



# Educação Permanente em Saúde e a qualidade da assistência odontológica

Continuing Education in Health and the quality of dental care

Y. V. M. Martins<sup>1</sup>; A. P. L. Protasio<sup>1</sup>; M. A. S. Ferreira<sup>2</sup>; W. W. N. Padilha<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal da Paraíba, 58051-900, João Pessoa – Paraíba, Brasil.

<sup>2</sup>Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Paraíba, 58051-900, João Pessoa – Paraíba, Brasil.

\*yurivictormm@gmail.com

(Recebido em 20 de junho de 2023; aceito em 12 de outubro de 2023)

Este artigo objetiva analisar as ações de Educação Permanente em Saúde, sua associação com o processo de trabalho nos Centros de Especialidades Odontológicas e sua relação com a atenção básica. Trata-se de um estudo analítico, do tipo transversal exploratório, baseado em dados secundários obtidos pelo 2º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas. Foram ajustados dois modelos de regressão logística com um nível de significância estatística de 5%. A análise evidenciou que nos Centros de Especialidades Odontológicas onde a Educação Permanente em Saúde é trabalhada conjuntamente com os profissionais da atenção básica, há 3,3 vezes mais chances de haver uma construção conjunta de projetos terapêuticos e 4 vezes mais chances de acontecerem discussões e construções de protocolos clínicos. Este artigo apresenta uma importante relação entre as ações de EPS e a organização dos processos de trabalho no CEO, a colocando como um aspecto essencial a ser instituído, pois ela compreende um importante suporte para o conhecimento de problemas e para as propostas de estratégias de trabalho.

Palavras-chave: educação permanente, integralidade em saúde, serviços de saúde bucal.

This article objectively analyzes Permanent Health Education actions, their association with the work process in Dental Specialty Centers and their relationship with primary care. This is an analytical, exploratory cross-sectional study, based on secondary data obtained by the 2nd Cycle of the National Program for Improving Access and Quality of Dental Specialty Centers. Two logistic regression models were adjusted with a 5% statistical significance level. The analysis showed that in the Dental Specialties Centers where Continuing Education in Health is worked jointly with primary care professionals, there is 3.3 times more chance of having a joint construction of therapeutic projects and 4 times more chance of having discussions and construction of clinical protocols. This article presents an important relationship between Permanent Health Education actions and the organization of work processes at the Dental Specialty Centers, placing it as an essential aspect to be established, as it provides important support for understanding problems and proposing work strategies.

Keywords: education continuing, integrality in health, dental health services.

## 1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída no Brasil em 2004, surgiu como uma base teórica e metodológica de instruções para a formação e desenvolvimento de trabalhadores em saúde, além de diretrizes e dispositivos para a sua implementação [1]. A Política compreende a qualificação dos trabalhadores como prioritariamente baseada nas necessidades de saúde e na realidade local e objetiva a reformulação das práticas profissionais e a própria organização do trabalho. A estruturação dos processos de trabalho deve ser baseada na problematização da prática. Assim, a Educação Permanente em Saúde (EPS) procura atingir uma formação técnica primordial aliada ao trabalho em equipe multidisciplinar e ao caráter social da ação educativa realizada no trabalho [2].

A consolidação das bases teóricas e práticas da EPS é um processo dinâmico, que orienta o enfrentamento dos problemas vivenciados nos serviços de saúde por meio de uma sensibilização dos sujeitos enquanto seres transformadores e protagonistas nas ações coletivas. O processo de trabalho alcança um papel de privilégio dentro das ações da EPS. A aprendizagem, enquanto

essencial, capacita e possibilita a produção de novos conhecimentos, baseados em situações reais, que são discutidas e analisadas conjuntamente [3, 4]. Ely et al. (2023) [5], definem que a EPS está alicerçada em quatro pilares – ensino, gestão, atenção e controle social. Esses pilares formulam uma estratégia de intervenção associada à formação e desenvolvimento de trabalhadores nas diversas áreas da saúde, incluindo a Odontologia.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), reinstituída no âmbito do SUS em maio de 2023, orienta por meio de suas diretrizes, o desenvolvimento de uma política de EPS para trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação em nível técnico, de graduação e de pós-graduação, de modo a atender às necessidades da população e aos princípios do SUS [6]. A aproximação dos profissionais com o território e com os usuários, bem como o conhecimento da realidade de saúde da população, contribui para o fortalecimento da assistência odontológica também por meio da integralidade do cuidado, o que aproxima fortemente dos conceitos da EPS, que por sua vez, assume a base conceitual dentro do objetivo de conduzir a reorientação dos dentistas, historicamente formados e atuantes em um modelo tecnoassistencial, de forma isolada, e que ainda reúne ações centralizadas no profissional, com enfoque curativista e mínima participação comunitária [2, 7].

Forte et al. (2020) [8], afirmam que a etapa de formação na Odontologia responde por um pilar essencial para consolidação da qualidade do trabalho em saúde bucal. Este processo exige aprimoramento do conjunto de habilidades que melhor atenderia às necessidades das populações. Os modelos educacionais propostos, a exemplo da integração ensino-serviço-comunidade em Odontologia, podem oportunizar ambientes para desenvolvimento e criação de cirurgiões-dentistas com tais habilidades.

Com as possibilidades e necessidades que esse cenário apresenta, espera-se que os profissionais da Odontologia aproveitem, entendam, promovam e participem da EPS enquanto política de saúde. É importante que os cirurgiões-dentistas conheçam a PNEPS e atuem no sentido de viabilizá-la em seus locais de trabalho, posto que, ao mesmo tempo em que a integralidade do cuidado e a saúde bucal compreendem um desafio de execução e reflexões e que sejam abordadas frequentemente desde a formação acadêmica, a repetição desses conceitos no ciclo profissional ainda encontra dificuldades inerentes à própria prática [9].

O funcionamento de um sistema de saúde é considerado adequado e completo quando atinge a oferta de atenção nos três níveis – atenção básica (AB), média complexidade e assistência terciária ou hospitalar. Nesse contexto, as Redes de Atenção à Saúde surgem como uma ferramenta organizativa de ações e serviços que objetivam garantir a integralidade do cuidado. No entanto, o alcance da integralidade enfrenta um forte obstáculo dentro da rotina da SUS e particularmente na assistência odontológica [10].

No caminho do fortalecimento do arcabouço da Rede de Atenção em Saúde Bucal e pela busca da qualificação e ampliação da assistência odontológica pública, foram criados os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que passam a responder pela assistência odontológica de média complexidade e contribuir com a integralidade [11]. Porém, a literatura mostra que a efetivação de uma atenção integral e resolutiva ultrapassa a implantação do serviço como ato isolado. É preciso que os CEO, que são pontos de atenção secundária, assegurem a integralidade do cuidado juntamente com a assistência odontológica básica, através dos mecanismos de referência e contrarreferência, do apoio matricial e da EPS [12].

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) foi lançado com o objetivo de desenvolver o acesso e qualidade nos CEO, além de disponibilizar uma robusta base de dados com informações sobre os serviços de média complexidade odontológica. O PMAQ-CEO responde por uma estratégia no avanço da institucionalização das avaliações no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) [13]. Resultados do PMAQ-CEO, primeiro ciclo, revelaram a necessidade de maiores investimentos em estrutura, ações e estratégias para os processos de trabalho serem conduzidos à superação de dificuldades, e assim, possibilitar uma melhor estruturação no gerenciamento do cuidado e um serviço com maior qualidade [14].

O presente estudo se justifica pela necessidade do aprofundamento da discussão sobre a influência da EPS na atenção básica e na média complexidade odontológica, com a premissa de que essa política, por sua natureza de avaliação contínua, pode responder por um melhor serviço

prestado, e que, também por conta disso, necessita de mais desenvolvimento e bases científicas dentro da própria prática. O objetivo do artigo foi analisar as ações de Educação Permanente em Saúde, sua associação com o processo de trabalho nos Centros de Especialidades Odontológicas e sua relação com a atenção básica.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico, do tipo transversal exploratório, baseado em dados secundários obtidos pelo 2º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), que foi aplicado em todo o país. A aplicação do instrumento teve acompanhamento do Ministério da Saúde e colaboração de universidades federais [15].

O PMAQ-CEO analisou in loco as condições de acesso e qualidade de 1.097 CEO distribuídos pelo país, mas 55 estabelecimentos não responderam satisfatoriamente ao questionário ou se encontravam fechados e não foram homologados na Portaria de Certificação. Assim, 1.042 fazem parte do presente estudo. Todos os dados analisados fazem parte dos módulos I e II do instrumento de avaliação externa do PMAQ-CEO. Os dados, de acesso público, estão disponíveis no endereço eletrônico do Ministério da Saúde [16].

Os desfechos deste estudo são as ações que os profissionais do CEO realizam junto às equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. As ações foram mensuradas a partir da pergunta II.6.4 do instrumento do PMAQ-CEO, a respeito de quais delas eram trabalhadas entre os profissionais dos dois níveis de atenção. Segundo um critério técnico apoiado na literatura, para designação das variáveis independentes, considerou-se em relação aos CEO: localização geográfica, identificação do tipo de CEO, abrangência, referência e atividades de EPS dos profissionais conjuntamente com os profissionais da AB. A descrição, a identificação no instrumento e a categoria das variáveis estão apresentadas no Quadro 1.

*Quadro 1: Descrição, categoria e identificação, das variáveis compreendidas no modelo de regressão logística.*

Descrição	Categoria	Identificação
<b>Construção conjunta de projetos terapêuticos com os profissionais das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica.</b>	Desfecho 1	II.6.4.4
<b>Construção e discussão de protocolos clínicos.</b>	Desfecho 2	II.6.4.6
Estado (região)	Independente	I
<b>Qual o tipo de CEO?</b>	Independente	I.2.1
<b>Este CEO tem abrangência apenas municipal (é referência somente para este município)?</b>	Independente	I.2.2
<b>Este CEO é referência para quantas equipes de saúde bucal da atenção básica?</b>	Independente	I.2.3
<b>Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica.</b>	Independente	II.6.4.5

Após a verificação e aplicação do teste qui-quadrado, seguindo um nível de significância adotado de 20%, foram ajustados dois modelos de regressão logística. Os modelos finais, ajustado pelo procedimento Stepwise Forward, assumiram um nível de significância estatística de 5%.

A medida de adequação dos modelos utilizada foi o omnibus teste dos coeficientes (*Omnibus test of model coefficients*) que avalia a capacidade conjunta dos preditores preverem a variável desfecho (Fernandes et al, 2020) [17]. Os dados foram tabulados e analisados no programa Jamovi 2.2.5 (IBM, New York, NY, EUA).

Para este artigo não há a exigência de uma análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos em observância à Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, por se

tratar de pesquisa com uso de dados secundários de acesso livre, irrestrito e público, e que conseqüentemente, não permite identificação dos indivíduos.

### 3. RESULTADOS

A caracterização dos CEO certificados após o 2º Ciclo do PMAQ-CEO está contemplada na Tabela 2. O tipo II, que deve possuir 4 ou mais cirurgiões-dentistas, responde pela maior frequência. O tipo I, que deve funcionar com, pelo menos, 3 profissionais, aparece logo após. O tipo III, que deve contar com 7 ou mais cirurgiões-dentistas, apresenta a menor frequência entre os tipos de CEO. É visto que a região do Nordeste brasileiro compreende a maior frequência dos estabelecimentos, com a região Sudeste também se destacando na frequência dos CEO. As regiões Sul e Sudeste surgem logo após, na distribuição dos CEO pelo país, e a região Norte apresenta a menor frequência dos estabelecimentos de média complexidade odontológica.

A abrangência em relação ao município é observada, de forma exclusiva, em 68% dos CEO contemplados nos resultados. Já em relação a quantidade de equipes de atenção básica, 63% dos CEO é referência para até 50 equipes.

Os dados mostram que as atividades de EPS envolvendo profissionais do CEO e da atenção básica acontecem em 65% das realidades observadas. A construção conjunta de projetos terapêuticos e a discussão em torno dos protocolos clínicos acontecem em 3/4 dos estabelecimentos pesquisados.

*Tabela 2: Caracterização descritiva da pesquisa. Tipo e localização geográfica dos CEO e distribuição das variáveis.*

Tipo de CEO	n	%
Tipo I	418	40%
Tipo II	488	47%
Tipo III	136	13%
Localização por região	n	%
Norte	66	6%
Nordeste	410	39%
Centro-Oeste	71	7%
Sudeste	364	35%
Sul	131	13%
Este CEO tem abrangência apenas municipal (é referência somente para este município)?	n	%
Sim	714	68%
Não*	325	32%
Este CEO é referência para quantas equipes de saúde bucal da atenção básica?	n	%
1 a 50	656	63%
51 a 99	383	37%
Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica.	n	%
Sim	614	65%
Não*	331	35%
Construção conjunta de projetos terapêuticos com os profissionais das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica.	n	%
Sim	737	78%
Não*	208	22%
Construção e discussão de protocolos clínicos.	n	%
Sim	724	77%
Não*	221	23%

\* Categoria de resposta 'Não' inclui também as respostas 'Não se Aplica', presentes no resultado do PMAQ-CEO.

O modelo de regressão logística ajustado apresentando as variáveis significantes, o p-valor, a OR (*odds ratio*) e o intervalo de confiança (IC) a 95% é mostrado na Tabela 3. A análise evidenciou que nos CEO onde a EPS é trabalhada conjuntamente com os profissionais da atenção básica, há 3,3 vezes mais chances de haver uma construção conjunta de projetos terapêuticos e 4 vezes mais chances de acontecerem discussões e construções de protocolos clínicos.

As variáveis tipo do CEO, região brasileira em que ele está localizado, abrangência municipal e número de equipes de atenção básica sob sua referência não foram significantes após o ajuste do modelo.

Tabela 3: Modelo de regressão logística com a variável independente – ações conjuntas de EPS do CEO com a atenção básica.

Regressão logística binominal			
Modelo 1			
Desfecho – Construção conjunta de projetos terapêuticos			
Variável Independente	p valor	Odds ratio*	IC 95%
<b>Ações conjuntas de EPS do CEO com a atenção básica.</b>	0,027	3,34	1,14 – 9,25
<i>Omnibus Likelihood Ratio Testes – <math>\chi^2</math> 4.89 / df 1 / p &lt;0,027</i>			
<i>Acurácia – 98%</i>			
<i>AUC da curva ROC – 0,64</i>			
Modelo 2			
Desfecho – Construção e discussão de protocolos clínicos			
Variável Independente	p valor	Odds ratio*	IC 95%
<b>Ações conjuntas de EPS do CEO com a atenção básica.</b>	<0,001	4,08	2,90 – 5,75
<i>Omnibus Likelihood Ratio Testes – <math>\chi^2</math> 66.2 / df 1 / p &lt;0,001</i>			
<i>Acurácia – 80%</i>			
<i>AUC da curva ROC – 0,66</i>			

\* Referência para o Odds ratio (OR) – Sim.

#### 4. DISCUSSÃO

O presente artigo apresentou os efeitos que as ações de Educação Permanente em Saúde produzem na rotina de trabalho dos CEO, e seus impactos na relação com a atenção básica odontológica. Nunes et al. (2018) [18], em um estudo também apoiado metodologicamente no PMAQ-CEO, afirmaram que a EPS se apresenta como um aspecto essencial a ser instituído nos CEO, pois ela representa um importante suporte para o conhecimento de problemas e para as propostas de estratégias de trabalho.

Inicialmente, é válido atestar que a literatura apresenta um consenso ao afirmar que os indicadores de saúde bucal de uma localidade, de forma geral, estão significativamente melhores quando há uma estruturação e uma adequação da comunicação do CEO com a AB [19]. O pilar da articulação entre CEO e AB é o mecanismo de referência e contrarreferência adotado pelo SUS, que regula, por meio de protocolos, os encaminhamentos às especialidades [20]. Nesse sentido, este artigo mostra que as ações de EPS contribuem substancialmente para que haja um componente educacional prático na comunicação entre os profissionais dos dois níveis iniciais da assistência odontológica.

Ainda sobre a importância dessa articulação, mas em forma de contraponto, Bulgareli et al. (2013) [21], apontam que há um grave fator que impede o alcance da integralidade em saúde bucal, que seja a frágil interação entre a AB e a média complexidade. Eles afirmam que os serviços além de não se comunicarem, lançam suas bases de trabalho de formas próprias e diferentes umas das outras. Concluem, então, que o sistema é vulnerável e não consegue entregar um atendimento integral e de qualidade.

Para além do próprio mecanismo de referência e contrarreferência, é preciso que haja uma maior articulação entre os gestores das atenções básica e especializada, para a definição clara de protocolos de encaminhamento, bem como a revisão periódica deles. É necessário, ainda, que haja estratégias de base para o fortalecimento da integração entre o CEO e AB [22].

Dentro da oferta de estratégias, a própria diretriz da Política Nacional de Saúde Bucal aponta para a adoção de protocolos clínicos orientados, como uma forma de contornar a fragmentação do sistema de saúde e desenvolver uma assistência odontológica de elevada qualidade. Tais protocolos clínicos, construídos para cada uma das especialidades odontológicas, devem integrar os diferentes níveis da rede de serviços de saúde bucal [23].

Existe uma importante dificuldade na rotina da prática profissional ao diferenciar os procedimentos clínicos próprios do CEO, das ações assistenciais da atenção básica em saúde bucal, e ainda, de protocolos clínicos que envolvam os dois níveis de atenção. O que pode gerar um revés para o ordenamento da rede de saúde bucal. Porém, esse problema busca solução na capacitação dos profissionais da AB e do CEO por meio de ações de educação continuada e EPS, o que confirma os achados do presente artigo [24].

Chaves et al. (2010) [25], afirmam que deve haver, portanto, também por parte da gestão, investimentos na capacitação dos profissionais dentistas com destaque para a adoção, construção, fortalecimento e efetivação de protocolos clínicos que possam contribuir para o atingimento da integralidade da atenção em saúde bucal.

Apesar de haver protocolos clínicos estabelecidos sobre a atuação de cada nível assistencial odontológico, os profissionais ainda apontam uma necessidade de apoio teórico e metodológico para garantir a sua efetividade. Assim, Almeida et al (2019) [2] e o presente artigo apontam a EPS como uma ferramenta capaz de promover a base de construção desses protocolos.

Ainda sobre protocolos clínicos, surgem os projetos terapêuticos, que foram concebidos como dispositivos de aprendizagem impactantes na atenção primária à saúde (APS). Esse modelo considera fortemente a história e as necessidades de cada paciente, tornando-se assim, um modelo de assistência integral focado na produção de autonomia, na inclusão social e no protagonismo dos sujeitos [26]. A organização do cuidado na atenção básica, agora também baseada na construção de projetos terapêuticos, deve considerar a resolução de casos complexos, que por sua vez, compreendem uma coleção plural de propostas terapêuticas [27].

Ogata et al. (2019) [28], afirmam que a articulação entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção é exigida para a melhoria e o atingimento do cuidado integral em saúde. Por consequência, entende-se que a construção conjunta de projetos terapêuticos entre os profissionais dos CEO e da atenção básica odontológica, influenciada pela presença de ações de EPS, apresenta-se como um importante fator para a qualificação da assistência odontológica nos dois níveis de atenção.

O presente artigo não apresenta informações que esgotem o entendimento sobre as ações de EPS e sua influência na relação existente no atendimento odontológico tanto na atenção básica quanto na média complexidade odontológica. A temática pesquisada pode trazer possibilidades de interpretações distintas, principalmente, pela vastidão territorial do Brasil e as diferentes realidades regionais existentes. O artigo também é limitado pela possibilidade de informações imprecisas colhidas quando da aplicação do instrumento de avaliação do PMAQ-CEO. Sugere-se, então, que outros estudos sejam realizados considerando diferentes metodologias e incluindo as diferenças regionais em suas análises.

## 5. CONCLUSÃO

Ações de Educação Permanente em Saúde promovidas e direcionadas aos cirurgiões-dentistas que atuam nos CEO tornam estes profissionais mais participativos e comprometidos com a melhoria do serviço. O conhecimento de cada um é respeitado e potencializado pela ampliação da aprendizagem que acontece no local de trabalho. Considera-se também que há uma urgente necessidade que os cirurgiões-dentistas que atuam nos CEO sejam mais participativos, críticos e reflexivos.

Destaca-se a relevância de gestores compromissados e qualificados com as ações de EPS e os processos de trabalho. Eles contribuem de forma importante para a melhoria do acesso ao atendimento, satisfação e necessidades dos usuários e dinâmica estrutural dos CEO. Este artigo apresenta uma importante relação entre as ações de EPS e a organização dos processos de trabalho no CEO, a colocando como um aspecto essencial a ser instituído, pois ela compreende um importante suporte para o conhecimento de problemas e para as propostas de estratégias de trabalho.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cardoso MLM, Costa PP, Costa DM, Xavier C, Souza RMP. A Política Nacional de Educação Permanente em saúde nas Escolas de Saúde Pública: Reflexões a partir da prática. *Cien Saude Colet.* 2017;22(5):1489-500. doi: 10.1590/1413-81232017225.33222016
2. Almeida JRS, Bizerril DO, Saldanha KGH, Forte FDS, Almeida MEL. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Percepção dos cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde. *Rev ABENO.* 2019;19(3):13-25. doi: 10.30979/rev.abeno.v19i3.754
3. Rojas FLL, Kehrig RT, Biato ECL, Santos NC. Educação permanente em saúde: O repensar sobre a construção das práticas de saúde. *J Health NPEPS.* 2019;4(2):310-30. doi: 10.30681/252610103730
4. Jesus JM, Rodrigues W. Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. *Trab Educ Saúde.* 2020;20:e001312201. doi: 10.1590/1981-7746-ojs1312
5. Ely KZ, Schwarzbold P, Ely GZ, Vendrusculo VG, Dotta RM, Rosa LR, et al. A Educação permanente em saúde e os atores do sistema prisional no cenário pandêmico. *Trab Educ Saúde.* 2023;21:e01224207. doi: 10.1590/1981-7746-ojs1224
6. Brasil. Lei nº 14.572, de 08 de maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. *Dário Oficial da União;* 2023. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=1&data=09/05/2023&totalArquivos=122>
7. Silva RM, Peres ACO, Carcereri DL. Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: Uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet.* 2020;25(6):2259-70. doi: 10.1590/1413-81232020256.15992018
8. Forte FDS, Pontes AA, Moraes HGF, Barbosa AS. Integração ensino-serviço-comunidade em Odontologia: Um estudo cultural. *Interface (Botucatu).* 2020;24:e200166. doi: 10.1590/Interface.200166
9. Sanchez HF, Werneck MAF, Amaral JAL, Ferreira EF. A integralidade no cotidiano da atenção à saúde bucal: Revisão de literatura. *Trab Educ Saúde.* 2015;13(1):201-14. doi: 10.1590/1981-7746-sip00020
10. Cabral DCR, Flório FM, Zanin L. Análise do desempenho dos centros de especialidades odontológicas da região sudeste brasileira. *Cad Saúde Colet.* 2019;27(2):241-7. doi: 10.1590/1414-462X201900020205
11. Machado FCA, Silva JV, Ferreira MAF. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Cien Saude Colet.* 2015;20(4):1149-63. doi: 10.1590/1413-81232015204.00532014
12. Sidou RASO, Paula ML, Almeida JRS. Educação permanente nos centros de especialidades odontológicas de Fortaleza: Uma nova visão dos processos de trabalho. *BJD.* 2021;7(5):45874-88. doi: 10.34117/bjdv7n5-145
13. Galvão MHR, Roncalli AG. Desempenho dos municípios brasileiros quanto à oferta de serviços especializados em saúde bucal. *Cad Saúde Pública.* 2021;31(1):e00184119. doi: 10.1590/0102-311X00184119
14. Amorim LP, Senna MIB, Alencar GP, Rodrigues LG, Paula JS, Ferreira RC. *PLoS ONE.* 2020;15(5):e0233604. doi: 10.1371/journal.pone.0233604
15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Brasília (DF): MS; 2017. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_pmaqceo\\_preliminar.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_pmaqceo_preliminar.pdf)
16. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Instrumento de avaliação externa para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília (DF): MS; 2017. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento\\_a\\_e\\_ceo.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_a_e_ceo.pdf)

17. Fernandes AAT, Figueiredo Filho DB, Rocha EC, Nascimento WS. Leia este artigo se você quiser aprender regressão logística. *Rev. Sociol. Polit.* 2020;28(74):e006. doi: 10.1590/1678-987320287406
18. Nunes MF, França MASA, Werneck MAF, Goes PSA. PMAQ - CEO External Evaluation: Revealing indicators for planning services. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr.* 2018;18(1):e3178. doi: 10.4034/PBOCI.2018.181.37
19. Azevedo JS. Atenção secundária em Odontologia e a articulação no processo de referência na Rede de Atenção em Saúde Bucal. *Rev ABENO.* 2022;22(2):e1706. doi: 10.30979/revabeno.v22i2.1706
20. Souza GC, Lopes MLDS, Roncalli AG, Medeiros-Junior A, Clara-Costa IC. Referência e contrarreferência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. *Rev Salud Pública.* 2015;17(3):416-28. doi: 10.15446/rsap.v17n3.44305
21. Bulgareli, JV, Faria ET, Ambrosano GMB, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Meneghim MC, et al. Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. *Rev Odontol UNESP.* 2013;42(4):229-36.
22. Mello CB, Pinto ABS, Monteiro AX, Aranha LAR, Passos SMA. Sistema de referência e contrarreferência em saúde bucal no município de Alvarães-AM. *Rev Cienc Saúde Amazônia.* 2021;1:20-40.
23. Figueiredo N, Goes PSA, Martelli P. Os caminhos da saúde bucal no Brasil: Um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil. 1. ed. Recife (PE): Editora UFPE; 2016.
24. Aquilante AG, Aciole GG. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: Um estudo de caso. *Cien Saude Colet.* 2015;20(1):239-48. doi: 10.1590/1413-81232014201.21192013
25. 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(6):1005-13. doi: 10.1590/S0034-89102010005000041
26. Ferreira MG, Ferreira KHG, Souza CRP, Ortiz PCA, Almeida RGS, Silva ADM. Projeto Terapêutico Singular no manejo de casos complexos: Relato de experiência no PET-Saúde interprofissionalidade. *Rev Bras Educ Med.* 2022;46(1):e026. doi: 10.1590/1981-5271v46.1-20210260
27. Ferreira MG, Ferreira KHG, Ortiz PCA, Silva ADM. PET – Saúde Interprofissionalidade: Aprendizagens no uso do projeto terapêutico singular. *Saúde Meio Ambient.* 2020;9(Supl.1):79-80. doi: 10.24302/sma.v9iSupl.1.3403
28. Ogata MN, Silva JAM, Peduzzi M, Costa MV, Fortuna CM, Feliciano AB. Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e03733. doi: 10.1590/S1980-220X2020018903733