

Cumprimento das metas de periodontia nos Centros de Especialidades Odontológicas do município de São Paulo, SP



Ana Paula Conrado Dulz^a | André Luiz Veiga Conrado^{a*} | Luciana Saraiva^a

^aUniversidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

*Corresponding author: andreveigaconrado@gmail.com

Resumo Este estudo propôs-se em avaliar o cumprimento de metas de produtividade mensais na especialidade de periodontia nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) existentes no município de São Paulo, SP, entre 2008 e 2016. O levantamento utilizou dados da produção de procedimentos odontológicos registrados pelo Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS). Foram avaliadas as metas de produtividade mensais para a periodontia para os CEOs tipo I (60 procedimentos/mês), tipo II (90 procedimentos/mês) e tipo III (150 procedimentos/mês). Os procedimentos avaliados foram: raspagem coronoradicular, enxerto gengival, gengivectomia, gengivoplastia e tratamento cirúrgico periodontal. Foram avaliados os dados de produtividade de nove CEOs, sendo um do tipo I, seis do tipo II e dois do tipo III. O CEO I ultrapassou a meta em todos os anos avaliados, com os CEOs II e III não atingindo a meta pontualmente. Os procedimentos clínicos foram os mais realizados nos CEOs. Porém, o baixo número de procedimentos cirúrgicos e enxertos gengivais contribuíram para que CEOs tipos II e III não alcançassem as metas de produtividade no período entre 2008 e 2016. A meta estabelecida para os CEOs avaliados foi cumprida pelo CEO I, majoritariamente pelos CEOs II e parcialmente pelos CEOs III. A avaliação dos CEOs otimiza a relação entre a oferta e a taxa de utilização dos serviços a fim de se melhorar a qualidade e a distribuição da atenção secundária.

Palavras-chave: atenção secundária à saúde, CEOs, saúde bucal, SUS

Goals achievement of periodontics at the Centers of Dental Specialties in the city of São Paulo, SP

Abstract This study aimed to assess the achievement of monthly productivity goals in the specialty of periodontics in the Centers of Dental Specialties (CEOs) existing in the city of São Paulo, SP, between 2008 and 2016. This survey used data from the production of dental procedures registered by the Outpatient Information System of the National Health System (SIA/SUS). Monthly productivity targets for Periodontics for type I CEOs (60 procedures/month), type II (90 procedures/month), and type III (150 procedures/month) were evaluated. The procedures evaluated were: coronoradicular scaling, gingival graft, gingivectomy, gingivoplasty, and periodontal surgical treatment. The productivity data of nine CEOs were evaluated, one type I, six type II, and two type III. CEO I exceeded the target in all the years evaluated, with CEOs II and III not reaching the goal punctually. Clinical procedures were the most performed in CEOs. However, the low number of surgical procedures and gingival grafts contributed not to achieving productivity targets in type II and III CEOs in the period between 2008 and 2016. The goal set for the CEOs evaluated was met by CEO I, mostly by CEOs II, and partially by CEOs III. The evaluation of CEOs optimizes the relationship between the supply and the rate of use of services in order to improve the quality and distribution of secondary care.

Keywords: secondary health care, CEOs, oral health, SUS

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal em 1988 quando Saúde foi reconhecida com um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, e regulamentado pelas Leis da Saúde, Leis nº 8.080/90 e 8.142/90. Fazem parte dos princípios doutrinários do SUS a universalidade, a equidade e a integralidade (Brasil 1990ab). Seguindo os princípios e normas que regem o SUS, a rede de serviços de saúde bucal organiza-se de forma a possibilitar a atenção integral



à saúde tendo como ponto inicial a rede básica de saúde (atenção primária) que, somando-se às ações em outros níveis assistenciais, compõe a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (Brasil 2004).

A PNSB, também conhecida como Programa Brasil Sorridente (Brasil 2016a), foi lançada em 2004 pelo Ministério da Saúde e 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. Para que as metas fossem cumpridas, houve a reestruturação nos três níveis de atenção à saúde bucal (Brasil 2016b).

A atenção primária contou com a reorganização e ampliação das Equipes de Saúde Bucal do Programa da Saúde da Família que, através da realização de atividades de promoção, prevenção, assistência e reabilitação melhoraram a acessibilidade, qualidade e resolubilidade da mesma (Bulgareli et al 2013). Também houve progressos com o aumento da oferta e qualificação da atenção secundária à saúde por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), estabelecimentos de referência para a atenção básica em saúde bucal (Bulgareli et al 2013; Chaves et al 2010) e a melhoria da assistência odontológica terciária para casos de alta complexidade (Morris e Burke 2001; Magalhães et al 2012; Lino et al 2014).

Os CEOs são serviços de atenção secundária devendo se constituir em unidades de referência para a atenção básica (Bulgareli et al 2013). Oferecem à população, no mínimo, serviços nas especialidades de endodontia, periodontia, PNE (pacientes especiais), semiologia (diagnóstico bucal) e cirurgia oral menor. São classificados em três tipos: Centros de Especialidades Odontológicas tipo I (três cadeiras odontológicas), Centros de Especialidades Odontológicas tipo II (com quatro ou mais cadeiras), Centros de Especialidades Odontológicas tipo III (possuem, no mínimo, sete cadeiras), em funcionamento 40 horas semanais, sendo o número de profissionais variável em função do tipo de CEO (Brasil 2006). Atualmente, a rede do SUS conta com 1037 CEOs implantados no Brasil (Brasil 2016b).

De acordo com dados da PNSB, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondiam a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não havia acompanhado o crescimento da oferta de serviços de atenção básica (Figueiredo e Goes 2009; Vazquez et al 2014). A implantação dos CEOs se constituiu em estratégia relevante à integralidade e acessibilidade para diminuição desse grande déficit (Saliba et al 2013).

A avaliação e monitoramento das ações e serviços ofertados nos CEOs constituem importantes instrumentos de gestão e planejamento para os municípios. Indicadores de produção são também considerados para o repasse de recursos vinculados ao programa de melhoria do acesso e da qualidade dos CEOs, em busca de um padrão de qualidade nacional (Thomaz et al 2016).

O Ministério da Saúde aponta metas mínimas de produtividade para os diversos tipos de CEOs. A produção mensal mínima necessária para a área de periodontia é igual a 60, 90 e 150 procedimentos por mês, respectivamente para os CEOs tipo I, II e III (Brasil 2011). Nos últimos anos, houve um avanço nos mecanismos e instrumentos de acompanhamento e avaliação utilizados pelas instâncias gestoras do SUS. Os sistemas de informação também diversificaram, disponibilizando um leque amplo de dados que tendem a ser mais integrados. Dentre os vários instrumentos de acompanhamento e avaliação em saúde podem-se citar, como exemplos, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), os indicadores e parâmetros assistenciais de cobertura e produtividade e os manuais dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA e SIH), dentre outros (Lino et al 2014).

Foram identificados poucos estudos sobre o cumprimento das metas de produtividade nos CEOs, que tenham avaliados fatores associados à produtividade desses serviços. Tais estudos apresentam importantes resultados para a compreensão do papel dos CEOs no sistema público de saúde (Thomaz et al 2011) e para um efetivo direcionamento de recursos, aprimoramento do sistema ou verificação da qualidade do serviço (Magalhães et al 2012).

Desta forma, o objetivo do presente estudo foi avaliar os modelos de atenção secundária em saúde bucal através do cumprimento das metas de produtividade mensais na especialidade de Periodontia nos CEOs existentes no Município de São Paulo.

2. Material e Métodos

Este estudo é do tipo descritivo, quantitativo, de caráter avaliativo normativo, o qual utilizou dados secundários da produção de procedimentos odontológicos (quantidade apresentada) realizados nos centros de especialidades odontológicas (CEOs) do município de São Paulo - SP, registrados pelo SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial) por meio do Boletim de Produção Ambulatorial.

A coleta de dados foi realizada diretamente no banco de dados do Departamento de Informações do SUS (DATASUS). Foram incluídos no estudo todos os CEOs habilitados (credenciados) desde 2008 e que apresentavam as produções para a especialidade de Periodontia dos últimos nove anos.

As metas de produtividade mensais foram analisadas conforme a Portaria GM/MS nº 1464/2011 (Brasil 2011). As metas estabelecidas para a Periodontia são: 60 procedimentos para os CEOs tipo I, 90 procedimentos para os CEOs tipo II e 150 procedimentos para os CEOs tipo III. Os procedimentos que compõem a meta são: raspagem coronaradicular (por sextante), enxerto gengival, gengivectomia (por sextante), gengivoplastia (por sextante) e tratamento cirúrgico periodontal (por sextante).

3. Resultados

O município de São Paulo contém seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS): Centro, Leste, Norte, Oeste, Sudeste e Sul (Figura 1A). Dos 30 CEOs em funcionamento no Município de São Paulo - SP em 2016, nove estavam dentro dos critérios de inclusão.

Foram avaliados nove CEOs do Município de São Paulo (Tabela 1). Geograficamente, os CEOs inclusos no estudo estão localizados segundo a divisão de CRS: um na CRS Centro, zero na CRS Leste e Norte, um na CRS Oeste, cinco na CRS Sudeste e dois na CRS Sul (Figura 1B). Ao final do período avaliado, a população do Município de São Paulo se distribuía geograficamente da seguinte forma: Centro – 450.850 habitantes; Leste – 2.454.656 habitantes; Norte – 2.274.597 habitantes; Oeste – 1.059.400 habitantes; Sudeste – 2.669.988 habitantes e Sul – 2.708.311 habitantes (IBGE 2016), com um CEO para cada 387.960 habitantes em 2016.

Tabela 1 CEOs do Município de São Paulo avaliados nesta pesquisa.

Nome	Tipo	CNES
Ceci	CEO I	2751844
Lapa	CEO II	3257797
Penha	CEO II	3382613
Visconde de Itaúna	CEO II	5380197
Sapopemba	CEO II	2751968
LRPD Humberto Nastari	CEO II	2786621
Alfredo Reis Viegas	CEO III	2072270
Parelheiros	CEO III	5012600

OBS: CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>

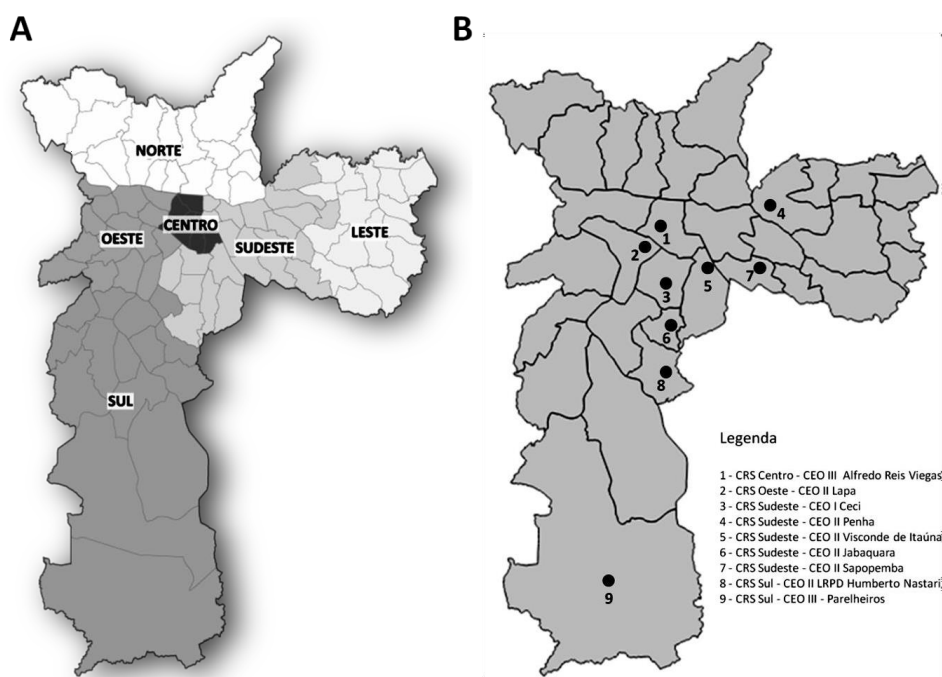


Figura 1 A) Localização das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) do Município de São Paulo. B) localização dos CEOs analisados.

No geral, os procedimentos clínicos – incluindo a raspagem coronorradicular – foram os mais realizados nos CEOs avaliados no período entre 2008 e 2016. Procedimentos cirúrgicos mais complexos, como enxertos gengivais, são avaliados na meta de produtividade dos periodontistas com o mesmo peso numérico que raspagem coronorradiculares por sextante.

Analisando os números de procedimentos que compõem a meta de produtividade conforme a Portaria GM/MS nº 1464/2011 (Brasil 2011), observou-se que o CEO I Ceci ultrapassou a meta de produtividade na especialidade de Periodontia em todos os anos do período estudado, atingindo 2602 atendimentos em 2013.

O não cumprimento da meta de produtividade foi pontual nos CEO II avaliados. O CEO II Lapa não alcançou a meta por três anos consecutivos (2013 - 2015) e o CEO II LRPD Humberto Nastari também não atingiu a meta nos anos de 2008, 2009 e 2014. Casos pontuais foram observados no CEO II Sapopemba e CEO II Visconde de Itaúna em 2008 e CEO II Jabaquara em 2010.

O CEO III Alfredo Reis Viegas alcançou a meta de produtividade apenas nos anos de 2014 e 2015, contudo observou-se um aumento no número de procedimentos realizados entre os anos de 2008 e 2015. E o CEO III Parelheiros apresentou-se abaixo da meta de produtividade nos anos de 2008, 2009 e 2013.

Analisando separadamente os CEOs que não cumpriram a meta, detectou-se que a queda do número de raspagens coronorradiculares e de tratamentos cirúrgicos periodontais foram os responsáveis pelo CEO II Lapa não alcançar a meta de produtividade nos anos de 2013 a 2015 (Tabela 2).

Tabela 2 CEO II Lapa - Número de Procedimentos que compõem a meta de produtividade conforme a Portaria GM/MS nº 1464/2011.

Procedimentos	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Raspagem coronorradicular (por sextante)	1404	1222	1182	2698	2615	955	814	461	987
Enxerto Gengival	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Gengivectomia (por sextante)	29	33	17	16	4	9	13	5	41
Gengivoplastia (por sextante)	54	41	54	23	2	7	14	5	44
Tratamento Cirúrgico Periodontal (por sextante)	67	44	38	40	0	0	0	0	12
Metas CEO II = 90 proc. Mensais = 1080 anuais	1555	1340	1292	2777	2621	971	841	471	1084

No período avaliado, o CEO II - LRPD Humberto Nastari apresentou um baixo número de procedimentos cirúrgicos (Tabela 3). Um dos itens que compõe a meta é o procedimento de enxerto conjuntivo, o qual não foi realizado no período estudado. O número de raspagens coronorradiculares foi o fator limitante para que esse CEO não atingisse a quantidade exigida de procedimentos para o cumprimento da meta.

Tabela 3 CEO II LRPD Humberto Nastari - Número de Procedimentos que compõem a meta de produtividade conforme a Portaria GM/MS nº 1464/2011.

Procedimentos	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Raspagem coronorradicular (por sextante)	681	1006	1842	1971	2055	1715	1001	1335	1799
Enxerto Gengival	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gengivectomia (por sextante)	2	1	30	3	13	10	6	13	8
Gengivoplastia (por sextante)	0	0	1	0	1	9	0	0	0
Tratamento Cirúrgico Periodontal (por sextante)	1	22	1	2	0	0	15	6	22
Metas CEO II = 90 proc. Mensais = 1080 anuais	684	1029	1874	1976	2069	1734	1022	1354	1829

No CEO III - Alfredo Viegas, apesar da regularidade de procedimentos cirúrgicos entre os anos de 2011 a 2016, não foi realizado nenhum enxerto gengival neste período (Tabela 4). O aumento do número de raspagens coronorradiculares foi o responsável pelo alcance do número de procedimentos para o cumprimento da meta nos anos de 2014 e 2015.

Tabela 4 CEO III Alfredo Viegas - Número de Procedimentos que compõem a meta de produtividade conforme a Portaria GM/MS nº 1464/2011.

Procedimentos	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Raspagem coronorradicular (por sextante)	247	436	1468	931	1152	1396	1665	2212	919
Enxerto Gengival	13	23	1	0	0	0	0	0	0
Gengivectomia (por sextante)	42	62	38	46	74	57	74	180	225
Gengivoplastia (por sextante)	23	79	56	22	71	53	73	112	76
Tratamento Cirúrgico Periodontal (por sextante)	4	16	70	67	64	61	76	179	221
Metas CEO III = 150 proc. Mensais = 1800 anuais	329	616	1633	1066	1361	1567	1888	2683	1441

Apesar da regularidade no número de gengivectomias realizadas no CEO III - Parelheiros (Tabela 5), a quantidade total de procedimentos cirúrgicos foi baixa durante o período analisado. Exemplo disto foi a ausência de enxertos gengivais realizados entre 2008 e 2016. Mesmo apresentando-se abaixo da meta nos anos de 2008, 2014 e 2015, o número de procedimentos realizados neste CEO elevou-se substancialmente durante os anos de 2009 a 2013, sendo que em 2011 e 2012 atingiu dobro do estipulado para a meta de produtividade.

Tabela 5 CEO III Parelheiros - Número de Procedimentos que compõem a meta de produtividade conforme a Portaria GM/MS nº 1464/2011.

Procedimentos	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Raspagem coronorradicular (por sextante)	1115	2272	2655	3670	3845	2535	1627	1558	2161
Enxerto Gengival	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gengivectomia (por sextante)	5	8	12	24	25	11	34	11	45
Gengivoplastia (por sextante)	0	0	0	2	2	0	0	0	3
Tratamento Cirúrgico Periodontal (por sextante)	4	3	17	5	6	2	0	0	6
Metas CEO III = 150 proc. Mensais = 1800 anuais	1124	2283	2684	3701	3878	2548	1661	1569	2215

4. Discussão

O presente trabalho avaliou a produtividade dos CEOs do Município de São Paulo entre 2008 e 2016 que apresentavam a especialidade de Periodontia. Analisando CEOs dos estados de Pernambuco (Figueiredo e Goes 2009) e do Maranhão (Thomaz et al 2011), ambos os trabalhos verificaram que a maioria dos CEOs estudados também era do tipo II como o observado nos resultados desta pesquisa. Observou-se que 68,2% dos CEOs pernambucanos e 53,3% dos maranhenses cumpriram a meta para periodontia, com os piores resultados obtidos em CEOs do tipo I e III. Os resultados revelaram que o não cumprimento da meta de produtividade foi pontual nos CEOs II, mas pior nos CEOs III. Baseando-se no número de habitantes e quantidade total de CEOs, a região com menor oferta de serviços de atenção secundária em saúde bucal foi a Coordenadoria Regional de Saúde Oeste e a com maior oferta a Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste.

Durante o período avaliado, pode-se considerar a atividade dos periodontistas como satisfatória, quando se considera que o Município de São Paulo contava com 30 CEOs em 2016. Entretanto, a localização é também um fator importante, pois eles devem ter abrangência microrregional com base populacional, sendo que o tipo II teria capacidade para atender uma população referenciada de até 130.000 habitantes (Lino et al 2014). De acordo com Silva e Gottens (2017), o estudo epidemiológico deve ser a base para verificar se a distribuição das especialidades e os tipos de CEO de uma região, a fim de se conseguir suprir a real necessidade de saúde da população.

Para Thomaz et al (2016), um maior número e melhor distribuição territorial dos CEOs favorecem a referência e contrarreferência, garantindo acesso da população ao atendimento e cumprindo-se assim a integralidade. Porém, para o cumprimento da integralidade da atenção no âmbito odontológico não basta apenas a existência dos três níveis de atenção. As dificuldades encontradas no fluxo de referência e contrarreferência são definitivamente os entraves da integralidade (Vazquez et al 2014; Thomaz et al 2011).

Se, por um lado, a utilização de dados secundários dos sistemas de informação em saúde pode ser considerada uma limitação deste estudo (Figueiredo e Goes 2009; Goes et al 2012), de acordo com Chaves et al (2011) e Lino et al (2014), a facilidade de acesso às informações para o gestor possibilita a avaliação das políticas de saúde adotadas. Segundo Silva e Gottens (2017), há uma diferença entre a real oferta de procedimentos por especialidade e o que é preconizado em portarias oficiais, as quais se baseiam no tipo de CEO. Assim é necessário conciliar a relação da oferta e da taxa de utilização dos serviços.

É de grande relevância avaliar a acessibilidade e demanda reprimida para especialidades, modelos de gestão, percentual de faltas, percepção do usuário, abandono de tratamento pelo paciente e resolubilidade na especialidade, pois estes dados podem refletir a qualidade da atenção básica na efetivação da integralidade. O gestor tem seu papel de coordenador e acompanha longitudinalmente as atividades da rede de serviços, determinando prioridades de atendimento e sugerindo meios para organização da demanda dos serviços odontológicos públicos a fim de colaborem na resolubilidade dos problemas encontrados (Bulgareli et al 2013; Vazquez et al 2014; Saliba et al 2013). Assim, há a necessidade de revisão de atendimentos realizados nos CEOs para a análise crítica da atuação dos profissionais ao longo do tempo. Sem isto, o gestor fica impossibilitado de realizar o planejamento a médio e longo prazo de sua unidade, bem como do município como um todo.

5. Conclusões

A meta estabelecida para os CEOs avaliados foi cumprida pelo CEO I, majoritariamente pelos CEOs II e parcialmente pelos CEOs III no período de 2008 a 2016 no município de São Paulo.

Para melhorias no atendimento na atenção secundária, é necessário o conhecimento do perfil epidemiológico da população atendida para conciliar a relação entre a oferta e a taxa de utilização dos serviços, a fim de se cumprir as metas estabelecidas.

Desta forma, a avaliação e adequação dos CEOs podem levar à melhoria da qualidade e distribuição da atenção secundária e à integralidade do atendimento pelo SUS.

Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram não existir conflito de interesses na confecção e publicação deste artigo.

Financiamento

Este artigo não recebeu financiamento público ou privado.

Referências

Brasil (1990a) Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990, 20 set. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 20 de setembro de 2021.

Brasil (1990b) Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990, 28 dez. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm Acesso em: 15 de maio de 2021.



- Brasil (2004) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS; 2004. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/acoes_politica_saude_bucal.pdf Acesso em: 30 de maio de 2021.
- Brasil (2006) Ministério da Saúde. 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. Brasília: MS, 2006. Disponível em: www.bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html Acesso em 20 de janeiro de 2019.
- Brasil (2011) Ministério da Saúde. Portaria nº 1464 de 24 de junho de 2011. Altera o anexo da portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília: MS, 2011. Disponível em: www.bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html Acesso em 20 de janeiro de 2019.
- Brasil (2016a) Ministério da Saúde. Passo a passo para implantar Centro de Especialidades Odontológicas - Programa Brasil Sorridente. 2016. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm Acesso em: 20 de janeiro de 2019.
- Brasil (2016b) Ministério da Saúde. Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS; 2016b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Passo_a_Passo_Saude_Bucal_final.pdf Acesso em: 17 de agosto de 2021.
- Bulgareli JV, Faria ETD, Ambrosano GMB, Vazquez FDL, Cortellazzi KL, Meneghim MDC, Mialhe FL, Pereira AC (2013) Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. *Revista de Odontologia da UNESP* 42:229-36.
- Chaves SCL, Barros SGD, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT (2010) Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Revista de Saúde Pública* 44(6):1005-1013.
- Chaves SCL, Cruz DN, Barros SGD, Figueiredo AL (2011) Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 27:143-154.
- Figueiredo N, Goes PSA (2009) Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 25:259-67.
- Goes PSA, Figueiredo N, Neves JCD, Silveira FMDM, Costa JFR, Pucca Júnior GA, Rosales MS (2012) Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 28 Supl:s81-s9.
- IBGE (2016) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2016. Brasília: IBGE.
- Lino PA, Werneck MAF, Lucas SD, Abreu MHNGD (2014) Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 19:3879-88. DOI: 10.1590/1413-81232014199.12192013
- Magalhães BG, Oliveira RS, Gaspar GS, Figueiredo N (2012) Avaliação do cumprimento de atenção secundária em saúde bucal. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada* 12:107-12. DOI: 10.4034/PBOCL.2012.121.17
- Morris AJ, Burke, FJT (2001) Health policy: Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *British Dental Journal* 191:666-70.
- Saliba NA, Nayme JGR, Moimaz SAS, Cecilio LPP, Garbin CAS (2013) Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. *Revista de Odontologia da UNESP* 42:317-23.
- Silva HEC, Gottems LBD (2017) The interface between primary and secondary care in dentistry in the Unified Health System (SUS): an integrative systematic review. *Ciência & Saúde Coletiva* 22:2645-57. DOI: 10.1590/1413-81232017228.22432015
- Thomaz EBAF, Sousa GMCD, Queiroz RCDS, Coimbra LC (2016) Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 25:807-18. DOI: 10.5123/S1679-49742016000400014
- Vazquez FL, Guerra LM, Vitor EDS, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Meneghim MDC, Pereira AC (2014) Referência e contrarreferência na atenção secundária em odontologia em Campinas, SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 19:245-56.