

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE - RS
PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM
SAÚDE - EAD**

**DESAFIOS E CONQUISTAS DA IMPLANTAÇÃO DOS
CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
PELA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Glauber Costa de Oliveira

Sobradinho, RS, Brasil

2012

**DESAFIOS E CONQUISTAS DA IMPLANTAÇÃO DOS
CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS PELA
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL**

Glauber Costa de Oliveira

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde - EAD, Área de Concentração em Saúde Pública, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientador: Prof. MSC. Márcio Rossato Badke

Sobradinho, RS, Brasil

2012

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Educação Superior Norte - RS
Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde - EAD**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho de Conclusão de Curso**

**DESAFIOS E CONQUISTAS DA IMPLANTAÇÃO DOS
CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS PELA
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL**

elaborado por
Glauber Costa de Oliveira

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Márcio Rossato Badke , Msc.
(Presidente/Orientador)

Silvana Bastos Cogo Bisogno, **Msc.** (UFSM)

Luciane Dittgen Miritz, **Msc.** (UFSM)

Sobradinho, 14 de dezembro de 2012.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Santa Maria - pela qualidade do ensino público e gratuito;
Aos meus pais, irmãos e namorada que sempre me incentivaram, apoiaram, deram condições para a busca por conhecimento e continuar a caminhada dos estudos;
Aos professores, tutores e coordenadores da especialização, pois é notável os esforços para nos oferecerem um curso de qualidade;
Ao professor Msc. Márcio Rossato Badke pelas orientações e tempo dedicado na construção deste trabalho;
À tutora Msc. Carine Magalhães Zanchi por sua grande contribuição em todo o trabalho, sempre passando orientações, dicas, correções, avaliações;
Aos professores componentes da banca pelo tempo dedicado na avaliação do TCC;
Enfim, a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho, e não estão nominalmente citados.

EPÍGRAFE

"Há homens que lutam um dia e são bons.
Há outros que lutam um ano e são melhores.
Há os que lutam muitos anos e são muito
bons.
Porém, há os que lutam toda a vida.
Esses são os imprescindíveis."

(BERTOLT BRECHT)

RESUMO

Trabalho de Conclusão de Curso
Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde -
EAD
Centro de Educação Superior Norte - RS
Universidade Federal de Santa Maria

DESAFIOS E CONQUISTAS DA IMPLANTAÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS PELA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

AUTOR: GLAUBER COSTA DE OLIVEIRA

ORIENTADOR: MÁRCIO ROSSATO BADKE

Data e Local da Defesa: Sobradinho, 14 de dezembro de 2012.

Para ampliar o acesso ao tratamento odontológico, o Ministério da Saúde lançou em março de 2004 o programa Brasil Sorridente. Uma das frentes de atuação foi a implantação e melhoria dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) para servirem de referência às equipes da atenção básica. É importante conhecer a realidade da atenção secundária em odontologia, para continuar investindo nos aspectos positivos e melhorar os negativos. Então, o presente trabalho visa apresentar uma revisão de literatura sobre a atenção secundária em saúde bucal no Sistema Único de Saúde, demonstrando os desafios, as conquistas da implantação dos CEO pela Política Nacional de Saúde Bucal e a situação da atenção especializada no Brasil. O estudo abrange o período desde o lançamento do Programa Brasil Sorridente até o ano de 2012. A busca das referências foi realizada por palavras-chave, correspondendo às mesmas abaixo deste resumo, na Biblioteca Virtual em Saúde e no o site Google Acadêmico. Em conclusão, o Brasil apresenta 890 CEO, o perfil da população usuária dos centros constitui-se de maioria mulheres, pacientes com baixos rendimentos e baixo grau de escolaridade. Como conquistas da implantação dos CEO e da atenção secundária, constatou-se grandes investimentos, aumento do número de procedimentos especializados, maior acesso a endodontia, diminuição de exodontias e avaliação positiva dos serviços prestados. Quanto aos desafios a enfrentar destaca-se a demora para consultar e problemas de referência e contra-referência. Enfim, há necessidade de criação de políticas regionais que se somam às federais para melhorar o acesso, garantindo a integralidade em saúde bucal.

Palavras-chave: Centro de Especialidades Odontológicas. Atenção Secundária em Odontologia. Brasil Sorridente. Política Nacional de Saúde Bucal.

ABSTRACT

End of Course Work
Graduate Program in Management in Public Health Organization - EAD
Centro de Educação Superior Norte - RS
Universidade Federal de Santa Maria

CHALLENGES AND ACHIEVEMENTS OF IMPLANTATION OF DENTAL SPECIALTIES CENTERS BY THE NATIONAL ORAL HEALTH POLICY

AUTHOR: GLAUBER COSTA DE OLIVEIRA

ADVISER: MÁRCIO ROSSATO BADKE

Defense Place and Date: Sobradinho, December 14nd, 2012.

To expand access to dental care, the Health Ministry launched in March 2004 the program Smiling Brazil. One of the fronts was the implantation and improvement of Dental Specialties Centers (DSC) to serve as a reference of primary care teams. It is important to know the reality of secondary care in dentistry, to continue investing in positive aspects and improve the negatives. So, the present work aims to present a review of literature on oral health in secondary care in the Unified Health System, demonstrating the challenges, achievements of implantation of DSC by the National Oral Health Policy and the situation of specialized care in Brazil. The study covers the period since the launch of the Smiling Brazil until the year 2012. The search of the references was conducted by the keywords, corresponding to the same below this summary, in Virtual Health Library and in site Scholar Google. In conclusion, Brazil has 890 DSC, the profile of the user population centers made up of mostly women, patients with low income and low education level. As achievements of implementation of DSC and of attention secondary was found large investments, increasing the number of specialized procedures, greater access to endodontics, extractions decreased and positive evaluation of services. As for challenges to be faced stands out the delay to consult and problems the reference and counter-reference. Lastly, there are need to create regional policies that add up federals to improve access, ensuring the integrity in oral health.

Key words: Dental Specialties Center. Secondary Care in Dentistry. Smiling Brazil. National Oral Health Policy

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de CEO dos estados da Região Norte.....	15
Tabela 2 - Número de CEO dos estados da Região Nordeste.....	16
Tabela 3 - Número de CEO dos estados da Região Centro-Oeste.....	16
Tabela 4 - Número de CEO dos estados da Região Sudeste.....	17
Tabela 5 - Número de CEO dos estados da Região Sul.....	17
Tabela 6 - Número de CEO Distrito Federal.....	18
Tabela 7 - Valores repassados para áreas específicas (em milhões de R\$).....	23

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Número de CEO por regiões geoeconômicas do Brasil.....	18
Gráfico 2- Quantidade de CEO conforme sua classificação.....	19
Gráfico 3- Porcentagem de dentistas e médicos contratados no Sistema Único de Saúde, em relação ao total habilitado para o exercício profissional nas regiões brasileiras. Janeiro, 2008.....	21
Gráfico 4 - Investimentos em saúde por período político (em bilhões R\$).....	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFO	Conselho Federal de odontologia
CNSB	Coordenação Nacional de Saúde Bucal
CPO	Cariados, Perdidos e Obturados
CREO	Centros de Referência de Especialidades Odontológicas
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MS	Ministério da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PE	Pernambuco
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PR	Paraná
PTC	Prótese Total Convencional
RN	Rio Grande do Norte
RS	Rio Grande do Sul
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SB	Saúde Bucal
SC	Santa Catarina
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 Centro de Especialidades Odontológicas.....	13
2.2 Quantificação de CEO no Brasil.....	15
2.3 Saúde, odontologia e CEO.....	19
2.4 Financiamento do Brasil Sorridente.....	22
2.5 Referência, contra-referência, integralidade e acesso.....	25
2.6 Qualidade dos serviços nos CEO.....	28
2.7 Entrevistas sobre o Brasil Sorridente.....	30
2.8 Cumprimento das metas nos CEO.....	31
2.9 Serviços de ortodontia e CEO.....	32
3 METODOLOGIA.....	34
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
5 CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO

A lei 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. Esta lei tem como um dos princípios a integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. (BRASIL, 1990).

Com a necessidade de garantir a integralidade de assistência, foram criados os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), responsáveis pela atenção secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde (SUS). Os CEO fazem o tratamento clínico especializado que não pode ser executado nas unidades de atenção básica. Os atuais centros são o resultado da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada Brasil Sorridente.

Visando ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, o governo federal lança portarias e ações organizadoras da atenção secundária e terciária, pois a odontologia pública no Brasil vinha se restringindo quase que completamente aos serviços básicos e com acesso muito reduzido pela população. A ausência de oferta de serviços de atenção secundária e terciária comprometia o estabelecimento de sistemas de referência e contra-referência. (BRASIL, 2012b).

Segundo opinião própria do Ministério da Saúde, a implantação do Brasil Sorridente mudou o foco da atenção em saúde bucal, pois objetiva ganhos na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propõe um modelo que dê conta da universalidade, integralidade e equidade. (BRASIL, 2012a).

O Brasil Sorridente foi lançado pelo Ministério da Saúde em 17 de março de 2004 para ampliar o acesso ao tratamento odontológico. Dados retirados do portal da saúde confirmam a importância deste programa, pois o primeiro levantamento nacional de saúde bucal, concluído em março de 2004 pelo Ministério da Saúde, mostrou que 13% dos adolescentes nunca foram ao dentista, 20% da população brasileira já perdeu todos os dentes, 45% dos brasileiros não têm acesso regular a escova de dente. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apurados em 1998 indicam que, até aquele ano, 30 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao dentista. (BRASIL, 2012c).

O Programa é uma política federal que objetiva ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Consequentemente trás a expansão da atenção básica e aumento da oferta de diversidade de procedimentos. Em relação à oferta de serviços especializados, nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde (2004), consta que o Ministério da Saúde contribuirá para a implantação e/ou melhoria de Centros de Referência de Especialidades Odontológicas (CREO), atualmente chamados de CEO, para servirem de referência às equipes de Saúde Bucal da atenção básica. Entre os procedimentos incluem-se, dentre outros, tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade, e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção. (BRASIL, 2004a).

A implementação dos centros é apenas uma das linhas de atuação do programa Brasil Sorridente. Os tratamentos realizados nos CEO são continuação do trabalho realizado pelas equipes de atenção básica nos municípios. Os profissionais do primeiro nível de atenção são responsáveis pelo primeiro atendimento e encaminhamento do paciente a este local de serviço especializado. (BRASIL, 2012d).

Como profissional da atenção básica de saúde, empiricamente, foi constatada uma grande demanda para a atenção especializada em odontologia, mas ainda com acesso muito reduzido, por isso o interesse em pesquisar o tema e entender a realidade da atenção secundária em odontologia. Também, é importante conhecer tal realidade para continuar investindo nos aspectos positivos e melhorar os negativos, contribuindo assim para aumento do acesso pela população aos tratamentos de referência mais complexa.

Então, o presente trabalho visa apresentar uma revisão de literatura sobre a atenção secundária em odontologia no SUS, desde o lançamento do programa Brasil Sorridente até a data atual. Serão demonstrados os desafios, as conquistas da implantação dos CEO pela Política Nacional de Saúde Bucal e a situação da atenção especializada no Brasil.

A seguir, serão apresentadas informações sobre financiamento do programa Brasil Sorridente, funcionamento dos CEO, qualidade dos serviços prestados nos centros, referência e contra-referência em saúde bucal, inúmeros dados sobre a atenção secundária em odontologia e outros assuntos que se somam ao tema abordado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura a seguir apresenta informações do Ministério da Saúde e de pesquisas realizadas por autores da área. As seções 2.1 e 2.2 são referenciadas na legislação atual e dados do site da Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Do item 2.3 em diante são informações captadas de trabalhos que falam sobre CEO, pesquisas realizadas neles ou assuntos envolvendo eles. Visto que são poucos os artigos sobre os CEO e atenção secundária em odontologia, procurou-se absorver o máximo de dados que cada autor apresentava, e por isso, os trabalhos lidos foram agrupados em seções.

2.1 Centro de Especialidades Odontológicas

Conforme a Portaria Nº 599/GM, de 23 de março de 2006, que define a implantação dos CEO e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs), estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento, regulamenta que os CEO são classificados como Tipo Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade, com serviço especializado de Odontologia para realizar, no mínimo, as seguintes atividades:

- I - diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal;
- II - periodontia especializada;
- III - cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- IV - endodontia; e
- V - atendimento a portadores de necessidades especiais. (BRASIL, 2006)

De acordo com a Portaria acima existem três tipos de CEO, todos podem realizar os mesmos procedimentos. O CEO tipo I deve apresentar três consultórios odontológicos completos (cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor), tendo como recursos humanos da saúde, três ou mais cirurgiões-dentistas e um auxiliar de saúde bucal por consultório. O tipo II apresenta de quatro a seis consultórios completos, contando com quatro ou mais cirurgiões-dentistas e um auxiliar de saúde bucal por consultório. O tipo III tem sete ou mais consultórios odontológicos, podendo ser composto por sete ou mais cirurgiões-dentistas, e também, de um auxiliar de saúde bucal por consultório. Cada um dos consultórios

odontológicos deve ser utilizado para a realização de procedimentos clínicos por no mínimo 40 horas semanais, independente do número de cirurgiões dentistas que nele atuem. (BRASIL, 2006).

Para incentivar implantar e custear as despesas mensais de um CEO, a Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012 define que para o incentivo de implantação, para construção, ampliação, reforma e aquisição de equipamentos odontológicos os valores são de R\$ 60 mil para CEO tipo I, R\$ 75 mil para o tipo II e R\$ 120 mil para o tipo III. Já para o custeio mensal, os valores são de R\$ 8.250 mil para CEO tipo I, R\$ 11.000 mil para o tipo II, R\$ 19.250 mil para o tipo III. (BRASIL, 2012e).

Para o funcionamento dos CEO há uma produção mínima mensal a ser realizada e apresentada. Os números mínimos são determinados pela Portaria nº 1.464, de 24 de junho 2011. O CEO tipo I deve realizar 80 procedimentos básicos, 60 de periodontia, 35 de endodontia e 80 de cirurgia oral, resultando num somatório de 255 procedimentos mensais. O CEO tipo II deverá apresentar na sua produção 110 procedimentos básicos, 90 de periodontia, 60 de endodontia e 90 de cirurgia oral, resultando em 350 procedimentos por mês. O tipo III deve fazer 190 procedimentos básicos, 150 de periodontia, 95 de endodontia e 170 de cirurgia, logo, é 605 o número mínimo de procedimentos. A transferência de recursos referentes aos incentivos mensais dos CEO será suspensa, de maneira integral, quando a produção mínima mensal, em qualquer das especialidades acima citadas, não for atingida por dois meses consecutivos ou três meses alternada no período de um ano, e será mantida até a regularização da produção mínima mensal. (BRASIL, 2011a).

O SUS instituiu novos procedimentos especificados na Portaria nº 718/SAS, de 20 de dezembro de 2010: aparelho ortodôntico/ortopédico e implante dentário osteointegrado, incluindo a prótese sobre o implante. Os tratamentos poderão ser realizados nos CEO, aumentando assim a lista de tratamentos especializados no SUS. (BRASIL, 2010).

2.2 Quantificação de CEO no Brasil

Com dados retirados do site da Coordenação Nacional de Saúde Bucal (2012) é possível construir as seguintes tabelas e gráficos:

Tabela 1- Número de CEO dos estados da Região Norte

	CEO Tipo I	CEO Tipo II	CEO Tipo III	Total
Acre	1	2	0	3
Amapá	1	0	2	3
Amazonas	2	8	1	11
Pará	15	9	5	29
Rondônia	2	6	1	9
Roraima	0	1	0	1
Tocantins	4	2	1	7
Total	25	28	10	63

Fonte: Elaboração própria com dados da Coordenação Nacional de Saúde Bucal (2012).

A Região Norte é quarta em número de CEO, média de nove por estado.

Tabela 2- Número de CEO dos estados da Região Nordeste

	CEO Tipo I	CEO Tipo II	CEO Tipo III	Total
Alagoas	10	9	1	20
Bahia	28	39	7	74
Ceará	43	16	28	87
Maranhão	5	22	1	28
Paraíba	29	16	3	48
Pernambuco	21	22	2	45
Piauí	14	12	0	26
Rio Grande do Norte	0	19	2	21
Sergipe	0	8	5	13
Total	150	163	49	362

Fonte: Elaboração própria com dados da Coordenação Nacional de Saúde Bucal (2012).

A Região Nordeste possui o maior número de CEO no Brasil, mas não a maior média, em razão de ter muitos estados comparando com outras regiões do país, 10 ao todo. Para esta região a média de CEO por estado é de 40,2.

Tabela 3 - Número de CEO dos estados da Região Centro-Oeste

	CEO Tipo I	CEO Tipo II	CEO Tipo III	Total
Goiás	0	6	0	6
Mato Grosso	1	4	1	6
Mato Grosso do Sul	5	9	1	15
Total	6	19	2	27

Fonte: Elaboração própria com dados da Coordenação Nacional de Saúde Bucal (2012).

A Região Centro-Oeste apresenta-se em quinto lugar quanto ao número de CEO instalados e média de nove por estado.

Tabela 4 - Número de CEO dos estados da Região Sudeste

	CEO Tipo I	CEO Tipo II	CEO Tipo III	Total
Espírito Santo	7	2	1	10
Minas Gerais	28	52	2	82
Rio de Janeiro	12	48	6	66
São Paulo	53	94	17	164
Total	100	196	26	322

Fonte: Elaboração própria com dados da Coordenação Nacional de Saúde Bucal (2012).

A Região Sudeste é a segunda que mais possui CEO, detém a maior média de CEO por estado no Brasil, sendo de 80,5.

Tabela 5 - Número de CEO dos estados da Região Sul

	CEO Tipo I	CEO Tipo II	CEO Tipo III	Total
Paraná	12	21	15	48
Santa Catarina	23	15	1	39
Rio Grande Do sul	15	7	1	23
Total	50	43	17	110

Fonte: Elaboração própria com dados da Coordenação Nacional de Saúde Bucal (2012).

A Região Sul possui uma média de 36,6 CEO por estados e é a terceira que mais possui CEO.

Tabela 6 - Número de CEO Distrito Federal

	CEO Tipo I	CEO Tipo II	CEO Tipo III	Total
Distrito Federal	0	6	0	6
Total	0	6	0	6

Fonte: Elaboração própria com dados da Coordenação Nacional de Saúde Bucal (2012).

Todos os CEO do Distrito Federal são do tipo II.

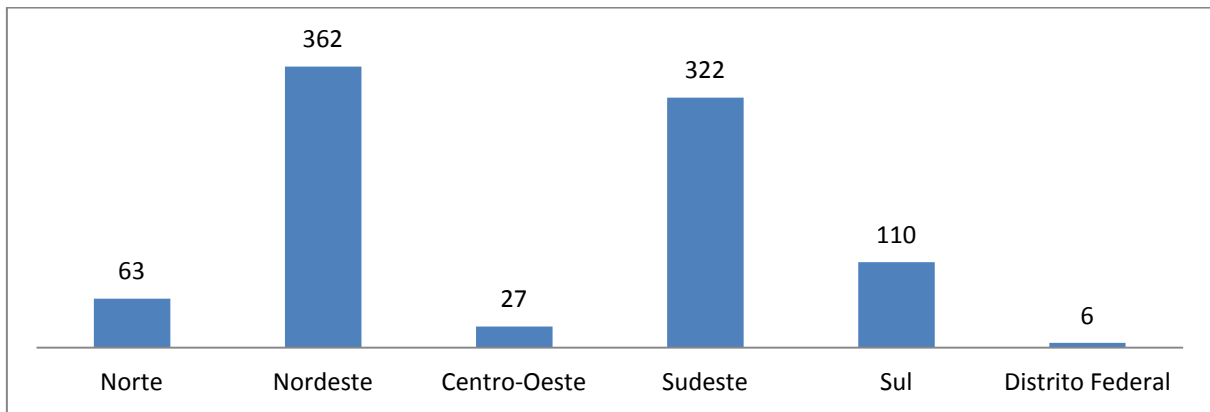


Gráfico 1 - Número de CEO por regiões geoeconômicas do Brasil

Fonte: Elaboração própria com dados da Coordenação Nacional de Saúde Bucal (2012).

As Regiões Norte e Centro-Oeste possuem as menores médias de CEO por estado, sendo de nove.

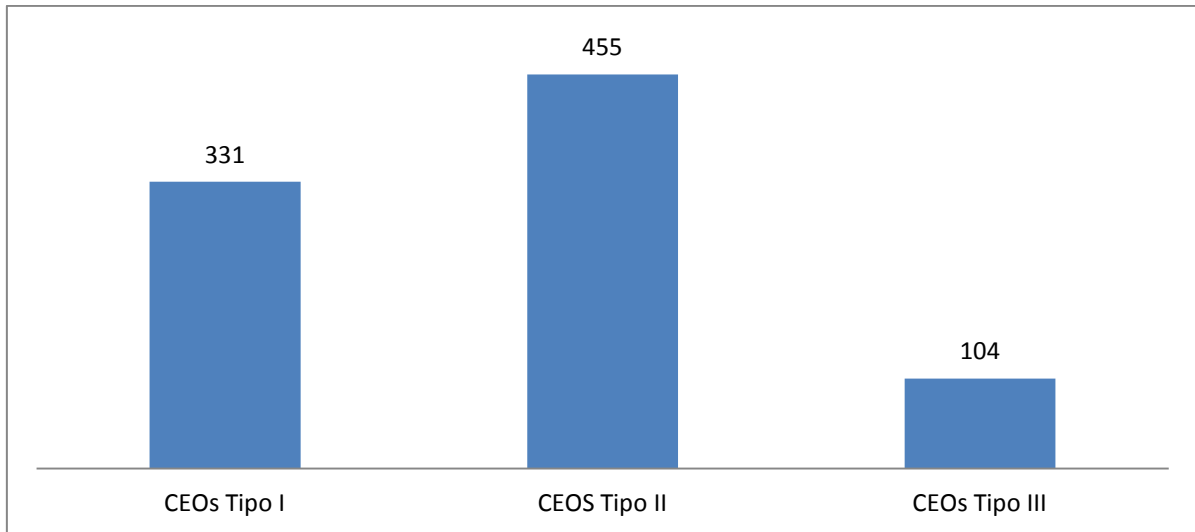


Gráfico 2 - Quantidades de CEO conforme sua classificação

Fonte: Elaboração própria com dados da Coordenação Nacional de Saúde Bucal (2012).

O Brasil apresenta atualmente 890 CEO, sendo a maioria localizados na Região Nordeste. A modalidade de CEO que mais existe é a tipo II.

2.3 Saúde, odontologia e CEO

Segundo o Ministério da Saúde, com a consolidação dos Centros observa-se aumento no número total de procedimentos odontológicos especializados, de 6 milhões em 2003 para 25 milhões no ano de 2010. (BRASIL, 2011b).

Dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) do ano de 2003 revelaram que apenas 3,5% do total de procedimentos odontológicos realizados naquele ano foram de especialidades, evidenciando a grande desproporção na oferta entre procedimentos odontológicos básicos e especializados, o que levou à instituição dos Centros de Especialidades Odontológicas como estratégia da política nacional de saúde bucal para assegurar a atenção secundária em saúde bucal. (BRASIL, 2004, apud FIGUEIREDO E GOES, 2009, p. 260)

Consta no relatório final da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal-Projeto SB Brasil 2010 que o Brasil Sorridente teve como embasamento epidemiológico a conclusão do Projeto SB Brasil 2003. Nesses sete anos de intervalo entre os dois levantamentos nacionais de saúde

bucal, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Saúde Bucal, apresenta inúmeros dados com melhorias das condições de saúde bucal da população brasileira. Destaca-se o índice CPO (Cariados, Perdidos e Obturados da população) de 35 a 44 anos, que em 2003 a média registrada foi de 20,1; diminuindo para 16,3 em 2010, uma redução de 19%. Tão importante quanto o declínio no valor do CPO é o crescimento da proporção do componente “obturado”, que sai de 4,2 para 7,1; aumento de 69%, associado a uma queda para quase a metade do componente “perdido”. Esses valores indicam que, além de apresentar menor ataque de cárie, a população adulta brasileira está conseguindo acessar cuidados terapêuticos adequados. (BRASIL, 2011b).

Com relação ao edentulismo, no Projeto SB Brasil 2010, os dados de necessidade de prótese dentária foram estimados com a finalidade de proporcionar subsídios para o planejamento dos serviços de atenção secundária de caráter reabilitador. As próteses dentárias referidas foram a parcial e a total. Buscou-se verificar se a necessidade ocorria em um ou nos dois maxilares. Entre os adolescentes; 13,7% necessitam usos de próteses parciais, em um maxilar (10,3%) ou nos dois maxilares (3,4%). Não houve registro para necessidade de próteses totais. Em 2003, 27% dos adolescentes necessitavam algum tipo de prótese. Assim constata-se importante redução de 52% nas necessidades de prótese entre adolescentes. Para os adultos, a necessidade de algum tipo de prótese ocorre em 68,8% dos casos, sendo que a maioria (41,3%) é relativa à prótese parcial em um maxilar. Em 1,3% dos casos há necessidade de prótese total em pelo menos um maxilar. Importante destacar que este percentual em 2003 era de 4,4%; portanto a redução corresponde a 70%. Em idosos de 65 a 74 anos; 23,9% necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar e 15,4% necessitam de prótese total dupla, ou seja, nos dois maxilares. Estes números estão muito próximos dos encontrados em 2003. (BRASIL, 2011b).

Visando demonstrar que o Ministério da Saúde almeja levar Saúde Bucal para regiões menos favorecidas, Antunes e Narvai (2010) apresentam no gráfico três dados comparativos sobre a participação proporcional de médicos e dentistas no serviço público das regiões brasileiras em janeiro de 2008. Outros dados apresentados no trabalho demonstram que mais de um terço (37,1%) dos dentistas habilitados pelo Conselho Federal de Odontologia para o exercício profissional mantinham vínculo empregatício com o serviço público. Nas regiões Sul e Sudeste, onde há mais dentistas trabalhando, respectivamente 16% e 59% do total no país, foi relativamente menor sua incorporação pelo serviço público. O gráfico mostra que a proporção de dentistas contratados pelo SUS foi maior nas regiões Norte e Nordeste, onde atingiu percentagens semelhantes às de médicos no serviço público.

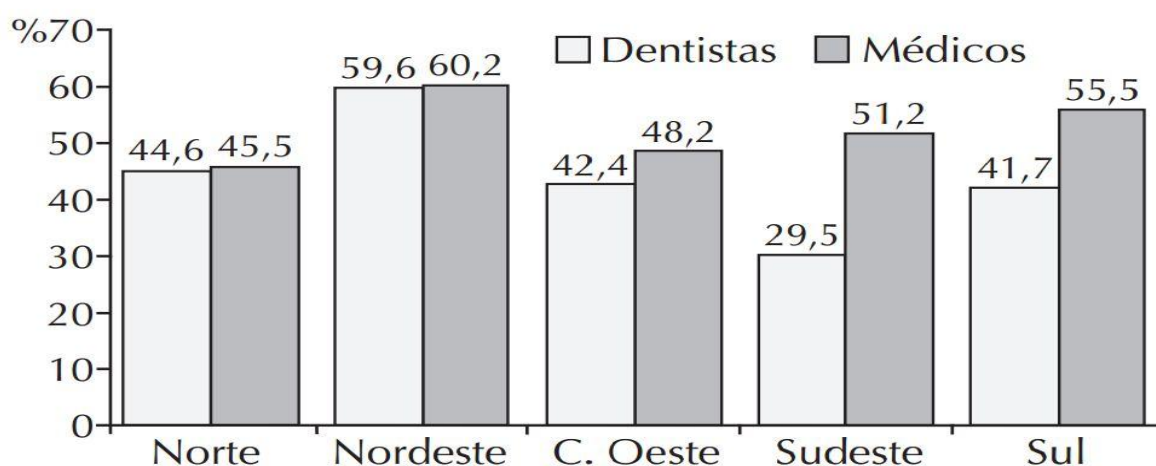


Gráfico 3 - Porcentagem de dentistas e médicos contratados no Sistema Único de Saúde, em relação ao total habilitado para o exercício profissional nas regiões brasileiras. Janeiro, 2008

Fonte: Antunes e Narvai (2010).

Esses dados indicam o esforço em propiciar maior provisão de atendimento odontológico público nas regiões em que é mais necessário, conforme Antunes e Narvai (2010).

Para Saliba *et al* (2010), a implantação, a distribuição geográfica dos CEO no Brasil, relacionando com indicadores de saúde bucal e indicadores sociais amplos no ano de 2006, revela que na época havia 339 CEO espalhados em 283 municípios. Observou-se que a região Norte possuía 4% de seus municípios cobertos com CEO, a Nordeste 6,1%, a Sudeste 7,6%, a Sul 4,5% e a Centro-Oeste 6,5%, dados que demonstram certa disparidade na presença distributiva de CEO pelo Brasil. Verificou-se que a maioria dos centros eram concentrados em municípios de grande porte (mais de 50.000 habitantes). Notou-se uma relação inversa entre a implantação dos CEO e condições sociais desfavoráveis, principalmente quando se compara as Regiões Norte e Sudeste. Já para a Região Nordeste, observou-se que, apresentando indicadores sociais desfavoráveis, a mesma foi contemplada com um elevado número de CEO. Nas Regiões Sul e Centro-Oeste, constatou-se certa proporcionalidade na relação número de CEO implantados, indicadores sociais e indicadores de saúde bucal.

Já Linhares (2009) analisou a política de saúde bucal no município de Porto Alegre caracterizando o modelo de atenção a saúde bucal. No ano de 2008 havia cinco CEO para serviços especializados e três Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. Após os levantamentos de dados, com base na fonte de dados do Sistema de Informações

Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) do ano 2000 até 2007, pode-se constatar um aumento de 1031% na realização de procedimentos relacionados à prótese dentária e de 153% nos tratamentos endodônticos. Enquanto isso, ocorreu uma redução sucessiva na realização de procedimentos cirúrgicos básicos que incluem a extração dentária, chegando em 2007 a 48,05%. Embora alguns procedimentos especializados tiveram aumento, a sua totalidade em 2000 era de 70471 caindo para 67333 em 2007, o que pode ser explicado na conclusão, pois no período avaliado predominaram no município as práticas preventivas e a produção de procedimentos básicos com uma tendência a diminuição de extrações dentária e ao aumento dos tratamentos conservadores.

2.4 Financiamento do Brasil Sorridente

Conforme Frazão e Narvai (2009), os CEO ampliaram a oferta de atendimentos protéticos, de endodontia e radiologia odontológica. O serviço público odontológico incluiu a atuação na comunidade, com levantamentos epidemiológicos, prevenção e promoção de saúde bucal. O financiamento dessas ações envolveu por parte do governo federal, investimentos anuais que passaram de 56,5 em 2003 para 427 milhões de reais em 2005, e atingiram cerca de 600 milhões, em 2008. De 2003 a 2008, foram investidos aproximadamente R\$ 2,4 bilhões.

No estudo retrospectivo de Nóbrega *et al* (2010) sobre o financiamento do setor saúde com uma abordagem para a odontologia, foram utilizados dados coletados do banco de dados em saúde do Ministério da Saúde do Brasil no período de 1998 a 2005 podendo o autor demonstrar os seguintes resultados compilados na tabela e figura a seguir:

Tabela -7 Valores repassados para áreas específicas (em milhões de R\$)

Anos	Ações	Incentivos a Saúde Bucal	CEO	Programa de Especialidades Odontológicas	Prótese odontológica	Ortodontia
1998		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1999		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2000		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2001		29,69	0,00	0,00	0,00	0,51
2002		56,57	0,00	0,00	0,00	1,04
2003		90,92	3,09	1,60	0,00	3,06
2004		188,01	19,9	15,59	0,00	7,12
2005		287,29	3,95	14,31	0,47	8,05

Fonte: Nóbrega *et al* (2010).

É possível notar o grande salto de valores investidos quando o Brasil Sorridente foi implantado em 2004, comparando com anos anteriores.

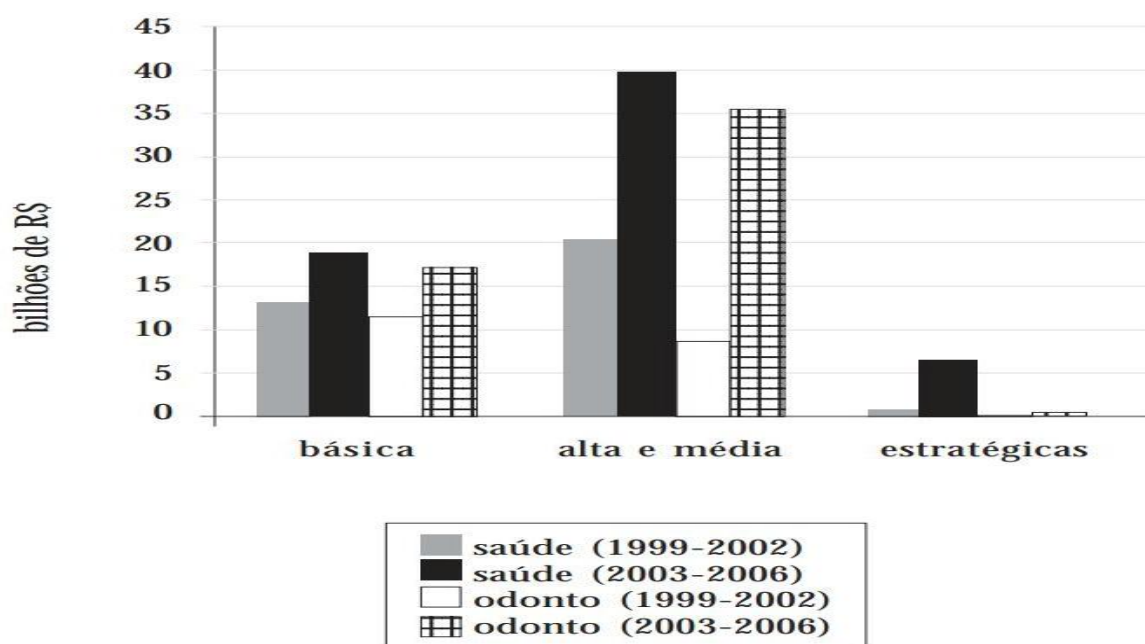


Gráfico 4 - Investimentos em saúde por período político (em bilhões R\$)

Fonte: Nóbrega *et al* (2010).

Destaca-se no gráfico 4 o grande investimento na média complexidade em odontologia no período de 2003-2006, época que foi implantado o Brasil Sorridente. Observou-se que pelo menos no que diz respeito a valores de repasse anuais, a situação é positiva, esperando-se

desta forma que a tão sonhada reorganização e estruturação financeira do sistema de saúde brasileiro esteja começando a acontecer. (NÓBREGA *et al*, 2010).

Segundo a Coordenação Nacional de Saúde Bucal, esta política, também conhecida como Brasil Sorridente, recebeu, até 2005, investimentos de mais de R\$ 1,2 bilhão. No ano de 2006, foram investidos mais de R\$ 535,2 milhões e, em 2007, havia uma expectativa de investimentos da ordem de R\$ 640 milhões. Para o período entre 2007 e 2010, o montante a ser investido pelo MS deverá alcançar mais de R\$ 2,7 bilhões. (Conselho Federal de Odontologia, 2008, Apud KORNIS, MAIA E FORTUNA, 2011, p. 198).

Kornis, Maia e Fortuna (2011) analisam em seu trabalho a evolução do financiamento federal voltado para a saúde bucal na média complexidade e escreveram que até os anos 2000 a odontologia pública foi fundamentalmente marcada pela oferta reduzida de ações, de baixa complexidade, de caráter predominantemente curativo e mutilador. "Aos adultos e aos idosos o acesso resumia-se, via de regra, aos serviços de urgência, nos quais a resolutividade dos problemas frequentemente resultava em exodontias". (KORNIS, MAIA E FORTUNA, 2011, p. 203).

A entrada da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) na agenda do governo, embora expressa pelo aumento significativo do volume de investimentos, condiciona o repasse destes recursos financeiros na atenção básica à adesão dos gestores locais às ESBs na ESF, e no âmbito da atenção secundária, aos CEO e LRPDs. Noutros termos, fora dos padrões preconizados pelas normas e portarias que regulamentam o SUS, não existe financiamento extraorçamentário para a sustentação das ações de saúde bucal nos dois níveis de atenção supracitados, ficando este diretamente condicionado ao PAB fixo e à política de incentivo do MS para o financiamento e sustentação desta estratégia. (KORNIS, MAIA E FORTUNA, 2011, p. 208).

Ainda ressaltaram Kornis, Maia e Fortuna (2011) que o repasse de recursos financeiros federais para estes serviços está condicionado a uma produção mínima mensal e que a obrigatoriedade de produção está diretamente relacionada aos procedimentos realizados na atenção básica, sendo a atenção secundária um complemento da primeira. Assim, por consequência, o repasse de recursos federais para o custeio mensal dos CEO também poderá ser negativamente afetado, comprometendo mais uma vez a sustentação das ações e serviços preconizados pela PNSB.

2.5 Referência, contra-referência, integralidade e acesso

A atual Política de Saúde Bucal no Brasil tem ampliado a oferta de ações especializadas em odontologia. Neste sentido Souza e Chaves (2010) avaliaram a oferta, utilização e acesso dos usuários a este serviço em um município de médio porte na Bahia. Um total de 148 indivíduos foram entrevistados enquanto aguardavam o atendimento, 74,3% eram mulheres e 25,7% homens. A baixa escolaridade esteve presente, sendo 12,3% dos entrevistados analfabetos e 32,8% com ensino básico incompleto ou completo. A maioria dos usuários possuía rendimento familiar de até um salário mínimo. Quanto ao acesso organizacional, a maioria chegou ao serviço via atenção básica. As USF foram responsáveis por 71,7% dos encaminhamentos, seguindo-se da UBS com 23,7%. Cerca de 30% dos usuários apontaram que o tempo para a primeira consulta chegou a mais de 31 dias. Chamou a atenção que a maioria dos usuários relatou um tempo médio para a consulta de retorno de até 30 dias (79,7%), mas há um número importante que alcança 90 dias para retorno (15,2%). Os procedimentos especializados mais buscados por esse grupo de usuários foi o tratamento endodôntico e protético, com 35,1% e 25% respectivamente. No componente da integralidade, observou-se que 61% dos usuários relataram estar em tratamento odontológico ou tiveram seu tratamento concluído na atenção básica. Contudo, a maioria (74,3%) dos entrevistados relatou não ter recebido nenhum instrumento de referência e contra-referência.

Chaves *et al* (2010) também entrevistaram usuários (total de 611) de quatro CEO da Bahia. Analisaram como variável principal a “integralidade na saúde bucal”, correspondente à realização de tratamento odontológico básico antes do tratamento especializado ou concomitante a este. Os resultados encontrados mostraram que quem buscou tratamento endodôntico teve mais chance de receber assistência integral à saúde bucal do que os usuários em busca de outras especialidades. Os usuários com maior facilidade no acesso geográfico ao serviço especializado, com ficha de referência e oriundos da atenção primária, também, tiveram mais chance de alcançar a integralidade. A implantação de CEO em municípios nos quais a atenção primária à saúde não esteja adequadamente estruturada não é recomendada, visto que a atenção secundária estaria atendendo a livre demanda e executando procedimentos básicos, portanto, não cumprindo o princípio da integralidade pretendida. Entre 32,4% e 79,5% dos usuários dos quatro CEO investigados realizaram tratamento odontológico básico antes do tratamento especializado ou concomitantemente a ele, o que caracterizaria a

integralidade da atenção. Entre as pessoas que buscaram os CEO, 58,4% (357) afirmaram estar realizando ou já haver realizado algum procedimento odontológico básico antes da chegada a esse serviço especializado. A escolaridade predominante dos entrevistados foi o ensino fundamental (46,4%).

Já Lima, Cabral e Vasconcelos (2010) avaliaram a satisfação dos usuários assistidos nos CEO do Município do Recife-PE. Realizou-se entrevista pessoal padronizada com 272 pacientes utilizando um questionário de avaliação da qualidade dos serviços de saúde bucal. O perfil da população entrevistada demonstrou ser a maioria do sexo feminino (73,9%), referindo a cor da pele parda (51,8%), vivendo só (60,3%) e com o nível de escolaridade até o Ensino Fundamental (54%). Os resultados indicaram uma avaliação positiva para a maioria das dimensões no geral. A acessibilidade foi um ponto crítico destacado, a maioria das respostas dos usuários não corresponde a avaliações positivas. Para a questão sobre obtenção de uma vaga, apesar de 29,8% considerarem fácil obter uma vaga, 24,6% responderam ser difícil e 27,9% muito difícil, o que representou após o somatório das duas últimas 52,5% de avaliações negativas. Em relação ao tempo de espera entre a chegada do usuário e o seu atendimento no dia da consulta, o maior percentual (48%) correspondeu às opções pela resposta nem longo, nem curto. A conclusão foi que a maioria dos usuários está satisfeita com a assistência prestada nos centros.

No estudo de Santana *et al* (2008) utilizaram-se entrevistas semi-estruturadas com os cirurgiões-dentistas e também dados secundários de financiamentos e procedimentos odontológicos de média complexidade realizados no município de Recife-PE no período de 2000 a 2007. Em seu artigo foi demonstrado que em relação à contra-referência não existe uma rotina, isto é, após o término do tratamento o paciente não é encaminhado para a unidade de saúde de origem para conclusão do tratamento e manutenção com o formulário de contra-referência devidamente preenchido. Os procedimentos odontológicos realizados na média complexidade aumentaram 87,25% no município. E quanto ao financiamento houve um aumento considerável de 213,48% de 2000 a 2007. Os procedimentos complexos representaram entre 6,22% a 12,21% do total de procedimentos em saúde bucal.

No período analisado em Recife-PE,

A rede de serviços nos Centros de Especialidades Odontológicas, estratégia indicada pelo Ministério da Saúde, responde por uma quantidade minoritária de procedimentos, além dos 4 CEOs não estarem totalmente completos no tocante à presença de algumas especialidades dentre as preconizadas pelo Ministério da Saúde. Tudo isso dificulta a referência da atenção básica para a média complexidade, gerando uma demanda reprimida. (SANTANA *et al*, 2008, p. 527).

Kniest *et al* (2011) realizaram um estudo sobre lesões bucais diagnosticadas no CEO de Tubarão-SC entre os anos 2003 e 2008, contando com uma amostra onde a maioria (89) pertencia ao sexo feminino (63,6%) e 51 ao masculino (36,4%). O resultado principal do estudo foi de que 86,4% dos indivíduos atendidos tinham lesão bucal no momento da consulta, e as lesões benignas totalizaram quase 98% dos casos. Para os autores o baixo número de casos de malignidade verificados no CEO é justificado porque geralmente os pacientes com lesões suspeitas procuram médicos ou hospitais, não passando pelo serviço odontológico para ser efetuado o primeiro diagnóstico.

Fortuna (2011) em sua tese de doutorado, que teve entre outros objetivos analisar o processo de regionalização das ações de média complexidade no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, salientou que o estabelecimento de fluxos de referência para os CEO não é um dos critérios de aprovação do Ministério da Saúde, sugerindo maior rigor normativo e operacional no fluxo de credenciamentos dessas unidades. Também relatou que na maioria dos estados brasileiros, o Plano Diretor de Regionalização não conta com a descrição do planejamento da oferta de ações da Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito regional. Dez fazem, mas apenas três (Ceará, Paraná e Santa Catarina) especificam o fluxo de referência e contra-referência de serviços especializados em saúde bucal.

Ainda falando de referência e contra-referência, Souza (2009) analisou o desempenho dos CEO da Região de Saúde da Grande Natal como estratégia de consolidação da Atenção Secundária em saúde bucal. O trabalho utilizou dados coletados através de entrevista semi-estruturada, realizadas em quatro CEO, com 253 usuários, 31 dentistas e 4 diretores. Pode-se notar que a especialidades de prótese, endodontia e cirurgia foram as mais procuradas, por 38,2%; 23,7% e 21,7% respectivamente. Observou-se uma fragilidade no sistema de referência e contra-referência entre a UBS e o CEO, na medida em que parte dos usuários iam diretamente aos centros sem passar antes pela Atenção Básica. A satisfação com o atendimento foi relatada por 90,9% dos usuários. A autora verificou que o fato do usuário não ter sido encaminhado da UBS ao CEO consistiu na principal resposta para a não realização da contra-referência, seguida da conclusão do tratamento no CEO.

Deitos (2009) utilizou parte do banco de dados da Coordenação Nacional de Saúde Bucal de 2008 e 2009. Participaram da análise 56 CEO localizados em seis estados que atendem predominante pacientes oriundos de classe baixa (92,73%). Em relação às referências intermunicipais, foi identificado que mais da metade dos CEO estudados; 52,73%; atendem apenas a usuários do próprio município. Quanto ao cumprimento das metas de procedimentos dos CEO estabelecidas pelas portarias normativas, 50,91% dos CEO pesquisados

apresentavam dificuldades em cumpri-las e a endodontia foi a especialidade que mais usava horas de trabalho, entre 21h e 40h em 47,92% dos CEO. O tempo de espera para ser atendido na maioria dos CEO não passava de 30 dias.

Foi apontado problemas de encaminhamento por Freire (2011) ao analisar o processo de implementação do Programa Brasil Sorridente com foco na atenção odontológica ao paciente com necessidades especiais em um CEO localizado no Município do Rio de Janeiro. Sua conclusão foi de que existia frágil articulação entre os diversos níveis de atenção comprometendo a integralidade e a intersetorialidade das ações no que se refere à saúde bucal de portadores de necessidades especiais, pois uma das razões é que os pacientes com necessidade especial não chegam nem ao menos à atenção básica desta região, portanto, não há como eles serem encaminhados para a média complexidade.

Conforme Moysés (2007 apud SOUZA E CHAVES 2010), embora as políticas atuais representadas pela PNSB pareçam estar na direção correta, seus resultados ainda são preliminares, ainda não há consolidação política para enfrentar as dimensões estruturais e particulares que determinam as iniquidades em saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos nos vários níveis de complexidade do sistema de saúde.

2.6 Qualidade dos serviços nos CEO

Machado *et al* (2012) avaliou o serviço de reabilitação via próteses totais convencionais (PTC) dos CEO de uma mesorregião do Rio Grande do Norte (RN) quanto às dificuldades diárias associadas ao uso delas, entre 2007 e 2009. O estudo envolveu uma amostra de 150 indivíduos reabilitados com PTC a no mínimo 01 ano. Os resultados demonstraram que tocante à qualidade técnica das próteses, 57,2% das PTC superiores e 9,2% das inferiores estavam satisfatórias. Em relação à qualidade de vida associada à saúde bucal, 58% dos usuários não relataram dificuldades na execução das atividades. Não foi encontrada associação entre relato de dificuldades e inadequação técnica das próteses. Concluíram os autores que os CEO foram efetivos na reabilitação com PTC superiores, uma vez que as dificuldades encontradas estão dentro das limitações próprias a essa reabilitação. Contudo, a reabilitação mandibular necessita de uma reavaliação quanto ao seu custo benefício, já que no total as PTC inferiores estavam bastante insatisfatórias.

Ainda sobre o serviço de próteses realizado nos CEO, Rezende *et al* (2011) avaliaram a prevalência de aceitação do tratamento reabilitador protético por parte dos usuários do CEO de Maringá - PR. Os dados foram coletados dos prontuários e por meio de questionário estruturado de 39 pacientes (mulheres representaram 67% e homens 33%) atendidos entre março de 2006 e março de 2007, com renda mensal de até três salários mínimos e com primeiro grau incompleto. Em relação à proervação, observou-se que apenas dez pacientes (26%) compareceram a esta etapa do tratamento. A aceitação total para uso das próteses foi de 49% (19), a aceitação parcial foi de 36% (14) e a desistência foi de 15% (6). O estudo mostrou que o fato de o paciente buscar o serviço oferecido pelo CEO e ir para casa com uma prótese nova não significa que o mesmo irá usá-la.

Costa (2011) em sua dissertação de mestrado avaliou a satisfação dos usuários e a qualidade dos tratamentos protéticos realizados nos CEO da Grande Natal-RN no período de 2007 a 2009. A satisfação com as próteses foi de 69,1%. O tempo médio para começar o tratamento foi de três meses, enquanto que para receber a prótese foi de quatro meses. Nos quatro CEO prevaleceu o sexo feminino (74,5%), a média de idade foi 59,48 anos e renda familiar média de 540 reais, sendo assim as características dos pacientes.

Já Pontes (2011) em sua dissertação de mestrado avaliou a satisfação dos usuários e da qualidade dos tratamentos endodônticos em CEO da Grande Natal-RN no período entre 2006 e 2008. Foram avaliados 282 dentes submetidos a tratamento endodôntico nos CEO através de exames clínicos e radiográficos. Na amostra estudada, as mulheres foram majoritárias, com 184 (65,2%) dentes avaliados, enquanto os homens 98 (34,8%). Obteve-se os seguintes resultados mais importantes para a autora: 79,8% apresentaram-se com imagem radiográfica normal e 84,4% sem sintomatologia dolorosa. 8,2% dos dentes estavam fraturados e 3,2% extraídos. 91,5% dos pacientes estão satisfeitos com o resultado do tratamento. Tal satisfação está associada a ausência de sintomatologia dolorosa e uma adequada situação estética do dente. A conclusão da autora foi de que os tratamentos endodônticos realizados possuem uma adequada qualidade técnica, resultando no sucesso nos procedimentos e usuários satisfeitos com o tratamento.

Outras informações obtidas do trabalho foram de que dos elementos dentários avaliados, 232 (82,3%) foram encaminhados à Unidade Básica de Saúde para que fosse dada continuidade ao tratamento, 47 (16,7%) não foram encaminhados e três (1,1%) não lembram. Destes 209 (74,1%) conseguiram que fosse dada continuidade ao tratamento, 69 (24,5%) não foram atendidos e quatro (1,4%) não lembram. O tempo médio para o primeiro atendimento

nos CEO da Grande Natal foi de 50 dias, o tempo de duração do tratamento endodôntico foi de 30 dias. (PONTES, 2011).

2.7 Entrevistas sobre o Brasil Sorridente

Numa entrevista, o coordenador Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde Gilberto Alfredo Pucca Jr. (2011) comenta sobre os quase oito anos do lançamento do programa Brasil Sorridente. Nesse período houve um aumento no acesso da população aos serviços de saúde bucal. O crescimento maior se deu nas famílias que recebem até dois salários mínimos, onde 17,5 milhões de brasileiros a mais tiveram acesso, no período de 2003 a 2008. Entre os grandes desafios que programa apresenta, citou que a política pública de saúde precisa avançar fundamentalmente no financiamento e na gestão. É necessário fontes estáveis de financiamento e continuar qualificando a gestão do SUS. As metas para os quatro anos (2011-2014) é a ampliação dos investimentos. Implantar mil novas Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica, implantar mais 400 CEO e 400 novos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Numa referência a população ter opção de novos procedimentos odontológicos, Pucca Jr (2011, p. 19) falou: "o que define a opção clínica entre o fórceps e as limas endodônticas não pode ser a carteira do paciente".

Também em entrevista, o Ministro da Saúde do Brasil, Dr. Alexandre Rocha Santos Padilha, avalia o programa Brasil Sorridente. O Ministro diz que o programa pode ser considerado um dos mais bem sucedidos do governo federal. Por meio desta iniciativa, o Ministério da Saúde conseguiu ampliar o acesso ao atendimento odontológico da população brasileira, estruturando e qualificando os serviços de saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Destaca a inclusão de novos procedimentos odontológicos na rede pública de saúde, como o aparelho ortodôntico e o implante dentário, que hoje são oferecidos nos CEO. (PADILHA, 2011).

2.8 Cumprimento das metas nos CEO

Figueiredo e Goes (2009) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar os CEO em funcionamento no Estado de Pernambuco no quesito cumprimento global das metas, segundo a Portaria n°. 600/GM de 2006 (era a da época, atualmente a portaria que regulamenta é a n° 1.464, de 24 de junho 2011). Com dados coletados da série histórica da produção de procedimentos odontológicos realizados em 22 CEO de Pernambuco, registrados pelo SIA/SUS no ano de 2006, foi feita consolidação e agrupamento de acordo com os quatro subgrupos de procedimentos odontológicos que deveriam ser avaliados: subgrupo de procedimentos de Atenção Básica (procedimentos individuais preventivos, dentística básica e odontologia cirúrgica básica); subgrupo de procedimentos de periodontia; subgrupo de procedimentos de endodontia; e, subgrupo de procedimentos de cirurgia oral menor (odontologia cirúrgica traumatologia bucomaxilofacial e procedimentos cirurgias de pele tecido subcutâneo e mucoso). Consideraram-se meta atingida aqueles CEO que cumpriram percentual igual ou superior a 100% da meta normatizada para cada subgrupo de procedimentos odontológicos especializados. A partir daí, classificou-se o desempenho dos serviços em: desempenho ruim (CEO que cumpriram apenas uma meta); desempenho regular (CEO que cumpriram duas metas); desempenho bom (CEO que cumpriram três metas); e, desempenho ótimo (CEO que cumpriram a totalidade das metas).

Pôde ser verificado que dos 22 CEO, 40,9% obtiveram desempenho bom, porém 31,8% dos CEO obtiveram desempenho ruim. Considerando os achados por subgrupo de meta, foi observado que 81,8% cumpriram a meta do subgrupo atenção básica, seguido de percentuais menores ao subgrupo periodontia (68,2%) e endodontia (63,6%). Ressaltando-se que para o subgrupo cirurgia oral menor, os CEO apresentaram o menor percentual de cumprimento (13,6%). A análise do cumprimento global das metas segundo tipo de Centro apontou que do Tipo I nenhum teve ótimo desempenho. Dentre os Tipo II, 46,2% tiveram desempenho bom. Salienta-se, no entanto, que neste grupo estão os CEO que tiveram desempenho ótimo (15,4). Entretanto, todos os CEO Tipo III tiveram desempenho ruim. No estudo observou-se que 40,9% dos CEO estudados obtiveram um desempenho bom, salientando que o melhor cumprimento de metas foi obtido pelo subgrupo da atenção básica em detrimento dos demais, principalmente a cirurgia oral menor. O estudo sugeriu que a normatização para implantação e funcionamento dos CEO deve ser monitorada e avaliada

para garantir uma melhor qualidade dos serviços para população. (FIGUEIREDO E GOES, 2009).

Goes *et al* (2012) avaliaram a atenção secundária em saúde bucal dos CEO no Brasil, analisando dados secundários da produção ambulatorial do ano de 2007 de todos os CEO implantados no Brasil. A avaliação da atenção secundária em Saúde Bucal evidenciou que dos 613 CEO pesquisados, a maioria, ou seja, 64,4% dos cumpriram-na. Dentre as variáveis contextuais, observou-se 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 referência. A análise do Cumprimento das Metas (*idem* estudo de Figueiredo e Goes (2009) segundo macrorregião apontou que para todas as metas os serviços da macrorregião Sudeste tiveram os melhores resultados. Entre as conclusões está que o maior cumprimento de metas foi obtido pelo subgrupo da atenção básica em detrimento dos demais, particularmente cirurgia. Os CEO tipo III tiveram melhores resultados para o desempenho e cumprimento das metas.

2.9 Serviços de Ortodontia e CEO

Em uma pesquisa, realizada por Melo *et al* (2009), objetivando avaliar de forma qualitativa a expectativa e o aprendizado que o CEO na cidade de Canoas-RS, tem proporcionado ao aluno de graduação em Odontologia, os autores chegaram aos resultados qualitativos na forma de síntese das respostas obtidas pelas várias perguntas feitas aos alunos, que a primeira impressão com relação ao serviço realizado no CEO foram negativas, principalmente em se tratando de um serviço público organizado pelo Governo Federal, mas após contato com o CEO, os alunos puderam perceber que as expectativas foram superadas, pois no CEO existem boas instalações e materiais de qualidade que proporcionam ótimas condições de trabalho. No sentido profissional o CEO proporcionou ao aluno um maior nível de conhecimento e aprendizagem e um maior desenvolvimento de suas habilidades, principalmente para os formandos que vão entrar no mercado de trabalho, além disso, o atendimento feito no CEO é direcionado a um único objetivo, diferentemente do atendimento realizado na universidade que é mais generalizado. O CEO também mostrou a realidade das pessoas que procuram o setor público de saúde, demonstrando uma visão mais verdadeira da

profissão, assim como as dificuldades burocráticas na aquisição de materiais e no desenvolvimento dos serviços a serem prestados.

Matos e Tomita (2004) completam o estudo acima e entre as suas considerações está que a articulação entre as instituições de ensino superior e os serviços públicos de saúde repercute, de algum modo, na formação de recursos humanos na perspectiva do SUS.

Sobre ortodontia na saúde pública, Maciel (2008) procurou responder as seguintes perguntas sobre a assistência ortodôntica nos CEO e de outros centros de saúde bucal de todo o país que prestam serviços ortodônticos: onde se localizam os centros que englobam esse tipo de atenção? Como se desenvolve a prática ortodôntica nesses locais? Quais são os problemas presentes neste processo? Foram detectados 42 serviços públicos de Ortodontia presentes em 39 municípios de todo o Brasil. A região sudeste apresentava 21, a região nordeste 10, sendo as regiões que mais oferecem este serviço. Dos 42 serviços públicos de ortodontia 37, são realizados em CEO. Destaca o autor que em 2004 havia no Brasil apenas 10 serviços de ortodontia públicos. Os dados obtidos referentes ao atendimento ortodôntico foram analisados e mostraram problemas na ordem de recursos humanos, de financiamento, de triagem e referência além da ausência de um protocolo clínico abrangente, norteador dessas ações. A Ortodontia definitivamente está em pauta no SUS e, por ser uma experiência um tanto quanto insipiente, carece de alguns ajustes. Ajustes esses discutidos em um protocolo de conduta adaptável à realidade de cada município.

3 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão de literatura, na qual foram consultados 16 artigos de periódicos, 1 monografia, 3 teses de doutorado, 4 dissertações de mestrado, 2 entrevistas, 5 legislações e 7 fontes de informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. Os trabalhos pesquisados compreendem desde o período do lançamento do Programa Brasil Sorridente (2004), até o ano de 2012.

As palavras chaves utilizadas foram Centro de Especialidades Odontológicas, Atenção Secundária em Odontologia, Brasil Sorridente e Política Nacional de Saúde Bucal. A busca pelas referências foi realizada pela Biblioteca Virtual em Saúde, site Google Acadêmico e páginas eletrônicas do Ministério da Saúde.

Incluíram-se trabalhos e informações do Ministério da Saúde quais permitiram observar ou avaliar a evolução da atenção secundária em saúde bucal dentro do período estipulado de análise. Logo excluíram-se os trabalhos que apenas citaram os CEO, a PNSB, a atenção secundária em saúde bucal e o Brasil Sorridente não trazendo informações que pudessem serem úteis para analisar a atenção especializada desde o ano de 2004.

Em posse dos trabalhos e informações, foram captados dados qualitativos e quantitativos para conhecer a realidade da atenção secundária em odontologia.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo os estudos presentes neste trabalho é possível montar um perfil da população usuária dos CEO. Destaca-se que a maioria dos pacientes é do sexo feminino. Na pesquisa de Souza e Chaves (2010), em um município de médio porte da Bahia, 74,3% eram mulheres das pessoas entrevistadas na sala de espera. Lima, Cabral e Vasconcelos (2010) contaram com uma amostra de 73,9% do sexo feminino no estudo que avaliou a satisfação dos usuários assistidos nos CEO do Município do Recife-PE. Para Kniest *et al* (2010) no CEO de Tubarão-SC, entre os anos de 2003 a 2008 o gênero feminino correspondeu a 63,6% dos pacientes atendidos. Para Rezende *et al* (2011), em Maringá-PR, do total de atendimentos entre março de 2006 e março de 2007, mulheres representaram 67%. Para Costa (2011), nos CEO da Grande Natal-RN prevaleceu o sexo feminino (74,5%). Já no trabalho de Pontes (2011), também na Grande Natal, 65,2% dos dentes analisados em sua pesquisa eram de mulheres.

Realizando uma média com as porcentagens dos usuários femininos, chega-se ao resultado de que 70,66% são pacientes mulheres nos estudos que trouxeram essas informações. Uma ressalva, não foi usada a porcentagem de Pontes (2011) para realizar essa média, pois uma mulher podia ter mais de um dente analisado.

Quanto ao rendimento dos usuários, Souza e Chaves (2010), Deitos (2009), Rezende *et al* (2011) e Costa (2011) relatam que a maioria dos pacientes possui baixos rendimentos, logo, são oriundos de classe baixa. Corroboram com os achados destes autores, a afirmação de Pucca Jr (2011), que o crescimento maior de acesso aos serviços de saúde bucal se deu nas famílias que recebem até dois salários mínimos.

Pode-se traçar um perfil quanto ao grau de educação. A escolaridade predominante dos pacientes foi o ensino fundamental nos estudos dos autores Chaves *et al* (2010) e Lima, Cabral e Vasconcelos (2010), sendo que 46,4% e 54% dos usuários tinham esse grau de escolaridade. Soma-se neste sentido, que a baixa escolaridade esteve presente também na pesquisa de Souza e Chaves (2010), apresentando 12,3% de entrevistados analfabetos e 32,8% com o ensino básico incompleto e completo. Já para Rezende *et al* (2011), todos os pacientes do período analisado tinham primeiro grau incompleto.

É notável como houve aumento no número de procedimentos especializados em saúde bucal a partir do lançamento do programa Brasil Sorridente em 2004. Fato confirmado por Brasil (2011b), informando que passou de seis milhões em 2003 para 25 milhões de

procedimentos no ano de 2010. Em 2003 apenas 3,5% do total de procedimentos odontológicos realizados naquele ano foram de especialidades segundo Brasil (2004, apud FIGUEIREDO E GOES, 2009, p. 260). Santana *et al* (2008) também informa que no período de 2000 a 2007 houve um aumento de 87,25% de procedimentos especializados em Recife-PE. Apesar de em Porto Alegre-RS ter aumento 1031% na realização de procedimentos relacionados a prótese e de 153% nos relacionados a endodontia, Linhares (2009) demonstrou que de 2000 a 2007 houve pequena diminuição de procedimentos especializados, pois no município prevaleceu práticas preventivas.

Para Kornis, Maia e Fortuna (2011), até os anos 2000 a odontologia pública era de caráter predominantemente curativo e mutilador (muitas exodontias). Com o aumento dos procedimentos odontológicos especializados houve uma diminuição do número de dentes extraídos. O componente "perdido" (dentes extraídos) teve uma queda de 50%, houve uma redução de 53% de necessidade de uso de prótese entre os adolescentes e de 70% entre os adultos no período de 2003 a 2010, conforme Brasil (2011b). Linhares (2009) relatou em seu estudo uma tendência a diminuição de extrações dentária e ao aumento dos tratamentos conservadores. "O que define a opção clínica entre o fórceps (instrumento para exodontias) e as limas endodônticas (instrumentos para tratamento de canal) não pode ser a carteira do paciente". (PUCCA Jr, 2011, p. 19).

Um dos serviços especializados de maior destaque e procura foi a endodontia. Linhares (2009) relatou aumento de 153% deste procedimento no período de 2000 a 2007 na cidade de Porto Alegre-RS. Souza e Chaves (2010) relataram que esse tratamento foi o mais buscado pelos pacientes que foram aos CEO analisados. Os resultados de Chaves *et al* (2010) mostram que quem procurou este serviço teve mais chance de receber assistência integral à saúde bucal. Para Souza (2009) a endodontia esteve entre as especialidades mais procuradas. Deitos (2009) soma a este assunto relatando que esta especialidade foi a que mais usava horas de trabalho em 56 CEO de seis estados brasileiros.

O tempo de espera para uma primeira consulta teve grande variação nos CEO estudados. Souza e Chaves (2010) escreveram que 30% dos usuários levaram mais de 31 dias para consultar, já para Deitos (2009) o tempo de espera não passava de 30 dias para a maioria dos pacientes. 48% dos pacientes entrevistados por Lima, Cabral e Vasconcelos (2010) consideraram a espera nem longa nem curta. Na Grande Natal-RN há um estudo que mostra que o tempo para iniciar o tratamento reabilitador protético foi de três meses. O outro estudo, ainda na Grande Natal-RN, mostrou que o tempo para começar a endodontia foi de 50 dias.

Há uma avaliação positiva dos autores quanto à qualidade dos tratamentos realizados e um grau bom de satisfação dos usuários dos centros sobre os atendimentos. Lima, Cabral e Vasconcelos (2010) concluíram que maioria dos usuários está satisfeita com a assistência prestada nos centros. A satisfação com o atendimento foi relatada por 90,9% dos usuários no estudo de Souza (2009). Os resultados de Machado *et al* (2012) demonstraram que referente à qualidade técnica das próteses, 57,2% das PTC superiores estavam satisfatórias e 58% dos pacientes não relatam dificuldades na execução das atividades no uso das próteses. A aceitação total para uso das próteses foi de 49% na pesquisa de Rezende *et al* (2011). Já para Costa (2011) a satisfação com as próteses foi de 69,1%. E Pontes (2011) relatou que 91,5% dos pacientes estavam satisfeitos com o resultado do tratamento endodôntico, concluindo ainda que há uma adequada qualidade técnica para esse tratamento nos CEO analisados.

Quanto ao financiamento da atenção secundária é visível que houve grandes investimentos com a criação do Brasil Sorridente. Na tabela 7 de Nóbrega *et al* (2010) é mostrado que Incentivos a Saúde Bucal no ano de 2003 foram de 90,92 milhões passando para 188,01 milhões de reais em 2004. Para o Programa de Especialidades Odontológicas foram investidos 1,60 milhões em 2003 passando para 15,59 milhões em 2004. O Brasil sorridente até 2005 havia recebido mais de 1,2 bilhões de reais em investimentos segundo o Conselho Federal de Odontologia (2008, Apud KORNIS, MAIA E FORTUNA, 2011, p. 198). De 2003 a 2008, foram investidos aproximadamente R\$ 2,4 bilhões conforme Frazão e Narvai (2009). Santana *et al* (2008) informou um número considerável, que foi de 213,48% o aumento do investimento de 2000 a 2007 em Recife-PE. E segundo Pucca Jr (2011) a meta para 2011 a 2014 é a ampliação dos investimentos. No gráfico 4 de Nóbrega *et al* (2010) destaca-se o grande investimento na média complexidade em odontologia no período de 2003-2006, época que foi implantado o Brasil Sorridente.

Um dos objetivos da criação do CEO foi de servir de referência às equipes de saúde bucal da atenção básica, porém existem problemas de referência e contra-referência. A maioria dos entrevistados por Souza e Chaves (2010) relatou não ter recebido nenhum instrumento de referência e contra-referência (74,3%). Possuir a ficha de referência, para Chaves *et al* (2010), significou ter mais chance de alcançar a integralidade de assistência em saúde bucal. Para Santana *et al* (2008) no período de 2000 a 2007 em Recife-PE, não existe uma rotina de contra-referência, isto é, após o término do tratamento, o paciente não é encaminhado para a unidade de saúde de origem para conclusão do tratamento e manutenção com o formulário de contra-referência devidamente preenchido. Fortuna (2011) salientou que o estabelecimento de fluxos de referência para os CEO não é um dos critérios de aprovação

do Ministério da Saúde e que apenas Ceará, Paraná e Santa Catarina especificam o fluxo de referência e contra-referência. Sousa (2009) observou fragilidade no sistema de referência e contra-referência entre a UBS e os CEO da Grande Natal-RN. Em relação às referências intermunicipais, foi identificado por Deitos (2009) que mais da metade dos CEO estudados atendem apenas a usuários do próprio município.

Referindo-se a integralidade em saúde bucal, Souza e Chaves (2010) observaram que 61% dos usuários relataram estar em tratamento odontológico ou tiveram seu tratamento concluído na atenção básica. O número encontrado por Chaves *et al* (2010) foi de 58,4%. Entretanto Freire (2011) concluiu que há frágil articulação entre os diversos níveis de atenção comprometendo a integralidade e a intersetorialidade das ações no que se refere à saúde bucal de portadores de necessidades especiais. Apontando também problemas de integralidade, Moysés (2007 apud SOUZA E CHAVES 2010) diz que ainda não há consolidação política para enfrentar tal situação.

Figueredo e Goes (2009) ao avaliar o cumprimento de metas de 22 CEO de Pernambuco, notaram que apenas 40,9% tiveram desempenho bom, ou seja, cumpriam três (bom) das quatro (ótimo) metas exigidas pela lei, salientando que o melhor cumprimento de metas foi obtido pelo subgrupo da atenção básica em detrimento dos demais. Todos os CEO tipo III tiveram desempenho ruim. Já Goes *et al* (2012) ao analisarem dados de todos os CEO implantados no Brasil no ano de 2007 confirmam que o melhor cumprimento de metas foi obtido pelo subgrupo atenção básica, mas os CEO tipo III no Brasil tiveram melhores resultados para o desempenho e cumprimento das metas.

Visando demonstrar que o Ministério da Saúde almeja levar saúde bucal para as regiões menos favorecidas, o gráfico 3 de Antunes e Narvai (2010) mostra que a proporção de dentistas contratados foi maior na região norte e nordeste. Porém Saliba *et al* (2009) escreve que apesar da região norte apresentar indicadores sociais desfavoráveis ele possui menos CEO implantados que a região sudeste, qual possui indicadores sociais melhores. Já a Região Nordeste, observa-se que, apresentando indicadores sociais desfavoráveis, a mesma foi contemplada com um elevado número de CEO.

No trabalho de Maciel (2008), assim como na tabela 7 de Nóbrega *et al* (2010), nota-se que já havia tratamento ortodôntico oferecido a população antes da Portaria nº 718/SAS de 20/12/2010, ela apenas regulamentou e instituiu oficialmente esses novos procedimentos nos CEO do Brasil.

Os CEO, além de prestarem atendimentos especializados a população, foram úteis na formação de dentistas na cidade de Canoas-RS conforme mostrou Melo *et al* (2009), pois

proporcionou ao aluno um maior nível de conhecimento, aprendizagem e um maior desenvolvimento de suas habilidades, além de mostrar a realidade das pessoas que procuram esse local. Matos e Tomita (2004) completam que articulação entre as instituições de ensino superior e os serviços públicos de saúde repercute, de algum modo, na formação de recursos humanos na perspectiva do SUS.

5 CONCLUSÃO

Baseando-se nas referências pesquisadas, pode-se observar que o Brasil atualmente apresenta 890 CEO, sendo a maioria deles localizados na Região Nordeste e Sudeste. A modalidade de CEO que mais existe é a tipo II. O perfil da população usuária dos centros constituí-se de maioria mulheres, pacientes com baixos rendimentos e baixo grau de escolaridade.

Como conquistas da implantação dos CEO e da atenção secundária em odontologia, pode-se constatar o notável e expressivo aumento no número de procedimentos especializados em saúde bucal a partir do lançamento do programa Brasil Sorridente em 2004. Com o aumento dos procedimentos houve uma diminuição do número de dentes extraídos. Isto significa que a população está conseguindo acessar tratamentos conservadores e adequados. Um dos serviços especializados de maior destaque e procura foi o tratamento endodôntico, qual evitou muitas mutilações (exodontias) nesses últimos anos. Há uma avaliação positiva dos autores quanto a qualidade dos tratamentos realizados e um grau bom de satisfação dos usuários dos centros sobre os atendimentos e serviços recebidos. Quanto ao financiamento da atenção secundária é visível que houve grandes investimentos e ainda pretende-se investir mais nos próximos anos.

Como desafios da implantação dos CEO e da atenção secundária em odontologia, pode-se constatar que o tempo de espera para uma primeira consulta pode demorar meses. Os autores apontam que existem problemas de referência e contra-referência, fragilizando a articulação entre os diversos níveis de atenção, comprometendo a integralidade das ações em saúde bucal. Dois estudos mostram que não há realização de todos os procedimentos mínimos em muitos CEO conforme a lei exige, salientando que o melhor cumprimento de metas foi obtido pelo subgrupo da atenção básica em detrimento dos demais (especializados).

Enfim, há necessidade de criação de políticas regionais que se somam às federais para melhorar o acesso, garantindo a integralidade em saúde bucal, pois cada região tem suas peculiaridades e necessidades específicas.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 360-365, 2010.

BRASIL. Lei n. 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] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Sorridente**. Brasília. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/brasil_sorridente.php>. Acesso em: 01 out.2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Sorridente**. Brasília. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/atencao_especializada.php>. Acesso em: 01 out.2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Sorridente**. Brasília. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19578>. Acesso em: 01 out.2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Sorridente**. Brasília. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/atencao_secundaria_centro.php>. Acesso em: 01 out.2012d.

Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB 2010- Resultados Principais**. Brasília, 2011b. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 12 out. 2012.

BRASIL. Portaria Nº 599/GM, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 mar. 2006. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/885-599.html?q=>>>. Acesso em: 05 out. 2012.

BRASIL. Portaria nº 718/SAS, de 20 de dez de 2010. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 dez. 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_portaria718_sas4.pdf>. Acesso em: 05 out.2012.

BRASIL. Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012e. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 jun. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html>. Acesso em: 05 out. 2012.

BRASIL. Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011a. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jun. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html>. Acesso em: 05 out.2012.

CHAVES, S. C. L. et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p.1005-1013, Dez. 2010.

COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. **Brasil Sorridente**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/CENSB/cidades_atendidas.php>. Acesso em: 07 out. 2012.

COSTA, A. P. S. **Satisfação dos usuários e qualidade dos tratamentos protéticos realizados nos centros de especialidades odontológicas da Grande Natal-RN**. 2011. 74f. Dissertação (Mestrado em Odontologia)-Universidade do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

DEITOS, A. R. **Avaliação na atenção especializada em saúde bucal**. 2009. 170f. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-267, fev.2009.

FORTUNA, R. F. P. **A média complexidade no quadro da Política Nacional de Saúde Bucal**: uma abordagem do seu processo de desenvolvimento em uma perspectiva regional. 2011. 209f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

FRAZÃO, P., NARVAI, P. C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 64-71, jan./abr. 2009.

FREIRE, A. L. A. **Saúde bucal para pacientes com necessidades especiais**: análise na implementação de uma experiência local. 2011, 255f. Tese (Doutorado em Ciências em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2011.

GOES, P. S. A. et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 81-89, 2012.

KNIEST, G. et al. Frequência das lesões bucais diagnosticadas no Centro de Especialidades Odontológicas de Tubarão (SC). **RSBO**, v. 8, n. 1, p. 8-13, jan./mar. 2011.

KORNIS, G. E. M.; MAIA, L. S.; FORTUNA, R. F. P. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 197-215, 2011.

LIMA, A. C. S.; CABRAL, E. D.; VASCONCELOS, M. M. V. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 991-1002, mai. 2010.

LINHARES, L. L. Caracterização do modelo de atenção à saúde bucal do município de Porto Alegre (RS), utilizando o sistema de informações ambulatoriais do sistema único de saúde. 2009. 31 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

MACHADO, F. C. A. et al. **Dificuldades diárias associadas às próteses totais convencionais**. Rio Grande do Norte, 2012. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=10135>. Acesso em: 20 out. 2012.

MACIEL, S. M. **A presença da ortodontia no SUS**: a experiência dos CEOs e de outros serviços públicos de saúde bucal. 2008. 203 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos polos de capacitação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1538-1544, nov./dez. 2004.

MELO, T. A. F. et al. Centro de Especialidades Odontológicas (CEO): uma avaliação qualitativa na perspectiva dos alunos participantes. **Stomatos**, v. 15, n. 29, p. 32-37, jul./dez. 2009.

NÓBREGA, C. B. C. et al. Financiamento do setor saúde: uma retrospectiva recente com uma abordagem para a odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1763-1772, 2010.

PADILHA, A. R. S. Entrevista com Excelentíssimo Senhor Ministro de Estado da Saúde do Brasil, Dr. Alexandre Rocha Santos Padilha, para o número temático sobre saúde bucal da Revista *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. **Tempus Actas de Saúde Coletiva – Saúde Bucal**, v. 5, n. 3, p. 11-13, 2011.

PONTES, A. L. B. **Avaliação da satisfação do usuário e da qualidade dos tratamentos endodônticos em Centros de Especialidades Odontológicas da Grande Natal-RN**. 2011. 67f. Dissertação (Mestrado em Odontologia)- Universidade do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

PUCCA JR, G. A. Entrevista com o Dr. Gilberto Alfredo Pucca Jr. **Tempus Actas de Saúde Coletiva – Saúde Bucal**, v. 5, n. 3, p. 15-19, 2011.

REZENDE, R. I. et al. Prótese dentária na saúde pública: resultados de um centro de especialidades odontológicas no município de Maringá - PR. **Rev Odontol UNESP**, Araraquara, v. 40, n.1, p. 01-12, jan./fev. 2011.

SALIBA, N. A. et al. Saúde Bucal no Brasil: uma nova Política de enfrentamento para a realidade nacional. **Rev Odontol Bras Central**, v. 18, n. 48, p. 62-66, 2010.

SANTANA, V. G. D et al. Análise da evolução e financiamento da assistência odontológica na média complexidade no município do Recife no período de 2000 a 2007. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 5 2 7 - 5 44, 2008.

SOUZA, G. C. A. **Centros de especialidades odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal**. 2009. 115f. Dissertação (Mestrado em Odontologia)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

SOUZA, L. F.; CHAVES, S. C. L. Política nacional de saúde bucal: acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia, v.34, n.2, p. 371-387, abr./jun. 2010.