentes níveis de atenção causando a falta de integralidade pela limitação nas ofertas de serviços na atenção especializada em saúde bucal no SUS, com muitas diferenças regionais, associado a uma escassez de recursos públicos (Martins, 2018).

Rios & Colussi (2018) avaliaram os CEOs por localização geográfica e porte populacional dos municípios do Brasil em 2014 e observaram que a análise detalhada das classificações das dimensões dos CEO por macrorregião e por porte populacional dos municípios permitiu verificar que, na dimensão estrutural, 86,2% dos CEO da macrorregião Sul obteve conceito bom, enquanto na macrorregião

Norte, 69,5%. Na dimensão organizacional, 43,5% dos CEO da macrorregião Centro-Oeste obteve conceito bom, porém, na macrorregião Nordeste, apenas 29,3%. Na produção, 22,5% dos CEO da macrorregião Centro-Oeste foi classificado como bom; e apenas 3,9% dos CEO da macrorregião Nordeste. A maior parte dos CEO (60,5%) está implantada em municípios mais populosos – acima de 50.001 habitantes. Observou-se que as regiões Norte e Nordeste apresentaram os piores percentuais, com 17,0% e 14,4% dos CEO com conceito ruim. A macrorregião Centro-Oeste obteve o maior percentual de CEO com conceito bom (40,3%). Quando analisados os resultados por UF, Roraima-RR destaca-se negativamente, pois o único CEO do estado foi classificado como ruim. Por outro lado, Amapá (AP) e Mato Grosso do Sul (MS) obtiveram mais de 50% dos CEO com conceito bom. O restante das UF obteve a maior parte dos CEO com conceito regular. Os municípios com porte populacional de 10.001 a 25.000 habitantes foram os que tiveram pior desempenho na avaliação, com maior percentual de CEO ruins e menores percentuais de CEO bons.

Mesmo com toda essa dificuldade de gestão financeira/administrativa/humana e social e instabilidade política que observamos na nossa discussão, Caverano et al., 2019 mostraram que a experiência no Brasil vem sendo motivadora e que é necessário e possível inserir a saúde bucal nos sistemas de saúde universais e que o futuro dos CEOs e suas especialidades odontológicas dependerá do compromisso dos formuladores de políticas, da continuidade do engajamento dos diferentes atores envolvidos, com objetivos claros, estratégias transparentes e fundamentos em evidências científicas, possibilitando assim atender os princípios e diretrizes do SUS na sua totalidade e a humanização dos serviços possa contemplar todas as esferas para maior satisfação de todos os envolvidos nas ações e resolubilidade dos serviços.

Assim repensar os métodos de avaliação e de gestão organizativa, por meio de instrumentos que ponderem a singularidade de cada região torna-se fundamental para o sucesso dos CEOs em todo o país.

5 CONCLUSÕES

Após análise da revisão da literatura e da discussão chegamos as seguintes conclusões:

- 1- A avaliação mostrou o descumprimento de diversos indicadores normativos, especialmente os relacionados com o cumprimento das metas clínicas ambulatoriais, demonstrando que os CEO não estão atendendo plenamente às normas preconizadas.
- 2- Faz-se necessário a revisão das metas clínicas ambulatoriais nas especialidades ofertadas pelos CEO, considerando as particularidades de cada região, a demanda existente, o perfil epidemiológico, as reais necessidades de tratamento da população em cada local, assim como questões relativas aos recursos estruturais dos CEO, a força de trabalho de cirurgiões-dentistas e de outros profissionais existente em cada região do País.
- 3- Mesmo com toda essa dificuldade de gestão financeiro-administrativa/administrativa/humana e social e instabilidade política que observamos a experiência no Brasil vem sendo motivadora, o sistema consegue desenvolver, de maneira desordenada, ações e serviços especializados em todo o país.
- 4- Os levantamentos epidemiológicos de 2020 irão mostrar a realidade atualizada do oferecimento das especialidades em todo o país, sendo ponto fundamental para análise de desempenho para possibilitar a realização de novas pesquisas mostrando a efetividade dos CEOs em todo país e promovendo sua atualização por regiões.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília.

BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008a. Cria os núcleos de apoio à saúde da família-NASF. Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de especialidades em saúde bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008b. 128 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 718/SAS/MS, de 20 de dezembro de 2010, republicada em 31 de dezembro de 2010. Retificação na Portaria nº 718 SAS/MS, de 20 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial nº 251, de 31 de dezembro de 2010, seção 1, p. 100 - 13.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 599. Define a implantação de especialidades odontológicas (CEOs) e de laboratórios regionais de próteses dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União de 23 de março de 2006.

MACIEL, SM Presença da ortodontia no SUS: a experiência de CEOs e de outros serviços públicos de saúde bucal. 2008. 213f. Tese (Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro.

VAZQUEZ, FL Referência e contra referência na atenção secundária em odontologia na cidade de Campinas, SP, Brazil. 2011. 67 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, SP.

Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/290233>.

Acesso em: 17 maio 2020.

FILGUEIRA ACC. Avaliação de desempenho da política pública dos centros de especialidades odontológicas na região do Cariri-CE. 2012. 62 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Economia do setor público) - Programa de Pós Graduação em Economia. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/6245>.
Acesso em: 20 maio 2020.

GOES PSA; FIGUEIREDO N ; NEVES JC ; SILVEIRA FMM; COSTA JFR ; PUCCA JÚNIOR GA ; ROSALES MS Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. Cad. Saúde Pública, 2012;28.
Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300009>.
Acesso em: 23 maio 2020.

LINO PA Análise da atenção secundária em odontologia no Estado de Minas Gerais. 2013. f. (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.
Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/ODON-9KJPKU>.
Acesso em: 25 maio 2020.

FERNANDES, ESP Avaliação de Procedimentos Especializados, em Saúde Bucal, realizados no Brasil, no período de 2008 a 2012. 2014. XXf. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Pernambuco.
Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/12953>.
Acesso: 23 maio 2020.

RIOS, LRF; COLUSSI, CF. Análise da oferta de serviços na atenção especializada em saúde bucal no sistema único de saúde, Brasil. Epidemiol Serv Saúde, 2014;28(1).

SANTANA, AD; SOUZA, LPS; CARVALHO, FS; CARVALHO, CAP. Desempenho dos centros de especialidades odontológicas de uma região de saúde da Bahia. Cad. Saúde Colet, 2015; 23(3).

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400030122>.

Acesso: 25 maio 2020.

SANTOS, LX Avaliação inicial do uso de uma ferramenta webased para o planejamento, gestão e monitoramento dos centros de especialidades odontológicas (CEO) em Pernambuco. 2015. XXf. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/26579->

Acesso em: 24 maio 2020.

SILVA, ET; OLIVEIRA, RT; LELES, CR O edentulismo no Brasil: epidemiologia, rede assistencial e produção de próteses pelo sistema único de saúde. Tempus Actas de Saúde Coletiva. (Online) Editor. Universidade de Brasília, 2015;9(3): 121-134.

ALMEIDA, AMR; GURGEL, GSCA; CAMPOS, CG; GUIMARÃES, EAA Acesso ao implante dentário osteointegrado no sistema único de saúde (SUS): descrição do panorama. Arq. Odontol, 2016; 52(3):145-153.

BRASIL. Passo a passo das ações da política nacional de saúde bucal. Brasília. DF. 2016.

LUCENA, EHG Centros de especialidades odontológicas (CEO): análise a partir dos relatos de planejamento e resultados dos indicadores no programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ-CEO). 2016. 153 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília.

Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/22541>.

Acesso em: 23 maio 2020.

MAGALHÃES, MBP Referência e contra referência na especialidade de endodontia em um centro de especialidade odontológicas. 2017. 73 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-ATXK6W>.

Acesso em: 20 maio 2020.

MOSCOSO-MATUS K; CORNEJO-OVALLE M Mediation in dentistry and explicit healthcare guarantees in Chile 2005-2014: differences between the private and the public areas. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral, 2017;10 (1): 49-53.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072017000100049>.

Acesso em: 21 maio 2020

CHAVES, SCL; ALMEIDA, AMFL., REIS, CS; ROSSI, TRA; BARROS, SG
Política de saúde bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. Saúde debate [online], 2018; 42(2):76-91.

GAVINA, VP; ALVES, NS; ALVES, FR; CORTELLAZZI, KL; SILVEIRA, FM;
ASSAF, AV. Oral health for patients with special needs: evaluative research of the dental specialties centers. Port J Public Health, 2018; 36(81).

Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000493886>.

Acesso em: 25 maio 2020.

GONÇALVES, JRSN; DITTERICH, RG; GONÇALVES, RN; GAVINA, VP; SILVA, ROC; GRAZIANI, GF; KUSMA, SZ Desempenho dos centros de especialidades odontológicas da 2ª regional de saúde do Paraná. Cad. Saúde Colet, 2018; 26(4):432-438.

MARTIN, 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, 2018; 23(2):161-7.

MARTINS, KFS. Análise da eficiência dos Centros de Especialidades Odontológicas do Estado de Pernambuco. 2018. XXf. Dissertação (Mestrado Gestão e Economia da Saúde). Universidade Federal de Pernambuco.

Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/31655>.

Acesso em: 21 maio 2020.

CAYETANO, MH; CAMPOS DE ALMEIDA CARRER, F; MARIANA, G; CARNEIRO, FM; PUCCA JUNIOR, GA. Política nacional de saúde bucal brasileira (Brasil Sorridente): Um resgate da história, aprendizados e futuro. Univ. Odontol, 2019; 38(80):1-23.

CORREIA, TRGS; PESSOA, DM V. Avaliação do desempenho dos centros de especialidades odontológicas do Seridó Potiguar no período de 2012 a 2017. Rev. Ciênc. Plur, 2019; 5(3): 54-71.

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desta obra, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Leonardo Alvarenga Guimarães Peloggia

Vinicius de Godoy Bosso

Taubaté/ novembro/ 2020.