

Barreiras no acesso dos pacientes com necessidades especiais aos serviços odontológicos especializados

Barriers in the access of patients with special needs to specialized dental services

DOI:10.34117/bjdv8n4-239

Recebimento dos originais: 21/02/2022

Aceitação para publicação: 31/03/2022

Rosana Apolonio Reis Andrade

Instituição: Universidade Federal de Sergipe- PRODONTO – Aracaju -SE

E-mail: rosana.apolonio@gmail.com

Emílio Prado Fonseca

Instituição: UNIFENAS/MG

E-mail: emilio.fonseca@unifenas.br

Regiane Cristina do Amaral

Instituição: Universidade Federal de Sergipe – UFS - Aracaju- SE

E-mail: amaralre@yahoo.com.br

RESUMO

Avaliar o acesso dos Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) Estaduais de Sergipe. Foram coletados dados de 2017 a 2019 do Sistema de Informação Ambulatorial, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e da Fundação Estadual de Saúde. Analisou-se dados de consultas agendadas, absenteísmos, procedimentos, encaminhamentos, profissionais cadastrados, carga-horária e metas definidas. Foi aplicado um questionário aos 70 gestores municipais de saúde do Estado sobre disponibilização de transporte, conhecimento e percepção dos serviços e atendimento. Houve CEO com 50% de falta dos pacientes às consultas. Em 57,15% dos CEO no ano 2018 houve falta de profissionais. Em 100% dos serviços, não se atingiu a meta para procedimentos restauradores. Os maiores encaminhamentos foram dos municípios sedes dos serviços. Foram observadas dificuldades no acesso dos PNE aos CEO quanto a ausência de profissionais, baixa carga-horária e baixo encaminhamento.

Palavras-chave: acesso aos serviços de saúde, especialidades odontológicas, odontologia para pessoas com deficiência, saúde pública.

ABSTRACT

To evaluate the access of Patients with Special Needs (PNE) to the State Dental Specialty Centers (CEO) in Sergipe. Data were collected from 2017 to 2019 from the Outpatient Information System, National Registry of Health Establishments and the State Health Foundation. Data from scheduled appointments, absenteeism, procedures, referrals, registered professionals, workload and goals were analyzed defined. A questionnaire was

applied to 70 municipal health managers in the state about the availability of transport, knowledge and perception of services and care. There was a CEO with 50% of patients missing appointments. In 57.15% of the CEOs in 2018, there was a lack of professionals. In 100% of the services, the goal for restorative procedures was not reached. The largest referrals were from the municipalities where the services were provided. Difficulties were observed in the access of PNE to the CEO regarding the absence of professionals, low workload and low referral.

Keywords: health services accessibility, specialties, dental, dental care for disabled, disabled persons, public health.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a deficiência, em algum momento, fará parte da vida das pessoas e de 10 a 15% da população mundial tem algum tipo de deficiência. A maioria está em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento e apenas 2% recebe atendimento de saúde adequado às suas necessidades 1.

No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2010, mostraram que 45 milhões de pessoas declararam ter alguma deficiência, correspondendo a 23.9% da sua população 2. Diante desse cenário, o Governo Federal lançou o Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência -Viver sem Limites3, com o objetivo de produzir integração das políticas públicas, a fim de reorganizar o acesso dos serviços para um atendimento mais integral às necessidades dessas pessoas.

Em relação à saúde bucal, em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)-Programa Brasil Sorridente, considerando o perfil epidemiológico desse grupo populacional, tornou obrigatório o atendimento dos pacientes com necessidades especiais (PNE) nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) 4. Na odontologia é considerado PNE todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional 5.

Sergipe possui 75 municípios e uma população de 2.318.822 pessoas, de acordo com dados do IBGE (2010)2, sendo que 692.166 (34,27%) pessoas declararam possuir alguma deficiência. Há de se considerar que essas pessoas, independentemente do tipo de deficiência, podem precisar de atendimento odontológico em algum momento de suas vidas.

Pacientes com necessidades especiais (PNE), devido às limitações e ou/agravos decorrentes das patologias apresentadas, associada às condições de vida, tratamentos medicamentosos e de higiene bucal, constituem-se, epidemiologicamente, como um grupo de risco para desenvolvimento de cárie dentária, doença periodontal e má oclusão6-8. A Rede de Atenção à Saúde Bucal em Sergipe está composta por 477 ESB (Equipes de Saúde Bucal), 12 CEO, destes 7 sob gestão estadual e 5 municipais, além de 4 hospitais que ofertam atendimentos em odontologia 9.

Os dados do último levantamento epidemiológico, SB Brasil 10, apontaram a importância dos CEO como umas das estratégias para se garantir a integralidade do cuidado na saúde bucal. Em Sergipe, os 7 CEO Estaduais atuam como referência na atenção secundária para 70 municípios sergipanos sendo responsáveis por prestar cobertura a 1.263.029 pessoas.

No Brasil, é observado um aumento na oferta de serviço público de saúde bucal não especializado e especializado decorrente da diretriz de descentralização do SUS, implantação de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e reestruturação da Política Nacional de Saúde Bucal 11-13. Porém, o acesso aos serviços de saúde constitui um dos principais desafios enfrentados para a universalização e efetivação do SUS como modelo de política pública de assistência à saúde da população brasileira 14,15.

Dentro das dimensões de conceituação e avaliação de acesso, define-se acesso realizado como o uso real do serviço, sendo usado para monitorar as políticas públicas que podem influenciar o uso dos serviços de saúde 16-18. Neste sentido, faz-se importante pesquisar situações que podem levar à sobrecarga do sistema de saúde em relação à demanda por atendimento e/ou que limitem o acesso aos serviços de saúde 16-18.

Desta forma, o objetivo desse estudo foi avaliar o acesso dos Pacientes com Necessidades aos Centros de Especialidades Odontológicas Estaduais de Sergipe.

2 METODOLOGIA

Estudo epidemiológico, observacional, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, de acordo com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CAAE: 13951719.1.0000.5546) e Parecer nº 91726818.8.0000-5546.

2.1 COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada sobre os 7 CEO Estaduais de Sergipe que se localizam nos municípios de Boquim, São Cristóvão, Tobias Barreto, Nossa Senhora da Glória, Laranjeiras, Propriá e Capela (Figura 1).

Figura 1: Localização dos Centros de Especialidades Odontológicas do Estado de Sergipe - 2019. Plano Diretor Regional de Saúde SES31.

Foi realizada coleta de dados secundários dos anos de 2017 a 2019 dos 7 CEO Estaduais de Sergipe, a partir do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do instrumento de registro próprio utilizado pela Fundação Estadual de Saúde (FUNESA).

Dados extraídos do SIA/SUS: Código Brasileiro de Ocupação (CBO), número 223288 (cirurgiões-dentistas cadastrados para atendimento a PNE), Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), códigos de procedimentos odontológicos básicos, conforme Portaria 1.464 GM/MS12. Do CNES foram coletados dados referentes a tipologia da estrutura física, números de cirurgiões-dentistas cadastrados para atendimento às PNE e carga-horária vinculada. Da FUNESA, órgão que gerencia os CEO Estaduais, extraiu-se dados de consultas agendadas, absenteísmos, municípios do qual o paciente é procedente, tipos de referência e vínculo profissional.

Em setembro de 2019 foi aplicado um questionário semiestruturado aos 70 secretários municipais de saúde para avaliação quanto à disponibilidade de transporte social, formas de encaminhamentos e referência/contra-referência. A ferramenta utilizada para aplicação do questionário foi o Google Forms e o envio através de emails e WhatsApp. Foram incluídos na pesquisa os gestores de saúde dos municípios que, de acordo com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), estavam deliberados para o encaminhamento aos CEO (FUNESA). Excluíram-se os gestores de saúde que possuíam CEO Municipal cadastrado no CNES. Dos questionários enviados aos gestores municipais foram eliminados os questionários com duplicidade de resposta sobre o

mesmo município, enviado por ocupantes de cargo de gestão (secretário de saúde, coordenador de saúde bucal, coordenador de atenção básica), optando-se por utilizar a resposta que chegou primeiro.

2.2 ANÁLISE DE DADOS

Foi realizada a análise de séries temporais a fim de verificar sazonalidade das faltas dos pacientes. Para calcular a variação percentual mensal (VPM) das taxas das faltas, usou-se o Prais- Winsten regressão que prevê correção de auto-correlação de primeira ordem. O cálculo da variação percentual mensal das taxas foi realizado com base nas fórmulas seguintes, como sugerido por Antunes e Waldman 19.

As análises foram realizadas de forma descritiva utilizando a ferramenta Microsoft Excel e o programa Stata, versão 12.

3 RESULTADOS

Dos 7 CEO Estaduais, apenas o CEO de Capela não está aderido a RCPD.

Em termos proporcionais (faltas/consultas agendadas), o CEO do município de Nossa Senhora da Glória teve 51% de faltas para PNE e o de Laranjeiras de 39% para o ano de 2017. Para o ano de 2018, o município de Nossa Senhora da Glória teve 38% de faltas para PNE, seguido do município de Laranjeiras (32%) . O CEO de Nossa Senhora da Glória foi o único que apresentou tendência de crescimento das faltas (Tabela 1).

Tabela 1: Variação de percentual de mudança mensal (VPM)- 2018. Produção Básico BPA-I e Produção Restaurador BPA-I para 2018 e 2019.Sergipe.

Região	(VPM)	IC		Tendência	Horas trabalhadas	2018		2019		Proporção de faltas/consultas agendadas 2017	Proporção de faltas/consultas agendadas 2018
	2018	Min	Max			PB (BPA-I)	PR (BPA-I)	PB (BPA-I)	PR (BPA-I)		
Boquim*	-3,41	-0,18	0,13	Estacionário	16	1866	202	1966	219	0,19	0,06
Capela***	0,65	-0,03	0,04	Estacionário	16					0,21	0,18
Nossa Sra.da Glória*	13,1	0,03	0,25	Crescente	32	1478	159	1521	273	0,51	0,38
Laranjeiras*	1,09	-0,13	0,18	Estacionário	48	1181	117	1115	154	0,39	0,32
Propriá*	-7,39	-0,23	0,12	Estacionário	16	1303	156	853	79	0,16	0,16
São Cristóvão**	5,49	-0,02	0,13	Estacionário	48	1716	346	1893	329	0,32	0,26
Tobias Barreto*	4,62	-0,1	0,22	Estacionário	16	1435	324	1800	497	0,12	0,27

Fonte de dados: SIA/CNES/SUS - dados consultas agendadas e faltas-FUNESA

*CEO Tipo II: Produção Básico (PB BPA-I) - Meta de1320. Produção Restaurador (PR BPA I) - Meta de 660.

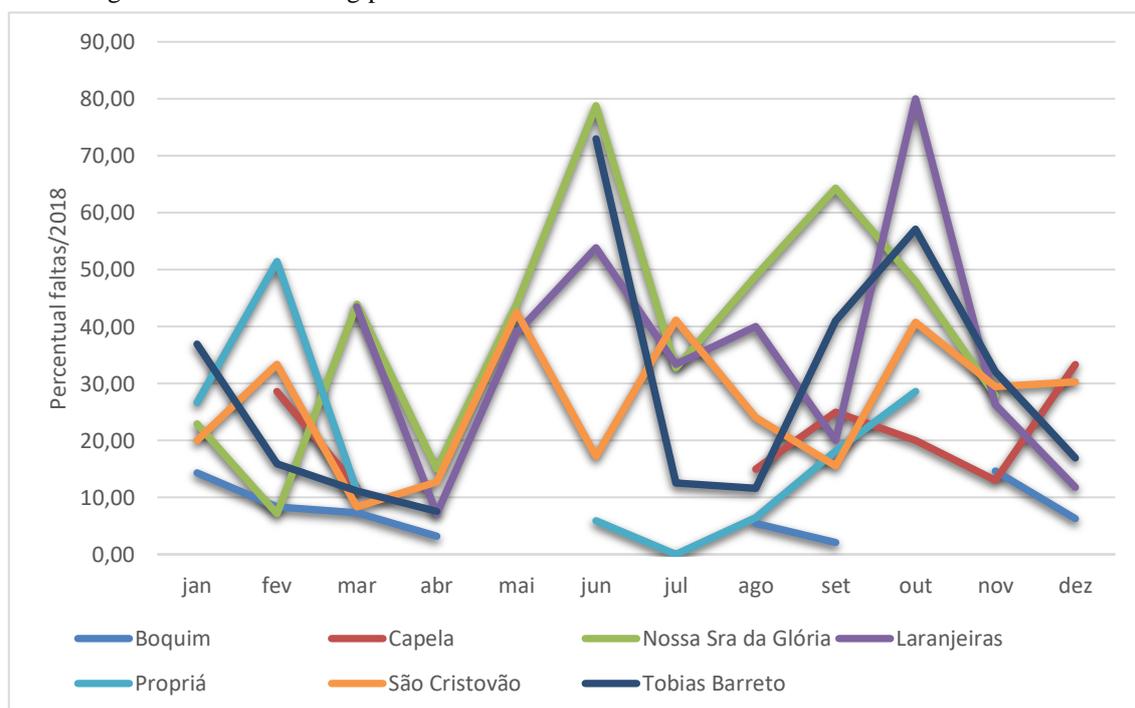
** CEO Tipo III: Produção Básico (PB BPA-I) -Meta de 2280. Produção Restaurador (PR BPA I) - Meta de 1140.

*** CEO de Capela não teve registro

No presente estudo foi verificado que os profissionais dos CEO possuíam vínculos trabalhistas diferentes (concursados/estatutários da Secretaria Estadual de Saúde e celetistas da FUNESA). Por conseguinte, trabalham com carga-horárias diferentes, sendo que em 5 (71,43%) dos Centros contam com profissionais que atendem aos PNE com uma carga-horária abaixo de 40 horas semanais. Observou-se que, apesar do CEO de Nossa Senhora da Glória ter apresentado a maior proporção de faltas/consultas agendadas nos dois anos estudados, conseguiu atingir a meta de realização de procedimentos básicos. Em todos os CEO Estaduais, o quantitativo de procedimentos restauradores realizados em Pessoas com Necessidades Especiais ficou muito abaixo da meta equivalente a 50% do total dos procedimentos realizados. Não há dados sobre o CEO de Capela devido o registro dos procedimentos não estar sendo feito através do instrumento do BPA-I, considerado obrigatório para o monitoramento e rastreamento dos dados alimentados no SIA/SUS (Tabela1).

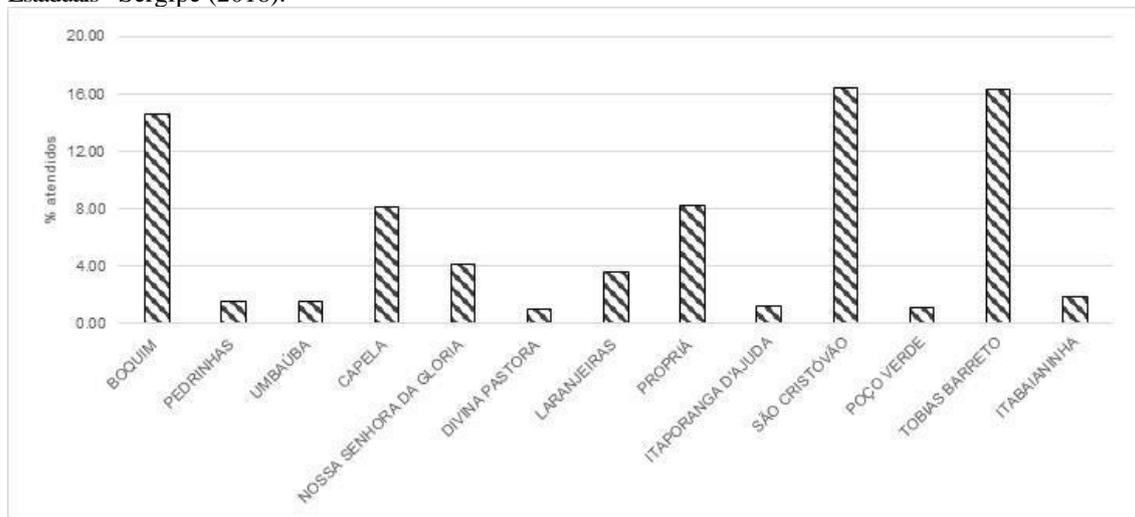
Verificou-se ainda que houve grande variação das faltas dos pacientes em relação aos meses do ano de 2018. Por mais de um mês, faltou cirurgião-dentista para o atendimento às PNE em 57,15% dos CEO (Figura 2).

Figura 2: Percentual de falta dos Pacientes com Necessidades Especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas Estaduais de Sergipe - 2018.



Dos 70 municípios, 55 referenciaram menos que 1% dos pacientes. Os 7 municípios com maior prevalência de encaminhamentos eram municípios-sedes onde estão localizados os CEO Estaduais (Figura 3).

Figura 3: Municípios com maior referenciamento de Pacientes com Necessidades Especiais para os CEO Estaduais- Sergipe (2018).



Do questionário aplicado aos 70 gestores de saúde dos municípios participantes (Tabela 2), 41 (58,57%) responderam ao questionário. Destes, 43,9% (18) informaram estar há mais de 05 anos no cargo de gestão da saúde, porém 29,26% (12) não sabiam informar sobre as especialidades ofertadas nos CEO Estaduais. Sobre o referenciamento das UBS para os CEO, 40 (97,56%) dos gestores municipais informaram encaminhar pacientes, no entanto, (39,02%) não souberam informar a respeito da contrarreferência. Sobre o transporte social, 19,51% dos gestores não ofertavam transporte sanitário, 80,49% disseram ofertar transporte a estes pacientes para o deslocamento.

Tabela 2: Características e percepção dos gestores dos municípios vinculados aos CEO Estaduaisde Sergipe. 2019.

Há quanto tempo o(a) senhor(a) desempenha essa função?	n	%
1 a 5 anos	23	56,10
6 a 10 anos	6	14,63
Mais de 10 anos	5	12,20
Menos de 01 ano	7	17,07

O(a) senhor(a) tem algum curso de formação em saúde da família, saúde coletiva ou similar?		
Gestão das clínicas	1	2,44
Não	20	48,78
Sim	20	48,78
O(a) senhor(a) conhece qual é o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ao qual o seu município está vinculado?		
Não	1	2,44
Sim	40	97,56
O(a) senhor(a) sabe quais especialidades são ofertadas nos CEOs?		
Não	12	29,27
Sim	29	70,73
Sobre os pacientes com necessidades especiais (pessoas com deficiência), existe atendimento na Unidade Básica de Saúde do seu Município?		
	n	%
As vezes	7	17,07
Sim	34	82,93
Existe encaminhamento para os CEOs regionais?		
	n	%
Não	1	2,44
Sim	40	97,56
Há garantia de transporte a este paciente?		
	n	%
Não	8	19,51
Sim	33	80,49
O(a) senhor(a) conhece se existe contra referência dos CEOs para a Unidade Básica de Saúde do seu município?		
Não	16	39,02
Sim	25	60,98
Como se dá a marcação das consultas para os CEOs Estaduais?		
Encaminhamento da Unidade Básica de Saúde	14	34,15
Ligação para o CEO realizada por uma pessoa responsável na Unidade Básica de Saúde	23	56,10
O paciente vai até ao CEO e ele mesmo agenda	4	9,76

Pela sua percepção, qual sua avaliação do atendimento das pessoas com deficiência nos CEOs Estaduais?	n	%
Bom	23	56,10
Ótimo	8	19,51
Precisa melhorar	10	24,39

4 DISCUSSÃO

Resultados apresentados nesse estudo demonstram que, em Sergipe, os CEO Estaduais não cumprem integralmente às diretrizes das portarias ministeriais em relação ao atendimento aos PNE, de acordo com as metas pré-estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS)¹¹⁻¹³.

Ao se analisar a proporção entre as faltas e consultas agendadas, verificou-se que, em todos CEO Estaduais, esse percentual foi significativo nos dois períodos analisados, 2017 e 2018 (Tabela 1). Apesar de não haver um parâmetro do MS em relação ao absenteísmo, verificou-se que alguns CEO estes chegavam a 50% .

No estudo de Cavalcanti e colaboradores (2013)²⁰, os autores observaram que 50% dos absenteísmos relacionava-se ao comportamento do usuário e 50% aos processos de gestão. Consideram ainda o absenteísmo como um fenômeno multicausal, podendo estar relacionado à falta de interesse do paciente, falta de transporte sanitário, falta de horário flexível do atendimento e mudança de profissional.

Em estudo realizado por Fonseca e colaboradores (2018)²¹, os autores, ao avaliarem faltas dos pacientes em relação ao tratamento ortodôntico em CEO regionais do Ceará, encontraram alta taxa de absenteísmo (32,17%) mesmo em municípios-sede dos CEO, similar ao presente estudo. Os autores ainda relataram sobre rotatividade de profissionais como sendo um fator associado ao absenteísmo por parte dos pacientes que se sentem desestimulados para continuidade do tratamento. O vínculo profissional é um fator de adesão ao tratamento. No presente estudo, verificou-se que há falta de profissionais para atendimento aos pacientes com necessidades especiais em parte dos CEO pesquisados por mais de um momento no ano (Figura 02).

Gabriel e colaboradores (2020)²² avaliaram que os CEO foram responsáveis pela expansão dos postos de trabalhos de dentistas e a maioria das contratações ocorreu por

concurso público, porém existiram outras formas de contratação, a exemplo de contratados por modalidades administrativas indiretas. Nos CEO Estaduais, além do quadro efetivo de concursados da Secretaria Estadual de Saúde (SES), atuam profissionais que foram contratados através de processo seletivo realizado pela FUNESA que é uma fundação pública de direito privado. Diferenças nas regras dos editais, nos vínculos trabalhistas, jornadas de trabalho diferenciadas, variação da remuneração salarial entre profissionais de um mesmo serviço podem atuar com fatores desestimuladores dos profissionais, afetando o desempenho nos serviços e a rotatividade profissional.

Marques e colaboradores (2017)²³ avaliaram o desempenho de um CEO regional no Ceará e observaram que não houve cumprimento total das metas estabelecidas pelo MS. De forma similar, no presente estudo foi averiguado que não houve uniformidade no cumprimento mensal das metas para PNE, bem como referente a meta relativa aos procedimentos restauradores em PNE não foi alcançada, ficando abaixo de 50% em todos os CEO.

A ausência de profissionais em alguns meses do ano e baixa carga-horária disponível para atendimentos aos PNE poderiam ser acrescidos como fatores responsáveis pela baixa produtividade, porém o CEO com carga-horária aquém do pré-estabelecido (Boquim, Propriá e Tobias Barreto) obtiveram êxito no cumprimento da meta referente ao procedimentos gerais realizados em PNE. Ainda no estudo de Marques e colaboradores (2017)²³, os autores observaram desvio padrão alto devido a diferenças de quantidades de procedimentos realizados de um mês para o outro, apontando como possíveis causas: a inconsistência nas informações decorrentes do registro de procedimentos, erros no processo de digitação e falha na transferência de arquivos do Sistema de Informação Ambulatorial.

No presente estudo, como verificado na Figura 3, a maioria dos referenciamentos foram de pacientes moradores do próprio município em que estão implantados os CEO Estaduais. Esta situação aponta para o comportamento e características de um CEO municipal e não regional. Resultados similares foram encontrados no estudo de Fonseca e colaboradores (2018)²¹ em que não encontraram encaminhamentos por parte dos municípios participantes do convênio.

De acordo com o Protocolo dos CEO Estaduais em Sergipe (FUNESA, 2013)²⁴, estes foram implantados seguindo os princípios da regionalização, porém nesse estudo foi observado que os municípios-sede nos quais os CEO Estaduais foram localizados não seguem a distribuição geográfica do Plano Diretor Regional da Saúde (PDR) de Sergipe²⁴.

Essa situação pode ser considerada como um fator dificultador do acesso das PNE aos CEO Estaduais. Afinal, os municípios sedes de regiões de saúde devido ao porte populacional, econômico e organizacional, concentram a maior parte dos equipamentos assistenciais de saúde da média e alta complexidade, sendo o refencial pactuado para cobertura aos outros municípios. Isso significa que há uma dificuldade real tanto para o gestor, quanto para os pacientes se organizarem, em termos de custos financeiros e logísticos em conseguir o deslocamento para outros pontos de atenção que se configurem fora do trajeto regular do fluxo de encaminhamento para os tratamentos de saúde.

AGRADECIMENTOS

Ao edital PPSUS –Sergipe (2018) ao edital Universal- CNPq (2018). À Secretaria Estadual de Sergipe, na pessoa do analista de informações da saúde, Eduardo Carlos Pereira e a FUNESA, através da equipe de Coordenação dos Centros de Especialidades Odontológicas.

REFERÊNCIAS

1. OMS – Organização Mundial de Saúde. 2011. World Report on Disability. https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
2. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acessado:07/02/22.
3. BRASIL. Gabinete da Presidência. Decreto nº 7612, de 17 de Novembro de 2011. Instituiu Plano Nacional do Direitos de Pessoa com Deficiência-Plano Viver sem Limite. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo Brasília, DF, 18 de novembro de 2011, Seção 1, p. 12.2011.
4. 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]. Biblioteca Virtual em Saúde MS. Ministério da Saúde; 2004 . Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm. Acessado 01/07/20.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf. Acessado 22/07/19.
6. Lannes C, Vilhena-Moraes SA. Pacientes especiais. In: Guedes Pinto AC. Odontopediatria. 3a ed. São Paulo: Santos; 1998. p.1061-95.
7. Queiroz FS, Rodrigues MMLF, Cordeiro Júnior GA, Oliveira AB, Oliveira JD, Almeida ER. Avaliação das condições de saúde bucal de portadores de necessidades especiais. Rev. Odontol UNESP. 2014; 43(6): 396-401.
8. Sinha N, Singh B, Chhabra KG, Patil S. Comparison of oral health status between children with cerebral palsy and normal children in India: A case-control study. JIndian Soc Periodontol. 2015;19(1):78-82.
9. BRASIL. Informação e Gestão da Atenção Básica. 2020. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>
10. BRASIL. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf.
11. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 600 de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0600_23_03_2006_comp.html.
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE . Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600 / GM / MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento

dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html.

13. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 1.341 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*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html.

14. Fonseca DAV, Mialhe FL, Ambrosano GMB, Pereira AC, Meneghim MC. Influência da organização da atenção básica e das características sociodemográficas da população na demanda pelo pronto atendimento odontológico municipal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(1):269-77.

15. Moreira RS, Nico LS, Tomita Ne, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(6):1665-1675

16. Abreu-de-Jesus WL, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de Acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):161-170.

17. Chaves SCL, Soares FF, Rossi TRA, Cangussu MCT, Figueiredo ACL, Cruz DN, Cury PR. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. *Ciência e Saúde Coletiva*; 2012; 17(11):3115- 3124.

18. Assis MMA, Abreu-de-Jesus WL. Acesso ao serviço de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência e Saúde Coletiva*; 2012; 17(11):2865-2875.

19. Antunes JLF, Waldman EA. Trends and spatial distribution of deaths of children aged 12-60 months in São Paulo, Brazil, 1980-98. *Bull World Health Organ*. 2002;80(5):391-8.

20. Cavalcanti RP, Cavalcanti JCM, Serrano RMSM, DE Santana PR. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. *Rev Tempus Actas Saúde Col*. 2013; 7(2):63-84.

21. Fonseca EP, Da Silva Junior JP, Vedovello SAS, Souza LZ, Pereira AC, Meneghim MDC. Fatores associados às faltas em tratamentos ortodônticos em centro de especialidades odontológicas. *Cienc e Saude Colet*. 2018; 23(1):287-94.

22. Gabriel M, Cayetano MH, Chagas MM, Araujo ME, Dussault G, Pucca Junior R GA et al . Mecanismos de ingresso de dentistas no SUS: uma agenda prioritária para o fortalecimento do Brasil Sorridente. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(3): 859-868.

23. Marques PLP, Junior ARF Saraiva RS, Cariosa SPQ, Pequeno LL, Vieira LJES.

Análise de desempenho de Centro de Especialidades Odontológicas Regional no Ceará, Brasil. *Saúde (Santa Maria)* 2017; 43(3): 1-8.

24. FUNESA – Fundação Estadual de Saúde. Protocolo de Atendimento dos Centros de Especialidades Odontológicas. 1ª edição, 2013. Aracaju, SE. Disponível em: <https://www.funesa.se.gov.br/wp-content/uploads/2019/02/Protocolo-de-Atendimento-CEOs.pdf>.