

Avaliação normativa dos Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2014

Normative evaluation of Dental Specialties Centers, Brazil, 2014

Luiza Rahmeier Fietz Rios¹, Claudia Flemming Colussi¹

DOI: 10.1590/0103-1104201912009

RESUMO Objetivou-se avaliar os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) do Brasil credenciados até o ano de 2014. Trata-se de avaliação do tipo normativa, quantitativa, baseada em indicadores e parâmetros orientados pela construção de um modelo avaliativo. Os CEO do Brasil foram julgados como bom, regular ou ruim. A maioria dos CEO do Brasil (68,1%) foi classificada como regular. Na dimensão estrutural, 78,1% dos CEO foram classificados como bom; na organizacional, 64,6% como regular; e na de produtividade, 48,2% como ruim. Houve associação significativa entre o julgamento final dos CEO e a localização geográfica e o porte populacional dos municípios. A avaliação evidenciou o não cumprimento de diversos indicadores normativos, demonstrando que não estão atendendo plenamente às normas preconizadas.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Saúde bucal. Especialidades odontológicas.

ABSTRACT *It is the objective of this study to perform a normative evaluation of the Dental Specialties Centers (CEO) in Brazil accredited until the year 2014. It is a normative evaluation, with a quantitative approach, based on indicators and parameters guided by the construction of an evaluation model. CEO in Brazil were rated as bad, average or good. The majority of CEO in Brazil (68.1%) were classified as average. In the structural dimension, 78.1% of CEOs were classified as good; in the organizational dimension, 64.6% as average; and in productivity, 48.2% as bad. There was a significant association between the CEO's final judgment and the geographical location and population size of the municipalities. The evaluation evidenced non-compliance with several normative indicators, showing that they are not fully complying with the recommended norms.*

KEYWORDS *Health evaluation. Oral health. Specialities, dental.*

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. luizafietz2@gmail.com



Introdução

Em 2004, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que culminou na expansão da atenção primária e no aumento da oferta de serviços odontológicos especializados, por meio da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)¹. Antes do lançamento da PNSB, a assistência odontológica era precária; e as atividades, esparsas². Os procedimentos odontológicos especializados eram escassos³.

O MS iniciou, também, na década de 2000, uma discussão acerca do tema vigilância em saúde bucal, que foi sucedida pela criação de um subcomitê responsável pelo projeto denominado Saúde Bucal Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira – SB Brasil⁴. Cidadãos de algumas faixas etárias, moradores da zona urbana e rural de municípios das cinco macrorregiões do Brasil, foram examinados por profissionais envolvidos na efetuação da pesquisa.

Os resultados do SB Brasil 2003 demonstraram precariedade das condições bucais da população, assim como dificuldades e desigualdades de acesso aos serviços odontológicos básicos e especializados³. Em 2010, porém, dando sequência à estratégia de vigilância à saúde bucal, foi realizado um novo levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população brasileira – SB Brasil 2010. O resultado desse levantamento sinalizou avanços no perfil epidemiológico da população⁵.

Em decorrência da implementação da PNSB e da criação dos CEO, observaram-se experiências exitosas no cenário da saúde bucal da população brasileira. Desde a implantação dos CEO, houve um avanço significativo na prestação de cuidado odontológico especializado, com aumento de 400% nos procedimentos especializados⁶. É provável, todavia, que estudos futuros de saúde bucal apresentem uma dimensão ainda maior do impacto desses serviços na condição de saúde bucal dos brasileiros⁷. Contudo, conforme a Pesquisa Nacional de Saúde, em 2013, a maioria dos atendimentos odontológicos no País ainda

era realizado no setor privado (74,3%), seguido das unidades básicas de saúde (19,6%). Somente 6,1% eram realizados em outros tipos de estabelecimentos, entre eles os CEO⁸.

Diante do desafio de garantir a operacionalização da atenção especializada em saúde bucal no Brasil, é necessário que práticas de monitoramento e de avaliação dos CEO sejam realizadas continuamente, visando subsidiar o planejamento em saúde e a tomada de decisão sobre as prioridades e investimentos nos serviços^{9,10}.

Estudos de avaliação sobre a produção odontológica ambulatorial bem como sobre a organização dos CEO têm apontado resultados contraditórios ao esperado pelas normativas exigidas pelo MS. De modo geral, os CEO do Brasil têm apresentado desempenho aquém do esperado^{11,12}, além de falhas na organização, especialmente relacionadas com o encaminhamento dos usuários da atenção básica¹³.

Considerando ser o propósito da avaliação em saúde a emissão de um julgamento de valor para a tomada de decisão¹⁴, objetivou-se realizar uma avaliação normativa dos CEO do Brasil credenciados até o ano de 2014, buscando julgar se estes estão funcionando em conformidade com as normas preconizadas pelos documentos legais. O presente trabalho busca contribuir para o planejamento das ações em saúde bucal do Brasil.

Material e métodos

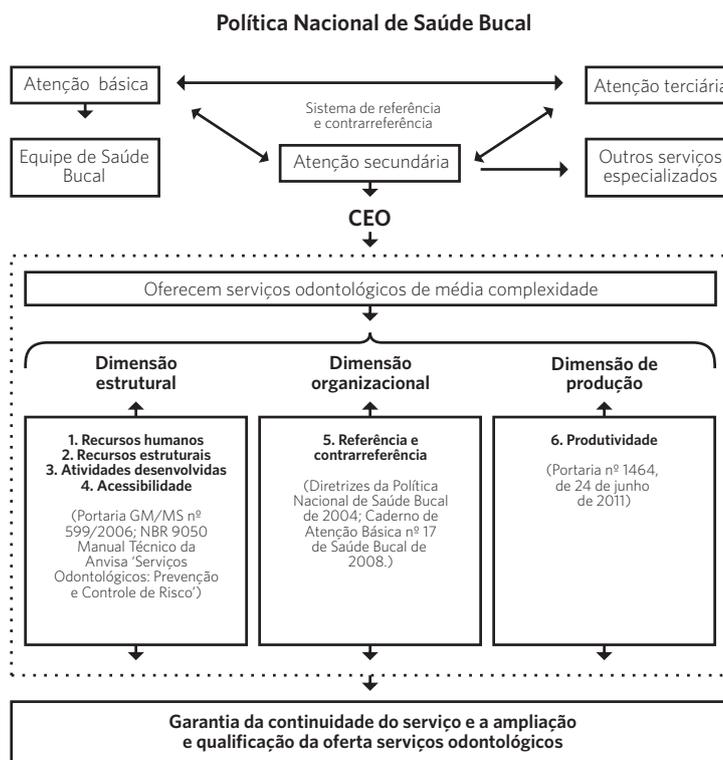
Trata-se de um estudo avaliativo, do tipo normativo, empregando abordagem quantitativa. A amostra selecionada neste estudo foram todos os CEO do Brasil que participaram da avaliação externa do primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos CEO (PMAQ-CEO), ocorrido no primeiro semestre de 2014. Ressalta-se que três CEO foram excluídos por não terem participado de um dos módulos da avaliação. A amostra deste estudo totalizou 929 CEO, distribuídos pelos municípios brasileiros.

A Portaria nº 599/2006 classificou os CEO em três tipos – tipo I; tipo II; tipo III, conforme a quantidade de consultórios odontológicos, os quais devem funcionar 40 horas semanais, dispendo de cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultório dentário, entre outros profissionais¹⁵. As portarias que regulamentam a estrutura e o funcionamento dos CEO têm como pressuposto a garantia de que estes proporcionem o impacto desejado no perfil epidemiológico de saúde bucal da população

brasileira, e se efetivem como estratégia de ampliação do acesso a tratamentos especializados no Sistema Único de Saúde (SUS).

O modelo lógico (figura 1) e a matriz avaliativa de análise e de julgamento elaborados e utilizados neste estudo foram orientados pela literatura científica e por documentos legais. O modelo apresenta três dimensões avaliativas – estrutural, organizacional e de produtividade, subdivididas em 6 subdimensões e 24 indicadores (quadro 1).

Figura 1. Modelo Lógico da Avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas



Fonte: Elaboração própria.

Foram adotados parâmetros normativos (quadro 1), estabelecidos nos documentos legais e na literatura científica, para a emissão de juízos de valor. Os critérios utilizados e suas respectivas referências estão contidos no quadro 1. Ressalta-se, no entanto, que o terceiro indicador da presente

matriz, formação dos cirurgiões-dentistas, nas áreas de atuação no CEO não é uma exigência, contudo entendemos que esse aspecto influencia a prática do profissional. Portanto, foi considerada a qualificação do cirurgião-dentista na área que este atua nas cinco especialidades mínimas.

Quadro 1. Elementos da matriz avaliativa dos Centros Especialidades Odontológicas (CEO) do Brasil

Indicador	Medida	Critério	Parâmetro (Bom/regular/ruim)
DIMENSÃO: ESTRUTURAL			
Subdimensão: Recursos humanos			
(1) Adequação da quantidade de cirurgiões-dentistas por CEO	Quantidade de cirurgiões-dentistas que atuam no CEO	O CEO tipo I deve dispor de 3 ou mais cirurgiões-dentistas. O CEO tipo II deve possuir 4 ou mais cirurgiões-dentistas. Já o CEO tipo III, 7 ou mais cirurgiões-dentistas ¹⁵ . Consideraram-se somente os cirurgiões-dentistas que atuam nas especialidades mínimas.	Bom: no mínimo 3 (CEO tipo I) / no mínimo 4 (CEO tipo II) / no mínimo 7 (CEO tipo III) Ruim: menos do que o preconizado
(2) Compatibilidade da carga horária de auxiliares/técnicos de consultório dentário e cirurgiões-dentistas	Soma da carga horária dos auxiliares e técnicos ÷ pela soma da carga horária dos cirurgiões-dentistas	Os auxiliares e técnicos de consultório dentário possuem função importante, pois auxiliam o atendimento aos pacientes, instrumentando o cirurgião-dentista, manipulando materiais de uso odontológico, realizando o acolhimento do usuário, entre outras funções ¹⁶ . A literatura tem destacado que a sua presença junto com cirurgião-dentista possui impacto positivo ¹⁷ .	Bom: ≥ 1 Ruim: < 1
3) Formação dos Cirurgiões-Dentistas nas áreas de atuação no CEO	Percentual de cirurgiões-dentistas com especialização na área de atuação = número de cirurgiões-dentistas com especialização ÷ pelo total de cirurgiões-dentistas × 100	Não é exigência que o cirurgião-dentista tenha especialização na área que atue, todavia isto pode favorecer a qualidade do trabalho. Foi considerada, portanto, a qualificação do cirurgião-dentista na área que este atua. Apenas os cirurgiões-dentistas das especialidades mínimas foram considerados, para que os CEO que não ofereçam outras especialidades não fossem prejudicados	Bom: ≥ 75% Regular: 50 -75% Ruim: < 50%
(4) Ações de educação permanente com os profissionais do CEO	Existência de ações de educação permanente que incluam profissionais do CEO	Uma maneira de trazer melhorias aos profissionais da atenção especializada em saúde bucal seria ações de educação permanente.	Bom: sim Ruim: não
Subdimensão: Recursos estruturais			
(5) Adequação do número cadeiras odontológicas completas ao tipo de CEO	Quantidade de cadeiras odontológicas: cadeira, equipo, unidade auxiliar e refletor	O CEO tipo I deve possuir três consultórios odontológicos completos, que significa dispor de cadeira, equipo, unidade auxiliar e refletor. O CEO tipo II deve possuir de quatro a seis consultórios odontológicos completos. O CEO tipo III, no mínimo, sete consultórios odontológicos ¹⁵ .	Bom: no mínimo 3 (CEO tipo I) / no mínimo 4-6 (CEO tipo II) / no mínimo 7 (CEO tipo III) Ruim: menos do que o preconizado
(6) Equipamentos e periféricos mínimos	Quantidade de equipamentos e periféricos em condições de uso: aparelho de raios-X dentário, equipo odontológico, canetas de alta e baixa rotação, amalgamador e fotopolimerizador	Todos os tipos de CEO devem possuir: aparelho de raios-X dentário; equipo odontológico; canetas de alta e baixa rotação; amalgamador; fotopolimerizador; e compressor ¹⁵ .	Bom: ≥ 1 equipamento e periférico de cada tipo Ruim: < 1
(7) Instrumentais e insumos	Relato do profissional de ter deixado de atender devido à falta de insumos e/ou instrumentais	Todos os tipos de CEO devem dispor de instrumentais compatíveis com os serviços ¹⁵ .	Bom: não Ruim: sim
(8) Condições de uso, de limpeza e de iluminação dos consultórios odontológicos	Existência de boa iluminação e boa condição de uso e de limpeza	Os consultórios odontológicos devem ser providos de sistema de iluminação apropriado nos locais onde os pacientes são atendidos, que possibilite aos profissionais uma boa visibilidade, não havendo ofuscamento ou sombras. As sujeiras devem ser, periodicamente, removidas mediante o uso de água e sabão ¹⁸ .	Bom: sim Ruim: não
(9) Adequação das condições de ventilação e climatização dos consultórios odontológicos	Existência de ventilador e/ou ar condicionado	Os serviços de saúde devem possuir instalação de climatização. Assim, a ventilação deve criar um microclima nos quesitos: temperatura, umidade, velocidade e distribuição e pureza do ar ¹⁸ .	Bom: com ar condicionado Regular: apenas ventilador Ruim: sem ventilador e ar condicionado

Quadro 1. (cont.)

(10) Depósito de Material de Limpeza	Existência de depósito de material de limpeza	Os consultórios odontológicos devem possuir um depósito de material de limpeza, como ambiente de apoio ¹⁸ .	Bom: sim Ruim: não
(11) Sala de espera para pacientes e acompanhantes	Existência de sala de espera para pacientes e acompanhantes	Os consultórios odontológicos devem possuir sala de espera para pacientes e acompanhantes, a fim de servir como sala de apoio ¹⁸ .	Bom: sim Ruim: não
(12) Sala de esterilização com autoclave	Existência de sala de esterilização com autoclave	É imprescindível que os instrumentais utilizados na cavidade bucal sejam esterilizados por autoclave, pois somente o uso de desinfetantes não assegura a eliminação de todos os patógenos, inclusive os esporos e bactérias ¹⁵ .	Bom: sala de esterilização com autoclave Regular: sem sala de esterilização, mas com autoclave Ruim: sem autoclave
(13) Sala de lavagem/descontaminação (sala de utilidades)	Existência de sala de lavagem/descontaminação (sala de utilidades)	Os consultórios devem dispor de uma central de material esterilizado, que devem ainda possuir um ambiente sujo, ou seja, uma sala de lavagem/descontaminação de materiais ¹⁸ .	Bom: sim Ruim: não

Subdimensão: Atividades desenvolvidas

(14) Adequação da quantidade de especialidades ofertadas ao tipo de CEO	Soma das especialidades mínimas ofertadas no CEO	Todos os CEO, independentemente do tipo, devem realizar, minimamente, as seguintes atividades: (1) diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; (2) periodontia especializada; (3) cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; (4) endodontia e (5) atendimento a portadores de necessidades especiais ¹⁵ .	Bom: 5 especialidades mínimas Ruim: <5 especialidades
(15) Adequação da quantidade de horas semanais utilizadas para fazer procedimentos clínicos	(Número de períodos* utilizados para fazer procedimentos clínicos × 4**) × número de dias que o CEO funciona *Manhã, tarde ou noite **Um período corresponde a 4 horas de trabalho diário	Todos os consultórios odontológicos do CEO, independentemente do tipo e do número de cirurgiões-dentistas que neles atuem, devem ser utilizados para a realização dos procedimentos clínicos por 40 horas semanais ¹⁵ .	Bom: ≥ 40 horas Ruim: < 40 horas

Subdimensão: Acessibilidade

(16) Corredores adaptados para cadeira de rodas	Existência de corredores adaptados para cadeira de rodas	Pelo menos uma das salas dos estabelecimentos de saúde para cada tipo de serviço prestado deve ser acessível e estar em rota acessível. Esta rota acessível pode ser externa ou interna. A externa incorpora estacionamentos, calçadas rebaixadas, faixas de travessia de pedestres, rampas, etc. A interna, corredores, pisos, rampas, escadas, elevadores etc ¹⁹ .	Bom: sim Ruim: não
(17) Portas adaptadas para cadeira de rodas	Existência de portas adaptadas para cadeira de rodas	É preconizado pelo menos uma das salas para cada tipo de serviço prestado seja acessível, isso inclui a existência de portas adaptadas aos portadores de cadeiras de rodas ¹⁹ .	Bom: sim Ruim: não

DIMENSÃO: ORGANIZACIONAL**Subdimensão: Referência e contrarreferência**

(18) Acesso por demanda referenciada	Acesso aos CEO exclusivamente por meio da demanda referenciada	Caso o usuário tenha a necessidade de algum procedimento mais complexo, será 'referenciado' para os estabelecimentos que oferecem serviços mais complexos ¹⁹ .	Bom: sim Ruim: não
(19) Termo de referência /contrarreferência	Existência do termo, por escrito ou por meio eletrônico de referência/contrarreferência	É necessário que a referência bem como a contrarreferência sejam realizadas por meio de formulários específicos, a fim de formalizar o encaminhamento ²⁰ .	Bom: sim Ruim: não

Quadro 1. (cont.)

(20) Realização de contrarreferência	Paciente contrarreferenciado à unidade básica de origem	Depois de finalizado o tratamento mais complexo, este usuário deve ser 'contrarreferenciado', ou seja, encaminhado de volta para a unidade básica de origem, onde haverá continuidade do tratamento e acompanhamento desse paciente ²⁰ .	Bom: sim Ruim: não
DIMENSÃO: PRODUÇÃO			
Subdimensão: Produtividade			
(21) Cumprimento da meta mínima para procedimentos básicos	Média mensal de procedimentos básicos realizados no ano de 2014 (total de procedimentos 2014 ÷ 12)	Cumprimentos do número exato (ou além) da meta preconizada pelo Ministério da Saúde ²¹ .	Bom: ≥ 80 (CEO tipo I) / ≥ 110 (CEO tipo II) / ≥ 190 (CEO tipo III) Ruim: demais valores
(22) Cumprimento da meta mínima para procedimentos de cirurgia	Média mensal de procedimentos de cirurgia no ano de 2014 (total de procedimentos 2014 ÷ 12)	Cumprimentos do número exato (ou além) da meta preconizada pelo Ministério da Saúde ²¹ .	Bom: ≥ 80 (CEO tipo I) / ≥ 90 (CEO tipo II) / ≥ 170 (CEO tipo III) Ruim: demais valores
(23) Cumprimento da meta mínima para procedimentos periodontia	Média mensal de procedimentos de periodontia no ano de 2014 (total de procedimentos 2014 ÷ 12)	Cumprimentos do número exato (ou além) da meta preconizada pelo Ministério da Saúde ²¹ .	Bom: ≥ 60 (CEO tipo I) / ≥ 90 (CEO tipo II) / ≥ 150 (CEO tipo III) Ruim: demais valores
(24) Cumprimento da meta mínima para procedimentos endodontia	Média mensal de procedimentos de endodontia no ano de 2014 (total de procedimentos 2014 ÷ 12)	Cumprimentos do número exato (ou além) da meta preconizada pelo Ministério da Saúde ²¹ .	Bom: ≥ 35 (CEO tipo I) / ≥ 60 (CEO tipo II) / ≥ 95 (CEO tipo III) Ruim: demais valores

Fonte: Elaboração própria.

Foram atribuídos escores aos indicadores, subdimensões, dimensões e do CEO (*quadro 2*). Definiu-se valor 0 (zero), julgado como ruim, para os indicadores que não atenderam aos parâmetros; 1, julgado como regular, para os que atenderam parcialmente; e 2, julgado como bom, para os que atenderam completamente. A soma dos escores dos indicadores gerou o juízo de valor da subdimensão. Esse juízo de valor da subdimensão também foi convertido em escore (ruim=0; regular=5; bom=7). A soma dos escores da subdimensão gerou o juízo de valor da dimensão, que, da mesma forma, foi

convertido em escore. A soma dos escores das dimensões gerou o juízo de valor final do CEO. Para o julgamento das subdimensões, dimensões e do CEO, a soma dos escores foi dividida por três, gerando grupos de julgamento, classificados como bom, quando alcançou os maiores valores; ruim, quando alcançou os menores valores; e regular, nas demais situações (*quadro 2*). Todos os indicadores, subdimensões e dimensões foram considerados de igual importância, e, portanto, tiveram o mesmo peso nos cálculos.

Quadro 2. Forma de agregação do juízo de valor

Indicador	Resultado do indicador	Resultado da subdimensão	Resultado da dimensão	Resultado do CEO
DIMENSÃO: ESTRUTURAL				
Subdimensão: Recursos humanos				
1	Ruim (0) / Bom (2)			
2	Ruim (0) / Bom (2)	Σ Escores		
3	Ruim (0) Regular (1) Bom (2)	0-2 Ruim (0) 3-5 Regular (5) 6-8 Bom (7)		
4	Ruim (0) / Bom (2)			
Subdimensão: Recursos estruturais				
5	Ruim (0) / Bom (2)			
6	Ruim (0) / Bom (2)			
7	Ruim (0) / Bom (2)			
8	Ruim (0) / Bom (2)			
9	Ruim (0) Regular (1) Bom (2)	Σ Escores 0-6 Ruim (0) 7-12 Regular (5) 13-18 Bom (7)	Σ Escores 0-10 Ruim (0) 11-21 Regular (3) 22-28 Bom (5)	
10	Ruim (0) / Bom (2)			
11	Ruim (0) / Bom (2)			
12	Ruim (0) Regular (1) Bom (2)			
13	Ruim (0) / Bom (2)			Σ Escores 0-7= Ruim 8-12= Regular 13-15= Bom
Subdimensão: Atividades desenvolvidas				
14	Ruim (0) / Bom (2)	Σ Escores		
15	Ruim (0) / Bom (2)	0= Ruim (0) 2= Regular (5) 4= Bom (7)		
Subdimensão: Acessibilidade				
16	Ruim (0) / Bom (2)	Σ Escores		
17	Ruim (0) / Bom (2)	0= Ruim (0) 2= Regular (5) 4= Bom (7)		
DIMENSÃO: ORGANIZACIONAL				
Subdimensão: Referência e contrarreferência				
18	Ruim (0) / Bom (2)	Σ Escores	Escores 0=Ruim (0) 5= Regular (3) 7= Bom (5)	
19	Ruim (0) / Bom (2)	0= Ruim (0) 2-4= Regular (5) 6= Bom (7)		
20	Ruim (0) / Bom (2)			
DIMENSÃO: PRODUÇÃO				
Subdimensão: Produtividade				
21	Ruim (0) / Bom (2)		Escores 0= Ruim (0) 5= Regular (3) 7= Bom (5)	
22	Ruim (0) / Bom (2)	Σ Escores		
23	Ruim (0) / Bom (2)	0-2 Ruim (0) 4-6 Regular (5) 8 Bom (7)		
24	Ruim (0) / Bom (2)			

Fonte: Elaboração própria.

As fontes de dados para o cálculo dos indicadores foram: o banco de dados do 2º ciclo do PMAQ-CEO de 2014, o Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os municípios com CEO foram classificados em quatro estratos, conforme seu porte demográfico, a saber: porte 1: de 0 a 10.000 habitantes; porte 2: de 10.001 a 25.000 habitantes; porte 3: de 25.001 a 50.000 habitantes; porte 4: acima de 50.000 habitantes. A classificação foi feita com base na população estimada para o ano de 2014 dos municípios, obtida no site do IBGE.

Como o SIA-SUS não permite a tabulação dos dados de produção ambulatorial por CEO, apenas por município, utilizou-se o *software* TabWin (versão 4.1.3) para tabulação desses dados. Foram obtidos os bancos de dados de todos os meses de 2014 para cada Unidade da Federação (UF); filtrados os procedimentos listados na Portaria nº 1.464/GM²¹ das cinco especialidades mínimas, por CEO; e calculada a média anual.

Todos os dados foram exportados, organizados e analisados em planilhas no *software* Microsoft Office Excel® (versão 2013). Promoveu-se análise descritiva; e foram calculadas as frequências absolutas, relativas e

percentuais. Os resultados foram apresentados em formato de tabela. Os indicadores, subdimensões, dimensões e CEO foram classificados conforme o alcance dos parâmetros normativos, julgados como bom, regular ou ruim.

Para avaliar possíveis associações entre o julgamento final dos CEO e variáveis do estudo (localização geográfica e porte populacional), utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson, com o auxílio do software estatístico R (<https://www.R-project.org/>). Diferenças foram consideradas significantes em $p < 0,05$.

Todos os dados utilizados no presente estudo são secundários e de domínio público, em que não constam dados de identificação. Assim, em conformidade com os princípios éticos explicitados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 7 de abril de 2016, este estudo não necessitou de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

No Brasil, em 2014, havia 931 CEO implantados. Dos CEO analisados neste estudo ($n=929$), a maior parte (68,1%) foi classificada como regular, 198 CEO (21,3%) foram classificados como bom; e 98 (10,6%), como ruim (*tabela 1*).

Tabela 1. Número absoluto e percentual dos indicadores, subdimensões e dimensões dos CEO, conforme a sua classificação (bom, regular e ruim). Brasil, 2014

DIMENSÃO						
Subdimensão	Ruim		Regular		Bom	
Indicadores	n	%	n	%	n	%
ESTRUTURAL	6	0,6	198	21,3	725	78,1
Recursos humanos	7	0,7	539	58,0	383	41,3
Adequação da quantidade de cirurgiões-dentistas por CEO	31	3,3	-	-	898	96,7
Compatibilidade da carga horaria de auxiliares/técnicos de consultório dentário e cirurgiões-dentistas	688	74,0	-	-	241	26,0
Formação dos cirurgiões-dentistas nas áreas de atuação no CEO	-	-	602	64,8	327	35,2
Ações de educação permanente com profissionais do CEO	232	24,9	-	-	697	75,1

Tabela 1. (cont.)

Recursos estruturais	28	3,0	403	43,4	498	53,6
Adequação do número cadeiras odontológicas completas ao tipo de CEO	22	2,4	-	-	907	97,6
Equipamentos e periféricos mínimos	125	13,4	-	-	804	86,6
Instrumentais e insumos	283	30,5	-	-	646	69,5
Adequação das condições de uso, de limpeza e de iluminação	115	12,4	-	-	814	87,6
Condições de ventilação e climatização dos consultórios odontológicos	26	2,8	130	14,0	773	83,2
Depósito de material de limpeza	298	32,1	-	-	631	67,9
Sala de espera para pacientes e acompanhantes	23	2,5	-	-	906	97,5
Sala de esterilização com autoclave	47	5,0	88	9,47	794	85,5
Sala de lavagem/ descontaminação (sala de utilidades)	327	35,2	-	-	602	64,9
Atividades desenvolvidas	17	1,9	354	38,1	558	60,0
Adequação da quantidade de especialidades ofertadas ao tipo de CEO	364	39,2	-	-	565	60,8
Adequação da quantidade de horas semanais utilizadas para fazer procedimentos clínicos	24	2,6	-	-	905	97,4
Acessibilidade	152	16,4	110	11,8	667	71,8
Corredores adaptados para cadeira de rodas	212	22,8	-	-	717	77,2
Portas adaptadas para cadeira de rodas	202	21,7	-	-	727	78,3
ORGANIZACIONAL	18	2,0	600	64,6	311	33,4
Referência/contrarreferência	18	2,0	600	64,6	311	33,4
Acesso por meio de demanda referenciada	397	42,8	-	-	532	57,2
Termo de referência /contrarreferência	230	24,8	-	-	699	75,2
Realização de contrarreferência	147	15,8	-	-	782	84,2
PRODUTIVIDADE	448	48,2	399	42,9	82	8,9
Produção	448	48,2	399	42,9	82	8,9
Cumprimento da meta mínima para procedimentos básicos	246	26,5	-	-	683	73,5
Cumprimento da meta mínima para procedimentos cirurgia	704	75,8	-	-	225	24,2
Cumprimento da meta mínima para procedimentos periodontia	468	50,4	-	-	461	49,6
Cumprimento da meta mínima para procedimentos endodontia	724	78,0	-	-	205	22,0
Resultado dos CEO	98	10,6	633	68,1	198	21,3

Fonte: Elaboração própria.

Na análise das dimensões, observa-se que a estrutural obteve mais da metade dos CEO (78,1%) classificados como bom, sendo a que obteve o melhor resultado. O detalhamento dessa dimensão possibilita observar que os indicadores com melhores resultados (mais

de 97% dos CEO com conceito bom) foram: adequação do número cadeiras odontológicas completas ao tipo de CEO; sala de espera para pacientes e acompanhantes, ambos pertencentes à subdimensão recursos estruturais; e adequação da quantidade de horas semanais

utilizadas para fazer procedimentos clínicos, da subdimensão recursos humanos. Nota-se ainda que a adequação do número cadeiras odontológicas completas ao tipo de CEO foi o melhor resultado entre todos os indicadores utilizados (97,6% bom). A compatibilidade da carga horária de auxiliares/técnicos de consultório dentário e cirurgiões-dentistas apresentou o pior resultado da dimensão (26,0%).

Na análise da dimensão organizacional, mais da metade dos CEO (64,6%) foi classificada como regular; e poucos (2,0%), como ruim. Nesse item, os três indicadores considerados obtiveram mais da metade dos CEO com conceito bom. O pior resultado foi observado no acesso por meio de demanda referenciada, com 42,8% dos CEO sem atendimento exclusivo por meio de demanda referenciada.

Na dimensão produção, foram observados os piores resultados de toda a matriz avaliativa, com quase metade dos CEO (48,2%) classificados como ruim. Dos indicadores considerados, o melhor resultado foi o cumprimento da meta mínima para procedimentos básicos, com 73,5% dos CEO com conceito bom. Os piores resultados foram para o cumprimento das metas mínimas de procedimentos de endodontia e cirurgia, com menos de 25% dos CEO com conceito bom. Relacionando os resultados da dimensão produção com o porte populacional dos municípios, notou-se que 11,7% dos CEO implantados em municípios de porte 4 foram classificados como bom. Nos municípios menores, o maior percentual de CEO com conceito bom foi observado nos municípios de porte 3 (6,6%), seguido dos municípios de porte 1 (6,2%) e porte 2 (1,3%).

A análise detalhada das classificações das dimensões dos CEO por macrorregião e por porte populacional dos municípios permite verificar que, na dimensão estrutural, 86,2% dos CEO da macrorregião Sul obtiveram conceito bom, enquanto na macrorregião Norte, 69,5%. Na dimensão organizacional, 43,5% dos CEO da macrorregião Centro-Oeste obtiveram conceito bom, porém, na macrorregião Nordeste, apenas 29,3%. Na produção, 22,5%

dos CEO da macrorregião Centro-Oeste foram classificados como bom; e apenas 3,9% dos CEO da macrorregião Nordeste.

Observou-se que, na dimensão estrutural, 80,7% dos CEO implantados em municípios de porte 4 foram classificados como bom; e 62,5% dos CEO dos municípios de porte 1 obtiveram conceito bom. Na dimensão organizacional, 39,5% dos CEO implantados em municípios de porte 3 obtiveram conceito bom; enquanto 31,5% dos CEO implantados em municípios de porte 4 apresentaram conceito bom. Na dimensão produção, 11,7% dos CEO implantados em municípios de porte 4 foram classificados como bom; somente 1,2% dos CEO de municípios de porte 2 obtiveram conceito bom.

A maior parte dos CEO (60,5%) está implantada em municípios mais populosos – acima de 50.001 habitantes (*tabela 2*). Observou-se que as regiões Norte e Nordeste apresentaram os piores percentuais, com 17,0% e 14,4% dos CEO com conceito ruim. A macrorregião Centro-Oeste obteve o maior percentual de CEO com conceito bom (40,3%). Quando analisados os resultados por UF, Roraima-RR destaca-se negativamente, pois o único CEO do estado foi classificado como ruim. Por outro lado, Amapá (AP) e Mato Grosso do Sul (MS) obtiveram mais de 50% dos CEO com conceito bom. O restante das UF obteve a maior parte dos CEO com conceito regular. Os municípios com porte populacional de 10.001 a 25.000 habitantes foram os que tiveram pior desempenho na avaliação, com maior percentual de CEO ruins e menor percentual de CEO bons.

No Brasil, o julgamento final dos CEO nesta avaliação esteve associado com a localização geográfica e o porte populacional dos municípios (*tabela 2*). Notou-se que o Centro-Oeste apresentou proporcionalmente os melhores resultados. As macrorregiões Norte e Nordeste tiveram os resultados mais negativos. Os municípios de maior porte populacional apresentaram proporcionalmente os melhores resultados. Chama a atenção o fato de que os municípios menores, de até 10.000 habitantes, também foram mais bem avaliados.

Tabela 2. Avaliação dos CEO, por localização geográfica e porte populacional dos municípios. Brasil, 2014

	Ruim		Regular		Bom	
	n	%	n	%	n	%
Localização geográfica						
Norte (n=59)	10	17,0	36	61,0	13	11,0
Nordeste (n=355)	51	14,4	262	73,8	42	11,8
Centro-Oeste (n=62)	1	1,6	36	58,1	25	40,3
Sudeste (n=337)	31	9,2	219	65,0	87	25,8
Sul (n=116)	5	4,3	80	69,0	31	26,7
Brasil (n=929)	98	10,6	633	68,1	198	21,3
Valor de p*	<0,001		<0,001		<0,001	
Porte Populacional dos municípios						
Até 10.000 hab. (n=16)	2	12,5	10	62,5	4	25,0
De 10.001 a 25.000 hab. (n=156)	30	19,2	110	70,5	16	10,3
De 25.001 a 50.000 hab. (n=195)	22	11,3	138	70,7	35	18,0
Acima de 50.001 hab. (n=562)	44	7,8	375	66,7	143	25,5
Valor de p*	<0,001		<0,001		<0,001	

Fonte: Elaboração própria.

*Teste Qui-quadrado de Pearson.

Discussão

Este estudo evidenciou que, em 2014, a maior parte dos CEO não estava atendendo plenamente às normas preconizadas, especialmente quanto às metas de produção ambulatorial. Além disso, a classificação dos CEO esteve fortemente associada à localização geográfica e ao porte populacional dos municípios.

A dimensão produtividade, especialmente os indicadores de cumprimento das metas mínimas de endodontia, cirurgia e periodontia, apresentou a maior parte dos CEO com conceito ruim. A literatura científica tem evidenciado resultados similares. Muitos autores que avaliaram o desempenho dos CEO nas diferentes regiões do Brasil, sob a perspectiva do cumprimento das metas, têm observado que a maior parte dos CEO não tem atingido as metas de produtividade, especialmente nas especialidades de periodontia, endodontia e cirurgia oral²²⁻²⁵.

Sabe-se, no entanto, que, historicamente, no Brasil, há uma grande demanda reprimida por tratamentos odontológicos especializados. Uma hipótese para esse paradoxo seriam possíveis incoerências relacionadas com a forma como foram estabelecidas, tanto no quesito quantitativo quanto no tipo de procedimento. Para Goes e colaboradores²², é necessário considerar o perfil epidemiológico da população local e regional do País e repensar sobre as metas estipuladas pelo MS, bem como sobre as especialidades oferecidas.

Alguns autores também têm sugerido que a baixa produtividade dos CEO pode estar relacionada com o número inadequado de profissionais por especialidade²⁶, com a inexistência de um sistema de lista de espera que reponha os pacientes faltosos, com a não padronização das tecnologias utilizadas por cada profissional, com o não cumprimento da carga horária de trabalho ou, ainda, com a realização de procedimentos básicos que deveriam ser

realizados na atenção básica²⁷, ou, ainda, com as longas filas para o atendimento nos CEO que culminam em altas taxas de abstinência²⁸.

Outro aspecto importante refere-se ao papel que os CEO exercem na rede de atenção em saúde bucal no SUS. A regulamentação em vigor determina que a atenção secundária deve proporcionar a continuidade do cuidado em saúde bucal realizado pela Equipe de Saúde Bucal (ESB) na atenção básica²⁰, sendo imprescindível a organização dos fluxos de gerenciamento dos usuários, por meio do mecanismo de referência e contrarreferência. Entretanto, observa-se no presente estudo que menos da metade dos CEO trabalhava com acesso dos usuários exclusivo por demanda referenciada; e parte não possuía um termo de referência/contrarreferência. Esses resultados sugerem que os CEO, de modo geral, estão funcionando como porta de entrada para os usuários ao sistema de saúde, promovendo uma descontinuidade do cuidado. Outros estudos publicados fizeram constatações similares^{26,28}.

Embora a dimensão estrutural tenha apresentado resultados satisfatórios, um dado mostrou-se discrepante do que se esperaria nesse cenário. Como respostas às normativas do sistema, esperavam-se cirurgiões-dentistas atuando em conjunto com auxiliares/técnicos. Sabe-se que uma ESB completa é capaz de realizar seu trabalho com maior eficiência e otimização do processo de trabalho; promovendo aumento da qualidade técnica e da produtividade, a minimização do custo operacional, além da redução do desgaste físico, do estresse e da fadiga do cirurgião-dentista¹⁷. A falta de auxiliares e técnicos, portanto, pode estar impactando não apenas na produtividade dos CEO, mas também na qualidade dos serviços oferecidos à população.

Os resultados mostraram que a maior parte dos profissionais que estavam atuando nos CEO possuía, ao menos, especialização na área de atuação. Contudo, notou-se que nem todos os profissionais dos CEO estão incluídos em

ações de educação permanente, o que denota uma certa desvalorização desses profissionais por parte da gestão desses municípios. O fato de já terem especialização na área de atuação no CEO não diminui a importância dessas ações na qualificação do serviço e dos profissionais, uma vez que essas ações não visam apenas melhorar a capacidade técnica de execução de procedimentos, mas, principalmente, investir na capacidade crítica e reflexiva dos profissionais, para que atuem em uma visão ampliada e contextualizada das necessidades de saúde dos usuários atendidos²⁹.

A Portaria GM/MS nº 599/2006 prevê a disponibilidade de instrumentais e insumos compatíveis com os serviços nos CEO¹⁵. Embora nesta pesquisa não tenha sido avaliada a presença ou ausência específica de cada instrumental ou insumo necessários ao atendimento, o fato de o profissional relatar paralisação no atendimento por falta de instrumentais ou insumos em 30,5% dos CEO avaliados revela a dificuldade de gerenciamento desses recursos, o que, fatalmente, compromete o atendimento aos usuários e a resolubilidade dos CEO.

O maior percentual de CEO com conceito bom foi na macrorregião Centro-Oeste, sendo que as análises estatísticas demonstraram associação significativa entre as variáveis. Esses resultados podem indicar que houve maior incentivo na atenção secundária em saúde bucal nessa macrorregião em comparação com as demais. No entanto, não há dados na literatura que corroborem essa hipótese, havendo, portanto, a necessidade de outros estudos que analisem as políticas estaduais de incentivo e gestão da rede de atenção à saúde bucal.

O porte populacional dos municípios também obteve associação significativa com o julgamento final dos CEO. Notou-se que o maior percentual de CEO com conceito bom foi nos municípios mais populosos. Uma justificativa para essa ocorrência é o fato de que, neste estudo, os percentuais de CEO classificados como bom na dimensão produtividade foram maiores em municípios de maior porte populacional.

Alguns estudos científicos identificaram associações entre o desempenho dos CEO e o porte populacional dos municípios. Esses estudos verificaram que os CEO localizados em municípios de maior porte populacional apresentaram melhores resultados de produtividade^{22,30}, devido a esses municípios possuírem maiores demandas por tratamentos especializados³⁰.

Por outro lado, o segundo melhor resultado observado foi nos municípios menos populosos. Uma possível explicação para esse fato seria o estabelecimento de parcerias entre esses municípios, por meio dos consórcios regionalizados. Ou seja, o CEO de um município torna-se também referência para a população residente de outros municípios próximos, aumentando, portanto, a demanda. De fato, municípios de pequeno porte populacional não possuem grande demanda por serviços odontológicos especializados, nem economia de escala para implantar um CEO. Por conseguinte, o estabelecimento dessas parcerias pode vir a ser uma estratégia importante para a maior produtividade dos CEO.

Este estudo avaliou os CEO normativamente. Os indicadores utilizados nessa avaliação retratam aspectos mínimos e obrigatórios que um CEO deveria dispor; e, portanto, a classificação de um CEO como bom não significa que este não necessite de aperfeiçoamentos e avanços. No entanto, sob outra perspectiva, o não cumprimento desses indicadores expressa a necessidade de mais atenção por parte da gestão na atenção especializada em saúde bucal. Para tanto, a metodologia normativa empregada na presente avaliação pode vir a ser considerada uma limitação do presente estudo. Outra limitação seria a fonte secundária de dados, que está sujeita ao sub-registro ou registro inadequado das informações, que, nesse caso, não são passíveis de identificação.

Conclusões

A avaliação evidenciou o descumprimento de diversos indicadores normativos, especialmente os relacionados com o cumprimento das metas ambulatoriais, demonstrando que os CEO não estão atendendo plenamente às normas preconizadas. Apesar das dimensões estrutural e organizacional dos CEO terem apresentado os melhores resultados, há necessidade de aprimoramento de alguns aspectos, especialmente o relacionado com a existência de auxiliares e técnicos de consultório dentário atuando juntamente com os cirurgiões-dentistas nos CEO. Além deste, os relacionados com a inclusão dos profissionais em ações de educação permanente e com o acesso aos CEO somente por meio de demanda referenciada.

Os resultados deste trabalho elucidam a importância de aperfeiçoamentos e avanços de muitos dos indicadores utilizados nesta avaliação. Sugere-se a revisão das metas ambulatoriais nas especialidades ofertadas pelos CEO, considerando as particularidades de cada região, a demanda existente, o perfil epidemiológico, as reais necessidades de tratamento da população em cada local, assim como questões relativas aos recursos estruturais dos CEO, a força de trabalho de cirurgiões-dentistas e de outros profissionais existente em cada região do País.

Reforça-se a necessidade de que mais estudos avaliativos sobre os CEO sejam realizados, empregando outras abordagens e metodologias, a fim de elucidar outras fragilidades e os avanços dos CEO do País.

Colaboradores

Rios LRF (0000-0002-2843-5159)* e Colussi CF (0000-0002-3395-9125)* contribuíram para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004 [acesso em 2018 jan 4]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm.
2. Narvai PC, Frazão P. Políticas de Saúde Bucal no Brasil. In: Moysés SJ, organizador. Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 308.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
4. Moysés SJ. Políticas de Atenção à Saúde Bucal: um cenário internacional e o Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Cebes; 2014. p. 609-634.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Bucal. SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
6. Magalhães BG, Oliveira RS, Góes PSA, et al. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. *Cad Saúde Col*. 2015; 23(1):76-85.
7. Azevedo J, Azevedo MS, Oliveira LJC, et al. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB-Brasil 2010): prevalências e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(8):1-11
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
9. Felisberto E, Samico I, Bezerra LCA, et al. Institucionalizando a avaliação nas organizações e agências de pesquisas: um estudo de caso exemplar. *Saúde debate*. 2017; 41(esp):387-399.
10. Ferreira J, Celuppi IC, Baseggio L, et al. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? *Saúde soc*. 2018; 27(1):69-79.
11. Lino PA, Werneck MAF, Lucas SD, et al. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(9):3879-88.
12. Pires ALC, Figueiredo GS, Gruendemann JLA, et al. Atenção secundária em saúde bucal no Rio Grande do Sul: análise descritiva da produção especializada em municípios com Centros de Especialidades Odontológicas com base no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde. *RFO*. 2016; 20(3):325-33.
13. Souza GA, Lopes MLDS, Roncalli AG, et al. Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. *Rev. salud pública*. 2015; 17(3):416-428.
14. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, et al. A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMR, organizadora. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47.
15. Brasil. 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. *Diário Oficial da União*. 23 Mar 2006.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 11.889 de 24 de de-

- zembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB). Diário Oficial da União. 24 Dez 2008
17. Costa AO, da Silva LP, Saliba O, et al. A participação do auxiliar em saúde bucal na equipe de saúde e o ambiente odontológico. *Rev. odontol UNESP*. 2010; 41(6):371-376.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 2019 mar 11]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/manuais/manual_odonto.pdf.
 19. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NRB 9050: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. [internet]; 2006 [acesso em 2018 dez 20]. Disponível em: <http://www.ufpb.br/cia/contents/manuais/abnt-nbr9050-edicao-2015.pdf>.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Caderno de Atenção Básica nº 17 de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008. [acesso em 2018 jan 4]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1464, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS. Diário Oficial da União. 24 Jun 2011.
 22. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(supl):81-89
 23. Herkrath FJ, Herkrath APCQ, Silva LNB, et al. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. *Saúde debate*. 2013; 37(96):148-158.
 24. Cortellazzi KL, Balbino EC, Guerra LM et al. Variables associated with the performance of Centers for Dental Specialties in Brazil. *Rev. bras. Epidemiol*. 2015; 17(4):978-988.
 25. Freitas CHSM, Lemos GA, Pessoa TRRF, et al. Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. *Saúde debate*. 2016; 40(108):132-143.
 26. Kimatura ES, Bastos RR, Palma PV, et al. Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2016; 25(1):137-148.
 27. Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG, et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Colet*. 2011; 27(1):43-54.
 28. Thomaz EBAF, Sousa GMC, Queiroz RCS, et al. Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2016; 25(4):807-818.
 29. Peduzzi M, Guerra DAD, Braga CP, et al. Educational activities for primary healthcare workers: permanent education and inservice healthcare education concepts in the daily life of primary healthcare units in São Paulo. *Interface - Comunic. Saude Educ*. 2009; 13(30):121-134.
 30. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(2):259-267.

Recebido em 19/08/2018
Aprovado em 15/01/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve