

Avaliação do desempenho dos centros de especialidades odontológicas do estado de Pernambuco

Evaluation of the performance of dental specialty centers in the state of Pernambuco

Aline Thais Monteiro¹, Carla Letícia Tavares Camelo², Gilda Mendes de Omena Neta³, José Eudes de Lorena Sobrinho⁴, Eduardo Henriques de Melo⁵

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi avaliar o cumprimento das metas dos Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco no ano de 2015, classificando-os de acordo com os tipos de estabelecimentos e especialidades ofertadas. Tratou-se de um estudo avaliativo retrospectivo que utilizou dados secundários referentes ao ano de 2015 provenientes do Sistema de Informação Ambulatorial da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Foram avaliados 23 CEO, sendo 11 deles classificados como ótimo/bom/regular, e 12 como ruim/péssimo.

Palavras-chave: Avaliação de Serviços de Saúde; Serviços de Saúde Bucal; Especialidades Odontológicas; Saúde Bucal

ABSTRACT

The objective of the research was to evaluate the achievement of the goals of the Dental Specialties Centers in Pernambuco in the year 2015, classifying them according to the types of establishments and specialties offered. It was a retrospective evaluative study that used secondary data referring to the year 2015 from the Outpatient Information System of the State Health Department of Pernambuco. Twenty-three CEOs were evaluated, 11 of them classified as optimal / good / regular, and 12 as bad.

¹Aluna do curso de graduação em Odontologia da ASCES/UNITA, monteiro.alinethais@gmail.com, Rua José Carlos Dubeux, 802, Bairro Centro, Bonito – PE, (81)99921-6437.

²Aluna do curso de graduação em Odontologia da ASCES/UNITA, carlaleticia.94@hotmail.com, Rua Arlindo Porto, 220, Bairro Maurício de Nassau, Caruaru – PE, (81)99837-2226.

³Aluna do curso de graduação em Odontologia da ASCES/UNITA, gildaomena_14@hotmail.com, Rua São João da Mata, 29, Bairro Nova Caruaru, Caruaru – PE, (81)99535-9148.

⁴Doutor em Saúde Pública pela Ageu Magalhães, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco, Especialista em Educação na Saúde pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, Professor no curso de Odontologia do Centro Universitário Tabosa de Almeida e da Universidade de Pernambuco, josesobrinho@asc.es.edu.br, Rua Dr. Aluizio José de Lorena Junior, 182, Bairro Lagoa Redonda, Vitória de Santo Antão – PE, (81)99698-4787.

⁵Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade de Pernambuco, Mestre em Ensino das Ciências pela Universidade Federal Rural de Pernambuco, Especialista em Odontologia para Pacientes Portadores de Necessidades Especiais, eduardomelo@asc.es.com.br, Rua Francisco Gueiros, 564, Bairro Heliópolis, Garanhuns – PE, (81)99614-1299.

Key-words: Evaluation of Health Services; Oral Health Services; Dental Specialties; Oral Health

INTRODUÇÃO

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal do Brasil realizada em 2003 evidenciou o precário acesso à assistência odontológica por uma parte significativa da população brasileira e a alta prevalência da perda dentária precoce. Tal deficiência vem de uma política pré-SUS (Sistema Único de Saúde), onde as ações de assistência em saúde bucal eram voltadas apenas para crianças, deixando a população adulta e idosa restrita a modelos assistenciais mutiladores. Para a mudança desse quadro, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), Brasil Sorridente, com a finalidade de garantir serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde da população brasileira e seu objetivo é qualificar as ações desse serviço garantindo que os cidadãos de todas as idades tenham acesso livre através do SUS (BRASIL, 2011).

De acordo com o sanitarista Gilberto Pucca Jr., Coordenador Nacional de Saúde Bucal, a assistência odontológica pública brasileira estava sendo prioritariamente desenvolvida para crianças e incluía procedimentos simples, tais como: exodontias, dentística restauradora, pequenas cirurgias e aplicações de flúor; e apenas 3,3% dos procedimentos realizados eram considerados especializados. E observou-se que, na população adulta, o quadro geral era lastimável, menos de 22% da população adulta apresentava boas condições gengivais, sendo que esta porcentagem, em idosos, diminuía para 10%. Além disso, 30 milhões de brasileiros estavam edêntulos e 28 milhões nunca tinham ido ao dentista (SCARPARO, 2015).

Os CEO (Centro de Especialidades Odontológicas), representam uma conquista social do direito universal à saúde. Direito este advindo de reivindicações provenientes do movimento da Reforma Sanitária nos anos 70, das Conferências Nacionais de Saúde Bucal (CNSB), iniciadas em 19868, e de eventos mais recentes em nossa história. Tais eventos são a divulgação do documento “Fome Zero e Boca Cheia de Dentes” e a conclusão do levantamento epidemiológico SB Brasil 2003 (MACHADO, 2015).

A partir disto, aconteceu a ampliação do conceito de atenção básica e consequentemente houve a necessidade de abrir um leque de especialidades que se estenderiam além da atenção primária à saúde. Para tanto, foi criado o serviço de Atenção Especializada em Saúde Bucal com o CEO. Os CEO são estabelecimentos da atenção secundária de saúde, que se constituem como uma frente de atuação do Brasil Sorridente. Os

profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento aos usuários do serviço, e a partir disso os casos mais complexos são encaminhados para esses centros de especialidades (MAGALHÃES,2012).

De acordo com a sua fórmula físico-estrutural, os CEO podem ser de três tipos: tipo I, contendo 3 equipes odontológicas; tipo II, contendo 4 a 6 equipes; e tipo III mais de 7 equipes. Funcionando 40 horas por semana, e com quantidade de profissionais (cirurgiões-dentistas, auxiliares e/ou técnicos de saúde bucal) variando dependendo do tipo de CEO, também possuem especialidades obrigatórias como: 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 a portadores de necessidades especiais. Para implantação do CEO foi criada a portaria nº 1.341 em 13 de junho de 2012, que define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos CEO. Esses valores variam de acordo com cada tipo de CEO, sendo 60.000,00 (sessenta mil reais) para cada CEO Tipo 1; 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) para cada CEO Tipo 2; e 120.000,00 (cento e vinte mil reais) para cada CEO Tipo 3. (BRASIL, 2011)

Nessa mesma portaria, o artigo 2º define o incentivo financeiro do custeio mensal dos CEO, onde afirma-se que esse incentivo só irá ser repassado para os municípios, estados e Distrito Federal se houver o efetivo funcionamento desse serviço. Os valores dos incentivos também se dão de acordo com o tipo de CEO, onde 8.250,00 (oito mil duzentos e cinquenta reais) para cada CEO Tipo I, 11.000,00 (onze mil reais) para cada CEO Tipo II, e 19.250,00 (dezenove mil duzentos e cinquenta reais) para cada CEO Tipo III. (BRASIL, 2011).

Para o efetivo funcionamento dos CEO devem ser realizados procedimentos mínimos mensais para cada tipo de CEO. Cada procedimento tem um código e deve ser realizado no mínimo 50% dos procedimentos referente a cada código em procedimentos restauradores. Já em endodontia é obrigatório que seja realizado no mínimo 20%. O CEO tem uma meta de produção mínima mensal para ser alcançada, de acordo com a especialidade e o tipo de estabelecimento, que foi definida pela Portaria 1.464/GM, de 24 de junho de 2011. Caso a produção mínima mensal não atinja a meta por dois ou três meses consecutivos, no período de um ano, será suspenso toda a transferência do incentivo mensal do CEO, e só será reestabelecida após a regularização dessa produção (BRASIL, 2011).

Esse monitoramento de produção se dá através de uma análise da produção mensal apresentada pelo CEO através de relatórios que são enviados aos Sistemas de Informação Ambulatorial (SIA) do SUS (BRASIL, 2011).

Diante do exposto, o objetivo desse trabalho foi avaliar o desempenho dos Centros de

Especialidades Odontológicas do estado de Pernambuco, visto que as avaliações disponíveis na literatura são anteriores a 2006.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo analítico descritivo com recorte temporal retrospectivo que utilizou dados secundários referentes ao ano de 2015 provenientes do SIA da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, de acesso público e universal. O universo foi composto pelos 53 Centros de Especialidades Odontológicas em funcionamento no estado de Pernambuco.

Foram considerados no estudo os CEO com dados disponíveis no SIA da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco entre os meses de janeiro a dezembro de 2015, para análise do cumprimento de metas do respectivo ano, e excluídos os CEO com dados incompletos em quaisquer dos meses do ano de 2015 ou mesmo em qualquer das especialidades mínimas obrigatórias, como também os que não apresentaram a classificação do tipo de CEO.

Constituíram dados de interesse para este estudo: quantitativo mensal de procedimentos odontológicos especializados no ano de 2015 em cada Centro de Especialidade Odontológica em funcionamento no estado de Pernambuco. Após consultados, os dados foram inseridos em um banco formulado no Programa Microsoft Excel, agrupando os procedimentos odontológicos por cada especialidade ofertada e por cada CEO do estado de Pernambuco.

Os procedimentos mínimos mensais para os CEO Tipo I são: 80 Procedimentos Básicos, 60 de Periodontia, 35 de Endodontia e 80 de Cirurgia Oral. Para os CEO Tipo 2 são: 110 Procedimentos Básicos, 90 de Periodontia, 60 de Endodontia e 90 de Cirurgia Oral. Para os CEO Tipo 3 são: 190 Procedimentos Básicos, 150 de Periodontia, 95 de Endodontia e 170 de Cirurgia Oral.

Após isto, foi realizada uma comparação dos resultados de cada CEO com os recomendado pela portaria 1.464/GM, de 24 de junho de 2011, e foi classificado o desempenho dos CEO conforme proposto por Goés e colaboradores (2012): péssimo (CEO que não cumpriu nenhuma meta); ruim (CEO que cumpriu apenas 1 meta); regular (CEO que cumpriu 2 metas), bom (CEO que cumpriu 3 metas) e ótimo (CEO que cumpriu todas as metas).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o SIA da Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco são 53 CEO no estado. Foram utilizados na presente pesquisa 23 CEO que apresentaram dados que estavam dentro dos critérios de inclusão e exclusão. Destes 23 CEO, 12 são do tipo I, 8 são do tipo II e 3 são do tipo III. As especialidades que encontraram maior dificuldade de atingir metas foram endodontia e cirurgia, e as que obtiveram maior facilidade foram procedimentos básicos e periodontia.

O desempenho dos CEO foi avaliado de acordo com as classificações ótimo/bom/regular ou ruim/péssimo que pode ser visualizado na tabela 1. E a classificação de acordo com o desempenho por tipo de CEO pode ser vista na tabela 2.

De acordo com a pesquisa realizada através do SIA/SUS, 47,83% dos CEO foram classificados na categoria de ótimo/bom/regular e 52,17% como ruim/péssimo. Por tipo de CEO, foi observado que 41,66% dos CEO tipo I obtiveram desempenho ótimo/bom/regular e 58,33% obtiveram desempenho ruim/péssimo, no CEO tipo II 62,5% obtiveram desempenho ótimo/bom/regular e 37,5% ruim/péssimo, no CEO tipo III 33,33% obtiveram desempenho ótimo/bom/regular e 66,66% ruim/péssimo.

Em um estudo realizado em Pernambuco no ano de 2009, foi observado que 40,9% dos CEO atendiam as metas de produção ambulatorial, propostas pelos ministério da saúde, enquanto 31,8%, tiveram desempenho ruim no cumprimento global das metas. Esses resultados podem refletir mau desempenho dos serviços, ou inadequação das metas propostas.

A integralização da atenção básica e dos CEO, são importantes devido ao planejamento locorregional, e podem ser implantados e administrados por Consórcios Intermunicipais (CORTELAZZI, 2014).

A maioria dos procedimentos especializados realizados é na área da periodontia, seguido de cirurgia e por último endodontia, semelhante a resultados observados em estudo realizado no estado de Minas Gerais por Lino et al. (2014), que obtiveram desempenho maior em cirurgia, seguido de periodontia e por último, endodontia.

Em Pernambuco, embora um grande número dos CEO cumpriram as metas, a maioria dos serviços executados foram de procedimentos básicos, distorcendo a ideia da atenção secundária. De acordo com Góes e colaboradores (2012), os resultados sugerem serviços mais estruturados com um maior cumprimento das especialidades.

Segundo Cortelazzi et al. (2014), a integralidade em saúde bucal tem tensionado os modelos de atenção em saúde para a estruturação dos níveis secundários e terciários da atenção.

A ligação física e lógica dos sistemas de atenção básica e a atenção secundária devem ter eficácia, para que a triagem dos sistemas de referência sejam convenientes, tornando seguro a contra referência depois da finalização do tratamento.

Procedimentos periodontais como raspagens supragengivais e subgengivais decorrentes de cálculo e sangramento, que muitas vezes são causas de perdas dentárias e podem ser resolvidos na atenção básica, foram realizados em grande número na atenção especializada, corroborando com a ideia exposta por Possamai e colaboradores (2015).

Chaves et al. (2011) identificaram que apesar da oferta de serviços públicos especializados apresentarem bons resultados, houve uma baixa taxa de utilização nos serviços públicos odontológicos especializados da Bahia, decorrente de problemas de gestão de serviço como o não cumprimento da carga horária dos profissionais. Os autores sugerem uma reorganização tanto no fluxo dos pacientes, quanto nos processos de trabalho.

Estudo realizado por Laroque et al. (2015), em um CEO universitário da cidade de Jequitibá, observou que o CEO não conseguiu alcançar as metas exigidas pelo Ministério de Saúde, mesmo dispondo de carga horária maior e mais recursos humanos que os CEO tradicionais. Os serviços especializados oferecem facilidade na marcação de consultas e maior conforto para os pacientes e profissionais, porém, no CEO de formação acadêmica, os alunos estão se preparando para atender em atenção secundária, fazendo com que haja um congestionamento na fila de espera. Os autores afirmam que a central de regulação realiza agendamento por ordem de chegada e não tem protocolos para organizar o atendimentos por necessidade em saúde bucal, que promoveria a equidade.

Segundo Machado et al. (2015), poucos estados planejam a oferta de unidades CEO e identificam os fluxos de referência, havendo um grande número de credenciamento de CEO em municípios pequenos e muito pequenos, e de acordo com dados do sistema de saúde, esses CEO não conseguem atingir as metas pré-estabelecidas, enquanto que em municípios maiores cumprem as metas, o que está possivelmente relacionado ao fato de que tenham sido melhor planejados.

Magalhães et al. (2012) avaliaram o cumprimento da atenção secundária em saúde bucal no Brasil e constataram uma associação entre o tempo de credenciamento do CEO e o cumprimento de metas dos CEO: os estabelecimentos com mais de um ano de credenciamento, apresentaram melhores resultados.

Estudo sobre a satisfação dos usuários do CEO da macrorregião Sudeste de Minas Gerais identificou que o sistema de referência e contrarreferência era burlado, pois muitos

CEO afirmaram que a porta de entrada para o serviço especializado era no próprio serviço (KITAMURA et al., 2016).

Os CEO se classificam como serviços de atenção secundária. Para o usuário ter acesso a esse serviço, ele deve ser atendido previamente em uma unidade de atenção básica para após isso ser referenciado. De acordo com a portaria Nº 599 de 23 de março de 2006, o Art 1º, define que esse serviço especializado deve estar preparado para ofertar no mínimo cinco especialidades odontológicas, com o intuito de aumentar o acesso da população aos serviços odontológicos pelo SUS: diagnóstico oral com ênfase na prevenção do câncer de boca, endodontia, periodontia, pacientes com necessidades especiais e cirurgia oral menor (CELESTE, 2014).

Da mesma maneira, estudo realizado por Borghi et al. (2013), sobre a avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em odontologia no município de Piracicaba-SP, constatou que apesar de não haver dificuldade quanto a localização dos CEO, sugeriram melhor sinalização na unidade de referência e descentralização dos serviços secundários, que implicariam na diminuição de faltas, melhorando os recursos.

Segundo Cortellazzi (2014), dados do SIA/SUS de 2002 e 2003 revelaram que apenas 3,5% do total dos procedimentos odontológicos realizados no referido período no Brasil foram de especialidades, evidenciando a grande desproporção na oferta entre procedimentos odontológicos básicos e especializados.

Um estudo transversal analítico com base em dados secundários realizado por Cortellazzi e colaboradores (2014), teve como objetivo avaliar o desempenho dos CEO em todo o país e as variáveis associadas ao desempenho desses centros. Foram avaliados 774 CEO, distribuídos por 704 municípios de todas as regiões do Brasil. Predominância do CEO tipo II (455) representando 54% do total de CEO, seguido do tipo I (324) representando 38%, e o tipo III com menor representatividade com apenas 8%. No que se refere ao Cumprimento das Metas, segundo as categorias de desempenho definidas no presente estudo, observou-se que 536 (69,25%) CEO apresentaram desempenho considerado ruim/regular e 238 (30,75%) tiveram desempenho bom/ótimo. Segundo o subgrupo de procedimentos especializados e de acordo com o SIA/SUS, 68,22% dos CEO cumpriram as metas na atenção básica, seguida da periodontia 55,94%, com percentuais menores para cirurgia 33,07% e endodontia 22,61%. O autor observou que os fatores associados com o desempenho do CEO ruim/regular foram as regiões Nordeste, Sul e Sudeste com o IDHM $\leq 0,77$ a densidade demográfica $\leq 98,81$ e tempo de implantação do CEO ≤ 2 anos.

Após analisar os resultados obtidos nesse estudo, Cortellazzi e colaboradores (2014) concluíram que a assistência bucal pública no Brasil estava restrita a atenção primária, gerando com isso um acúmulo de procedimentos especializados fazendo com que o sistema de referência e contra referência fosse comprometido. Esses estudos com uma visão geral da atenção secundária servem para aprimorar os processos e procurar aumentar o desempenho desses serviços ofertados, garantindo que essas referências sejam adequadas, as triagens apropriadas para o nível especializado, como também assegurando a contra referência após o tratamento ser finalizado nesses centros. Além disso, notou-se também que o fator densidade demográfica não foi parâmetro para implementação dos CEO, e nesse estudo foi visto que municípios com menor densidade demográfica e menor índice de desenvolvimento humano tiveram prevalência maior de desempenho ruim/regular. Esse estudo demonstrou a importância de planejar e incluir essas variáveis no planejamento para implantação dos CEO do nosso país.

Os CEO devem apresentar mais comodidade ao usuário, na marcação de consultas, na estrutura física do serviço e maior esfericidade da gestão responsável pelo CEO, dentistas e usuários.

Segundo Borghi e colaboradores (2013), a existência ou disponibilidade de um serviço não garante a acessibilidade. É necessário subdividir esse conceito em acessibilidade geográfica - a distância, o tempo de locomoção e os meios de transporte devem determinar a localização dos estabelecimentos, e não áreas teóricas de jurisdição -; acessibilidade financeira - os pagamentos ou contribuição para utilização dos serviços não devem constituir obstáculos -; acessibilidade cultural - não deve haver conflito entre os padrões técnicos e administrativos dos serviços e os hábitos, padrões culturais e costumes das comunidades em que sejam prestados -; e acessibilidade funcional - os serviços devem ser prestados oportunamente e em caráter contínuo, bem como estar disponíveis a qualquer momento, atender à demanda real e incluir um sistema de referência que assegure fácil acesso ao nível de assistência que se requer -.

Estudos mostram que os profissionais de cada esfera, seja na atenção primária ou atenção secundária, necessitam estar capacitados para atuar em sua área, tendo em vista que sobrecarregam algumas áreas da atenção secundária, quando o usuário não chega para o atendimento com a correta adequação do meio bucal, e muitas vezes sem indicação para tratamento especializado, que seria de competência da atenção básica e estar sendo realizados nos CEO.

Além de sobrecarregar em algumas especialidades, existe um alto índice de renúncias do tratamento na atenção secundária, e um fator que podia ser melhorado é a orientação aos usuários feita pelos profissionais das unidades básicas de saúde. Isso é importante pois os profissionais de saúde devem ver o paciente como um todo, pois, a saúde bucal, refletem em outras áreas do organismo, como por exemplo, as doenças periodontais em paciente portadores de doenças sistêmicas que podem ser agravadas. Portanto, essa orientação deve ser realizada pela equipe multiprofissional, e não apenas pela equipe de saúde bucal da unidade básica de saúde.

E para que tenha um bom fluxo nos serviços de saúde, é interessante que as necessidades dos usuários sejam atendidas na complexidade de assistências adequadas.

Além disso, deve haver a conscientização não só da atenção básica, mas, também da atenção secundária, quanto ao serviços especializado. Visto que, vários usuários que não tem indicação para o serviço especializado estão sendo atendidos nos CEO, e sendo realizados os procedimentos de competência da atenção primária, não respeitando o sistema de referência e contrareferência. Portanto, o que deveria ser feito, era, os pacientes que não estiverem com o meio bucal adequado, devem retornar a sua unidade básica de origem.

Uma das dificuldades observadas é que, a maioria dos CEO, se concentram nas capitais e cidades de maior porte. Deixando precária a situação de municípios menores, que contra referenciam, para os CEO de cidades vizinhas. Com isso, os gestores dos municípios, deveriam voltar uma atenção maior para a locomoção dos usuários, para ter acesso aos atendimentos na atenção especializada, tendo em vista que, um grande número de falta dos pacientes, advém de pacientes que não são locatários dos municípios que estão localizados os CEO.

CONCLUSÃO

Anos após a implantação da PNSB, foi percebido que houveram muitas mudanças positivas, porém, ainda existem alguns desafios. Como por exemplo, os problemas na referência e contra referência dos usuários; o processo de trabalho, que necessita de algumas melhorias; e a dificuldade de acesso a atenção secundária.

Observou-se que os CEO do tipo II obtiveram melhores desempenhos com 62,5% avaliados como ótimo/bom/regular e 37,5% ruim/péssimo, em segundo lugar os CEO tipo I e em terceiro lugar os CEO tipo III. O maior cumprimento de metas foi obtido pelo subgrupo de procedimentos básicos, seguido por periodontia em procedimentos especializados, o que

sugere uma mudança do perfil de atendimento especializado para o básico dentro destes serviços.

É necessário avaliar o sistema, e solucionar os problemas de referência e contrarreferência, com o intuito de resolver os problemas da atenção primária neste nível de complexidade não sobrecarregando a atenção secundária, e fazendo com que o sistema seja eficaz. Além de melhorias no processo de trabalho, organizando os horários e dando estímulos aos profissionais para que alcancem as metas necessárias, para que não haja a suspensão do custeio mensal. E melhorando o acesso dos usuários, seja com transportes, ou levando os CEO para locais mais acessíveis.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011*. Brasília, 2011.

BORGHI, G. N. et al. A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em odontologia. *Revista da Faculdade de Odontologia Universidade de Passo Fundo*, v.18, n. 2, p. 154-159, Passo Fundo, Maio-Ago, 2013.

CELESTE, R. K. et al. Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem centros de especialidades odontológicas no Brasil em 2010. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 3, pp. 511-521, Rio de Janeiro, mar, 2014.

CHAVES, S. C. L. et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n.1, pp. 143-154, Rio de Janeiro, Jan, 2011.

CORTELAZZI, K. L. Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. *Revista brasileira de epidemiologia*, v.17, n.4, São Paulo, Out./Dez. 2014.

GÓES, P.S.A. et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28 Sup:S81-S89, 2012.

KITAMURA, E. S. et al. Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013. *Epidemiologia & Serviços de Saúde*, v. 25, n. 1, pp. 137-148, Brasília, jan-mar, 2016.

LAROQUE, M. B. et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal do Centro de Especialidades Odontológicas de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012-2013. *Epidemiologia & Serviços de Saúde*, v. 24, n. 3, pp. 421-430, Brasília, jul-set, 2015.

LINO, P. A. et al. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 9, pp. 3879-3888, 2014.

MACHADO, F. C. A. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Ciência & saúde coletiva*, v.20, n.4, Rio de Janeiro, abr, 2015.

MAGALHÃES, B. G. et al. Avaliação do Cumprimento de Atenção Secundária em Saúde Bucal. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 12, n. 1, pp. 107-12, João Pessoa, jan./mar., 2012.

POSSAMAI, T; PILGER, C; LENTSCK, M. H; MESTRINER, W. J. Ações secundárias em saúde bucal: análise do centro de especialidades odontológicas de um município do interior do Paraná, Brasil. *Revista de APS*, v. 18, n. 3, pp. 266-272, jul/set, 2015.

SCARPARO, A. et al. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Coletiva*, vol. 23, n. 4, págs. 409-415, Rio de Janeiro, 2015.