

Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas

Organization of the demand for a Centre of Dental Specialties

Nemre Adas SALIBA^a, João Guilherme Rodrigues NAYME^a, Suzely Adas Saliba MOIMAZ^a,
Lenise Patrocínio Pires CECILIO^a, Cléa Adas Saliba GARBIN^a

^aFaculdade de Odontologia, UNESP – Univ Estadual Paulista, Araçatuba, SP, Brasil

Resumo

Introdução: A Atenção Secundária em saúde bucal no Brasil ainda é um assunto pouco pesquisado. **Objetivo:** Analisar a resolubilidade dos serviços odontológicos do Sistema Único de Saúde, com base na referência para a atenção secundária e a contrarreferência à atenção primária. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, que utilizou dados secundários coletados dos prontuários dos pacientes atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas de um município do Estado de São Paulo. **Resultado:** Do total de 1030 prontuários analisados, verificaram-se 1236 procedimentos referenciados para atenção especializada. Destes, 86,4% deram entrada na Unidade Básica de Saúde por livre demanda e 50,4% (n=623), para especialidade de Endodontia. Houve evasão de 2,2% (n=28) já na primeira consulta especializada. Nos pacientes que deram início ao tratamento especializado, foram realizados 1.208 procedimentos no Centro de Especialidades Odontológicas, tendo sido 62,6% (n=757) concluídos e contrarreferenciados para a Atenção Primária, que finalizou 61,1% (n=463) dos procedimentos. Para a conclusão do tratamento, considerando o tempo no Centro de Especialidades Odontológicas e na Atenção Básica, houve variação de acordo com a especialidade: Periodontia, 62 dias (dp= ±68), e Endodontia, 71 dias (dp= ±51,8), sendo necessárias três consultas em média, independentemente da especialidade. **Conclusão:** O Centro de Especialidades Odontológicas referencia, contrarreferencia e atende à maioria da demanda, independentemente da especialidade. Porém, ainda há muita evasão durante o tratamento odontológico, servindo de alerta para os gestores desenvolverem métodos de controle dos pacientes atendidos, com vistas à diminuição de gastos e ao aumento da resolutividade dos serviços, com a conclusão dos tratamentos iniciados.

Descritores: Especialidades odontológicas; sistema único de saúde; saúde pública.

Abstract

Introduction: Secondary care in oral health in Brazil is still a little researched topic. **Objective:** The aim of this study was to analyze the resolution of dental services in SUS based on the referral to secondary attention and back-referral to primary attention. **Methodology:** It's a descriptive, quantitative study that used secondary data collected from dental records of patients seen at Centre of Dental Specialties (Ceo) in a city of São Paulo State. **Result:** It was analyzed 1030 dental records. Just 1236 proceedings received referral to Ceo and among then, 86.4% showed the first attendance on Basic Health Unity (UBS) through spontaneous demand and 50.4% (n=623) received referral to endodontic treatment. There was evasion of 2.27% of studied population (n=28) on the first specialized consultation. Among 1208 proceedings that started the treatment in Ceo, 62.6% (n=757) were finalized and received back-referral to primary attention, that finalized 61.1% (n=463) of proceedings. To conclude the treatment, considering the time spent in Ceo and primary attention, there was variation according to specialty: periodontics – 62 days (sd ±68) and endodontics – 71 days (sd ±51.8), requiring 3 consultations in average, regardless specialty. **Conclusion:** The Centre of Dental Specialties gave referral and attention to the majority of demand, regardless specialty. However, there are many cases of evasion during dental treatment, alerting managers to develop methods to entice these patients, reducing service expenses and raising solvability of dental procedures previously initiated.

Descriptors: Specialties dental; unified health system; public health.

INTRODUÇÃO

A Atenção Secundária em saúde bucal no Brasil ainda é um assunto pouco pesquisado e discutido; entretanto, países com modelos de atenção à saúde bucal mais desenvolvidos e

estruturados já demonstram preocupação em estudar a utilização e a organização dos serviços, principalmente em relação aos níveis de atenção¹.

Existem países¹⁻⁴ em que a organização da interface entre a atenção primária e a secundária dos serviços odontológicos funciona de maneira organizada e integrada, para suprir a necessidade de atendimento de sua população. Porém, para que haja efetiva utilização dos serviços de saúde, não basta apenas uma maior disponibilidade e oferta, é necessário analisar determinados fatores, como a distribuição geográfica, a facilidade de acesso ao atendimento odontológico, as mudanças do perfil epidemiológico e as características da gestão do serviço. Torna-se um desafio planejar medidas de saúde pública que atendam aos grupos mais vulneráveis, pois o padrão de utilização dos serviços e as desigualdades nos padrões de doença estão diretamente relacionados à desigualdade social^{5,6}.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), criada em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), visa à melhoria da saúde da população e a redução das desigualdades, ampliando e reorganizando o acesso à Atenção Básica. Prova de que as novas medidas estão funcionando são os resultados obtidos pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB2010), em que as equipes de saúde bucal (ESB) passaram de 4.261 para 20.300 no período de 2002-2010, tendo um investimento de 600 milhões de reais no ano de 2010⁷. Embora o acesso dos brasileiros ao serviço público odontológico tenha melhorado nos últimos anos, de acordo com os dados da PNSB⁷, havia ainda um grande nó crítico quanto ao acesso a serviços especializados.

Dessa forma, fez-se necessária a criação de unidades de referência para a Atenção Básica, chamadas de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que devem atender à demanda de procedimentos especializados e contrarreferenciar esses pacientes para as Unidades Básicas de Saúde concluírem os tratamentos⁸.

Os CEO ofertam, no mínimo, serviços nas especialidades de Endodontia, Periodontia, Pacientes com Necessidades Especiais e Cirurgia Oral menor, e são classificados em três tipos: Centros de Especialidades Odontológicas tipo I (três cadeiras odontológicas), aos quais são destinados mensalmente R\$ 8.250,00 para custeio; Centros de Especialidades Odontológicas tipo II (com quatro ou mais cadeiras), cujo valor mensal recebido é de R\$ 11.000,00, e Centros de Especialidades Odontológicas tipo III (possuem, no mínimo, sete cadeiras), cujo recurso de custeio é no valor de R\$ 19.250,00⁷. O quadro de funcionários é variável de acordo com o tipo de CEO, porém todos devem funcionar durante 40 horas semanais⁸⁻¹⁰. Estão em funcionamento 853 unidades distribuídas por todo o território nacional e são responsáveis por um aumento de 6 milhões de procedimentos especializados para 25 milhões de procedimentos, entre os anos de 2002 e 2010¹¹.

A organização da demanda de um serviço local de saúde tem como pressuposto a entrada dos pacientes pela Unidade Básica de Saúde ou pela Equipe de Saúde da Família¹². Os encaminhamentos devem basear-se em critérios pactuados com a equipe de saúde, visando a diminuição de filas e do tempo de espera por consulta, economia de recursos, otimização e melhoria na qualidade do serviço.

Portanto, torna-se necessário avaliar e fornecer informações para o desenvolvimento no sistema de saúde, determinando prioridades de atendimento e sugerindo meios para organização

da demanda dos serviços odontológicos públicos que colaborem na resolutividade dos problemas encontrados⁵.

Considerando-se que a avaliação de serviços de saúde consta na Agenda Nacional Prioritária de Pesquisa em Saúde¹³ e que os Centros de Especialidades Odontológicas, implantados recentemente, precisam ser avaliados, realizou-se esta pesquisa, com o objetivo de analisar a organização da demanda odontológica no Centro de Especialidades Odontológicas em um sistema local de saúde, verificando a resolubilidade dos serviços e o sistema de referência e contrarreferência para atenção primária.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, de caráter avaliativo, que utilizou dados secundários coletados dos prontuários dos pacientes atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas em um município do Estado de São Paulo. Foi selecionado um Centro de Especialidades Odontológicas (implantado em junho de 2008), do Tipo II, com 160 horas semanais de prestação de serviço, realizada por cinco cirurgiões-dentistas, que atendem as especialidades mínimas exigidas pela Portaria n.º 600/GM⁷; esse CEO possui estrutura que permite análise do sistema de referência e contrarreferência. O Centro de Especialidades Odontológicas implantado prevê o alcance de metas mensais para cada tipo: Centro de Especialidades Odontológicas tipo II, 110 procedimentos do subgrupo Atenção Básica, 90 procedimentos do subgrupo Peridontia, 60 procedimentos do subgrupo Endodontia e 90 procedimentos do subgrupo Cirurgia Oral menor. Na medida em que esse Centro de Especialidades Odontológicas, especificamente, funciona no mesmo local que o Programa de Atenção Básica, há um prontuário único de cada paciente, que integra informações sobre os procedimentos especializados, como também acerca do atendimento básico. Foram analisados os prontuários de pacientes atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2010, referenciados para as especialidades de Endodontia, Periodontia e Cirurgia Oral menor.

Os dados obtidos foram processados no programa Epi-Info versão 3.5.3¹⁴, possibilitando verificação das seguintes variáveis: faixa etária, gênero e tipo de demanda (espontânea ou programática), e as associações entre estas.

Foram realizadas as análises, de acordo com as seguintes categorias: (a) procedimentos referenciados ao Centro de Especialidades Odontológicas, que tiveram, no mínimo, a primeira consulta; (b) procedimentos referenciados ao Centro de Especialidades Odontológicas, que tiveram tratamento especializado realizado; (c) procedimentos referenciados ao Centro de Especialidades Odontológicas que tiveram tratamento especializado realizado e concluído após contrarreferenciados à Unidade Básica de Saúde.

Foram também verificadas as seguintes variáveis, quanto aos tratamentos realizados no Centro de Especialidades Odontológicas:

- Tempo de espera para atendimento, contado em dias, a partir da data de encaminhamento da Unidade Básica de Saúde até o dia da primeira consulta especializada;

- Tempo necessário para a conclusão do tratamento no Centro de Especialidades Odontológica, contado da data do primeiro ao último dia de atendimento especializado;
- Número de consultas para conclusão do tratamento, da primeira à última consulta na Unidade Básica de Saúde, depois de referenciado e contrarreferenciado o procedimento.

As portarias utilizadas como base para esta pesquisa foram: Portaria n.º 600/GM⁷, que instituiu o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas e foi atualizada pela Portaria n.º 1.341/GM¹⁰; Portaria n.º 599/GM⁸, que definiu a implantação de especialidades odontológicas (Centros de Especialidades Odontológicas) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, e estabeleceu critérios, normas e requisitos para seu credenciamento; Portaria n.º 584/GM¹¹, que define os recursos financeiros destinados à implantação dos serviços especializados de saúde bucal; Portaria n.º 87/SAS¹⁵, que define recurso de antecipação dos incentivos financeiros destinados à implantação dos serviços especializados de saúde bucal.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP (Processo FOA-01025/2011), respeitando-se os ditames éticos da Resolução 196/96. A fim de preservar a identidade dos pacientes, os prontuários foram analisados de forma a ocultar nomes ou quaisquer outras informações que pudessem identificá-los.

RESULTADO

Foram analisados 1030 prontuários de pacientes encaminhados para o CEO, sendo 61,5% do gênero feminino e 38,5% do gênero masculino. Nesses prontuários, 1236 procedimentos foram registrados, sendo: 623 de Endodontia (50,4%), 354 de Periodontia (28,64%) e 259 de Cirurgia Oral menor (20,96%). A demanda espontânea na UBS pelos serviços

odontológicos foi de 86,4%, tendo evasão na primeira consulta especializada, 28 procedimentos (2,27%).

Como observado na Tabela 1, um total de 1208 procedimentos especializados foram iniciados, a maioria da especialidade de Endodontia (50,4%).

Foram concluídos 757 (62,67%) procedimentos especializados e, se analisados por especialidade, indica-se que Cirurgia Oral menor obteve maior percentual de casos finalizados (74,49%). Observa-se que a desistência do tratamento especializado tem alto percentual na especialidade de Periodontia (43,23%) (Tabela 2).

Depois de realizada a contrarreferência, ou seja, a volta do paciente para a Atenção Primária na UBS, a conclusão dos procedimentos especializados na Atenção Básica foi de 463 (61,16%) e 250 (33,03%) procedimentos não concluídos. Quando analisados por especialidade, observa-se que 347 procedimentos foram concluídos de Endodontia (45,84%) e 116 de Cirurgia (64,09%); porém, na especialidade de Periodontia, não houve a contrarreferência para a Atenção Primária (Tabela 3).

A Tabela 4 mostra que o tempo médio de espera para o paciente ser atendido no Centro de Especialidades Odontológicas, do dia do encaminhamento da Atenção Primária até a data da primeira consulta na Atenção Secundária, foi maior para a Cirurgia Oral menor (29 dias - dp= 38,6749).

Para a conclusão do tratamento no Centro de Especialidades Odontológicas, desde o dia do primeiro atendimento especializado até o último, o período de tempo foi superior para Periodontia (38 dias - dp= 61,8332). Os procedimentos contrarreferenciados para serem concluídos na Unidade Básica de Saúde demoraram mais para ser atendidos pela especialidade de Endodontia (28 dias - dp= 27,1571).

O número médio de dias e o número médio de consultas necessárias para conclusão do procedimento de forma integral,

Tabela 1. Distribuição percentual dos procedimentos referenciados para o CEO, segundo a especialidade odontológica, Penápolis, Brasil, 2010

Especialidade	Referência ao Centro de Especialidades Odontológicas					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Endodontia	618	99,20	5	0,80	623	100
Cirurgia Oral menor	243	93,82	16	6,18	259	100
Periodontia	347	98,02	7	1,98	354	100
Total	1208	97,73	28	2,27	1236	100

Tabela 2. Procedimentos realizados no Centro de Especialidades Odontológicas, Penápolis, Brasil, 2010

Especialidade	Concluídos		Não concluídos		Em andamento		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Endodontia	430	69,58	122	19,74	66	10,68	618	100,00
Cirurgia Oral menor	181	74,49	54	22,22	8	3,29	243	100,00
Periodontia	146	42,07	150	43,23	51	14,70	347	100,00
Total	757	62,67	326	26,99	125	10,35	1208	100,00

Tabela 3. Procedimentos contrarreferenciados e realizados na Unidade Básica de Saúde, Penápolis, Brasil, 2010

Especialidade	Concluídos		Não concluídos		Em andamento		Encaminhados para Prótese		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Endodontia	347	80,70	48	11,16	23	5,35	12	2,79	430	100,00
Cirurgia Oral menor	116	64,09	56	30,94	9	4,97	0	-	181	100,00
Periodontia	0	-	146	100,00	0	-	0	-	146	100,00
Total	463	61,16	250	33,03	32	4,23	12	1,59	757	100,00

Tabela 4. Período médio de tempo para tratamento odontológico, segundo especialidade, Penápolis, Brasil, 2010

Especialidade	Tempo para tratamento Especializado (a)		Conclusão do tratamento (b)	
	Dias	dp	Dias	dp
Endodontia	33	39,98	71	51,86
Cirurgia Oral menor	11	29,79	47	30,99
Periodontia	38	61,83	62	68,06
Especialidade	Tempo em espera para Referência (c)		Tempo em espera para Contrarreferência (d)	
	Dias	dp	Dias	dp
Endodontia	18	24,83	29	27,15
Cirurgia Oral menor	29	38,67	9	8,52
Periodontia	23	20,91	-	-
Especialidade	Número médio de consultas para conclusão do Tratamento Odontológico (e)			
	Consultas		dp	
Endodontia	4		1,01	
Cirurgia Oral menor	3		0,71	
Periodontia	3		1,32	

(a) Período de tempo em dias da primeira à última consulta especializada. (b) Período de tempo em dias da primeira consulta especializada à conclusão na UBS. (c) Período de espera da data de referência à primeira consulta especializada. (d) Período de espera da data de contrarreferência à conclusão na UBS. (e) Número médio de consultas para conclusão do tratamento completo.

desde a data do encaminhamento até a data de conclusão na Unidade Básica de Saúde, foram, respectivamente: Endodontia (71 dias - dp= 51,8641) e 4,1 consultas em média (dp= 1,1095), e Cirurgia Oral menor (46 dias - dp= 30,9914) e 3,5 consultas (dp= 0,7163).

Como os pacientes referenciados para a especialidade de Periodontia não são contrarreferenciados para a conclusão do procedimento, esta ocorre na própria Atenção Secundária. Nesse caso, foi calculado o tempo e o número de consultas necessárias para conclusão do procedimento desde a data do encaminhamento da Atenção Primária até a data em que foi concluído na Atenção Secundária, resultando, dessa forma, em 62 dias (dp= 68,0647) e três consultas (dp= 1,3299) para conclusão do procedimento.

DISCUSSÃO

Neste estudo sobre organização de demanda do serviço odontológico do SUS, observou-se que o perfil dos pacientes

que foram encaminhados à Atenção Secundária, é, na maioria, de mulheres (61,5%), que ainda apresentam maior interesse no cuidado com a saúde, seja médica ou odontológica, por terem mais autopercepção de saúde que os homens, resultando na maior busca por esses serviços^{16,17}.

Os serviços de Atenção Primária e Secundária seguem uma interface ideal, que é considerar características, como a equidade - em que todos os casos devem ser diagnosticados e, se houver a necessidade, referenciados a um nível maior de complexidade, sem impedimentos para isso; integralidade - para qualquer tipo de procedimento, independentemente do seu nível de complexidade, deve ser acessível e disponível, e ser eficiente e eficaz - garantir que a referência seja adequada à real necessidade e a contrarreferência, assegurada depois de finalizado - ou em andamento - o tratamento especializado¹. Porém, ainda observou-se grande percentual de demanda espontânea (86,4%), o que traduz a busca por tratamento, na maioria das vezes, quando há dor. Traduz também o reduzido acesso da população do estudo à Atenção Odontológica Primária do município, já que

a demanda programática por busca espontânea é priorizada para crianças e adolescentes de 0 a 18 anos de idade e gestantes, sendo, nas demais famílias, realizadas chamadas por meio de classificação de risco, com busca ativa feita pelo serviço. Assim, a população de rotina com maior cobertura no programa de atendimento é de uma faixa etária que pouco necessita de referência para a Atenção Secundária, ficando o acesso a esse nível de atenção aberto à busca espontânea da população na Unidade de Pronto Atendimento¹⁸.

Por ser a dor dentária o grande motivo da busca por tratamento odontológico¹⁹, justifica-se a maioria da demanda (50,4%) ser destinada aos serviços de Endodontia, que é o tratamento popularmente chamado de “tratamento de canal”. Neste, são necessárias várias sessões para a abertura do dente até o tecido pulpar e a recuperação dos tecidos lesionados por meio da troca de curativos, até o dente estar saudável para o fechamento dos canais e, posteriormente, ser restaurado, devolvendo função ao elemento dentário. Esse tratamento é de alto custo em consultórios particulares e, muitas vezes, não é oferecido pelo serviço público⁵; portanto, quando existe a oferta desse serviço gratuitamente, a procura é muito grande, ocasionando filas de espera. Este não é o caso do município estudado, que não apresentou demanda reprimida em tal especialidade.

Todos os pacientes que necessitaram de atendimento especializado foram referenciados à Atenção Secundária e puderam agendar o atendimento, tornando-os programáticos após a passagem pela Atenção Básica²⁰ e permitindo a organização do serviço para o atendimento da demanda, o que foi observado pelo alto percentual de atendimento no Centro de Especialidades Odontológicas.

As especialidades de Atendimento de Pacientes Especiais e Semiologia não foram analisadas no presente estudo, por não haver metas para o cumprimento dessas especialidades e não haver referência e contrarreferência específicas para cada uma destas, sendo contabilizadas e anotadas como procedimentos do subgrupo de Atenção Básica.

A integralidade entre os níveis de atenção e o fácil acesso para agendamento de consulta são fatores que corroboram para o funcionamento do serviço odontológico, já que tanto o serviço de Atenção Básica como o de atenção especializada funcionam no mesmo local. A centralização do serviço vai contra o princípio de descentralização estabelecido pelas diretrizes do SUS, porém observou-se que, em cidades de pequeno porte, o serviço centralizado pode facilitar a organização e propiciar ao paciente o pronto agendamento das consultas, diminuindo a evasão de pacientes durante o tratamento. A centralização, nesse caso, também promove a integração da equipe de profissionais que irá solucionar os casos.

O maior percentual de evasão de pacientes ocorre durante o tratamento no Centro de Especialidades Odontológicas, principalmente nas especialidades de Periodontia e Endodontia, que têm altos percentuais de evasão (57,93% e 30,42%, respectivamente). Para a especialidade de Periodontia, a evasão pode estar atrelada à necessidade de diversas consultas para a finalização do caso e, muitas vezes, pelo profissional não dar alta nos prontuários, tornando-o um procedimento ‘desistente’ do tratamento, para esta pesquisa. No caso da Endodontia, o tratamento é longo e os pacientes, muitas vezes, procuram

o serviço apenas para aliviar a dor e, após isso, desistem do tratamento. Há, dessa forma, a necessidade de conscientização do paciente, por meio de uma estratégia eficaz de educação em saúde, pois o dente com necessidade de tratamento endodôntico, se este não é realizado, provavelmente terá de ser extraído no futuro, agravando a situação de saúde bucal⁵.

Os profissionais da área odontológica devem orientar os pacientes sobre a importância da conclusão do procedimento iniciado, visando a racionalizar o uso de recursos e otimizar o serviço, cumprindo as metas estabelecidas.

Há grande resolutividade dos procedimentos contrarreferenciados, após o término do tratamento no Centro de Especialidades Odontológicas, nas especialidades de Endodontia (80,7%) e Cirurgia Oral menor (64,09%), o que condiz com o preconizado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, que determina que todos os procedimentos devem ser contrarreferenciados, para que o tratamento seja integral e não haja limitações entre os níveis de complexidade¹. A especialidade de Periodontia não contrarreferencia seus pacientes, pois, nesse caso, a Atenção Secundária serve de escape para a Atenção Primária, realizando procedimentos básicos que não deveriam ser referenciados. A demanda para a Atenção Básica está sobrecarregada, pois o encaminhamento é feito e o serviço especializado é utilizado para procedimentos inadequados ao nível de Atenção Secundária, tornando a interface entre os níveis de atenção uma das questões mais críticas na organização da atenção^{1,21,22}.

Segundo o Ministério da Saúde, no I Encontro Nacional de Centro de Especialidades Odontológicas - CEO e Equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família, o tempo de espera por atendimento no serviço especializado se deve a fatores, como demanda reprimida, estrutura inexistente, número de profissionais e organização do serviço. Nas experiências relatadas, o tempo para ser atendido em outros municípios variou de dias a meses, o que foi observado também neste estudo. É importante reduzir o tempo de espera para o agendamento no serviço especializado, pois é um fator diretamente ligado à satisfação do usuário, como demonstram diversos estudos²³⁻²⁷.

Neste estudo, a relativa demora na contrarreferência das especialidades de Endodontia e Cirurgia, para o atendimento na UBS, pode ter contribuído para a evasão de pacientes. Nesse sentido, poderiam ser introduzidas ações para a identificação, a localização e a recuperação dos pacientes evadidos do serviço odontológico²⁸.

Novos estudos devem ser realizados para identificação dos motivos de desistência do tratamento odontológico, bem como propor estratégias de educação para a motivação do paciente.

CONCLUSÃO

O Centro de Especialidades Odontológicas referencia, contrarreferencia e atende à maioria da demanda, independentemente da especialidade, porém a evasão durante o tratamento odontológico é um desafio. Gestores e equipes de saúde da família devem traçar métodos para esses pacientes, com vistas à diminuição de gastos e ao aumento da resolutividade dos serviços, com a conclusão dos tratamentos iniciados.

REFERÊNCIAS

1. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *Br Dent J.* 2001; 191: 666-70. PMID:11792112.
2. Lol EC, Lin HC, Wang ZJ, Wong MC, Schwarz E. Utilization of dental services in Southern China. *J Dent Res.* 2001; 80: 1471-4. <http://dx.doi.org/10.1177/00220345010800051701>
3. Scott G, Brodeur JM, Olivier M, Benigeri M. Parental factors associated with regular use of dental services by second-year secondary school students in Quebec. *J Can Dent Assoc.* 2002; 68: 604-8. PMID:12410940.
4. Nuttall NM, Steed MS, Donachie MA. Referral for secondary restorative dental care in rural and urban areas of Scotland: findings from the Highlands et Islands Teledentistry Project. *Br Dent J.* 2002; 192: 224-8. PMID:11931485.
5. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44: 360-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000002>
6. Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG, Figueiredo ACL. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27: 143-4. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100015>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.464 de 27 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 de jun. 2011.*
8. 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, Brasília, DF, 24 mar. 2006.*
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 600, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 mar. 2006.*
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.341/GM de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências [citado em 2012 Jul 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 584, de 28 de março de 2011. Define os recursos financeiros destinados à implantação dos serviços especializados de saúde bucal. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 mar. 2011.*
12. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc.* 2011; 20: 867-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
14. Dean AG, Dean JA, Burton AH, Dicker RC. *Epi Info, version 6.04: a word processing, database and statistics program for epidemiology on microcomputers.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2007.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 87, de 3 de março de 2011. Define recurso de antecipação dos incentivos financeiros destinados à implantação dos serviços especializados de saúde bucal. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 mar. 2011.*
16. Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fischer LA, Cardoso L, Feldens CA. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24: 150-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100015>
17. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11: 999-1010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400021>
18. 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: 259-67. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200004>
19. Starfield B, organizador. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: UNESCO; 2004.
20. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. A regionalização intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil. *Saúde Soc.* 2010; 19: 533-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300006>
21. Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38: 453-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000300017>
22. Spink MJP. Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. *Saúde Soc.* 2007; 16: 18-27.
23. Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44: 1005-13. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000041>
24. Brasil. Ministério da Saúde. I Encontro Nacional de Centro de Especialidades Odontológicas- CEO e Equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família: documento final [citado em 2011 Set 18]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/1encontro_ceo.pdf
25. Zaitter WM, Silva M, Biazevic MGH, Crosato E, Pizzatto E, Michel-Crosato E. Avaliação da acessibilidade do paciente à clínica de especialidades de Endodontia em dois distritos de saúde do município de Curitiba. *RSBO.* 2009; 6: 413-21.
26. Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis.* 2010; 20: 1419-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400019>

27. Chaves, SCL, Silva, LMV. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. Cad Saúde Pública. 2007; 23: 1119-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000500014>
28. Lima ACS, Cabral ED, Vasconcelos MMVB. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública. 2010; 26: 991-1002. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500021>

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

João Guilherme Rodrigues Nayme

Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, UNESP – Univ Estadual Paulista, 16015-050

Araçatuba – SP, Brasil

e-mail: joao.nayme@bol.com.br

Recebido: 20/03/2013

Aprovado: 24/07/2013