

Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas

Factors related to the performance of Specialized Dental Care Centers

Flávia Christiane de Azevedo Machado ¹
Janmille Valdevino Silva ¹
Maria Ângela Fernandes Ferreira ²

Abstract *The Specialized Dental Care Centers (SDCC) have the mission to expand access to public medium complexity dental care and support the primary health care actions at this level of complexity. However, it is necessary to ensure the quality of services and to evaluate such services continuously to identify weaknesses and strengths that support the processes of leadership/management. Nevertheless, there is a dearth of studies on the assessment of oral health in specialized care that may indicate which factors should be investigated. Therefore, this integrated literature review sought to explore the plethora of publications on the evaluation of SDCC in the LILACS and MEDLINE data bases in October 2013 to identify factors possibly related to the performance of such health services. Thus, 13 references were included in this review pointing to forms of organization and management of work processes related to the creation of healthcare networks (operation of regulation centers and setting up of health consortiums). They include the contextual characteristics of the places where SDCCs are located (population size, Family Health Strategy coverage, Municipal Human Development Index, governance, governing capacity) were factors that influenced the SDCCs performance.*

Key words *Secondary health care, Oral health, Health evaluation, Health services assessment*

Resumo *Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) têm a missão de ampliar o acesso à assistência pública odontológica de média complexidade e apoiar as ações da atenção primária neste nível. Porém, é preciso garantir a qualidade dos serviços, sendo mister avaliá-los continuamente, para identificar fragilidades e potencialidades que subsidiem os processos de gerência/gestão. Mas, há uma escassez de estudos avaliativos em saúde bucal na atenção especializada que possam indicar os fatores a serem investigados. Por isto, esta revisão integrativa de literatura objetivou explorar o panorama de publicações acerca de avaliação de CEO nas bases Lilacs e MedLine, em Outubro de 2013, e identificar os fatores possivelmente relacionados ao desempenho desses centros. Assim, foram incluídas nesta revisão 13 referências, apontando as formas de organização e gerenciamento dos processos de trabalho congruentes à construção das Redes de Atenção à Saúde (implantação de centros de regulação e formação de consórcios de saúde), bem como as características contextuais dos locais onde os CEO estão situados (porte populacional, cobertura de estratégia saúde da família, índice de desenvolvimento humano, governabilidade, capacidade de governo), como fatores relacionados ao desempenho.*

Palavras-chave *Atenção secundária à saúde, Saúde bucal, Avaliação em saúde, Avaliação de serviços de saúde*

¹Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte. Av. Senador Salgado Filho 1559, Tirol. 59015-000 Natal RN Brasil. flavitamachado@yahoo.com.br

²Odontologia Natal, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Introdução

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), Brasil Sorridente, implantada em 2004, compreende, nos âmbitos individual e coletivo, um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação^{1,2}. Em linhas gerais, o objetivo maior da PNSB é a inclusão social, ampliando o acesso à assistência odontológica a todos brasileiros¹. Para tanto, tal política apresenta seis eixos estruturantes: reorganização da atenção primária em saúde bucal, com ampliação de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família; ampliação e qualificação da atenção especializada; assistência na atenção terciária; promoção e prevenção; reestruturação e qualificação; vigilância, monitoria e avaliação³.

Neste sentido de qualificação e ampliação da assistência pública odontológica de média complexidade foram instituídos os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Esses são classificados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade e são responsáveis pela assistência pública de média complexidade⁴. Podem se apresentar em 3 categorias distintas: CEO tipo I (com 3 cadeiras odontológicas), tipo II (com 4 a 6 cadeiras odontológicas) e tipo III (com 7 ou mais cadeiras odontológicas)⁵.

Os CEO devem funcionar 40 horas semanais e oferecer, minimamente, ações de diagnóstico bucal avançado, periodontia especializada, cirurgia oral menor, endodontia e atendimento aos portadores de necessidades especiais⁶. Outros procedimentos podem ser disponibilizados nesses Centros tais como reabilitação protética, tratamento ortodôntico e implantes dentários em conformidade com as demandas assistenciais da população⁷.

Tal qual o Brasil Sorridente, os CEO 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.

Em essência, o “Fome Zero e Boca Cheia de Dentes” buscou vincular a necessidade de uma adequada condição de saúde bucal à questão

prioritária na agenda política do governo vigente, o combate à fome. Assim, a ideia de que era preciso possuir dentes para mastigar e reduzir a fome no Brasil ganha força política⁹. Por sua vez, o SB Brasil 2003 ressalta a morbidade advinda do precário acesso de parcela significativa de brasileiros à assistência odontológica como a perda dentária precoce¹⁰.

A deficiência de acesso advém de uma política pré-SUS excludente, quando as ações assistenciais eram voltadas essencialmente à criança, ficando a população adulta e idosa restrita aos serviços de urgência. Assim, prevalecia um modelo assistencial mutilador e de baixa resolutividade⁸. As consequências deste modelo assistencial ainda estão presentes na população que concentra níveis consideráveis de jovens com perda dentária e idosos edêntulos sem acesso à reabilitação¹¹.

Em vista do papel social dos CEO em reduzir as iniquidades de acesso aos serviços odontológicos especializados e, assim, propiciar reduções na morbidade relacionada à saúde bucal, esses serviços devem ser avaliados em prol da melhoria contínua do seu desempenho. Entretanto, não havia, até então no Brasil, uma política de avaliação de CEO. Recentemente, em fevereiro de 2013, o Governo federal expandiu o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) aos CEO (PMAQ-CEO) como estratégia de qualificação dos serviços especializados em saúde bucal¹². Contudo, em sua primeira fase, a avaliação continuará pautada na produtividade desses Centros. Desta forma, não há até então, metodologias consistentes capazes de identificar fragilidades e potencialidades que sirvam de subsídio para a gestão¹³.

Não obstante, na literatura científica há uma escassez de estudos acerca da avaliação em saúde bucal na atenção especializada, conforme os resultados do estudo de Colussi e Calvo¹⁴. Esses autores realizaram uma revisão sistemática acerca de estudos de avaliação de saúde bucal em bases de dados eletrônicas, em outubro de 2009, e encontraram apenas quatro estudos avaliando aspectos relativos aos Centros de Especialidades Odontológicas, sendo duas dissertações^{15,16} e dois artigos^{17,18}.

Desta forma, o intuito deste trabalho é analisar os estudos de avaliação de desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas para, assim, identificar fatores possivelmente relacionados ao desempenho desses centros.

Método e resultados

Na tentativa de explorar o panorama de publicações acerca de avaliação de serviços de saúde bucal, no âmbito da atenção secundária, uma revisão integrativa em base de dados eletrônica foi realizada.

Primeiramente, foi realizada uma busca na base de dados Lilacs, no período de Junho a Outubro de 2013, para verificar a quantidade de publicações tendo como foco central os CEO, independentemente do objetivo da publicação englobar a avaliação de serviços. A seguir, foi feita a leitura dos títulos e resumos para analisar se as publicações poderiam englobar a temática avaliação de serviços nos CEO, mais especificamente a avaliação de desempenho.

Uma avaliação de desempenho busca considerar os fatores econômicos, educacionais e desigualdades sociais que influenciam no alcance das metas e objetivos dos serviços de saúde¹⁹. Isto porque o desempenho refere-se ao alcance de metas, à capacidade de adaptação, manutenção e criação de novos valores organizacionais; à geração de produtos de qualidade em conformidade com planos estabelecidos; e indicadores relevantes²⁰. Portanto, uma avaliação de serviços de saúde sob o enfoque do desempenho, pode dimensionar a qualidade dos serviços prestados e sua variação entre áreas geográficas e grupos sociais, bem como verificar a adesão e conformidade do serviço mediante a legislação vigente.

Assim, as possíveis referências de avaliação de desempenho foram selecionadas para leitura integral e verificar se atendiam, de fato, ao critério de inclusão. Caso a referência tivesse como objetivo a avaliação de desempenho de CEO, esta seria incluída na Revisão integrativa.

Posteriormente, foi realizada uma pesquisa na base de dados MedLine. Assim, foi realizada a leitura dos títulos e resumos das referências encontradas no MedLine, para verificar se o objetivo dos estudos era a avaliação de serviços da atenção secundária de saúde bucal ou a construção de instrumentos de avaliação para este nível de atenção.

No entanto, das 51 referências captadas mediante a 3ª estratégia de busca, apenas 01 atendia aos objetivos da busca²¹. Quanto à 4ª estratégia, das 20 referências, apenas 01 abordava a temática da avaliação de serviços de saúde bucal especializados, por se tratar de uma revisão de literatura realizada com o intuito de identificar os estudos publicados e indexados sobre a avaliação da atenção odontológica nas bases de dados BBO, Lilacs,

MedLine e SciELO, no mês de outubro de 2009¹⁴. Por sua vez, a 5ª estratégia captou o artigo de Goes et al.²¹ tal qual a 3ª estratégia. Entretanto, tal referência já havia sido captada no Lilacs (estratégia três). Por conseguinte, o total das referências (n = 13) incluídas nesta revisão foi captado na base de dados Lilacs.

As estratégias de busca utilizadas nas bases Lilacs e MedLine, bem como a quantificação das referências encontradas, selecionadas, excluídas e incluídas nesta revisão integrativa estão descritas na Figura 1.

Por sua vez, a identificação das referências selecionadas que subsidiam a discussão desta revisão integrativa está presente na Quadro 1.

Ressalte-se que além dessas referências, outras subsidiaram a discussão deste estudo. Assim, Deitos¹⁵, Souza¹⁶ e Martelli²² foram captados por meio de Colussi e Calvo¹⁴ (2012), e Zaitter et al.²³ foram referenciados por estudos captados na estratégia de busca que atendiam aos critérios de inclusão. Por fim, Fortuna²⁴, captado na estratégia de busca, apesar de não constituir-se em estudo de avaliação de desempenho de CEO *per si*, foi citado na discussão por abordar questões pertinentes à temática do desempenho.

Discussão

As referências captadas utilizam diferentes abordagens para aferição do desempenho dos CEO. Inclusive, 06 utilizam instrumentos de avaliação desenvolvidos, especificamente, para desempenho dos CEO; o Indicador Cumprimento Global de Metas - CGM¹⁷ e o Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal - QASSaB²⁵.

Devemos enfatizar que os CEO, criados em 2005, são serviços de saúde relativamente recentes. Contudo, observamos uma tendência de crescimento de publicações que os tem como objeto em vista de sua relevância social e da expansão da avaliação de serviços nas agendas políticas governamentais. No Brasil, a iniciativa governamental mais atual é a instituição do PMAQ-CEO. Porém, é necessária a continuidade de pesquisas acerca dos CEO e de outros serviços de saúde, uma vez que avaliação é um processo contínuo que precisa responder às necessidades vigentes da gerência, dos profissionais de saúde e da população, e essas necessidades estão em constante processo de mudança.

Nesta perspectiva, as pesquisas podem encontrar fragilidades no processo de trabalho dos

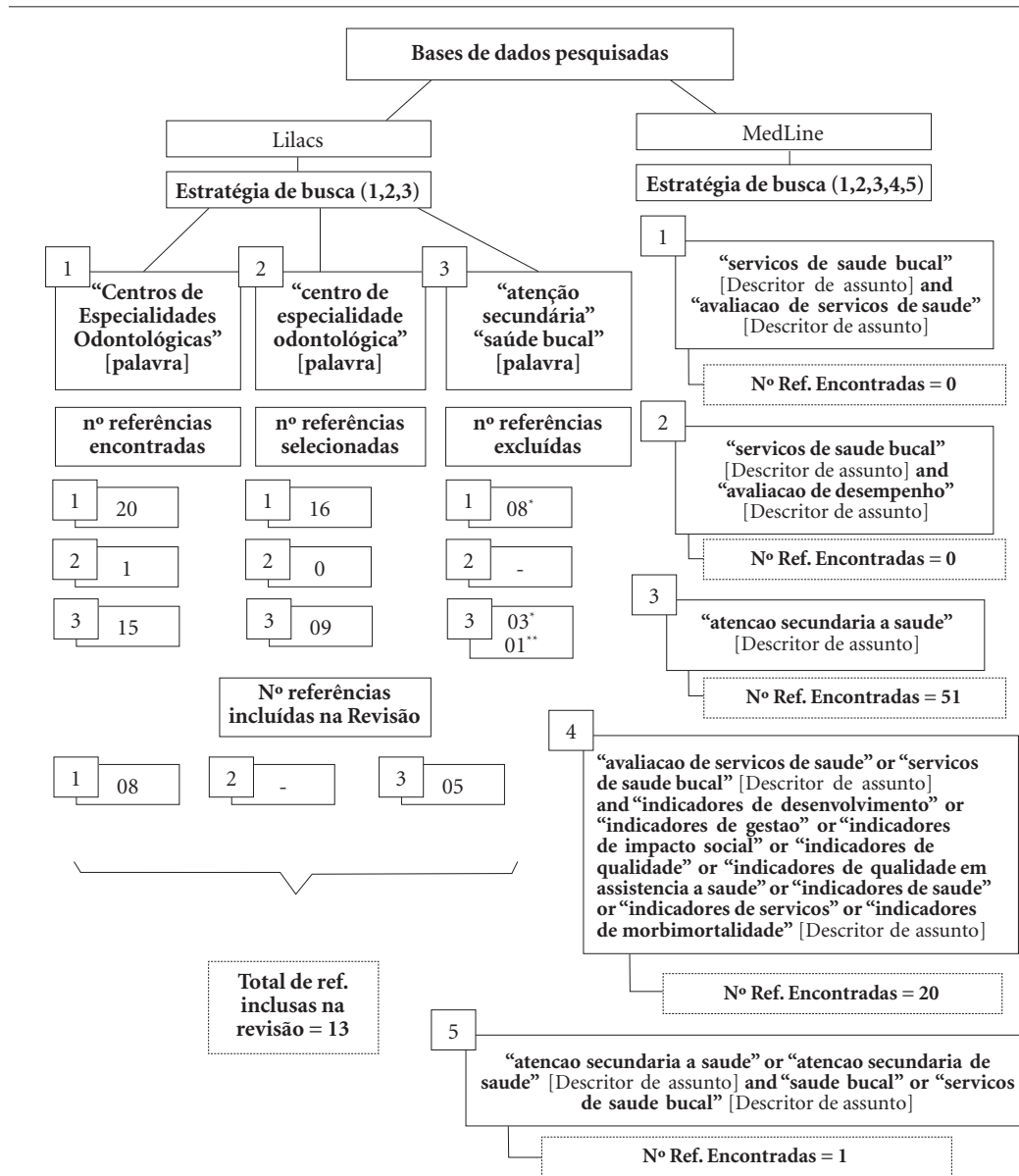


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção da literatura científica.

* Referências excluídas após leitura integral onde se observava não tratar-se de avaliação de desempenho de CEO. ** Referências excluídas por já terem sido captadas pela estratégia 01.

serviços que comprometem sua missão organizacional. Assim, contribuem para uma atualização de instrumentos avaliativos como o PMAQ-CEO¹². Além disso, as pesquisas podem e devem abordar aspectos peculiares dos territórios onde os CEO se localizam, atendendo aos pressupostos da política de planejamento do SUS em viabilizar um planejamento local e ascendente²⁶.

De fato, desde a criação dos CEO, há uma expansão crescente em sua quantidade por todo o

Brasil. Contudo, persiste um padrão de concentração nas regiões Nordeste e Sudeste. De fato, essas regiões são as mais populosas do Brasil²⁷. Atualmente, em 2013, há 890 CEO, sendo 352 no Nordeste, 317 no Sudeste, 105 no Sul, 63 no Centro-Oeste e 53 no Norte²⁸. Especificamente, a região Nordeste concentra tanto o maior número de CEO como de Equipes de Saúde da Família.

Assim, poderíamos inferir que o princípio da equidade norteou a disseminação desses Centros,

Quadro 1. Referências selecionadas nas bases de dados Lilacs em Outubro de 2013 cujo objetivo era a avaliação de desempenho de CEO.

Autor/ano/ tipo de publicação	Título	Objetivo	Instrumento/Formas de avaliação de desempenho
Machado et al. (2013) ²⁹ /artigo científico	Dificuldades diárias associadas às próteses totais	Avaliar o serviço de reabilitação de CEO de uma mesorregião do Rio Grande do Norte (RN) a partir das dificuldades diárias associadas a próteses totais convencionais (PTC) produzidas entre 2007 e 2009.	Indicador: Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) Critério do SB Brasil 2010 para avaliar a qualidade técnica da prótese ³⁰ .
Herkrath et al. (2013) ³¹ /artigo científico	Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009.	Avaliar o desempenho dos CEO do estado do Amazonas, considerando a estrutura dos estabelecimentos, cobertura da atenção básica e indicadores sociodemográficos dos municípios.	Indicador desenvolvido por Figueiredo e Góes ¹⁷ denominado Cumprimento Global das Metas (CGM).
Costa et al. (2013) ³² /artigo científico	Qualidade técnica e satisfação relacionadas às próteses totais.	Avaliar a provisão de próteses totais convencionais sob a ótica da qualidade técnica e satisfação relacionadas a este produto.	Critério do SB Brasil 2010 para avaliar a qualidade técnica da prótese ³⁰ Questionário de Sato et al. ³³ sobre satisfação validado por Cunha ³⁴
Lima et al. (2010) ¹⁸ /artigo científico	Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil.	Avaliar a satisfação dos usuários assistidos em CEO de Recife/PE conforme as dimensões da qualidade para avaliação de serviços de saúde bucal do QASSaB.	Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal (QASSaB) ²⁵ .
Araújo et al. (2012) ³⁵ /artigo científico	A atenção secundária em saúde bucal e a implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas em um estado do Nordeste, Brasil	Descrever a implementação e a oferta de atendimento em CEO do Ceará.	Dados do SIA SUS e da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará sobre o diagnóstico situacional dos CEO.

continua

pois o Nordeste concentra grandes deficiências na saúde bucal e indicadores sociais desfavoráveis. Porém, sob este princípio, a região Norte estaria com um déficit na quantidade de CEO⁴. Todavia, além da questão relativa à equidade, a

maior concentração de CEO no nordeste brasileiro estaria relacionada a seu pioneirismo na implantação de políticas públicas de saúde no Brasil, que serviram de alicerce para o desenvolvimento da PNSB⁴.

Quadro 1. continuação

Autor/ano/ tipo de publicação	Título	Objetivo	Instrumento/Formas de avaliação de desempenho
Goes et al. (2012) ²¹ /artigo científico	Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil	Avaliar a atenção secundária em saúde bucal dos CEO.	Indicador: Cumprimento Global de Metas
Chaves et al. (2011) ³⁶ /artigo científico	Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil	Avaliar a oferta e a utilização dos serviços de quatro CEO da Bahia e propor um padrão de produção ambulatorial por especialidades.	Dados do SIA-SUS em que foram confrontadas a oferta disponível e a utilização; entrevista semiestruturada e observação <i>in loco</i> do serviço.
Chaves et al. (2010) ³⁷ /artigo científico	Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado	Analisar fatores relacionados à integralidade na assistência à saúde bucal em CEO segundo os princípios da PNSB.	Entrevista com usuários dos serviços dos CEO com perguntas relativas aos principais fatores associados à utilização de serviços.
Figueiredo e Goes (2009) ¹⁷	Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil	Avaliar os Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco a partir de dados do SIA-SUS	Indicador: Cumprimento Global de Metas
Chaves et al. (2012) ³⁸	Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte	Descrever as principais características de acesso e utilização de serviços odontológicos básicos e especializados em dois municípios de médio porte da Bahia com 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família.	Variáveis analisadas: necessidade de saúde bucal percebida, a procura pelo serviço, a barreira de acesso organizacional e o tipo de serviço e o procedimento utilizado.
Bulgareli et al. (2013) ³⁹	Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde	Avaliar os modelos de atenção básica em saúde bucal existentes no município de Marília/SP por meio de informações referentes à atenção secundária em Odontologia, segundo o princípio da integralidade.	Variáveis analisadas: quantidade de encaminhamentos agendados para as especialidades dos CEO, número de pacientes faltosos na consulta inicial e número de pacientes que abandonaram o tratamento especializado.

continua

Retomando a discussão quanto à equidade na distribuição dos CEO, há estudos que contradizem esta colocação. Segundo esses estudos, a

maior parte dos CEO implantados estavam concentrados em municípios de grande porte demográfico, melhores Índice de Desenvolvimento

Quadro 1. continuação

Autor/ano/ tipo de publicação	Título	Objetivo	Instrumento/Formas de avaliação de desempenho
Magalhães et al. (2012) ⁴⁰	Avaliação do cumprimento de atenção secundária em saúde bucal	Avaliar o cumprimento da atenção secundária em saúde bucal em Pernambuco, nos CEO	Indicador: Cumprimento Global de Metas
Figueiredo (2010) ⁴¹ /Tese	Centros de Especialidades Odontológicas, CEO: um estudo linha de base para avaliação e monitoramento dos serviços para a região Nordeste	Traçar uma linha base para a avaliação e o monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas do Nordeste	Indicador: Cumprimento Global de metas, Questionário Gestão do CEO para análise da adequação da estrutura e processo Questionário QASSaB ²⁵

Fonte: os autores

Humano (IDH)^{4,17,21} e também de melhores condições de saúde bucal. Assim, foi constatada uma relação inversa entre o nº de Centros existentes e condições sociais desfavoráveis, bem como entre esse nº e necessidade de saúde bucal/atenção especializada⁴.

Esse fenômeno, em que a maior parte dos serviços tende a atingir coberturas populacionais que menos necessitam de sua intervenção foi descrito por Hart⁴² como “lei da assistência reversa”. Mas, devemos enfatizar que os estudos contrários ao argumento da equidade utilizam critérios diferenciados quanto à classificação dos portes demográficos dos municípios (Tabela 1).

A discussão do porte demográfico é relevante, pois o efetivo funcionamento dos CEO depende de uma adequada interface Atenção Primária à Saúde (APS) – CEO. Esta interface em municípios menores é muito dependente da pactuação de consórcios com outros municípios ou regiões para garantir o fluxo das referências e contrarreferências.

Neste sentido, as portarias que normatizaram as diretrizes da PNSB definem que a proposta de implantação de unidades tipo CEO e Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) deve apresentar coerência com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado, devendo ser referência para o próprio município, região ou microrregião de saúde⁵.

Neste ponto é relevante abordar Fortuna²⁴ quanto a seu questionamento sobre a conformidade da distribuição regional dos CEO com a

diretriz da regionalização do SUS. Segundo Fortuna²⁴ (2011), 38, 77% dos municípios com CEO e/ou LRPD no Brasil possuem até 100.000 habitantes. Contudo desses 77%, 35% são municípios de até 25.000 habitantes. Quanto aos CEO, 62% dessas unidades se encontram em municípios de até 100.000 habitantes. Desse montante, 19% estão em municípios muito pequenos (até 25.000 habitantes).

O nº de CEO em municípios de porte pequeno deve ser analisado com cautela, posto que o funcionamento adequado desses Centros depende de pactuações para formação de Redes de Atenção em saúde bucal previstas nos PDR. Caso esta implantação não esteja prevista e planejada no âmbito regional, isso indica não apenas que os princípios de economia de escala não estão sendo observados, mas também que a viabilidade operacional e financeira desses CEO podem estar gravemente comprometidas. Isto porque os CEO devem alcançar metas estabelecidas pelo MS em nº de procedimentos para que seja mantido seu incentivo financeiro de custeio²⁴.

Todavia, os resultados de Fortuna²⁴ revelaram que poucos estados previram o planejamento da oferta de unidades CEO nos seus PDR, ou em outro instrumento da gestão regionalizada, identificando os fluxos de referência. Assim, o maciço credenciamento de unidades em municípios pequenos e muito pequenos, indica um grave problema no âmbito da PNSB; a fragilidade no planejamento da oferta de CEO.

Tabela 1. Classificação dos municípios quanto ao porte demográfico adotada por estudos de avaliação de Centros de Especialidades odontológicas.

Município segundo porte demográfico	Figueiredo e Goes ¹⁷ / Goes et al. ²¹	Saliba et al. ⁴	Fortuna ²⁴
Muito pequeno	Até 30 mil habitantes	-----	Até 25.000 habitantes
Pequeno	Entre 30-50 mil habitantes	Até 10.000 habitantes	25.000 a 100.000 habitantes
Médio	Entre 50-100 mil habitantes	Entre 10.001 e 50.000 habitantes	De 100.001 a 500.000 habitantes
Grande	Acima de 100 mil habitantes	Mais de 50.000 habitantes	Acima de 500.000 habitantes

Fonte: os autores.

Neste sentido, há congruência com os achados de estudos de desempenho de CEO onde as regiões de maior porte populacional, maior IDH e classificadas como sede de microrregião ou sede de módulo no PDR, apresentaram melhor desfecho^{17,21}. Assim, foi observado que o cumprimento da atenção secundária teve o maior percentual (67,5%) nos municípios que são referência para média complexidade, em oposição aos municípios que não são referência²¹. Este achado também foi encontrado por Araújo et al.³⁵, cujo estudo identifica que os CEO estaduais do Ceará obtiveram uma maior produtividade segundo o SIA-SUS em relação aos CEO municipais.

Quanto aos resultados de Figueiredo e Goes¹⁷, Fortuna²⁴ argumenta que o melhor desempenho de CEO localizados em municípios de maior porte e sede de microrregião e de modelos assistenciais está, possivelmente, relacionado ao fato de que esses CEO tenham sido planejados e pactuados como locais de referência, estando voltados para demandas amplas. Assim, não teriam encontrado dificuldades no cumprimento de metas, que foram os critérios de análise de desempenho.

Por conseguinte, a descentralização dos serviços de saúde, sobretudo a municipalização, é colocada como um importante fator para minimizar as desigualdades em saúde e racionalizar recursos²¹. Estabelecer Redes de Atenção à Saúde que possibilitassem a adequada interface APS/Atenção Secundária seria importante fator para uma maior produtividade dos CEO e, para tanto, dever-se-ia implantar CEO regionais em microrregiões de saúde³⁵.

Esta interface diz respeito à integração APS/Atenção secundária na oferta e realização de serviços à população. Tal integração recebe ampla atenção nas reformas recentes dos sistemas de saúde europeus com iniciativas para fortalecer a atenção primária à saúde. Nesses países, as pos-

síveis formas de interface com a atenção secundária, excedem o tradicional encaminhamento para realização de procedimentos, englobando a definição comum de protocolos de manejo de casos até o desenvolvimento de programas de atendimento compartilhado entre especialidades e profissionais da rede básica³⁷. Isto porque consideram uma interface ideal aquela que contempla o acesso à atenção secundária (AS) de todos os casos referenciados sem barreiras; que essas referências sejam relativas a procedimentos não pertinentes à APS e ocorram em tempo hábil. E ainda que após a referência se efetive a contrarreferência à APS e que haja a manutenção dos cuidados de rotinas em pacientes sob longo tratamento especializado na APS³⁸.

Essa interface APS/AS, sintetiza como os CEO devem funcionar, haja vista que o tratamento oferecido nessas unidades é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica. No caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família (ESF), pelas equipes de saúde bucal. Os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos Centros de Especialidades, caso haja necessidade, através das fichas de referência.

Depois de concluído o tratamento nesses centros, o indivíduo deverá ser contrarreferenciado à atenção básica, para realização de atividades de promoção e proteção à saúde⁶. Portanto, poderíamos supor que maiores coberturas por equipes de saúde da família, potencializariam o acesso aos CEO mediante as referências e, assim, a sua produção. Entretanto, estudos têm demonstrado resultados controversos^{17,21,31,37}.

Nos estudos realizados por Figueiredo e Goes¹⁷ e Goes et al.²¹, municípios com cobertura populacional pela ESF superior a 50% (condição prevalente dos municípios de médio e grande porte) obtiveram os piores desempenhos de

CEO, resultado diverso do estudo de Chaves et al.³⁷. Por sua vez, o estudo de Herkrath et al.³¹, que objetivava avaliar o desempenho dos CEO do estado do Amazonas, considerando a estrutura dos estabelecimentos, cobertura da atenção básica e indicadores sociodemográficos dos municípios, também verificou que municípios com maiores coberturas de ESF/ESB apresentaram os piores desempenhos. Esses autores utilizaram o mesmo instrumento de análise de Figueiredo e Goes¹⁷ e Goes et al.²¹. No entanto, seu estudo apresentou abordagem descritiva.

Já Chaves et al.³⁷ verificaram fatores relacionados à integralidade que, por sua vez, pode ser entendida como *proxy* de desempenho na assistência à saúde bucal em CEO. A integralidade foi verificada pelo relato de realização de tratamento odontológico básico antes ou concomitante ao tratamento especializado pelo usuário. A cobertura do Programa Saúde da Família/Equipe de Saúde Bucal (PSF/ESB) no município foi considerada uma covariável do sistema de saúde que poderia influenciar a garantia desta integralidade. Como desfecho, o estudo concluiu que a facilidade de acesso geográfico, presença de ficha de referência de usuários oriundos da APS e cobertura de PSF \geq 50% influenciavam positivamente à integralidade. E ainda, que implantação de CEO em municípios nos quais a APS não esteja adequadamente estruturada não é recomendada, pois a atenção secundária estaria atendendo a livre demanda e executando procedimentos básicos e, portanto, não cumprindo o princípio da integralidade pretendida. Os autores apontaram como limitação de seu estudo o fato de terem investigado somente as pessoas que acessaram os serviços dos CEO (amostra de demanda), ao invés de englobar também aqueles que não acessaram o serviço de forma a constituir uma amostra de base populacional.

Por sua vez, Figueiredo e Goes¹⁷ e Goes et al.²¹ utilizaram para aferir desempenho de CEO o indicador, “Cumprimento Global de Metas dos CEO”, obtido do quociente resultante da média mensal de procedimentos realizados de cada subgrupo de especialidades odontológicas (procedimentos de Atenção Básica; Periodontia; Endodontia; Cirurgia Oral Menor) pelo número de procedimentos correspondentes à meta desse subgrupo multiplicado por 100 registrados¹⁷. Os dados referentes aos procedimentos foram extraídos do SIA-SUS e as metas estabelecidas segundo Portaria Ministerial que regulamenta a produção mínima por tipo de CEO, no caso a Portaria nº 600, de 2006⁴³. Foi considerada meta atingida, os serviços que cumpriram percentual

igual ou superior a 100% da meta normatizada para cada subgrupo. Sob tal perspectiva, classificou-se o desempenho dos serviços em: desempenho péssimo (CEO não cumpriu nenhuma meta); desempenho ruim (CEO cumpriu apenas 1 meta); desempenho regular (CEO cumpriu 2 metas); desempenho bom (CEO cumpriu 3 metas); e desempenho ótimo (CEO cumpriu a totalidade das metas).

A utilização de dados secundários do SIA-SUS, passíveis de erros de consolidação, e também de um indicador cujo parâmetro de classificação de desempenho é o cumprimento de metas normatizadas em portarias que consideram apenas o tipo de CEO (I, II e III), e não a oferta potencial de procedimentos por especialidades, foram apontados por Chaves et al.³⁷ como prováveis razões para os resultados diferenciados.

Contudo, em estudo posterior, Chaves et al.³⁸, procurando suprir a limitação de estudo anterior³⁷, buscaram descrever as principais características de acesso e utilização de serviços odontológicos básicos e especializados, em dois municípios de médio porte da Bahia com 100% de cobertura da ESF, através da composição de uma amostra de base populacional. Neste estudo, a utilização foi compreendida como ato de ingressar e como resultado da interação entre o comportamento do indivíduo que precisa do cuidado do profissional que o conduz, dentro do sistema de serviço de saúde e das próprias características deste, ou “forma de entrada no sistema de saúde, para a realização de procedimentos, diagnósticos, terapêuticos ou de reabilitação”. Já o acesso foi compreendido como as características dos serviços que permitem que os mesmos sejam mais facilmente utilizados pelos usuários, inclusive como sinônimo de acessibilidade.

Dentre seus resultados, Chaves et al.³⁸ apontaram que não houve barreira de acesso relevante à atenção pública especializada, posto que menos de 2% dos indivíduos nos dois municípios avaliados não obtiveram atendimento. Isto suscitou a hipótese de que a principal barreira de acesso poderia estar situada na atenção primária. Seguindo esta hipótese, os autores colocam que a ESF/ESB tem maior potencial de aumentar o acesso aos serviços de saúde frente ao modelo técnico-assistencial tradicional. Porém, é preciso analisar em que medida o maior acesso à atenção primária pode significar melhor desfecho aos casos que necessitem de outros níveis de complexidade do sistema de saúde.

Assim, os autores colocam que seu estudo reforça a hipótese de que a principal barreira de acces-

so está na APS e não na atenção especializada³⁶. Ou seja, suas análises são congruentes com os achados de Figueiredo e Goes¹⁷, Goes et al.²¹ e Herkrath et al.³¹, cujos trabalhos concluíram que municípios com menores coberturas de saúde da família obtiveram melhores desempenhos de CEO.

A análise da relação maior cobertura populacional por ESB e pior desempenho de CEO também foi realizada por Fortuna²⁴, que atribuiu esta relação ao menor porte populacional do município e não a cobertura populacional em si. Isto porque municípios menores detêm melhores coberturas por ESB e, em geral, não representam municípios de referência para a média complexidade, o que comprometeria o cumprimento das referidas metas quantitativas como já explicitado anteriormente.

A verificação da maior facilidade de implantação do PSF em municípios de pequeno porte ocorreu em importantes estudos como a pesquisa “Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos – dez estudos de caso”. Tal pesquisa detectou grupos de problemas na implementação do PSF em municípios de grande porte: dificuldades de substituir o modelo tradicional de atenção básica; obstáculos na inserção e no desenvolvimento de recursos humanos; dificuldades quanto ao monitoramento do processo e dos resultados do programa; problemas quanto à integração da APS aos demais níveis de complexidade⁴⁴.

Portanto, é preciso estudar alternativas para superação das barreiras de acesso à assistência pública odontológica. De modo geral, os estudos têm revelado uma baixa resolutividade de problemas na atenção básica e persistência dos modelos tradicionais de acesso aos serviços, onde persistem problemas como longas filas de espera³⁸.

Quanto à atenção dos CEO, discute-se que o aumento do acesso e redução de filas de espera poderiam ocorrer mediante reorganização do fluxo de pacientes e dos processos de trabalho. Tal reorganização se processaria pela inclusão de alternativas como a implantação do agendamento prévio das consultas e de uma lista de espera diária para substituição de faltosos ou marcação extra, considerando a provável falta de pacientes³⁶. E ainda, é sugerido a implantação de centrais de marcação de consultas, uso de protocolos de atenção e instrumentos de referência e contrarreferência, investimento em tecnologias da informação, respeito ao fluxo de encaminhamento e o aumento do tempo de consulta clínica^{13,41,45,46}.

O estabelecimento de uma Central de Marcação de Consultas atuante é visto como uma

forma de regular a oferta e a demanda dos serviços de saúde². Isto porque, na área da saúde, o conceito de regulação está relacionado aos aspectos de organização do fluxo dos pacientes nos diversos níveis do SUS. Portanto, regular em saúde refere-se à tarefa de disciplinar, estabelecer regras, ordenar, orientar e organizar o fluxo dos pacientes no sistema de saúde⁴⁷. Já o aumento do tempo de consulta clínica, reduziria o nº de idas ao CEO e, conseqüentemente, os custos ao usuário, diminuindo as faltas e potencializando as chances de aumento da produtividade³⁸. Além disso, poderia propiciar um tempo maior para a escuta do paciente e, assim, uma maior satisfação do usuário¹⁸.

De fato, os fatores mencionados acima são relevantes ao desempenho dos CEO, já que estudo visando avaliar a taxa de utilização dos serviços desses Centros identificou uma baixa taxa de utilização. Os fatores relacionados a este achado seriam as barreiras de acesso do próprio serviço de saúde, como a falta de um sistema de lista de espera automática para substituição de faltosos, ausência de protocolos de referência/contrarreferência, falta de padronização nas técnicas operatórias utilizadas pelos odontólogos, descumprimento da carga horária real de trabalho, carência de um sistema de gestão com a definição clara de metas de oferta de procedimentos por especialidade e a realização de procedimentos básicos, próprios da APS, nos CEO³⁶.

De fato, dois estudos indicam que a utilização de protocolos e a marcação prévia de consultas, bem como a instituição de uma central de regulação são alternativas exitosas para melhoria dos serviços dos CEO^{23,48}. Segundo Zaitter et al.²³, o exame com caráter de triagem realizado pelo odontólogo em indivíduos que, potencialmente, necessitam de terapia endodôntica, utilizando critérios pré-estabelecidos em protocolo, viabiliza uma marcação de consultas segundo à vulnerabilidade do indivíduo e a capacidade de trabalho do serviço. Após a triagem (pré-avaliação), agenda-se a consulta, conforme a disponibilidade de dia e horário do usuário; confirmado o agendamento, transfere-se seu nome da fila de inscritos para a especialidade Endodontia. Além disso, é feito uma atualização constante do cadastro de indivíduos que demandam tratamento endodôntico, verificando-se mudanças de endereço, ocorrência de óbitos ou a realização do tratamento em outros serviços.

Em relação à Central de marcação de consultas, Pereira et al.⁴⁸ demonstram uma redução no tempo de espera para marcação de consultas no

CEO, devido a utilização de um sistema *on line* de marcação. Tal sistema indica aos Centros de Saúde (CS) as vagas para agendamento nas especialidades odontológicas nas Regiões Administrativas de Saúde. Essas vagas ficam disponíveis um dia na semana e são distribuídas por “cotas” para cada CS, sendo que as unidades básicas ficam responsáveis em entrar no sistema e agendar seus pacientes. As vagas não preenchidas entram novamente no sistema e são distribuídas por ordem de acesso ao sistema.

Entretanto, os autores encontravam entraves para o funcionamento adequado do sistema de marcação. Esses entraves estavam relacionados a mecanismos antiéticos dos Centros de Saúde em repetir nomes de indivíduos para o mesmo procedimento, no intuito de “guardar” vaga no sistema. Isto reforça a necessidade de adequar normas e critérios para implantação e monitoramento de protocolos efetivos de referência e contrarreferência. Além disso, também ficou constatado que, para as vagas inicialmente não ocupadas, as unidades que entrassem primeiramente no sistema de agendamento seriam as mais beneficiadas, não priorizando o acesso a quem mais necessitava. Desta forma, ia de encontro ao princípio da equidade, posto que não havia uma avaliação das variáveis socioeconômicas e da demanda reprimida.

Assim, o essencial é desenvolver processos de trabalho que viabilizem a formação e gestão de uma rede de atenção em saúde bucal^{13,45,46}. Do contrário, persistirá um modelo fragmentado da atenção à saúde em que os serviços do sistema não se articulam, atuando como pontos isolados e, por consequência, não respondem às demandas da população de forma contínua e longitudinal⁴⁹. A conformação das redes assistenciais é essencial, visto que as organizações e os profissionais de saúde não dispõem da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução de todos os problemas de saúde de uma população⁵⁰. Por conseguinte, sua efetivação potencializa a eficiência, racionalidade, acesso e expansão dos serviços⁵¹.

Em relação à população-alvo dos serviços do CEO, percebe-se que, apesar de estarem voltados a receber todo e qualquer indivíduo, há um perfil da população que concentra sua utilização. Segundo o estudo conduzido por Lima et al.¹⁸ nos CEO de Pernambuco, os usuários tinham idade entre 18 e 74 anos (40,8% entre 31 e 50 anos e 40,4% entre 18 e 30 anos). A maioria eram mulheres (73,9%), pardas (51,8%), vivendo só (60,3%) e com o nível de escolaridade até o En-

sino Fundamental (54%). Quanto ao trabalho/renda, evidenciou-se que a maior parte (46%) possuía um trabalho esporádico, com renda variável.

Perfil semelhante de usuários foi encontrado por Chaves et al.³⁸ em CEO de municípios baianos de médio porte populacional. Assim, os resultados desses estudos são congruentes com os do SB Brasil 2010, nos quais se constatou que, de fato, a população adulta (35-44 anos) está tendo um maior acesso aos serviços odontológicos¹¹. Isso teria implicações na redução da perda dentária nesta população.

O estudo do perfil dos usuários é importante, já que pode influenciar na satisfação dos mesmos com o serviço. Segundo Lima et al.¹⁸, o fato dos usuários dos CEO pertencerem, em sua maioria, a classes socioeconômicas mais baixas pode propiciar um viés de gratidão (*gratitude bias*) em relação aos serviços e produtos disponibilizados à população. Neste sentido, é mister investigar, além da satisfação do usuário com o tratamento ou produto, a qualidade técnica e funcionalidade dos mesmos à vida do usuário^{24,21}. Isto porque, ao considerar o nível de satisfação do usuário, a avaliação da qualidade de assistência à saúde deve aferir o ajuste do serviço à demanda e ser capaz de detectar em que medida esse serviço atende às expectativas do paciente¹⁸.

Sob esta prerrogativa, Costa et al.³², ao avaliarem próteses totais convencionais (PTC) confeccionadas em CEO quanto a qualidade técnica e satisfação do usuário, detectaram que, das 233 PTC avaliadas, 52,7% das superiores e 9,5% das inferiores estavam tecnicamente satisfatórias. Apesar disto, 69,1% (n = 103) dos entrevistados relataram satisfação com suas próteses. Quanto à funcionalidade dessas próteses, foi observado que de uma amostra de 138 usuários, 42% relatou dificuldades relacionadas à PTC para executar atividades bucais, sobretudo, comer, falar e sorrir²⁹.

Ainda em relação à qualidade dos serviços dos CEO, Goes et al.²¹ afirmam que uma das formas de sua melhoria seria a qualificação dos profissionais, com ações de educação permanente e criação de residência em atenção secundária para formação de habilidades e competências voltadas aos CEO. Além disso, seria importante a avaliação de tecnologias e procedimentos próprios aos CEO, podendo ser conduzidas mediante o estabelecimento de Rede de Pesquisas Clínicas, para atenção secundária e, ainda, a realização de pesquisa sobre o impacto da implantação do CEO no Brasil²¹.

Para finalizar, é importante abordar a questão do financiamento, uma vez que as pesquisas envolvendo CEO ressaltam que, além das fragilidades já citadas, há dificuldades neste aspecto que podem influenciar no seu desempenho. Segundo Martelli²², os incentivos financeiros federais disponibilizados aos CEO são insuficientes para a sua manutenção, havendo a necessidade de contrapartidas municipais e estaduais conforme preconizado legalmente. No entanto, o autor afirma que apenas no Ceará, Rio Grande do Sul e Santa Catarina há repasse estadual para os CEO.

Sob a ótica da avaliação de desempenho, os serviços com maiores recursos financeiros tenderiam a apresentar resultados mais favoráveis. Assim, é preciso avaliar a governabilidade e a capacidade de governo dos municípios que abrigam os CEO e basear os repasses financeiros em conformidade com suas especificidades loco-regionais, tal qual seria esperado de uma política equânime. Isto porque, mesmo diante de um projeto de governo adequado (plano que uma equipe se propõe a realizar para alcançar seus objetivos), é preciso avaliar as variáveis ou recursos que a equipe controla ou não e que são necessários a executar o plano (governabilidade) e ainda, à experiência e conhecimento que a equipe domina para implementar seu plano (capacidade de governo). Desta forma, seria preciso rever os critérios de repasse que atualmente são realizados por tipo de CEO (I, II e III).

Isto nos reporta à necessidade de rever as diretrizes da PNSB, bem como às portarias normativas a ela relacionadas para avaliar esta e outras questões. Uma importante questão seria a maior rigidez quanto à presença de uma rede básica como critério decisivo para a implantação de unidades CEO e LRPD²⁴. Pois, conforme colocamos anteriormente, os serviços nos seus respectivos níveis de atenção à saúde precisam funcionar como uma Rede de Atenção à Saúde, onde cada ponto desta rede tem atribuições específicas para o alcance da resolutividade da atenção.

Contudo, o estudo realizado por Fortuna²⁴ revela que há regiões no Brasil onde só há presença de LRPD. Segundo a autora, dos 526 LRPD existentes à época do estudo, 215 (41%) se encontravam em municípios que contavam apenas com este tipo de unidade, não contando com CEO. Desta forma, poder-se-ia inferir que esses municípios não estariam processando a mudança de um modelo de atenção mutilador ao do cuidado em saúde. Isto porque, provavelmente, estaria havendo uma assistência mutiladora onde exodontias seriam feitas na Atenção Básica

para colocação de próteses confeccionadas nos LRPD²³. Contudo, esta assertiva não pode ser estabelecida posto que ações especializadas poderiam ser disponibilizadas em outros serviços, fato não investigado.

De fato, embora os CEO sejam os serviços mais conhecidos como responsáveis pela atenção especializada em odontologia no serviço público, a atenção especializada é composta pelos níveis secundário da atenção (média complexidade), onde os CEO estão inseridos, e terciário (alta complexidade). Quanto à média complexidade, além dos CEO, esta é composta por serviços disponibilizados nos Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) e Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia (SADT). Contudo, os CEO são a principal estratégia da atenção secundária no Brasil³.

Em adição ao resultado da ausência de CEO, Fortuna²⁴ detectou que há regiões de saúde onde não há presença de CEO. Entre os estados brasileiros, apenas cinco estados têm CEO em 100,00% das suas regiões de saúde: Alagoas, Ceará, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte e Roraima. Todavia, dois desses estados constam nesta categoria por contarem com um baixo número de divisões regionais: Mato Grosso do Sul (3 regiões de saúde) e Roraima (1 região de saúde). Tal situação é ainda mais crítica quanto aos LRPD, posto que apenas Alagoas, Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Norte têm LRPD em todas as regiões de saúde. Novamente, a autora ressalva que Mato Grosso do Sul possui apenas três divisões regionais, o que facilita sua colocação nesta categoria.

Desta forma, esta distribuição de CEO dificulta a conformação de uma rede assistencial. Contudo, a autora destaca que além de uma distribuição mais homogênea dos CEO nas regiões de saúde, é essencial que haja uma previsão dos fluxos de pacientes entre os municípios, e que esta previsão conste nos instrumentos da gestão regionalizada, com vistas à garantia dos usuários de diferentes municípios o acesso aos serviços especializados em saúde bucal²⁴. Ou seja, é veementemente a utilização dos instrumentos de planejamento como o PDR para efetivar uma Rede de Atenção à Saúde em prol da equidade em saúde.

Diante do exposto, podemos sintetizar que a implantação de CEO deve ser realizada em municípios que possuam a APS adequadamente estruturada, para que a atenção secundária tenha base para cumprir o princípio da integralidade pretendida³⁷. Assim, potenciaremos a probabilidade de suplantar as barreiras de acesso aos serviços de saúde bucal. Barreiras essas de natureza

diversa: organizacionais, geográficas e socioeconômicas³⁷. Uma alternativa para buscar soluções para superação dessas barreiras é a realização de avaliações para subsidiar o planejamento e a tomada de decisão. Neste sentido, iniciativas como o PMAQ-CEO devem ser destacadas e estudos de avaliação de CEO devem ser conduzidos, uma vez que o objeto dos serviços de saúde, a vida e o processo saúde-doença são bastante dinâmicos. Assim, é preciso revigorar processos avaliativos continuamente.

Conclusão

O desempenho de CEO é influenciado por formas de organização e gerenciamento dos processos de trabalho e por características contextuais dos locais onde estão implantados. De modo geral, localidades mais desenvolvidas apresentaram os melhores resultados de desempenho segundo os indicadores utilizados. E ainda, a implantação de centros de regulação e a formação de consórcios de saúde foram formas de organização da assistência relacionadas com o melhor desempenho dos CEO. Além disso, os estudos apontam a necessidade de se instituírem formas de avaliação dos produtos gerados nesses centros segundo critérios de responsividade. Isto porque os indicadores de satisfação podem não refletir, necessariamente, a qualidade da assistência dos CEO.

Colaboradores

FCA Machado, JV Silva e MAF Ferreira participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. Coordenação Nacional de Saúde bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2004.
2. Santana VGD, Lima AS, Macedo CLSV, Pimentel FC, Araújo Junior JLAC, Marte PJJ. Análise da evolução e financiamento da assistência odontológica na média complexidade no município do Recife no período de 2000 a 2007. *Cad. Saúde Colet* 2008; 16(3):527-544.
3. Goes PSA, Moysés SJ, organizadores. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2012.
4. Saliba NA, Moimaz SAS, Fadel CB, Bino LS. Saúde Bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional. *Rev Odontol Bras Central* 2010; 18(48):62-66.
5. Brasil. Portaria nº 599, de 23 de Março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. *Diário Oficial da União* 2006; 24 mar.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Centros de Especialidades e Laboratórios de Prótese dentária. [acessado 16 fev 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23646&janela=1
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação geral de saúde bucal. *Nota técnica: Portaria SAS 718*. Brasília: MS; 2010.
8. Costa JFR, Chagas LD, organizadores. *A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
9. Guerra KCM. *Os Centros de Especialidades Odontológicas nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro: Uma Investigação dos Fatores Identificáveis como Facilitadores ou Não na Implantação de Uma Política de Indução Financeira* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais*. Brasília: MS; 2004.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2010: Resultados principais*. Brasília: MS; 2011.
12. Brasil. Portaria nº 261, de 21 de Fevereiro de 2013. Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal. *Diário Oficial da União* 2013; 22 fev.
13. Reses MLN. Avaliação da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas em Santa Catarina [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
14. Colussi CF, Calvo MCM. Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura. *Sau. & Transf Soc* 2012; 3(1):92-100.
15. Deitos AR. *Avaliação na atenção especializada em saúde bucal* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
16. Souza GCA. *Centros de Especialidades Odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal* [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2009.
17. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(2):259-267.
18. Lima ACS, Cabral ED, Vasconcelos MMVB. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2010; 26(5):991-1002.
19. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, Noronha JC, Novaes HMD, Oliveira ES, Porto SM, Silva LMV, Szwarcwald CL. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):711-724.
20. Hartz ZMA. Meta-Avaliação da gestão em saúde: desafios para uma “nova saúde pública”. *Cien Saude Colet* 2012; 17(4):829-837.
21. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Júnior G, Rosales MS. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(Supl.):S81-S89.
22. Martelli PJJ. *Política Nacional de Saúde Bucal, da teoria à prática: um estudo de caso acerca de sua implantação em Recife-PE no período 2000 a 2007* [tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2010.
23. Zaitter WM, Silva M, Biazevic MGH, Crosato E, Pizzatto E, Michel-Crosato E. Avaliação da acessibilidade do paciente à clínica de especialidades de Endodontia em dois distritos de saúde do município de Curitiba (PR). *Rev Sul-Bras Odontol* 2009; 6(4):413-420.
24. Fortuna RFP. *A média complexidade no quadro da Política Nacional de Saúde Bucal: uma abordagem do seu processo de desenvolvimento em uma perspectiva regional* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.
25. Fernandes LMAG. *Validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos usuários com os serviços públicos de saúde bucal – QASSaB* [tese]. Camaragibe: Universidade de Pernambuco; 2002.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.135, de 25 de Setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2013; 26 set.
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do Censo Demográfico 2010: População nos Censos Demográficos, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação - 1872/2010. [acessado 2014 ago 3]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Brasil_tab_1_4.pdf

28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Brasil sorridente: Ministério da Saúde aumenta recursos para a saúde bucal* [Internet]. [acessado 2013 abr 8]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5592/162/ministerio-da-saude-aumenta-recursos-para-a-saude-bucal.html>
29. Machado FCA, Costa APS, Pontes ALP, Lima KC, Ferreira MAF. Dificuldades diárias associadas às próteses totais convencionais. *Cien Saude Colet* 2013; 18(10):3091-3100.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual do pesquisador de campo. Projeto SB Brasil 2010*. Brasília: MS; 2009.
31. Herkrath FJ, Herkrath APCQ, Costa LNBS, Gonçalves MJF. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. *Saúde Debate* 2013; 37(96):148-158.
32. Costa APS, Machado FCA, Pereira ALBP, Carreiro AFP, Ferreira MAF. Qualidade técnica e satisfação relacionadas às próteses totais. *Cien Saude Colet* 2013; 18(2):453-460.
33. Sato Y, Hamada S, Akagawa Y, Tsuga K. A method for quantifying overall satisfaction of complete dentures patients. *J Oral Rehabil* 2000; 27(11):952-957.
34. Cunha EFS. *Avaliação de prótese total bimaxilar em função das características da área basal* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
35. Araújo DB, Menezes LMB, Sousa DL. Atenção secundária em saúde bucal e a implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas em um estado do Nordeste, Brasil. *RGO* 2012; 60(1):49-54.
36. Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG, Figueiredo AL. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27:143-154.
37. Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev Saude Publica* 2010; 44(6):1005-1013.
38. Chaves SCL, Soares FF, Rossi TRA, Cangussu MCT, Figueiredo ACL, Cruz DN, Cury PR. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):3115-3124.
39. Bulgareli JV, Faria ET, Ambrosano GMB, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Meneghi MC, Mialhe FL, Pereira AC. Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. *Rev Odontol UNESP* 2013; 42(4):229-236.
40. Magalhães BG, Oliveira RS, Gaspar GS, Figueiredo N, Goes PSA. Avaliação do Cumprimento de Atenção Secundária em Saúde Bucal. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2012; 12(1):107-112.
41. Figueiredo N. *Centros de Especialidades Odontológicas, CEO: um estudo linha de base para avaliação e monitoramento dos serviços para a região Nordeste* [tese]. Camaragibe: Faculdade de odontologia de Pernambuco; 2010.
42. Hart JT. The inverse care Law. *Lancet* 1971; 1(7696):405-412.
43. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 600, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. *Diário Oficial da União* 2006; 24 mar.
44. Brasil. Ministério da Saúde (MS), Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.
45. Silva SF, Magalhães Júnior, HM. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: Silva SF, organizador. *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Campinas: Idisa, CONASEMS; 2008. p. 69-85.
46. Almeida PE. *Estratégias de coordenação dos cuidados: fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2010.
47. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde/ SUS – NOAS e Portaria MS/GM nº 95 de 26 de Janeiro de 2001 e regulamentação complementar*. Brasília: MS; 2001.
48. Pereira AC, Vazquez FL, Guerra LM, Vitor ES, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Meneghim MC. Referência e Contra-Referência na Atenção Secundária em Odontologia em Campinas, SP, Brasil. *Cien Saude Colet* 2013; 19(1):245-256.
49. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2297-2305.
50. Hartz ZMA, Contandriopoulos A. Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl. 2):S331-S336.
51. Santos L, Andrade LOM. Redes interfederativas de saúde. In: Silva SF, organizador. *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Campinas: Idisa, CONASEMS; 2008. p. 35- 65.

Apresentado em 11/06/2014

Aprovado em 17/08/2014

Versão final apresentada em 23/08/2014

