ISSN - 1519-0501 DOI: 10.4034/PBOCI.2012.121.17

Avaliação do Cumprimento de Atenção Secundária em Saúde Bucal

Evaluating the Fulfillment of Secondary Attention in oral health care

Bruno Gama MAGALHÃES[1], Raquel Santos de OLIVEIRA[2], Gabriela da Silveira GASPAR[3], Nilcema FIGUEIREDO[4], Paulo Sávio Angeiras de GOES[5]

[1]Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE, Brasil.
[2]Mestre em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE, Brasil.
[3]Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade de Pernambuco (UPE), Camaragibe/PE, Brasil.
[4]Doutora em Odontologia, Universidade de Pernambuco (UPE), Camaragibe/PE, Brasil.
[5]Professor Doutor de Departamento de Odontologia Social da Universidade de Pernambuco (UPE), Camaragibe/PE, Brasil.

RESUMO

Objetivos: Avaliar o cumprimento da atenção secundária em saúde bucal em Pernambuco, nos CEO (Centro de Especialidades Odontológicas implantado até 31 de dezembro de 2007). Há diversas finalidades em avaliar um serviço de saúde, seja para um efetivo direcionamento de recursos, aprimoramento do sistema ou verificar a qualidade do serviço.
Métodos: Estudo descritivo, quantitativo, com caráter avaliativo, utilizando características estruturais (antecipação financeira, tempo de implantação, tipo de CEO e cobertura pela ESF) e contextuais (porte populacional e IDH) dos CEO implantados em Pernambuco. Foram analisados, ainda, dados secundários da produção ambulatorial, critérios e normas instituídas para implantação dos CEO. A variável dependente utilizada foi o indicador denominado Cumprimento da Atenção Secundária em Saúde Bucal, as variáveis independentes se referiram às características dos serviços e dos municípios.
Resultados: A relação entre o Cumprimento da Atenção Secundária em Saúde Bucal e as variáveis estruturais apontou que dentre os CEO Tipo I, a maioria (63,6%) não cumpriu o indicador avaliado. Serviços com tempo superior a um ano de credenciamento cumpriram o indicador (81%). Verificou-se que 90% dos CEO que não solicitaram antecipação financeira cumpriram o indicador. Dentre as características contextuais, a maioria dos municípios de grande porte (78,6%) cumpriu a atenção secundária em saúde bucal e para os municípios com cobertura acima de 50% de ESB no PSF a maioria (62.5%) não cumpriu o indicador avaliado.
Conclusão: O cumprimento da atenção secundária em saúde bucal está associado a fatores estruturais e contextuais dos serviços avaliados.

DESCRITORES

Serviços de Saúde Bucal; Especialidades Odontológicas; Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the secondary attention of the dental health services in Pernambuco, Brazil at the CEOs (public specialized dental clinics) established until December 31, 2007. There are different goals for the evaluation of a health service: orientations for an effective use of resources, improvement of the system, or service quality inspection.
Methods: This study was a descriptive and quantitative research with evaluative nature, which used structural (financial anticipation, period for implantation, kind of CEO and Family Health Strategy coverage) and contextual (population behavior and HDR - Human Development Report) characteristics of the CEOs established in state of Pernambuco. Additionally were also analyzed secondary data of outpatient production, the rules and criteria set up for CEO implantation. The dependent variable was the indicator named fulfillment of the secondary attention in oral health care, and the independent variable referred to the characteristics of the service and districts.
Results: The relationship between the secondary attention in oral health care and the structural variables pointed that most type 1 CEOs (63.6%) have not fulfilled the evaluated indicator. Clinics with more than 1 (one) year accreditation fulfilled the indicator (81%). It was noticed that 90% of the CEOs that had not requested the financial anticipation fulfilled the indicator. Regarding contextual characteristics, most of the large districts (78.6%) have fulfilled the secondary attention in oral health care and most (62.5%) the districts with coverage above 50% of health care team in the Family Health Strategy, did not fulfill the indicator.
Conclusion: The fulfillment of the secondary attention in oral health care is associated to the structural and contextual factors of the evaluated services.

KEY-WORDS

Oral health services; Dental specialties; Evaluation of health services.

INTRODUÇÃO

A prática odontológica, no Brasil, esteve distante de se caracterizar enquanto prática tradicionalmente instituída nos serviços públicos de saúde. Uma vez que, a atenção odontológica no serviço público brasileiro, nas últimas décadas, caracterizou-se por prestar assistência a grupos populacionais restritos, a exemplo dos escolares. O restante da população ficava excluída e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores[1].

O último levantamento epidemiológico nacional em saúde bucal, realizado no Brasil[2] e dados analisados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar - PNAD de 1998[3,4,5], apontaram que os principais problemas de saúde bucal a serem enfrentados são a cárie dentária, suas consequências (dor e perda dentária) e a falta de acesso às ações e serviços de saúde bucal. Muito embora o acesso a serviços odontológicos tenha melhorado, considerando ter havido redução da ordem de 15% entre os brasileiros que nunca foram ao dentista, no período entre 1998-2003, o padrão de desigualdade no uso dos serviços odontológicos entre as unidades da federação e entre os indivíduos pareceu se manter[5].

No entanto, as desigualdades sociais presentes nos indicadores do processo saúde-doença implicam em desigualdades nos padrões de doenças e também no padrão de utilização dos serviços, com prejuízo aquelas de maior risco social[6,7]. A redução das disparidades socioeconômicas e medidas de saúde pública dirigidas aos grupos mais vulneráveis permanecem como um desafio para todos os que formulam e implementam as políticas públicas no Brasil[8].

Como resposta, o Ministério da Saúde desde 2004, por meio da Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como “Brasil Sorridente”, vem aumentando o volume de investimentos e ações com vistas à melhoria da condição de saúde bucal da população, consolidação de um modelo de atenção em saúde bucal pautados nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS em que a Estratégia Saúde da Família Programa Saúde, com ampliação das Equipes de Saúde Bucal – ESB, reorienta o modelo na atenção primária. A política também incentiva o aumento da oferta de procedimentos nos níveis secundário e terciário da atenção com a implantação dos CEO - Centros de Especialidades Odontológicas[9,10], com vista a cumprir o princípio da integralidade da atenção, pois se constatou que o perfil da assistência odontológica no SUS era caracterizado por uma grande desproporção na oferta de procedimentos odontológicos básicos e especializados.

Dentre os princípios e diretrizes do SUS, talvez a integralidade seja o que é menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas[11]. As mudanças não têm sido tão evidentes. Elas acontecem aqui e acolá, mas ainda não ganharam a generalização nem a visibilidade almejada. Para além de uma articulação entre os três níveis de atenção, o autor entende que defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos. Práticas intersubjetivas envolvem necessariamente uma dimensão dialógica.

Alguns estudos realizados, na década de 80, sobre a forma de organização dos serviços de saúde, já evidenciavam alguns problemas, como a falta de informação por parte da população, problemas organizacionais intrínsecos aos próprios serviços de saúde e ainda problemas de integração e comunicação entre os vários níveis de atenção[12-15].

Faz-se necessário elucidar que são escassas as pesquisas sobre os serviços de atenção secundária em saúde bucal, particularmente no Brasil, mas, achados de outros países, com modelos de atenção em saúde bucal mais estruturados já evidenciam a preocupação em estudá-la, principalmente no tocante à interface entre os níveis de complexidade da atenção, ou seja, a interface entre a atenção primária e secundária em saúde bucal[16].

O papel do serviço de atenção secundária em saúde bucal nestes países corresponde tanto à oferta de tratamento em especialidades odontológicas, quanto à elaboração de planos de tratamento pelos dentistas especialistas aos usuários referenciados. O tratamento é realizado na atenção primária após a contrarreferência do caso, ou seja, funcionando também como um serviço de consultoria odontológica[17,18].

Segundo a publicação sobre Orientações Técnicas sobre Auditoria em Odontologia no SUS[19], a complexidade dos serviços odontológicos está diretamente associada ao tipo de procedimento a ser realizado, bem como sua relação com outros fatores, tais como características dos equipamentos e disponibilidade de profissionais especializados. A atenção especializada em odontologia corresponde aos níveis secundários e terciários, em que são realizados atendimentos de média e alta complexidade, e se destaca a busca pela otimização do atendimento, articulando a ação multiprofissional no diagnóstico e na terapêutica, de forma que implique diferentes conhecimentos e formas de reabilitação oral e a garantia de critérios de acesso em função da análise de risco e das necessidades do usuário com utilização de protocolos de referência e contrarreferência, com resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar quando necessário.

No entanto, os CEO são serviços de atenção secundária devendo se constituir em unidades de referência para a Atenção Básica, integrado ao processo de planejamento locorregional que devem ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor[20]. Em função dos seus recursos físico-estruturais podem ser classificados em três tipos: CEO tipo I (3 cadeiras odontológicas); CEO Tipo II (4 a 6 cadeiras odontológicas); e, CEO Tipo III (mais de 7 cadeiras odontológicas), em funcionamento 40h semanais, sendo o número de profissionais variável em função do tipo de CEO[11]. Atualmente no Brasil, são mais de 700 CEO implantados[10].

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho se constituiu em avaliar os CEO de Pernambuco, implantados até 31 de dezembro de 2007, analisando o cumprimento da atenção secundária em saúde bucal, pois há diversas finalidades em avaliar um serviço de saúde, seja para um efetivo direcionamento de recursos, aprimoramento do sistema ou verificar a qualidade do serviço.

METODOLOGIA

Este estudo foi do tipo descritivo, quantitativo, de caráter avaliativo. Utilizaram-se dados secundários da produção ambulatorial do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde SIA/SUS do ano de 2006 e análise documental das portarias instituídas pelo Ministério da Saúde relacionadas aos CEO.

Os dados obtidos e tabulados pelo programa Tab para Windows - TABWIN foram exportados para o programa Excel, versão 2000, consolidados e agrupados de acordo com o grau de complexidade dos procedimentos odontológicos (grupos 03 – Ações básicas em odontologia, e 10 – Ações Especializadas em Odontologia,), bem como, segundo subgrupos de procedimentos odontológicos que deviam ser avaliados: subgrupo de procedimentos de Atenção Básica: Procedimentos Individuais Preventivos (03.020.00-2), Dentística Básica (03.030.00-8) e Odontologia Cirúrgica Básica (03.040.00-3); Subgrupo de procedimentos de Periodontia (10.020.00-4); Subgrupo de procedimentos de Endodontia (10.040.00-5); e, Subgrupo de procedimentos de Cirurgia Oral Menor: Odontologia Cirúrgica (10.050.00-0) e Traumatologia bucomaxilofacial (10.060.00-6).

Há uma meta mensal por subgrupo para cada tipo de CEO, segundo Portaria Nº 600/GM -2006 [21], então da operacionalização do quociente resultante da média mensal de procedimentos realizados de cada subgrupo de especialidades odontológicas pelo número de procedimentos correspondente à meta deste subgrupo multiplicado por 100 pôde ser verificado o cumprimento de cada meta. Foi considerada meta atingida aqueles CEO que cumpriram percentual igual ou superior a 100% da Meta normatizada para cada subgrupo de procedimentos odontológicos especializados.

A avaliação do cumprimento da atenção secundária em saúde bucal consistiu na utilização do indicador denominado Cumprimento da Atenção Secundária em Saúde Bucal (CASSB), variável dependente deste estudo, o qual foi atribuído CASSB = 0, quando os CEO não cumpriram nenhuma meta ou apenas cumpriram a meta do Subgrupo Atenção Básica; e, CASSB = 1 aos serviços que cumpriram pelo menos uma meta do Subgrupo de Especialidades, ou seja, cumpriram a meta da Periodontia, Endodontia ou Cirurgia Oral Menor.

As variáveis independentes do presente estudo podem ser classificadas como de dois tipos. As referentes às características dos municípios, tais como porte populacional e IDH, consideradas como indicadores contextuais e as relacionadas aos serviços per si, tais como antecipação financeira, tempo de credenciamento, tipo de CEO, cobertura da ESF classificadas como estruturais. Estas foram construídas após leitura e análise das portarias instituídas aos CEO até 2006. Estes documentos são como instrumento jurídico-legal, administrativo e normativo para implantação, organização e monitoramento dos CEO.

As variáveis relacionadas aos municípios foram as seguintes: cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal - ESB no Programa Saúde da Família - PSF, municípios com cobertura acima ou abaixo de 50% de sua população.por ESB no PSF.; Porte populacional de cada município, sendo distribuídos em grupos de municípios com até 30 mil habitantes, entre 30 - 50 mil habitantes, 50-100 mil habitantes e municípios maiores que 100 mil habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano – IDH municipal do ano de 2000 (<0,7 e >0,7). A amostra foi estratificada dessa forma seguindo os critérios para implantação dos CEO do Governo do Estado de Pernambuco[22].

As variáveis relacionadas aos serviços foram: tipo de CEO, que são classificados em função dos seus recursos físico-estruturais, classificados em três tipos: CEO tipo I, CEO Tipo II, e CEO Tipo III; Tempo legal de credenciamento do serviço, isto é, se o tempo de credenciamento oficial a partir da data da publicação da portaria ministerial é superior ou não há 12 meses; solicitação de antecipação financeira para credenciamento do serviço, se foi solicitada ou não. Acredita-se que os serviços com maior tempo de funcionamento encontram-se mais bem estruturados.

As portarias que foram utilizadas nesta pesquisa foram: Portaria Nº 599/GM[10], que definiu a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabeleceram critérios, normas e requisitos para seu credenciamento (esta revogou a Portaria 1.570/GM – 2004); Portaria Nº 600/GM[21], que instituiu o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (esta revogou a Portaria 1.571/GM – 2004); e, Portaria Nº 283/GM[23], que passou a permitir a solicitação de antecipação financeira para implantação desses serviços.

Os dados obtidos foram analisados a partir de uma análise estatística descritiva, e operacionalizados no programa estatístico Statistical Package Social Sciense - SPSS versão 10.0. Esta pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Pernambuco (UPE) com o Parecer de aprovação pelo nº 065/06.

RESULTADOS

Foram estudados 25 CEO, em que 52% eram do

Tipo II. Segundo o tempo de credenciamento, a maioria tinha tempo inferior a um ano (56%). A antecipação financeira ao credenciamento foi solicitada por 60% dos CEO.

A despeito das características municipais, particularmente para o porte populacional municipal, a maioria dos CEO (56%) estava localizada em municípios com mais de 100.000 habitantes. Em relação à cobertura municipal das ESB do PSF foi adotado o parâmetro de cobertura de 50% para este estudo, resultando que a maioria dos municípios (64%) tinha uma cobertura acima de 50%. Sobre o IDH municipal, a maioria dos municípios de Pernambuco (52%) teve IDH acima de 0,7.

A análise de Cumprimento da Atenção Secundária em Saúde Bucal, segundo a totalidade dos CEO, apontou que a maioria (52%) cumpriu o CASSB.

Porém, quando analisada esta relação e as variáveis estruturais, apontou-se que segundo Tipo de CEO: a maioria dos CEO Tipo I (63,6%) não cumpriu a Atenção Secundária em Saúde Bucal, bem como, o CEO Tipo III. Em contrapartida, a maioria dos CEO tipo II (69,2%) a cumpriu.

Relacionando-se com tempo de credenciamento dos CEO, os resultados mostraram que os serviços credenciados acima de um ano cumpriram o CASSB em sua maioria (81,8%). Segundo o tipo de solicitação financeira, verificou-se que 90% dos CEO que não a solicitaram, obtiveram o CASSB. Estes resultados descritos anteriormente podem ser observados na Tabela 1.

A relação com as variáveis contextuais mostrou que o porte populacional municipal analisado, segundo Cumprimento da Atenção Secundária em Saúde Bucal, apontou que dentre os municípios com população inferior a 30.000 habitantes, para a maioria dos serviços (80%) não houve cumprimento do indicador avaliado. Pior resultado foi encontrado aos municípios com 50-100.000 habitantes, nos quais nenhum cumpriu o indicador avaliado. Quando analisados os municípios com mais de 100.000 habitantes, a maior proporção de CEO (78,6%) obteve o CASSB. Quando analisada a cobertura de ESB no PSF, os resultados mostraram que em municípios com cobertura acima de 50%, a maioria dos CEO (62,5%) não cumpriu o CASSB.

Considerando o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal em função do Cumprimento da Atenção Secundária em Saúde Bucal dos CEO, pode ser verificado que dentre os CEO localizados em cidades com IDH > 0,7, a maioria (76,9%) dos serviços cumpriu o CASSB. Estes resultados podem ser visto na Tabela 2.

Tabela 1. Características dos serviços e cumprimento da atenção secundária em saúde bucal.

Características dos serviços		Cumprimento da Atenção Secundária em Saúde Bucal					
		Não Cumpre		Cumpre		Total	
		n	%	n	%	n	%
Tipo de CEO	I	7	64	4	36	11	100
	II	4	31	9	69	13	100
	III	1	100	-	0	1	100
Tempo de credenciamento	>12m	2	18	9	82	11	100
	<12m	10	71	4	29	14	100
Antecipação Financeira	não	1	10	9	90	10	100
	sim	11	73	4	27	15	100

Tabela 2. Características dos municípios e cumprimento da atenção secundária em saúde bucal.

Características dos municípios		Cumprimento da Atenção Secundária em Saúde Bucal					
		Não Cumpre		Cumpre		Total	
		N	%	N	%	N	%
Cobertura pop de ESB no PSF	> 50%	10	62	6	38	16	100
	<50%	2	22	7	78	9	100
Porte populacional municipal	< 30.000	4	80	1	20	5	100
	30.000-50.000	1	50	1	50	2	100
	50.000-100.000	4	100	0	0	4	100
	>100.000	3	21	11	79	14	100
IDH	>0,7	3	23	10	77	13	100
	<0,7	9	75	3	25	12	100

DISCUSSÃO

O presente estudo contribuiu para o delineamento inicial do processo avaliativo e de monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, sugerindo que fatores estruturais e contextuais dos serviços podem estar relacionados com o cumprimento da atenção secundária em saúde bucal.

Há uma expansão implementada pelo Governo Federal nos últimos anos em relação à atenção primária em saúde bucal, porém mostra-se evidente a estruturação da rede de atenção secundária e terciária para consolidação de um modelo de atenção integral em saúde bucal. Neste contexto, outros estudos no Brasil corroboram a necessidade da reorganização da atenção secundária em saúde bucal[24-26], especificamente para referência às Equipes de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família[27-29], existindo inclusive alguma evidência da desigualdade aos cuidados nas especialidades[30].

Considerando o Cumprimento da Atenção Secundária em Saúde Bucal em função de seu caráter estrutural, o tempo de Credenciamento do Serviço, dentre as características estruturais, foi o fator que apresentou maior frequência. CEO com mais de um ano de credenciamento obteve os melhores resultados.

Curiosamente, em relação à antecipação financeira, os resultados foram contraditórios, isto é, os CEO que a solicitaram obtiveram os piores resultados. Este fato chama atenção de que serviços de atenção secundária implantados anteriormente e depois transformados em CEO, e, portanto que não requereram antecipação financeira, estariam mais aptos a cumprir as metas normativas, evidenciando o fator tempo de implantação como decisivo para este cumprimento.

O porte populacional municipal sugere ser um fator que pode influenciar o cumprimento da Atenção Secundária em Saúde Bucal. Salienta-se que não é instituída dentre o arcabouço jurídico-legal dos CEO uma cobertura populacional mínima de referência para estes serviços, porém o utilizamos como fator de análise onde municípios de maior porte populacional obtiveram os melhores resultados.

O IDH municipal tem sido utilizado como referência para financiamento da atenção primária à saúde e este foi ressaltado entre as propostas da III Conferência Nacional de Saúde Bucal para definição dos locais de implantação de CEO[19]. Observou-se, nesse estudo, que quanto menor o município ou menor o seu desenvolvimento humano pior o desempenho dos CEO.

Em relação à cobertura de ESB no PSF, outra variável contextual desse estudo, os resultados apontaram uma contradição. Embora a maior cobertura populacional pela ESB no PSF tenha sido normatizada como critério de implantação do CEO[10], os municípios de menor cobertura de ESB no PSF obtiveram melhor cumprimento de metas. Devemos ressaltar, porém que nesses municípios os CEO podem estar fugindo de sua missão essencial de ofertar atenção secundária, atuando muito mais como rede assistencial de atenção básica.

Devemos ressaltar que considerando o perfil da produção ambulatorial registrado em alguns municípios, predominantemente de ações básicas, como procedimentos restauradores, exodontias simples, aplicação tópica de flúor e raspagem corono-radicular podem refletir um perfil destorcido desses serviços que devem ofertar prioritariamente ações de atenção secundária.

CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa apontam que o cumprimento da atenção secundária em saúde bucal está associado a fatores contextuais e estruturais dos serviços, apresentando melhores resultados em serviços implantados a mais de um ano e em municípios maiores. No entanto, o estudo revela alguns achados inesperados, como maior cumprimento de metas em municípios com menor cobertura de saúde da família, o que parece mostrar baixa articulação entre serviços da atenção primária à saúde e atenção secundária à saúde. Bem como o dispositivo de antecipação financeira, o qual apesar de induzir a implantação do serviço não melhora a frequência de cumprimento da atenção secundária.

O desfecho desse estudo deve ser analisado à luz de seus limites. Primeiro, a amostra reduzida impede que sejam testadas com precisão hipóteses analíticas. Segundo, se constitui na análise de um único estado da federação, não podendo ser extrapolado para os demais. Contudo, fornece de forma exploratória subsídios para formulação de uma política de monitoramento e avaliação para esses serviços.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira JLC, Saliba NRA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10 (Sup). 297-302.
2. Brasil MS. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004-1.
3. IBGE - Acesso e utilização de serviços de saúde. PNAD 1998. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro,2000 a.90p.
4. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):709-17.
5. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2006; 11(4):999-1010.
6. Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular dos serviços odontológicos em adultos. *Cad Saúde Pública.* 2001; 17(3):661-8.
7. Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL *et al*. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(2):237-43.
8. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniqüidade e exclusão social. *Revista Panamericana Salud Publica*. 2006; 19(6):385-93.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

10. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 599. 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 nº 58, 2006-1.
11. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*. 2004, set-out. Rio de Janeiro, 20(5):1411-16.
12. Favero N. Estudo do processo de referência a um hospital universitário. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1986, 120f.
13. Araújo EC. A referência e contra-referência e a reorganização dos serviços: da atenção primária a um novo modelo de cuidado à saúde. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1988. 210 p.
14. Chiesa AM. Assistência à saúde das mulheres do município de Taboão da Serra com diagnóstico de displasia ou carcinoma cérvico-uterino: problematização do sistema de referência e contra-referência. *Rev.Bras. Enf*. 1992; 45(1):28-35.
15. Witt RR. Sistema de referência e contra- referência num serviço de saúde comunitária. *Rev.Gaúcha Enf*. 1992; 13(1):19-23.
16. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the the interface? *British Dental Journal* 2001; 191(12):666-70.
17. Fairbrother KJ, Nohl FSA. Perceptions of general dental practitioners of a local secondary care service in restorative dentistry. *British Dental Journal*. 2000; 188(2):99-102.
18. Cheshire PD. Why undertake outreach into general dental practice? *British Dental Journa.l* 2002; 192(7):371-4.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Orientações técnicas sobre auditoria em odontologia no SUS: caderno 2 / Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. – 2. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 56 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2005-1.
20. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Rev. Cad. Saúde Pública*. 2009, fev. Rio de Janeiro, 25(2):259-67.
21. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 600. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Diário Oficial da União nº 58, 2006-3.
22. Secretaria de Saúde de Pernambuco, Manual técnico para implantação dos Centro de Especialidade Odontológica – CEO e Laboratório Regional de Prótese Dentária - LRPD no estado de Pernambuco; Pernambuco, 2006.
23. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 283. Antecipa o incentivo financeiro para Centros de Especialidades Odontológicas - CEO em fase de implantação, e dá outras providências. Diário Oficial da União de 22 de Fevereiro de 2005 (Republicada em 10 de março de 2005), 2005.
24. Leal RB, Tomita NE. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(1):155-60.
25. Chaves SCL, Silva LMV. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cadernos de Saúde Pública* 2007; 23(5):1119-31
26. Silva MCB, Silva RA, Ribeiro CCC, Cruz MCFN. Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luís (MA). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(5):1237-46
27. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(4):1026-35.
28. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(1):53-61.
29. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(11):2727-39.
30. Gilthorpe MS, Bedi R. An exploratory study combining hospital episode statistics with socio-demographic variables, to examine the access and utilization of hospital oral surgery services. *Community Dent Health*. 1997: 14(4):209-13.

Recebido/Received: 02/01/2011
Revisado/Reviewed: 29/01/2012
Aprovado/Approved: 01/03/2012

Correspondência:
Paulo Sávio Angeiras de Goes
Av. General Newton Cavalcanti, 1650 – Tabatinga
Camaragibe – Pernambuco - Brasil
Tel.:(81) 9975-5763
E-mail: psagoes@uol.com.br