UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Adriana Maria Fuzer Grael Tinós

PERFIL DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL, NO COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DE JAÚ (CGR - JAÚ) - SP.

Ribeirão Preto

2011

ADRIANA MARIA FUZER GRAEL TINÓS

PERFIL DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL, NO COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DE JAÚ (CGR - JAÚ) - SP.

Dissertação apresentada ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP – USP para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde na Comunidade

Orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Rodrigues Jr.

Ribeirão Preto

2011

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Tinós, Adriana Maria Fuzer Grael

Perfil da atenção secundária no âmbito da política de saúde bucal, no Colegiado de Gestão Regional de Jaú (CGR - Jaú) - SP. Ribeirão Preto, 2011.

71p. : il.

Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Rodrigues Jr., Antonio Luiz

1. Avaliação de serviços de saúde. 2. Especialidades odontológicas. 3. Distância percorrida para atendimento de saúde. 4. Regionalização saúde.

aftinos@itelefonica.com.br

FOLHA DE APROVAÇÃO

Adriana Maria Fuzer Grael Tinós

Perfil da atenção secundária no âmbito da política de saúde bucal, no Colegiado de Gestão Regional de Jaú (CGR - Jaú) – SP

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde na Comunidade

Aprovado em: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____ Assinatura:_____

Ao meu esposo **Fábio**, e aos meus filhos, **Luís Filipe** e **Maria Fernanda**, pelo amor, compreensão e paciência nos momentos em que estive ausente, e por terem sido, para mim, a maior fonte de motivação no decorrer dessa jornada.

Aos meus pais, **Walter** e **Wilma**, pelo carinho, apoio e incentivo. Minha eterna gratidão por poder contar sempre com vocês, incondicionalmente.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, **Prof. Dr. Antonio Luiz Rodrigues Junior**, pela competência, pelos ensinamentos e pela confiança em mim depositada, fundamentais para a realização deste trabalho.

À **Profª. Drª. Aldaísa Cassanho Forster**, **Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto** e **Prof. Dr. Silvio Rocha Corrêa da Silva**, pelo estímulo e pelas sábias sugestões apresentadas durante o Exame Geral de Qualificação (EGQ), que muito contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus queridos cunhados, **Renato** e **Lúcia**, ao meu sobrinho **Cauê** e à **D. Grace**, pelo acolhimento, amizade, incentivo, paciência e apoio. Obrigado por fazerem minha a casa de vocês durante minha permanência em Ribeirão Preto e compartilharem comigo meus momentos de alegria, angústia, insegurança, preocupação, saudades... Aprendi muito com vocês!

À minha companheira de trabalho, **Marta Maria Grael Mendes**, pela amizade e pela valiosa colaboração na coleta de dados para este estudo... *"Martoca, há coisas na vida que não têm preço!"*

Ao Diretor de Saúde do município de Dois Córregos, **Gilson Augusto Scatimburgo**, pelo apoio, amizade, disposição em ajudar e interesse por este trabalho, demonstrando sua preocupação constante pela melhoria da saúde pública, qualidade fundamental em um gestor.

Ao Ex-Secretário de Saúde de Jaú, **Dr. Jaime Roberto Spanghero** e ao Diretor de Saúde de Bariri**, Dr. Fábio José Zenni**, pelo apoio e confiança, permitindo o acesso aos CEOs de seus municípios, viabilizando assim, a realização deste estudo.

A todos, que direta ou indiretamente, contribuíram para realização deste trabalho.

Muito obrigada!

Nunca deixe que lhe digam que não vale a pena
Acreditar no sonho que se tem
Ou que seus planos nunca vão dar certo
Ou que você nunca vai ser alguém...

Quem acredita sempre alcança!

Renato Russo
(1960-1996)

RESUMO

TINÓS, A. M. F. G**. Perfil da atenção secundária no âmbito da política de saúde bucal, no Colegiado de Gestão Regional de Jaú (CGR - Jaú) - SP.** 2011. 71p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Nas últimas décadas, houve uma redução significativa da cárie dentária na população infantil; porém, os índices de doenças bucais nos demais grupos populacionais permanecem altos. Na perspectiva de favorecer o acesso de todas as faixas etárias aos serviços de saúde bucal, em todos os níveis de atenção, foi criada, em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), tendo como uma das principais frentes de atuação os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que oferecem à população os serviços de atenção secundária. Este estudo descritivo, do tipo levantamento, teve como objetivo descrever o perfil da atenção secundária em saúde bucal, oferecida pelos CEOs pertencentes ao espaço geográfico do Colegiado de Gestão Regional de Jaú (CGR-Jaú), localizados nos municípios paulistas de Bariri e Jaú, no período compreendido entre o início das atividades dessas Unidades e 31 de dezembro de 2009. Foram utilizados dados referentes à infraestrutura e às características dos serviços: i) tipo de CEO; ii) presença de Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD); iii) especialidades oferecidas; iv) origem dos encaminhamentos (no tocante ao nível de atenção); v) frequências de atendimento em cada especialidade; vi) situação dos tratamentos requisitados (se concluídos, não concluídos ou não realizados), e vii) tempo de duração dos tratamentos. Também se levaram em conta os dados relativos às características demográficas dos usuários – local de origem, sexo, idade – e ao fluxo desses usuários, no que tange a origem e destino. A obtenção desses dados deu-se por meio da revisão da totalidade dos prontuários de pacientes atendidos nesses CEOs e de consulta aos bancos de dados do Ministério da Saúde. Os CEOs do CGR-Jaú oferecem as especialidades mínimas exigidas para sua implantação, além da especialidade Prótese. Verificou-se que esses CEOs apresentaram predominância de usuários do sexo feminino. As maiores frequências de atendimento foram encontradas nas especialidades Prótese (30,3%) e Cirurgia (35,2%), nos CEOs de Bariri e Jaú, respectivamente. Observou-se ainda, no período objeto do estudo, que os municípios do CGR-Jaú, que possuem CEOs instalados, absorvem a grande maioria dos atendimentos, sendo 98,9% para o CEO-Bariri e 72,99% para o CEO-Jaú. Os reduzidos fluxos, em nível intermunicipal, sugerem a realização, por parte dos gestores de saúde que compõem este Colegiado, de revisão do Plano Diretor de Regionalização (PDR), o qual se constitui no instrumento utilizado para estabelecimento desses fluxos, bem como de avaliação da possibilidade de oferta desses serviços em nível municipal. Tais procedimentos fazem-se necessários, visando ao suprimento das demandas locais e garantindo, assim, o cumprimento de um dos princípios mais relevantes do Sistema Único de Saúde (SUS): a integralidade da atenção.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde; avaliação de serviços de saúde; especialidades odontológicas; regionalização.

ABSTRACT

TINÓS, A. M. F. G. **Profile of secondary care within the health policy in the Regional Management Board Jau (CGR - Jau) - SP.** 2011. 71p. Dissertation. (Masters Degree) – Medical School at Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

In recent decades, a significant reduction of dental caries in children, however, rates of oral diseases in other populations remain high. In order to favor the access of all ages to oral health services at all levels of care, was established in 2004, the National Policy for Oral Health (Smiling Brazil), having as one of the main fronts specialized dental clinics (CEO), offering services to the population of secondary care. This study descriptive, survey, aimed to describe the profile of secondary care dental care, offered by CEOs belonging to the geographic area of the Regional Management Board Jau (CGR-Jau), located in the municipalities of Bariri and Jau, in period between the beginning of the activities of these units and December 31, 2009. We used data on infrastructure and service characteristics [type of CEO, the presence of Regional Dental Laboratory (LRPD), specializations available, source of referrals (for the level of care), frequency of attendance in each specialty, location of treatment required (if completed, not completed or not done) and duration of treatment], users' demographic characteristics (place of origin, gender, age) and the flow of these users (source and destination). Obtaining these data was through the review of all records of patients seen in those CEOs and query the databases of the Ministry of Health of CEOs CGR-Jau offer specialties minimum required for its implementation, as well as specialty Prosthesis and are dominated by female users. The highest frequencies were found to care for Prosthetics (30.3%) and Surgery (35.2%), and the CEOs of Bariri Jau, respectively. It was also observed in the study period, the CGR-Jau municipalities that have installed CEOs absorb the vast majority of cases, and 98.9% for the CEO-Bariri and 72.99% for the CEO-Jau. The reduced flows, intramunicipal level, suggest the need for review by health managers who comprise the Board, the Master Plan of Regionalization (PDR), that is the instrument used to establish these flows, as well as the evaluation of possibility of offering such services at municipal level, aimed at responding to their local needs, thus guaranteeing the fulfillment of one of the most relevant principles of the Unified Health System (SUS), the integrality of care.

Keywords: Health Services Accessibility. Health Services Evaluation. Specialties, Dental. Regional Health Planning.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - CEO-Jaú e CEO-Bariri: Distribuição dos prontuários de acordo com a quantidade de encaminhamentos provenientes da Atenção Básica (AB) **41**

Tabela 2 - CEO-Jaú e CEO-Bariri: Total de encaminhamentos segundo o sexo, no período estudado, distribuídos por especialidade **45**

Tabela 3 - CEO-Jaú e CEO Bariri: Estatística descritiva da variável idade (em anos) para cada especialidade, no período estudado **47**

Tabela 4 - CEO-Jaú e CEO-Bariri: Estatística descritiva da variável tempo de tratamento (em dias), no período estudado **49**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Localização do DRS VI no Estado de São Paulo **36**

Figura 2 - Localização do CGR-Jaú no DRS VI-Bauru e dos respectivos municípios que possuem Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) **37**

Figura 3 - CEO-Jaú: Percentual de encaminhamentos provenientes da Atenção Básica e de Interconsultas, no período estudado **39**

Figura 4 - CEO-Jaú: Percentual total de prontuários cadastrados no período estudado, distribuídos segundo o município de origem **42**

Figura 5 - CEO-Jaú (esquerda) e CEO-Bariri (direita): Percentual total de pacientes atendidos ano a ano e no período estudado, distribuídos segundo o sexo **43**

Figura 6 - CEO-Jaú (esquerda) e CEO-Bariri (direita): Percentual total de encaminhamentos, no período estudado, distribuídos segundo a especialidade **44**

Figura 7 - CEO-Jaú (esquerda) e CEO-Bariri (direita): Percentual total de encaminhamentos em cada especialidade, no período estudado, distribuídos segundo o sexo **44**

Figura 8 - CEO-Jaú (esquerda) e CEO-Bariri (direita): Percentual de encaminhamentos com tratamentos concluídos, não concluídos e não realizados, no período estudado **46**

Figura 9 - CEO-Jaú (esquerda) e CEO Bariri (direita): Percentual de encaminhamentos com tratamentos não concluídos em cada

especialidade, no período estudado **46**

Figura 10 - CEO-Jaú (esquerda) e CEO Bariri (direita): Número de encaminhamentos atendidos, ano a ano, distribuídos segundo a especialidade..... **48**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AB/SF	Atenção Básica / Saúde da Família
ATM	Articulação Temporomandibular
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPO-D	Número de dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente
CRO-DF	Conselho Regional de Odontología do Distrito Federal
DIR	Diretoria Regional de Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Interconsulta
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MNI	Municípios Não Identificados
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios
PNE	Pacientes com Necessidades Especiais

PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PPI	Programação Pactuada e Integrada
RASUB	Raspagem e Alisamento Radicular Subgengival
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIG	Sistemas de Informação Geográfica
SUS	Sistema Único de Saúde
TLC	Teoria do Lugar Central
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO **15**

2. REFERENCIAL TEÓRICO **17**

2.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) **17**

2.2 A regionalização da saúde **19**

2.3 A inserção da Odontologia no serviço público de saúde **22**

2.4 A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) **25**

2.5 Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs)..... **26**

2.6 A geografia no contexto da saúde **29**

3. OBJETIVOS **32**

3.1 Geral **32**

3.2 Específicos **32**

4. MATERIAL E MÉTODOS **33**

4.1 Local do Estudo **33**

4.2 Delineamento do estudo **34**

4.3 Contato com os Coordenadores de Saúde Bucal **35**

4.4 Análise dos Resultados **37**

4.5 Aspectos éticos **38**

5. RESULTADOS **39**

6. DISCUSSÃO **50**

7. CONCLUSÃO **59**

REFERÊNCIAS **60**

ANEXOS **68**

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerado uma das políticas sociais mais bem-sucedidas no Brasil. Com base em seus princípios éticos de universalidade, integralidade e equidade, o SUS vem promovendo grande ampliação das ações de saúde, tanto na Atenção Básica quanto em procedimentos de alto custo (SANTOS et al., 2008). A garantia do acesso aos serviços de média e alta complexidade é fundamental para garantir a integralidade da atenção (BRASIL, 2006a), que, segundo MEDEIROS (2007), talvez seja, dentre os princípios e diretrizes do SUS, o menos visível na trajetória do Sistema e de suas práticas**.**

Em relação à saúde bucal, é notória a redução expressiva dos níveis de cárie dentária na população, que vem ocorrendo desde a década de 1980, especialmente na idade de 12 anos; tal redução está relacionada a determinados fatores, como a expansão da fluoração das águas de abastecimento público, a introdução de dentifrícios fluorados no mercado e a mudança de enfoque nos programas de Odontologia em saúde pública em todas as regiões do País (NARVAI et al., 2006). Entretanto, ainda persistem, em determinados grupos populacionais, elevados índices de doenças bucais (COSTA, CHAGAS, SILVESTRE, 2006), uma vez que, nos últimos 50 anos, os serviços de saúde bucal preocuparam-se, principalmente, com a faixa etária escolar (6 a 14 anos) (BRASIL, 2006a).

Na busca por uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis, foi criada, em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), que tem como diretrizes fundamentais, no âmbito da assistência, a ampliação e a qualificação da Atenção Básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário (BRASIL, 2004c). Uma das principais frentes de atuação de tal política são os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), os quais devem estar preparados para oferecer à população os serviços de média complexidade (BRASIL, 2004f).

Os resultados dos levantamentos das condições de saúde bucal realizados no Brasil nos últimos anos deixam evidente a necessidade da ampliação da atenção secundária em saúde bucal (BRASIL, 2006c) e, segundo FIGUEIREDO e GÓES (2009), pouco se tem pesquisado sobre esses serviços. A recente implantação dos CEOs faz com que estes se encontrem ainda em processo de construção, necessitando, assim, de avaliação e acompanhamento (MEDEIROS, 2007).

A realização de um estudo envolvendo os CEOs pertencentes ao Colegiado de Gestão Regional de Jaú (CGR-Jaú) se faz necessária, pois permite retratar a situação atual da tão

necessária atenção secundária em saúde bucal, no âmbito do SUS, no referido colegiado. A descrição do fluxo de usuários desses serviços possibilita não somente identificar cidades-pólos e verificar a qualidade do acesso da população da região estudada à atenção secundária, mas também disponibilizar aos gestores dados para a realização de planejamento estratégico da oferta desses serviços.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

Na Constituição Federal de 1988, a política de saúde é inserida no contexto da política de Seguridade Social. De acordo com o artigo 196[1], a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado; com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990)[2], o SUS passou a ser a base institucional da política pública de saúde. Subsequentemente, com a aprovação da Lei Complementar da Saúde (Lei 8.142/1990)[3], passou-se a garantir a participação popular no Sistema, por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde, promovendo o fortalecimento da democracia, permitindo o controle social do Sistema, além de possibilitar que o próprio usuário entenda melhor o processo saúde-doença.

Dentre os princípios e diretrizes do SUS, destacam-se a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a participação da comunidade, e a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 1990a; LUCCHESE, 2002).

Com a finalidade de orientar o processo de descentralização, explicitando as competências e responsabilidades de cada esfera de governo, e estabelecendo as condições necessárias para que Estados e municípios possam assumir novas posições no processo de implantação do SUS, são criadas as Normas Operacionais Básicas (NOB). Posteriormente, a

---

[1] **Art. 196.** "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988).

[2] **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 –** "Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências" (BRASIL, 1990a).

[3] **Lei 8.142 de 28 de Setembro de 1990:** "Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências" (BRASIL, 1990b).

NOB foi substituída pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (LUCCHESE, 2002).

Em agosto de 2004, foi organizada pelo Ministério da Saúde uma oficina denominada "Agenda do Pacto de Gestão", com o objetivo de dar início ao processo de discussão para a revisão do processo normativo do SUS, cujos primeiros resultados constam da portaria GM/MS nº. 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, que define as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde. Este foi definido em três dimensões – Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS; Pacto de Gestão do SUS – no sentido de qualificar a gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas, para tornar a saúde uma política de Estado mais do que uma política de governo.

Dentre as prioridades definidas no Pacto pela Vida, vale ressaltar o Fortalecimento da Atenção Básica/Primária (CONASS, 2006). Atenção Básica é definida como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde (BRASIL, 2006d). Estudos mostraram que a Atenção Básica é capaz de resolver cerca de 80% das necessidades e dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2006d) e o seu fortalecimento faz-se necessário para a efetivação do SUS. Neste contexto, o Pacto pela Saúde 2006, por meio do Pacto pela Vida, vem assumir a estratégia Saúde da Família como prioritária para o fortalecimento da Atenção Básica, sendo que o seu desenvolvimento deve considerar as diferenças locorregionais (BRASIL, 2006b). De acordo com NICKEL, LIMA e SILVA (2008), na concepção teórica desse programa, os conceitos de universalidade e integralidade tornam-se concretos, auxiliando a rede básica de saúde na diminuição do fluxo dos usuários para a atenção complexa, caracterizada por procedimentos mais custosos, em razão da maior densidade tecnológica desses serviços. Embora haja evidências da importância da Atenção Básica no sistema de saúde, segundo PESTANA e MENDES (2004), é comum a valorização, por parte de políticos, profissionais de saúde e pela própria população, dos serviços secundários e terciários de atenção em detrimento dos serviços primários:

> *A atenção primária à saúde exige um conjunto de conhecimentos, atitudes e habilidades muito mais amplo que aqueles solicitados nos procedimentos de média e alta complexidade. A atenção primária à saúde convoca conhecimentos e habilidades nos campo da biologia, da medicina, da psicologia, da antropologia, da sociologia e os utiliza numa perspectiva de intersetorialidade, que a torna, inquestionavelmente, muito mais complexa que as ações catalogadas como de média e alta complexidade na NOAS SUS 01/02.* (PESTANA e MENDES, 2004, p. 37-8)

2.2 A regionalização da saúde

A regionalização do SUS constitui estratégia prioritária do Ministério da Saúde no sentido de garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais, bem como promover a equidade e a integralidade da atenção; também objetiva-se racionalizar os gastos e otimizar os recursos, além de potencializar o processo de descentralização. Dentre suas várias contribuições, é possível destacar a ampliação da participação comunitária e da democratização e flexibilização da gestão dos serviços e seu ajustamento às necessidades locais. Outro ponto fundamental seria o estabelecimento de relações mais cooperativas e solidárias para responder às demandas crescentes dos cidadãos por serviços de saúde mais resolutivos e de melhor qualidade. (GIL, LICHT e YAMAUCHI, 2006; VIANA et al., 2008).

Embora a regionalização estivesse prevista desde a Constituição Federal de 1988 como mecanismo de descentralização, integralidade e hierarquização da saúde, é apenas com a instituição da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) que a regionalização passa a ganhar sentido e importância dentro do sistema (VIANA et al., 2008). A NOAS - 01/2001 regulamentou as diretrizes gerais para a organização regionalizada da assistência à saúde no Brasil e, baseados em sua segunda edição (NOAS - 01/2002), os convênios entre o Ministério da Saúde e os demais níveis de governo consideraram as prioridades assistenciais de cada Estado, subdividido em regiões e microrregiões definidas no Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR) (GUIMARÃES, 2005).

Em 2006, com o lançamento do Pacto pela Saúde, são preconizadas novas diretrizes para a regionalização do sistema de saúde, com base no fortalecimento da pactuação política entre os entes federados, sobretudo na esfera municipal, e na diversidade econômica, cultural e social das regiões do País, para a redefinição das “regiões de saúde”. Dessa forma, o Pacto pela Saúde passou a representar um novo momento para a regionalização, rompendo com as perspectivas normativas anteriores e possibilitando a incorporação de diferentes conteúdos do território nesse processo (VIANA et al., 2008).

De acordo com PEITER et al. (2006), nesse novo modelo operacional, as regiões de saúde são delimitações territoriais inseridas em um espaço geográfico contínuo, definidas pelos gestores municipais e estaduais de acordo com suas identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transporte compartilhado do território, devendo propiciar relativo grau de resolubilidade. Segundo as Diretrizes para a Gestão do SUS, estabelecidas pelo Pacto de Gestão, o território municipal deve ser autossuficiente em

atenção primária à saúde e ações básicas de vigilância em saúde; a região de saúde deve apresentar autossuficiência em serviços de média complexidade, e a macrorregião de saúde é caracterizada pela autossuficiência em parte dos serviços de média complexidade de maior densidade tecnológica e em serviços de alta complexidade (BRASIL, 2006b).

As regiões de saúde podem apresentar diferentes modelos em função da diversidade do território nacional, sendo denominadas Regiões Intramunicipais aquelas organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional, como ocorre com algumas capitais; as Regiões Intraestaduais são compostas por municípios territorialmente contíguos e pertencentes a um mesmo Estado; as Regiões Interestaduais são compostas por municípios territorialmente contíguos e pertencentes a diferentes Estados, e as Regiões Fronteiriças, compostas por municípios territorialmente contíguos pertencentes a um ou mais Estados e a países vizinhos (BRASIL, 2006b).

PESTANA e MENDES (2004) defendem o modelo da regionalização cooperativa, o qual propõe o reconhecimento de um espaço privilegiado, a microrregião de saúde, cujos municípios, em associação entre si e com apoio da União e da Secretaria Estadual de Saúde, farão a gestão das ações de atenção primária e secundária à saúde. Neste modelo, os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos espacialmente, de forma ótima, o que resultará em eficiência, efetividade e qualidade dos serviços, cabendo, à atenção primária, o papel de centro de comunicação dessa rede.

No intuito de qualificar o processo de regionalização, surgem os Colegiados de Gestão Regionais (CGR), que se constituem em um espaço permanente de pactuação, cogestão solidária e cooperação das regiões de saúde, tendo como principal objetivo a garantia do cumprimento dos princípios do SUS. Sua composição abrange todos os gestores municipais de saúde do conjunto de municípios que integram uma Região de Saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais) envolvido(s), sendo as suas decisões sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e o comprometimento do conjunto dos gestores com os compromissos pactuados. O Plano Diretor de Regionalização (PDR), com seus complementos, o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) constituem instrumentos fundamentais de gestão para o SUS. A atualização e o

acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada (PPI)[4], bem como a elaboração do desenho do processo regulatório, com a definição dos fluxos e protocolos, são algumas das funções que devem ser desempenhadas, com qualidade, pelos CGR (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006e).

Os recursos financeiros federais destinados à organização e ao funcionamento dos CGR compõem o objetivo da ação do Componente de Qualificação da Gestão, dentro do Bloco de Financiamento de Gestão do SUS. De acordo com o Art. 2º da Portaria GM/MS nº. 2691, de 19 de outubro de 2007 (BRASIL, 2007), a transferência dos recursos dar-se-á após a adesão ao Pacto pela Saúde, mediante homologação do Termo de Compromisso de Gestão Estadual ou dos Termos de Compromisso de Gestão dos Municípios componentes da Região de Saúde. O Art. 3º da mesma Portaria prevê a transferência do valor de vinte mil reais por CGR, em parcela única, anual, ao Fundo Estadual de Saúde e, no caso de região Intramunicipal, ao Fundo Municipal de Saúde, devendo ser utilizado apenas em gastos de custeio, cujas regras de aplicação desses recursos devem ser definidas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 2007).

No Estado de São Paulo, particularmente, é possível perceber que o Pacto pela Saúde desencadeou um processo acelerado de retomada da discussão sobre o papel regional da Secretaria Estadual da Saúde, assim como de mobilização dos municípios para a criação das novas regiões de saúde (VIANA et al., 2008). Segundo GUIMARÃES (2005), durante o período de vigência da NOAS, a delimitação das regiões de saúde no Estado de São Paulo obedeceu à divisão das Diretorias Regionais de Saúde (DIR), representando a manutenção da mesma lógica de organização do sistema público de saúde em vigor naquele momento.

Atualmente, a divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo se faz pelos Departamentos Regionais de Saúde – DRS. O Estado foi dividido em 17 Departamentos de Saúde, que têm a responsabilidade de coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil (SÃO PAULO, 2007). Os municípios deste Estado (645 municípios), em sua totalidade, apresentam-se agrupados em 64 CGRs (BRASIL, 2009c).

[4] A PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. Deve ser realizada a cada gestão, revisada periodicamente e, sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo de atendimento ao usuário; de oferta de serviços; na tabela de procedimentos; e no teto financeiro, dentre outras (BRASIL, 2006b).

2.3 A inserção da Odontologia no serviço público de saúde

O início da assistência pública odontológica data de 1912, com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares. Até o ano de 1952, o atendimento escolar no Brasil mostrou-se rudimentar, principalmente com relação ao seu planejamento e ao tipo de serviço ofertado, tendo, como uma das principais características, a reprodução do mesmo tipo de atenção dada nos consultórios particulares (COSTA, CHAGAS e SILVESTRE, 2006). A partir de então, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) implementou os primeiros programas de Odontologia Sanitária, tendo como alvo principal a população em idade escolar, considerada epidemiologicamente mais vulnerável e, ao mesmo tempo, mais sensível às intervenções de saúde pública. A principal ferramenta teórica utilizada pela Odontologia Sanitária, para diagnosticar e tratar os problemas de saúde bucal da comunidade foi o denominado Sistema Incremental, conceituado como:

> *método de trabalho que visa o completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas,* [*prevendo*] *uma ação horizontal por meio de um programa preventivo, o qual controla a incidência dos problemas, e uma ação vertical por meio de um programa curativo, solucionando os problemas prevalentes. Paralelamente, um programa educativo fornece apoio a estas ações.* (Pinto[5], 1989 apud NARVAI, 2006, p.143)

Segundo Zanetti e Lima[6] (1996 apud NICKEL, LIMA e SILVA, 2008), o Sistema Incremental resume-se em um programa intensivo e curativo, amparado em pobre metodologia preventivo-educativa, que tenta resolver em curto espaço de tempo problemas acumulados em uma pequena parcela populacional.

O acúmulo de novos conhecimentos sobre a prevenção e o controle da cárie, as discussões acerca do atendimento odontológico prestado pelo Estado, além dos resultados epidemiológicos insatisfatórios em todo o Brasil, possibilitaram o surgimento de novos programas, como a Odontologia Integral, que se baseava no Modelo Incremental implementado pelo SESP com algumas alterações. Este programa, também chamado Incremental Modificado, enfatizava a prevenção, reconhecia a cárie como doença infectocontagiosa, instituía o retorno programado para manutenção preventiva e utilizava a

---

[5] PINTO V. G. **Saúde bucal: odontologia social e preventiva**. 1ª ed. São Paulo: Santos, 1989. 415p.

[6] ZANETTI C. H. G., LIMA M. A. U. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Divulg Saúde Debate,** n. 13, p. 18-35, 1996.

ideia de equipe odontológica, formada pelo Cirurgião-Dentista, pelo Técnico de Higiene Dentária e pelo Auxiliar de Consultório Dentário (NICKEL, LIMA e SILVA, 2008).

Diante das críticas ao Sistema Incremental, surge, no final da década de 1980, o Programa Inversão da Atenção, contrariando as ações curativas do Sistema Incremental e da Odontologia Integral, ao descentralizar a atenção curativa clássica, e buscando estabilizar o meio bucal para a eficácia dos métodos preventivos. Ou seja: somente após o controle da doença, o tratamento restaurador definitivo, a reabilitação oral e a ampliação da cobertura populacional seriam realizadas. Apesar de o referido modelo ser contrário ao tratamento cirúrgico-restaurador praticado no modelo Incremental, existem críticas quanto à sua abrangência, já que necessita de um coletivo restrito para atuar e, mais uma vez, as escolas e creches foram alvos do atendimento odontológico (NICKEL, LIMA e SILVA, 2008).

Outro modelo, o Modelo da Atenção Precoce, resgatou a clientela com idade inferior a seis anos, abandonada desde a década de 1950 em virtude da força do modelo incremental; foi introduzida, então, nova mentalidade junto à população e aos profissionais de saúde sobre a importância da prevenção da cárie dentária ainda na dentição decídua. Neste contexto, surge a Odontologia para bebês e as ações voltadas para gestantes (NICKEL, LIMA e SILVA, 2008; RONCALLI et al., 1999).

Com a criação do SUS, surge a possibilidade de se reorganizarem as ações de saúde bucal, favorecendo, através de seus princípios, a inclusão dos adultos e das outras faixas etárias. Este fato trouxe um enorme volume de necessidades de tratamento odontológico, levando em conta que os adultos constituem uma faixa etária bastante ampla (20 a 59 anos) e que, por muitos anos, foi desassistida (BRASIL, 2006c). Vale ressaltar ainda que os idosos, particularmente os de idade mais avançada, constituem o segmento da população brasileira que mais cresce (LIMA-COSTA, BARRETO e GIATTI, 2003) e que, sob o ponto de vista epidemiológico, a condição de saúde bucal desse grupo populacional no Brasil, assim como em diversos países, é precária (GAIÃO, ALMEIDA e HEUKELBACH, 2005; COLUSSI e FREITAS, 2002). Além disso, segundo a Carta de Ouro Preto - NESPE / FIOCRUZ / UFMG (2002), 73% dos idosos brasileiros dependem exclusivamente do sistema público de saúde.

Fatores como a gravidade e a precocidade da perda dentária, a desigualdade relacionada ao acesso aos serviços odontológicos e a existência de quase 56% de idosos completamente edêntulos – constatada no Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira - SB Brasil 2003 – tornaram evidente a necessidade da organização da

média complexidade em Odontologia na efetivação do SUS. De acordo com o mesmo levantamento, a necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade (BRASIL 2004b). Na possibilidade de uma eventual ampliação da pesquisa proposta pelo Projeto SB Brasil e, no intuito de obter representatividade em nível estadual, foi elaborado o Projeto SB2000 - Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Ano 2000 - Ampliação da Amostra para o Estado de São Paulo.

Os resultados deste levantamento, denominado Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2002, mostram, com relação à cárie dentária, que o índice CPO-D[7] aos 12 anos de idade é de 2,5, elevando-se para 6,4 na faixa etária de 15 a 19 anos, dado este que representa um aumento de 156% na magnitude da doença no último grupo. Para os adultos, o CPO-D é de 20,3 e, para os idosos, 28,2. Neste caso, o componente perdido é o mais frequente, atingindo mais de 50% entre 35 e 44 anos, e mais de 90% entre 65 e 74 anos; estes resultados são uma consequência do padrão mutilador da prática odontológica dirigida a esses grupos no passado (SÃO PAULO, 2002).

O SB Brasil, o maior e mais amplo levantamento em saúde bucal já feito no País e finalizado em 2003, reuniu, ao todo, informações de mais de cem mil exames, realizados em todas as regiões do País, e mapeou a saúde bucal do povo brasileiro (BRASIL, 2004d). Pela primeira vez, no Brasil, um inquérito dessa natureza incorporou as faixas etárias de 18 a 36 meses e 65 a 74 anos, incluindo ainda uma gama maior de informações referentes aos aspectos de situação socioeconômica, autoavaliação da saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos. Os dados epidemiológicos provenientes deste levantamento auxiliariam na elaboração das diretrizes para uma política nacional de saúde bucal, bem como de ações para o fortalecimento da gestão dos serviços públicos de saúde bucal nas diferentes esferas de governo (QUEIROZ, PORTELA e VASCONCELLOS, 2009). Recentemente, um novo levantamento foi realizado no Brasil, o SB Brasil 2010, que, segundo RONCALLI (2010), deverá ser o elemento norteador da Política Nacional de Saúde Bucal com relação aos principais agravos de saúde bucal (cárie dentária, doença periodontal, oclusopatias, fluorose e edentulismo), subsidiando o desenvolvimento de ações preventivas de caráter coletivo e individual, bem como as ações reabilitadoras. Embora os primeiros resultados deste inquérito populacional sejam animadores em termos nacionais - como a expressiva redução na

[7] O índice CPO-D é utilizado para medir a experiência de cárie na dentição permanente, sendo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para estudos de prevalência de cárie dentária. Seu resultado corresponde à divisão do número de dentes permanentes cariados, perdidos (extraídos devido à cárie) e obturados, pelo número de indivíduos examinados (CYPRIANO, SOUSA e WADA, 2004).

prevalência e na gravidade da cárie dentária em crianças de 12 anos, adolescentes (15-19 anos) e adultos (35-44 anos), associada a um maior acesso a serviços odontológicos restauradores - a pesquisa mostrou, ainda, dentre outros aspectos para os quais o poder público deve dedicar maior atenção, que apesar das necessidades de próteses terem diminuído em adolescentes e adultos, o déficit em idosos ainda é significativo (RONCALLI,2011).

2.4 A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)

Com os objetivos de corrigir distorções na aplicação dos recursos e efetivar novas ações para garantia da ampliação do acesso e da qualificação da atenção dentro dos serviços ofertados pelo SUS, é lançada, em 17 de março de 2004 (BRASIL, 2004c), a Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente (BRASIL, 2006c). As principais linhas de ação apresentadas são a viabilização da adição de flúor a estações de tratamento de águas de abastecimento público e a reorganização da Atenção Básica (especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família) e da Atenção Especializada (através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) (BRASIL, 2004c).

De acordo com as diretrizes da PNSB, é considerada prioridade governamental o desenvolvimento de ações intersetoriais no sentido de ampliar a fluoretação das águas no Brasil, já que se trata da forma mais abrangente e socialmente justa de acesso ao flúor. No tocante à Atenção Básica, tal política prevê sua ampliação e qualificação através de ações de prevenção e controle do câncer bucal; implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento; inclusão de procedimentos mais complexos na Atenção Básica, como pulpotomias, restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias, fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, além de tratamento periodontal que não requeira procedimento cirúrgico; inclusão da reabilitação protética na atenção básica, no intuito de diminuir a demanda reprimida representada pela população que não tem acesso aos serviços especializados, e ampliação do acesso (BRASIL, 2004e).

Até o lançamento do Brasil Sorridente, a assistência odontológica pública no Brasil era restrita quase que totalmente aos serviços básicos, com a realização de procedimentos mais simples – extração dentária, restauração, pequenas cirurgias, aplicação de flúor. Ainda assim, havia uma grande demanda reprimida e os serviços odontológicos especializados

correspondiam a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos. A oferta dos serviços de atenção secundária e terciária era baixa, comprometendo o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal. Houve um aumento da oferta de serviços de atenção básica no setor odontológico, porém, a expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou esse crescimento (BRASIL, 2004e). ARTIGAS et al. (2007), em seu estudo, relataram ser frequente, nas clínicas de assistência odontológica do SUS, a presença de pacientes com desejo de se submeterem a exodontia, cuja indicação é absolutamente questionável; esta escolha por parte dos pacientes pode estar respaldada na grande dificuldade de acesso aos bens públicos de saúde.

Segundo PUCCA JUNIOR (2006), a inclusão social se constitui numa importante diferença entre a Política Nacional de Saúde Bucal e o que vinha sendo feito pelo setor público na área odontológica até então: passou-se de um atendimento que privilegiava a criança, a gestante e aqueles que podiam pagar por um tratamento para uma atenção direcionada a todos os brasileiros que utilizam a rede pública.

Uma das principais frentes de atuação do Brasil Sorridente são os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). O tratamento oferecido nesses centros é uma continuidade do trabalho realizado pela Atenção Básica e pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB), para onde serão encaminhados os casos que não tiveram resolutividade nesse nível de atenção.

2.5 Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs)

Os CEOs são unidades de saúde, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, classificadas como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade, e estão preparados para oferecer à população, no mínimo, os serviços de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e na detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia, além do atendimento a pacientes com necessidades especiais (BRASIL, 2004f;).

No ano de 2008, foi lançado pelo Ministério da Saúde o Manual de Especialidades em Saúde Bucal (BRASIL, 2008b), no intuito de colaborar para o estabelecimento de critérios de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica/Saúde da Família (AB/SF) e os CEOs, assim como instrumentalizar a prática clínica e de gestão relativas às principais especialidades

odontológicas. De acordo com tal publicação, é de responsabilidade do nível secundário de atenção a realização dos seguintes procedimentos, dentro de cada especialidade:

- ✓ Diagnóstico Bucal: diagnóstico e tratamento das lesões bucais por meio de exames clínicos e complementares; biópsia; terapêutica cirúrgica (nível ambulatorial) e medicamentosa, quando pertinente, e planejamento do atendimento odontológico do paciente oncológico que será submetido a radioterapia ou quimioterapia.
- ✓ Periodontia: raspagem e alisamento radicular subgengival (RASUB) de maior complexidade; cirurgia de acesso; cirurgia de acesso com plastia de furca; gengivectomia; aumento de coroa clínica; ressecção radicular, e tunelização.
- ✓ Cirurgia: frenectomia; dentes supranumerários; cirurgias pré-protéticas (hiperplasias de tecido mole e rebordos ósseos); dentes retidos, inclusos e impactados; lesões não neoplásicas de glândulas salivares; remoção de cistos; tumores dos maxilares; fraturas dos dentes e ossos da face; corpos estranhos, e luxação de ATM.
- ✓ Endodontia: tratamento endodôntico em dente com polpa viva ou sem vitalidade; retratamento endodôntico, e tratamento de perfurações radiculares.

Embora não abordado no Manual de Especialidades em Saúde Bucal, o atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) também se constitui em requisito básico para o funcionamento dos CEOs. No grupo dos denominados Pacientes com Necessidades Especiais, além dos deficientes físicos e mentais, estão incluídos os portadores de doenças metabólicas, como o diabetes; indivíduos com alterações sistêmicas, como a hipertensão; condições transitórias, como gravidez; indivíduos que perderam sua condição de normalidade em decorrência de acidentes, e os idosos, dentre outros (RESENDE, 1998). Em virtude de essas pessoas serem mais dependentes e vulneráveis, elas se tornam mais propensas a apresentarem problemas bucais, além de outras comorbidades que comprometem a sua qualidade de vida (SCULLY e KUMAR, 2003); daí, a importância desses atendimentos.

Em agosto de 2010, o Conselho Regional de Odontologia do Distrito Federal (CRO-DF), através da Comissão para o Atendimento Odontológico ao Paciente com Necessidades Especiais, estabeleceu os seguintes critérios para inclusão do paciente com necessidades especiais aos CEOs:

- ✓ Pacientes que passaram pela unidade básica de saúde, foram avaliados pelo cirurgião-dentista quanto à necessidade de tratamento odontológico e que não permitiram o atendimento clínico ambulatorial convencional;

- ✓ Pacientes com movimentos involuntários que coloquem em risco a sua integridade física e aqueles cuja história médica e condições complexas necessitem de uma atenção especializada;
- ✓ Pacientes com deficiência mental ou outros comprometimentos, que não respondem a comandos, não cooperativos após duas tentativas frustradas de atendimento na rede básica;
- ✓ Pacientes com deficiência visual ou auditiva ou física quando associada aos distúrbios de comportamento, após duas tentativas frustradas de atendimento na Unidade Básica;
- ✓ Pacientes com patologias sistêmicas crônicas, endócrino-metabólicas, alterações genéticas e outras, quando associadas ao distúrbio de comportamento.
- ✓ Pacientes com distúrbio neurológico grave (por exemplo, paralisia cerebral);
- ✓ Pacientes com doenças degenerativas do sistema nervoso central, quando houver a impossibilidade de atendimento na Unidade Básica;
- ✓ Pacientes autistas;
- ✓ Outros desvios comportamentais que tragam dificuldade de condicionamento;
- ✓ Outras situações não descritas que podem ser pactuadas com o profissional de referência e definidas em nível local, mediante relatório detalhado e assinatura do profissional.

Segundo a mesma Comissão, no serviço público, quando o paciente se enquadra no conceito de PNE, o formulário de referência deve conter as seguintes informações: as datas de pelo menos duas tentativas de atendimento e a justificativa para o encaminhamento. (CRO-DF, 2010).

No caso da especialidade Prótese, não há obrigatoriedade no oferecimento desta nos CEOs, já que, após a vigência da Portaria GM 74 de 20 de janeiro de 2004 (BRASIL, 2004a), a parte clínica da reabilitação oral por prótese total ou prótese parcial removível passou a ser considerada um procedimento de Atenção Básica. Além disso, o credenciamento dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) é opcional.

Dentre os critérios gerais para referência ao CEO, é importante destacar que devem ser encaminhados, preferencialmente, pacientes em tratamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas Unidades de Saúde da Família (USF) ou referenciados de outros Centros de Especialidades ou Hospitais. O encaminhamento deverá ser feito por meio de formulários de referência/contrarreferência, acompanhados ou não de exames complementares e radiografias.

Após o término do tratamento, o paciente será encaminhado para a unidade de saúde de origem para conclusão do tratamento e manutenção, com o formulário de contrarreferência devidamente preenchido, no qual conste a identificação do profissional, o diagnóstico e os tratamentos realizados. As necessidades encaminhadas que incluam duas ou mais especialidades para sua resolução devem ser resolvidas por meio de interconsultas no CEO (BRASIL, 2006c). Vale ressaltar que o sistema de referência e contrarreferência constitui-se na articulação entre as unidades mencionadas, sendo que, por referência, compreende-se o trânsito do nível menor para o de maior complexidade. Inversamente, a contrarreferência compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade (WITT, 1992).

De acordo com os recursos físico-estruturais, os CEOs podem ser classificados em tipo I – com três cadeiras odontológicas; tipo II – com quatro ou mais cadeiras; tipo III – com, no mínimo, sete cadeiras (BRASIL, 2004f).

Dados mais recentes mostram que o número de CEOs em funcionamento no País perfaz 857, sendo 149 no Estado de São Paulo (BRASIL, 2005).

2.6 A geografia no contexto da saúde

As cidades são identificadas pela sua centralidade, que expressa seu poder de atração, a variedade de atividades que apresenta, bem como os bens e serviços que oferece. São nelas que se concentram as instituições de gestão da saúde e a maior parte dos serviços. As cidades não estão isoladas no espaço, mas sim interligadas a outros centros urbanos de maior ou de menor porte, com os quais estabelecem relações de troca. Não existe cidade autossuficiente, pois esta sempre se relaciona com o espaço circundante e com espaços distantes (outras cidades ou áreas rurais) através das redes de comunicação e transporte, configurando uma rede urbana. As cidades são classificadas pela geografia em níveis hierárquicos e, dependendo da abrangência da área de influência de cada cidade, esta descende da metrópole global ao centro regional e local. Essa posição hierárquica apresenta efeitos no processo saúde-doença das populações de cada cidade e, consequentemente, de sua área de influência.

Vários estudos mostraram a potente relação entre a hierarquia urbana brasileira e a intensidade da epidemia de AIDS, que atingiu primeiramente e de forma mais intensa as metrópoles nacionais, irradiando-se em seguida para os centros regionais e, finalmente, alcançou aglomerados urbanos menores do interior. Dessa forma, a estrutura da rede urbana é

considerada fundamental na análise dos processos de difusão de doenças em escalas menores (PEITER et al., 2006). MEADE (1977), em seu estudo, enfoca a problemática do fluxo de indíviduos na busca por serviços sob a ótica da exposição a situações de risco para a saúde decorrentes dos deslocamentos. Segundo a autora, periodicamente, as pessoas viajam para localidades centrais, onde podem entrar em contato com agentes infecciosos até então ausentes em seus locais de origem, corroborando para a disseminação de doenças.

O estudo considerou três níveis de escala de movimento da população: micro, meso e macroambientes, denominados pela autora de **circulação**, **mobilidade** e **migração**, respectivamente. Com exceção da **migração**, que corresponde à mudança, permanente ou temporária, do local de residência para outros municípios ou Estados, é possível visualizar, no contexto do processo de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde do SUS, a **circulação**, que se refere ao movimento da população na busca por serviços de saúde dentro de seu município de residência e a **mobilidade**, quando a população se desloca para outros municípios que oferecem os serviços de média e alta complexidade (localidades centrais).

OLIVEIRA, SIMÕES e ANDRADE (2008) ressaltam que o sistema hierarquizado dos serviços de saúde ofertados pelo SUS pode ser entendido pelo aparato teórico da Teoria do Lugar Central (TLC):

> *A TLC, fundamentalmente elaborada por Christaller (1966) e Lösch (1967), constitui-se em um modelo capaz de estabelecer uma hierarquização do sistema urbano, possibilitando uma ampla compreensão da rede urbana. A formação dessa rede urbana está associada à necessidade de localização central de alguns bens ou serviços quanto a sua oferta (bens ou serviços centrais) e a conseqüente organização do espaço em torno desse núcleo principal de oferta (lugar central). O lugar central estabelece, assim, uma relação com sua região periférica (região complementar) a qual tem com ele uma relação de interdependência, diante da necessidade da oferta deste.* (OLIVEIRA, SIMÕES e ANDRADE, 2008, p. 1-2)

PEITER et al. (2006) referem-se à importância do uso dessas redes urbanas na organização do fluxo de pacientes no SUS, que geralmente se deslocam de centros com menor capacidade de atenção para cidades com maior capacidade e complexidade dos serviços; ressalte-se que, pela análise destes fluxos, é possível definir áreas de onde provém a demanda que busca serviço de saúde (SANTOS, PINA e CARVALHO, 2000). A distribuição dos serviços e de seus usuários no espaço geográfico é de grande relevância para o planejamento e a avaliação do setor saúde. O estabelecimento de redes de atenção à saúde baseadas nos padrões de deslocamento dos usuários permite a disponibilização de serviços de uso mais frequente o mais próximo possível do local de residência da clientela, enquanto os serviços de

maior complexidade, por questões de eficiência e qualidade, ficam concentrados, resultando em deslocamentos mais extensos. Por meio da identificação dos padrões de deslocamento, é possível constatar problemas de acesso, sinalizando áreas com poucas opções, configurando pontos de estrangulamento ou oportunidades de desconcentração e regionalizações alternativas (PINA et al., 2006).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Descrever o perfil da atenção secundária em saúde bucal no âmbito do SUS, considerando os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) como promotores dos fenômenos de atração de fluxos migratórios, no espaço geográfico do Colegiado de Gestão Regional de Jaú (CGR – Jaú), pertencente ao Departamento Regional de Saúde de Bauru – DRS VI (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES-SP), no período de 2006 a 2009.

3.2 Específicos

3.2.1 Descrever a infraestrutura de cada CEO inserido no CGR – Jaú e as características dos serviços oferecidos por essas Unidades;

3.2.2 Descrever as características demográficas dos pacientes encaminhados para os CEOs do CGR – Jaú, bem como o fluxo, para quantificar o volume de deslocamentos em busca dos serviços de atenção odontológica secundária, prestados pelos CEOs nesse Colegiado.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Local do Estudo:

O Estado de São Paulo, de acordo com sua Secretaria de Saúde (SES-SP), é dividido em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS). A mesorregião de Bauru corresponde ao DRS VI (Figura 1), que abrange 68 municípios, agrupados em cinco Colegiados de Gestão Regionais (CGR) (ANEXO A). O CGR – Jaú, no qual foi realizado o presente estudo, é composto por 12 municípios (Bariri, Barra Bonita, Bocaina, Boraceia, Brotas, Dois Córregos, Igaraçu do Tietê, Itaju, Itapuí, Jaú, Mineiros do Tietê e Torrinha) e possui uma população de aproximadamente 330 mil habitantes (BRASIL, 2009c). Em relação ao setor público odontológico, conta-se, atualmente, com 11 Equipes de Saúde Bucal (ESB) (BRASIL, 2009a).

No tocante à Atenção Básica (AB) em saúde bucal na referida região, conforme preconizado pelo SUS, a mesma representa a porta de entrada do paciente no Sistema, por meio de demanda programática ou espontânea. O atendimento na AB é desempenhado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), incluindo, além dos procedimentos clínicos, ações preventivas e educativas, tanto no âmbito individual, quanto coletivo, em consonância com a Portaria nº 95 de 14 de fevereiro de 2006. Esta passou a incluir na Tabela de Procedimentos do SIA/SUS os seguintes procedimentos de ação coletiva: escovação dental supervisionada; bochecho fluorado; aplicação tópica de flúor-gel, e exame bucal com finalidade epidemiológica. Também estão incluídos, na mesma tabela, os procedimentos de atividade coletiva de educação em saúde por profissional de nível médio e superior, realizados tanto na comunidade quanto no estabelecimento de saúde (BRASIL, 2006f).

No que se refere aos procedimentos clínicos/ambulatoriais, os casos de maior complexidade, sem possibilidade de resolução na AB, são encaminhados para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), mediante preenchimento de formulário de referência/contrarreferência, o qual deve ser apresentado obrigatoriamente ao serviço requisitado, na primeira consulta. Os agendamentos dessas consultas podem ser realizados tanto pela Unidade requisitante como pelo próprio paciente, diretamente no CEO.

Dentro do CGR - Jaú, dois municípios, Bariri e Jaú, são referências no atendimento odontológico especializado no âmbito do SUS, por meio dos CEOs (BRASIL, 2005) (Figura 2).

Os locais da coleta dos dados, portanto, foram os CEOs do CGR-Jaú, localizados nos municípios de Jaú e Bariri, sendo que o respectivo registro foi realizado de forma manuscrita, em formulários impressos (ANEXO B) e, posteriormente, digitado em planilhas confeccionadas no Programa Microsoft Excel.

4.2 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, do tipo levantamento.

Para a caracterização dos serviços, as variáveis utilizadas foram: i) o tipo de CEO, sob o aspecto físico-estrutural, ou seja, se tipo I, II ou III; ii) a presença de Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD); iii) as especialidades oferecidas; iv) a origem dos encaminhamentos, no tocante ao nível de atenção; v) as frequências de atendimento em cada especialidade; vi) a situação dos tratamentos requisitados (se concluídos, não concluídos ou não realizados), e vii) o tempo de duração dos tratamentos.

As variáveis empregadas para a descrição das características demográficas da população usuária do serviço foram o município de origem, a idade e o sexo.

Foram considerados **tratamentos não concluídos** tanto aqueles que se encontravam em andamento no momento da coleta dos dados quanto os interrompidos, identificados pelo longo período de tempo - igual ou superior a seis meses - decorrido entre a última data de atendimento registrada no prontuário e o momento da coleta dos dados.

A idade, em anos, e o tempo de duração do tratamento, em dias, foram obtidos por meio do cálculo da diferença entre data do primeiro atendimento / data de nascimento e data do término do tratamento / data do primeiro atendimento, respectivamente. Com relação à coleta da data do término do tratamento, foram consideradas as datas em que constava a expressão “tratamento completo” e, quando da ausência desta, foi registrada a última data de atendimento, após a constatação da realização do procedimento solicitado no encaminhamento.

O fluxo de pacientes encaminhados para os CEOs do CGR-Jaú foi descrito na esfera intermunicipal e intramunicipal. Para o primeiro, foi considerado o espaço geográfico que corresponde ao CGR-Jaú, utilizando as variáveis: município de origem e destino dos pacientes. O fluxo intramunicipal refere-se aos deslocamentos da população de usuários em busca dos serviços prestados pelos CEOs quando estes estão localizados no município de domicílio dessa população.

Os dados utilizados na elaboração do presente estudo foram provenientes de fontes secundárias. Para a obtenção da informação referente ao tipo de CEO (sob o aspecto físico-estrutural - tipo I, II, III), foi consultado o banco de dados da Coordenação Nacional de Saúde Bucal (CNSB) - Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). Os demais dados foram obtidos por meio da revisão da totalidade dos prontuários de pacientes atendidos nos CEOs pertencentes ao CGR-Jaú, no período compreendido entre o início das atividades de cada uma dessas Unidades e 31 de dezembro de 2009.

4.3 Contato com os Coordenadores de Saúde Bucal

Entre os dias 31 de julho e 3 de agosto de 2009, foi realizado pela autora da pesquisa um primeiro contato, por telefone, com os Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios de Bariri e Jaú. Após uma breve explanação sobre o projeto, os mesmos foram questionados sobre a possibilidade de acesso aos dados necessários para a realização deste estudo. Ambos apresentaram interesse pelo trabalho, reconhecendo a importância do mesmo para o aprimoramento na prestação dos serviços oferecidos pelos CEOs, relatando estarem dispostos a contribuir para a realização da pesquisa.

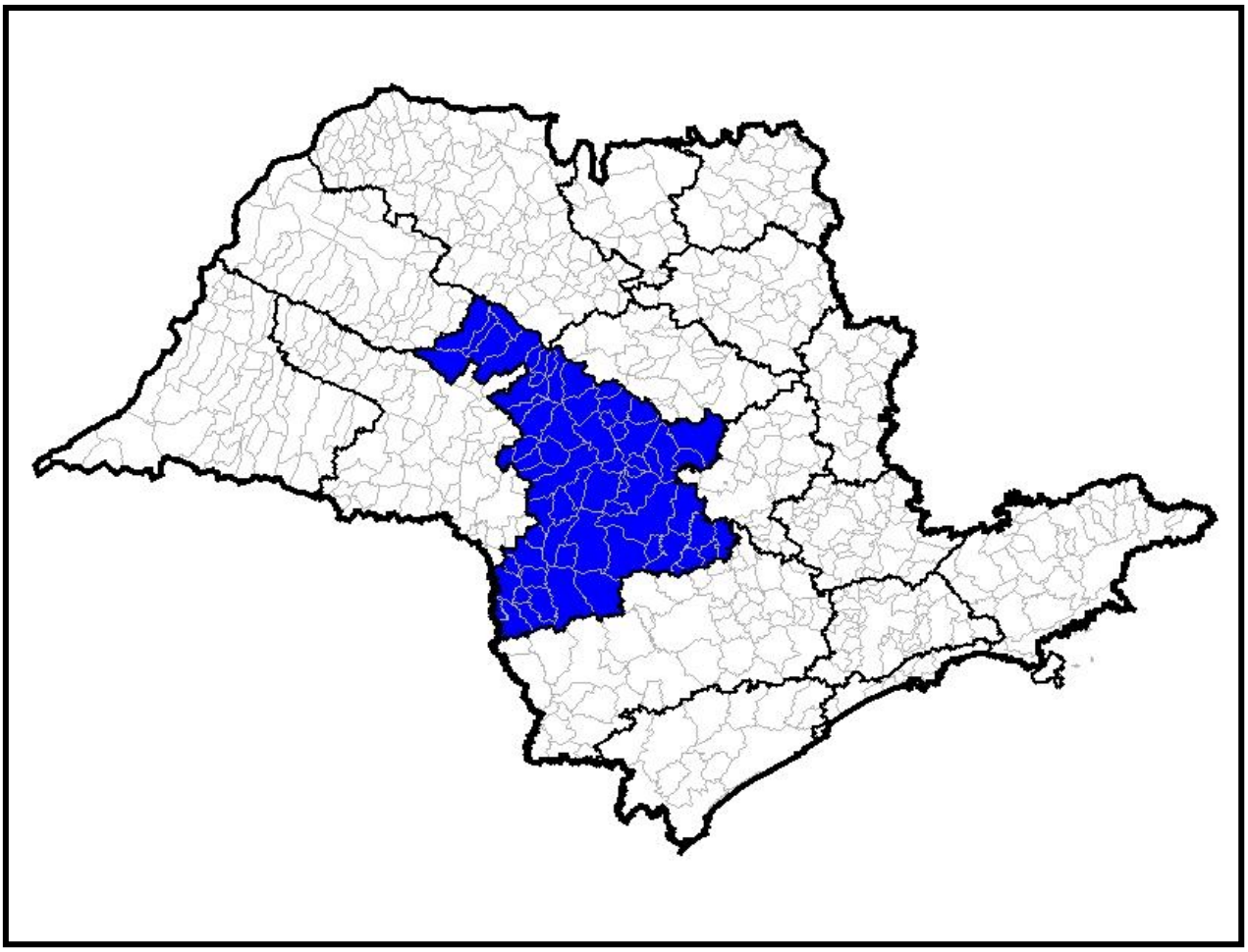


Figura 1 - Localização do DRS VI no Estado de São Paulo.

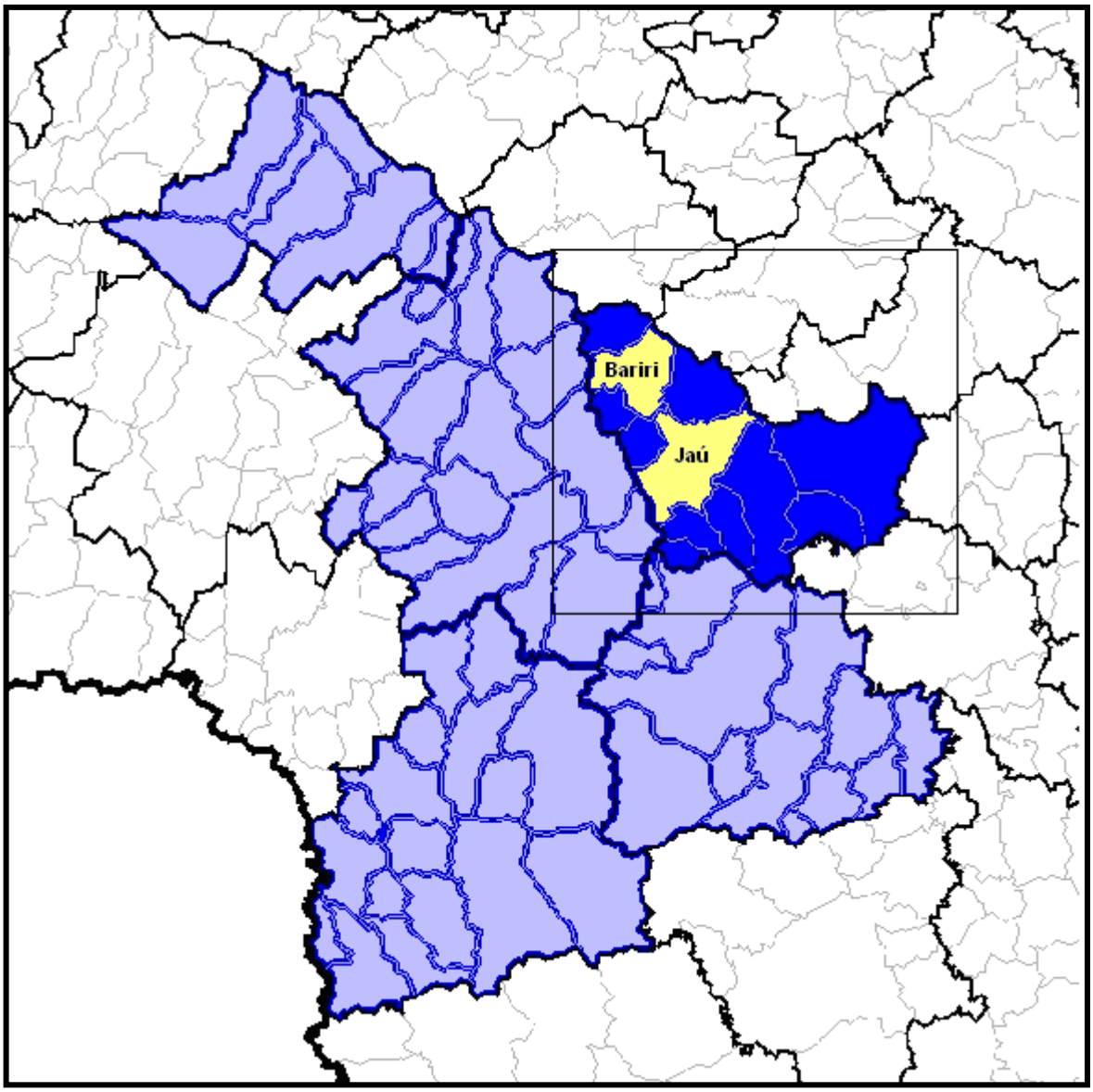


Figura 2 - Localização do CGR-Jaú no DRS VI-Bauru e dos respectivos municípios que possuem Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

4.4 Análise dos Resultados

A análise estatística dos dados foi do tipo descritiva, empregando como instrumentos medidas de posição e de dispersão, e frequências absolutas e relativas, dispostas em tabelas e gráficos, confeccionadas pelo Programa Microsoft Excel.

4.5 Aspectos éticos

Por tratar-se de um estudo que utilizou dados provenientes de fontes secundárias, foi solicitada, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Vale ressaltar que os nomes dos pacientes cujos prontuários foram revisados permaneceram ocultados e, em se tratando das informações coletadas, as mesmas tiveram caráter confidencial. O projeto de pesquisa referente ao presente estudo foi apresentado ao CEP do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP) no dia 3 de março de 2010 e teve sua aprovação no dia 3 de maio de 2010 (Doc. Nº 2675/2010).

5 RESULTADOS

A coleta dos dados foi iniciada pelo CEO-Jaú, o qual, de acordo com sua estrutura física, está classificado como tipo II, por apresentar cinco consultórios odontológicos. Também se encontra instalado nas dependências deste CEO um Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD). Este serviço conta ainda com 19 funcionários, sendo nove Cirurgiões-Dentistas especialistas, dois técnicos em Prótese Dentária, um auxiliar em Prótese Dentária, quatro Auxiliares de Saúde Bucal, uma auxiliar de limpeza, um agente administrativo e um coordenador de saúde bucal. Foram identificadas, durante a revisão dos prontuários, as seguintes especialidades oferecidas por esta Unidade: Cirurgia (que inclui os atendimentos na área de Diagnóstico Bucal), Endodontia, Odontologia em Pacientes com Necessidades Especiais, Periodontia e Prótese.

Em relação ao período objeto deste estudo, foram considerados os prontuários cadastrados a partir de 5 de dezembro de 2005, que corresponde à data de início das atividades deste CEO, até a data de 31 de dezembro de 2009. Dentro desse período, foi possível a revisão de 5.994 prontuários, que apresentaram um total de 7.436 encaminhamentos, sendo 6.418 oriundos da Atenção Básica (AB) e 1.018 originários da própria Atenção Secundária, ou seja, de uma especialidade para outra, o que caracteriza as chamadas Interconsultas. A Figura 3 mostra a distribuição dos encaminhamentos, em frequências relativas, de acordo com o nível de atenção do qual foram provenientes.

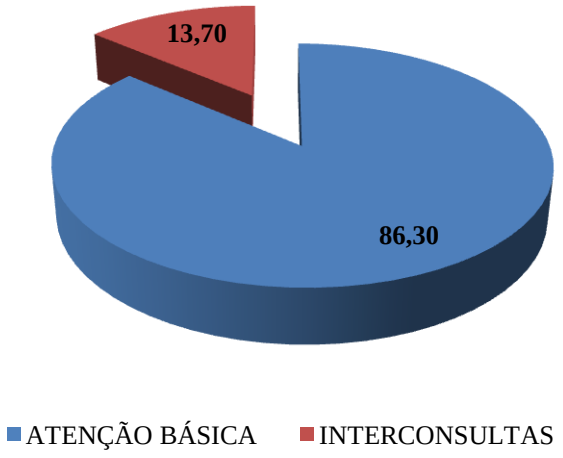


Figura 3 - CEO-Jaú: Percentual de encaminhamentos provenientes da Atenção Básica e de Interconsultas, no período estudado.

Do total de prontuários revisados (n=5.994), 5.611 apresentavam um único encaminhamento originário da AB. O restante dos prontuários (n=383) possuía dois ou mais

encaminhamentos oriundos deste nível de atenção, ou para outra(s) especialidade(s), ou para a mesma especialidade em períodos diferentes. Encaminhamentos originários do próprio CEO (Interconsultas) foram observados em 875 prontuários. Destes, 748 prontuários apresentaram um encaminhamento, 111 apresentaram dois encaminhamentos e, em 16 prontuários, havia três encaminhamentos do próprio serviço.

O CEO-Bariri, sob o aspecto físico-estrutural, está classificado como tipo I, com três consultórios odontológicos. Quanto aos recursos humanos, o serviço conta com um total de 11 funcionários, sendo cinco Cirurgiões-Dentistas especialistas, quatro Auxiliares de Saúde Bucal e duas recepcionistas. As especialidades oferecidas são as mesmas do CEO-Jaú, diferenciando-se deste último no serviço de Diagnóstico Bucal, o qual, nesta Unidade, não aparece integrado à Cirurgia, mas como uma especialidade à parte. Para a definição do período objeto do estudo, utilizaram-se os mesmos critérios aplicados para o CEO-Jaú, ou seja, principiando-se pela data de início das atividades da Unidade, que corresponde a 15 de julho de 2007, até a data de 31 de dezembro de 2009. Neste período, foram identificados 1.834 prontuários, que apresentaram um total de 2.147 encaminhamentos, sendo 2.094 provenientes da AB e 53 de Interconsultas, representando, respectivamente, 97,5% e 2,5% do total de encaminhamentos.

No CEO-Bariri, dos 1.834 prontuários revisados, 1.606 apresentaram um encaminhamento oriundo da AB, 199 possuíam dois encaminhamentos, 26 possuíam três encaminhamentos e, em três prontuários, havia quatro encaminhamentos da AB. Os encaminhamentos que caracterizam as Interconsultas estavam presentes em 50 prontuários, sendo 47 com um encaminhamento e três, com dois encaminhamentos. A Tabela 1 apresenta, em frequências absolutas e relativas, a distribuição dos prontuários de acordo com o número de encaminhamentos provenientes da AB, para o CEO-Jaú e o CEO-Bariri.

Tabela 1 - CEO-Jaú e CEO-Bariri: Distribuição dos prontuários de acordo com a quantidade de encaminhamentos provenientes da Atenção Básica (AB)

	Prontuários			
	CEO-Jaú		**CEO-Bariri**	
Número de encaminhamentos (AB)	**n**	**%**	**n**	**%**
1	5.611	93,61	1.606	87,6
2	349	5,82	199	10,9
3	29	0,48	26	1,4
4	3	0,05	3	0,2
5	2	0,03	-	-
TOTAL	**5.994**	**100**	**1.834**	**100**

Em relação ao local de origem dos pacientes cadastrados no CEO-Jaú no período estudado, além dos 12 municípios que compõem o CGR-Jaú, foram identificados dois municípios que não fazem parte desse Colegiado: Itatinga e Macatuba, com quatro e um prontuários, respectivamente. Em 16 prontuários, não constava a informação referente ao município de origem, que, neste estudo, para efeito de análise, foram denominados Municípios Não Identificados (MNI). A maioria dos prontuários (72,99%) era de pacientes residentes em Jaú. Dos 27,01% restantes, 26,65% representavam os demais municípios do CGR-Jaú e 0,36% referiam-se aos MNI, Itatinga e Macatuba. A Figura 4 apresenta, em frequência relativa, a distribuição dos prontuários cadastrados no CEO-Jaú no período analisado, de acordo com o município de origem.

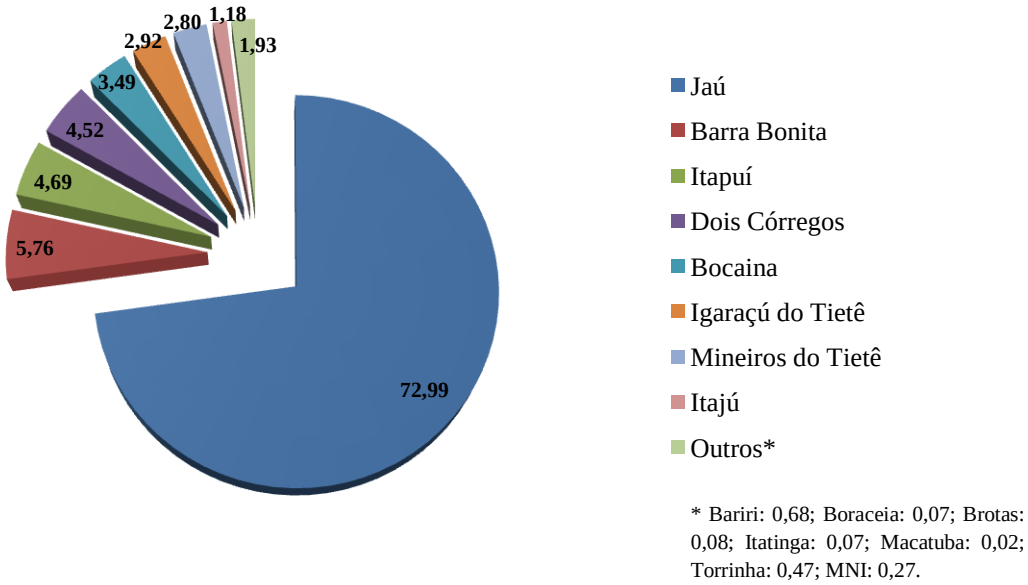


Figura 4 - CEO-Jaú: Percentual total de prontuários cadastrados no período estudado, distribuídos pelo município de origem.

No CEO-Bariri, apenas dois municípios foram identificados durante a revisão dos prontuários, Bariri e Itajú, sendo a quase totalidade, 98,9%, representada pelo município de Bariri.

Vale lembrar que prontuários de pacientes residentes nos municípios de Bariri e Itajú também foram encontrados no CEO-Jaú. No caso de Bariri, a maioria dos atendimentos realizados no CEO-Jaú referia-se ao período antecedente ao início das atividades daquele CEO. Com relação à Itaju, observou-se, pelas das datas dos atendimentos, que este município, no período analisado, utilizava ambos os CEOs como Unidades de Referência de atenção secundária em saúde bucal.

A maioria dos usuários dos CEOs do CGR-Jaú era composta pelo sexo feminino. A Figura 5 representa os pacientes cadastrados no CEO-Jaú e no CEO-Bariri, distribuídos pelo sexo, em cada ano pertencente ao período estudado e no período estudado, propriamente dito. É possível observar que as frequências se mantêm praticamente constantes, tanto ano a ano no mesmo CEO, como de um CEO para o outro.

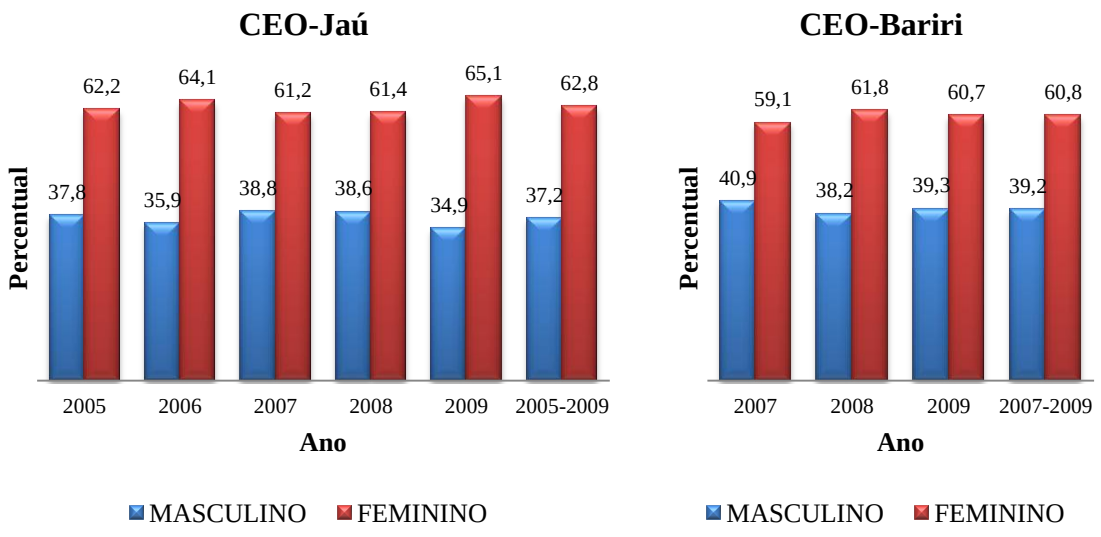


Figura 5 - CEO-Jaú (esquerda) e CEO-Bariri (direita): Percentual total de pacientes atendidos ano a ano e no período estudado, distribuídos segundo o sexo.

No que tange ao volume de encaminhamentos que foram atendidos em cada especialidade no período objeto deste estudo, no CEO-Jaú observaram-se as maiores frequências para as especialidades Cirurgia (35,2%) e Periodontia (27,8%). Já no CEO-Bariri, as maiores frequências foram identificadas para as especialidades Prótese (30,3%) e Endodontia (25%), seguidas pela Cirurgia (23,8%), Periodontia (14,2%), Diagnóstico Bucal (6,1%) e Odontologia em Pacientes com Necessidades Especiais (0,6%). Neste CEO, as reabilitações protéticas limitavam-se apenas aos pacientes residentes em Bariri, já que o município não possui Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD). Independentemente desta condição, a especialidade Prótese foi considerada, no presente estudo, em razão do número expressivo de encaminhamentos apresentados. A Figura 6 apresenta o total de encaminhamentos para o CEO-Jaú (n=7436) e para o CEO-Bariri (n=2.147), em frequências relativas, distribuídos pelas especialidades. Em oito prontuários do CEO-Jaú (0,1%), não foi possível identificar a especialidade solicitada.

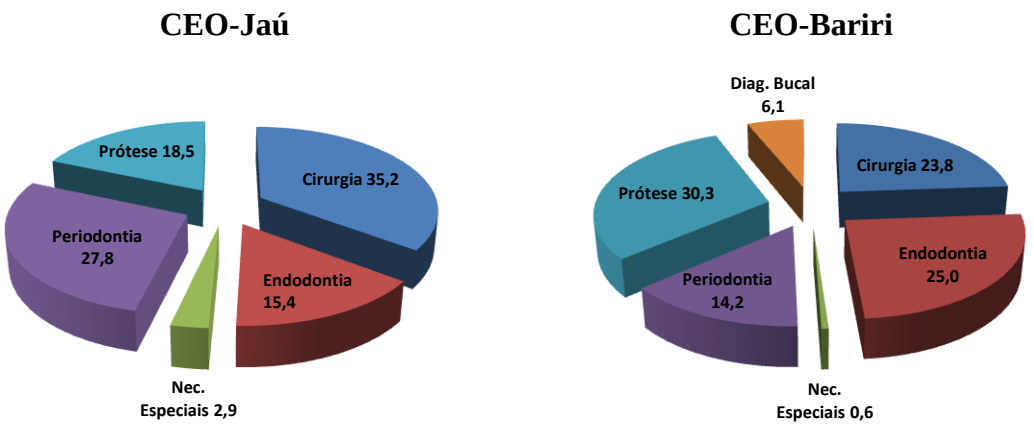


Figura 6 - CEO-Jaú (esquerda) e CEO-Bariri (direita): Percentual total de encaminhamentos, no período estudado, distribuídos por especialidade.

Em relação ao número de encaminhamentos, no CEO-Jaú, 2.742 (36,9%) pertenciam ao sexo masculino e 4.685 (63%) ao sexo feminino, mantendo praticamente as mesmas frequências encontradas para os prontuários referentes a esta variável. Resultados semelhantes foram encontrados para o CEO-Bariri. Pela Figura 7, é possível observar, em ambos os CEOs, que as frequências de encaminhamentos em cada especialidade, distribuídas pelo sexo, apresentam valores muito aproximados, sendo a maioria do sexo feminino; ocorreu uma exceção, para a especialidade Odontologia em Pacientes com Necessidades Especiais, cuja frequência de encaminhamentos, no CEO-Jaú, foi maior para o sexo masculino (52,5%) e, no CEO-Bariri, apresentou-se equilibrada (50%). Em nove prontuários (0,1%) do CEO-Jaú, não estavam presentes as informações necessárias para esta análise.

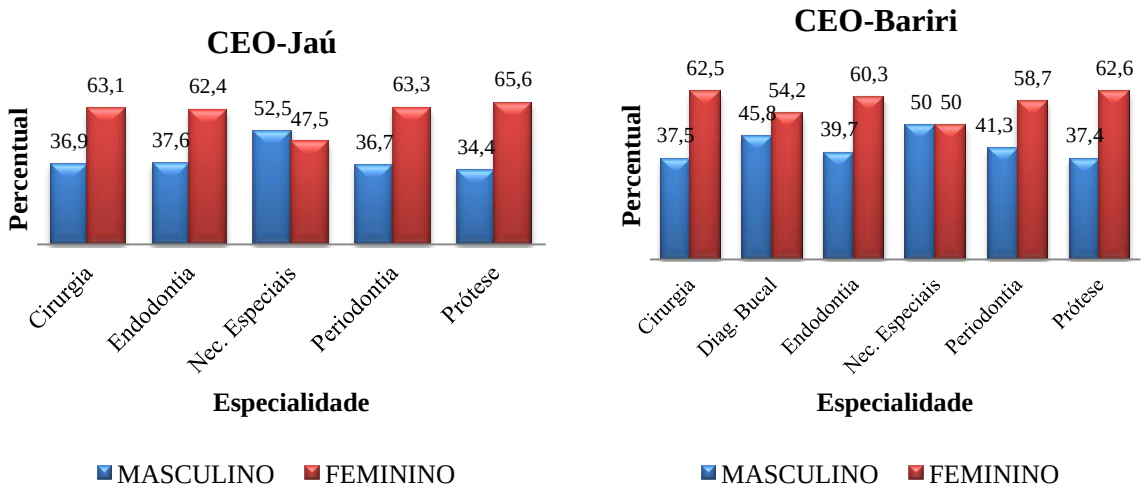


Figura 7 - CEO-Jaú (esquerda) e CEO-Bariri (direita): Percentual total de encaminhamentos em cada especialidade, no período estudado, distribuídos segundo o sexo.

A Tabela 2 apresenta o total de encaminhamentos dos sexos masculino e feminino do CEO-Jaú e do CEO-Bariri, em frequências absolutas e relativas, distribuídos pelas especialidades. Observa-se, para ambos os sexos, maiores frequências para Cirurgia no CEO-Jaú e, para Prótese, no CEO-Bariri. É possível observar ainda que, nas duas Unidades, os percentuais de encaminhamentos para cada especialidade apresentam percentuais muito próximos entre os sexos.

Tabela 2 - CEO-Jaú e CEO-Bariri: Total de encaminhamentos dos sexos masculino e feminino, no período estudado, distribuídos por especialidade

	CEO-Jaú				**CEO-Bariri**			
	Masculino		**Feminino**		**Masculino**		**Feminino**	
Especialidades	n	%	n	%	n	%	n	%
Cirurgia	965	35,2	1653	35,3	192	22,9	320	24,5
Diagnóstico Bucal	-	-	-	-	60	7,1	71	5,4
Endodontia	430	15,7	715	15,3	213	25,4	324	24,8
Odontologia em Pacientes com Necessidades Especiais	114	4,2	103	2,2	6	0,7	6	0,5
Periodontia	759	27,7	1309	27,9	126	15,0	179	13,7
Prótese	474	17,3	905	19,3	243	28,9	407	31,1
TOTAL	**2742**	**100**	**4685**	**100**	**840**	**100**	**1307**	**100**

Quanto à situação dos tratamentos, no CEO-Jaú, do total de encaminhamentos (n=7.436), 5.520 (74,2%) tiveram seus tratamentos concluídos; 1.283 (17,3%) tiveram seus tratamentos iniciados, porém não concluídos; e, em 624 encaminhamentos (8,4%), não houve a realização do tratamento. Para esta análise, foram excluídos nove encaminhamentos (0,1%), por não apresentarem as informações necessárias. Já no CEO-Bariri, o percentual de tratamentos não realizados foi menor que no CEO-Jaú (Figura 8).

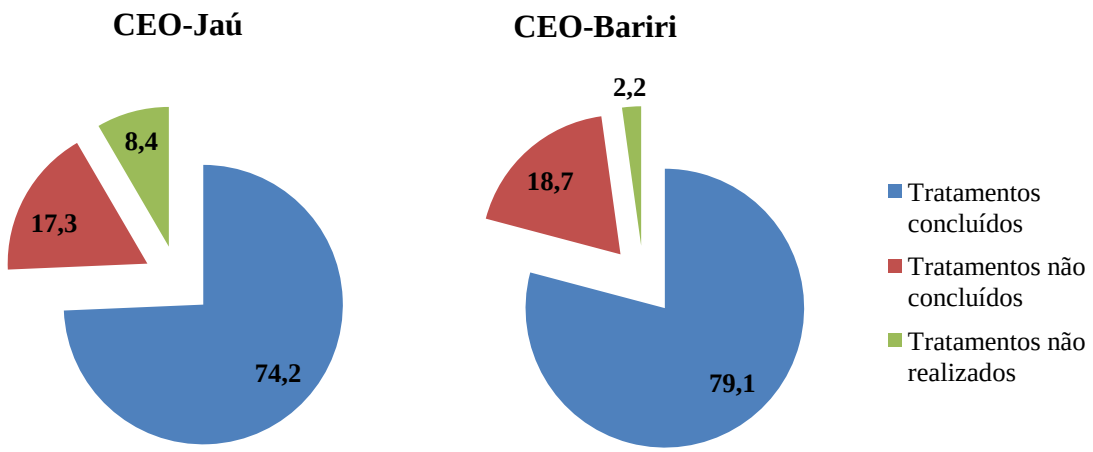


Figura 8 - CEO-Jaú (esquerda) e CEO-Bariri (direita): Percentual de encaminhamentos com tratamentos concluídos, não concluídos e não realizados, no período estudado.

Em relação aos tratamentos não concluídos, em ambos os CEOs, observou-se, pela data do último atendimento, que uma parte ainda apresentava-se em tratamento, porém eram frequentes os tratamentos interrompidos. A Figura 9 apresenta o percentual de encaminhamentos com tratamentos não concluídos no período analisado, no CEO-Jaú e no CEO-Bariri, em cada especialidade. Destacam-se aqui, as especialidades Odontologia em Pacientes com Necessidades Especiais e Periodontia, em ambos os CEOs, por apresentarem os maiores percentuais dessa variável.

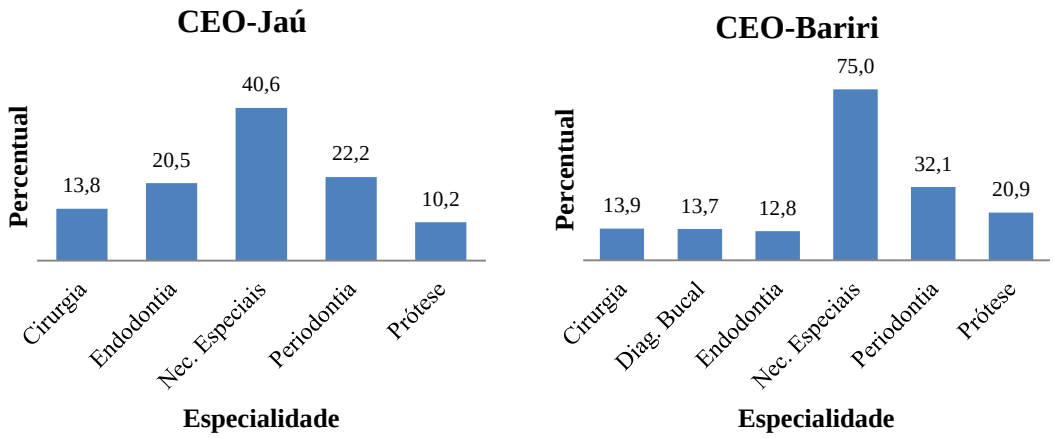


Figura 9 - CEO-Jaú (esquerda) e CEO Bariri (direita): Percentual de encaminhamentos com tratamentos não concluídos em cada especialidade, no período estudado.

A idade dos pacientes, em anos, foi descrita para cada especialidade. Para esta análise, no CEO-Jaú, foi necessária a exclusão de 418 encaminhamentos, uma vez que em 226 não se registrou data de nascimento, em 161 não foi realizado o primeiro atendimento e 30 encaminhamentos não possuíam nenhum dos dois dados, impossibilitando o cálculo da idade. Um encaminhamento, apesar da presença da idade, não continha a informação referente à especialidade. No CEO-Bariri, o cálculo da idade não foi possível em 50 encaminhamentos, pois três não possuíam data de nascimento e em 47 não houve a realização do primeiro atendimento. A Tabela 3 apresenta a estatística descritiva para a variável idade, no CEO-Jaú e CEO-Bariri, em cada especialidade.

Tabela 3 - CEO-Jaú e CEO-Bariri: Estatística descritiva da variável idade (em anos) para cada especialidade, no período estudado

	CEO-Jaú			**CEO-Bariri**		
Especialidades	**Média**	**Desvio padrão**	**Mediana**	**Média**	**Desvio padrão**	**Mediana**
Cirurgia	31	15,37553	26	31	14,52844	26
Diagnóstico Bucal	-	-	-	60	16,95035	62
Endodontia	30	14,89687	28	32	13,60337	30
Odontologia em Pacientes com Necessidades Especiais	24	15,95315	21	31	23,28415	23
Periodontia	39	13,58901	39	42	12,95376	42
Prótese	54	13,68287	54	54	13,50921	54

A Figura 10 apresenta o número de encaminhamentos atendidos para cada especialidade, em cada ano do período estudado, nos CEOs do CGR-Jaú. No CEO-Jaú, no ano de 2007, com exceção de Cirurgia, todas as especialidades apresentaram decréscimo no número de encaminhamentos atendidos, sendo este mais acentuado na especialidade Prótese.

O aumento exagerado no volume de encaminhamentos atendidos do ano de 2005 para o ano de 2006 justifica-se pelo fato de que o ano de 2005 referia-se apenas ao mês de dezembro. Para esta descrição, foram considerados somente os encaminhamentos que apresentaram os respectivos atendimentos, critério este que levou à exclusão de 633 encaminhamentos. Outros oito encaminhamentos também foram excluídos por não apresentarem a informação referente à especialidade solicitada. Portanto, não fizeram parte desta análise 641 encaminhamentos (8,6%).

No CEO-Bariri, com exceção de Diagnóstico Bucal e Odontologia em Pacientes com Necessidades Especiais, todas as especialidades apresentaram um aumento no número de encaminhamentos atendidos de um ano para o outro. Ressalte-se que, em 47 encaminhamentos (2,2%), não foi possível identificar o ano em que foram realizados, sendo, dessa forma, excluídos desta análise.

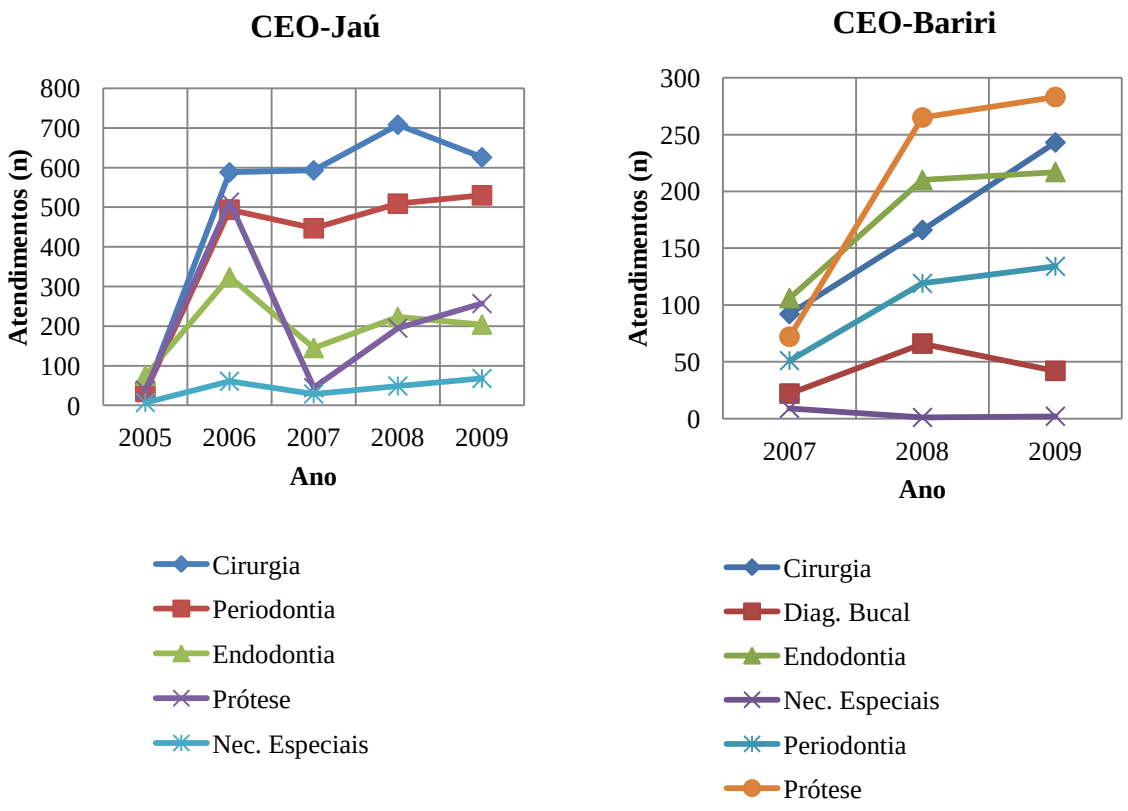


Figura 10 - CEO-Jaú (esquerda) e CEO Bariri (direita): Número de encaminhamentos atendidos, ano a ano, distribuídos por especialidade.

Para a análise da variável **tempo de tratamento**, foram considerados os encaminhamentos que tiveram seus tratamentos concluídos, sendo 5.520 no CEO-Jaú e 1.699 no CEO-Bariri. A Tabela 4 apresenta a estatística descritiva para a referida variável, nas duas Unidades estudadas. Em ambos os CEOs, as medidas do desvio-padrão sugerem que o tempo de tratamento varia consideravelmente em todas as especialidades, principalmente em Odontologia em Pacientes com Necessidades Especiais. Tratamentos mais longos foram observados para esta especialidade, seguida pela Prótese. No CEO-Bariri, as medianas encontradas para Cirurgia e Diagnóstico Bucal indicam que, no mínimo, 50% dos encaminhamentos atendidos nestas duas especialidades tiveram seus tratamentos concluídos na data que correspondia ao início do tratamento. No caso da Cirurgia, particularmente, tal resultado pode ser entendido em razão do procedimento solicitado ter sido realizado, com frequência, por ocasião do primeiro atendimento, conforme observado durante a coleta dos dados. A possibilidade de a consulta de pós-operatório ser realizada no serviço de Atenção Básica de origem do paciente pode ter restringido esses tratamentos a uma única sessão.

Tabela 4 - CEO-Jaú e CEO-Bariri: Estatística descritiva da variável tempo de tratamento (em dias), no período estudado

	CEO-Jaú			**CEO-Bariri**		
Especialidades	**Média**	**Desvio padrão**	**Mediana**	**Média**	**Desvio padrão**	**Mediana**
Cirurgia	61	88,06477	35	27	60,20505	1
Diag. Bucal	-	-	-	29	67,00074	1
Endodontia	80	101,2524	43	32	49,55415	17
Odontologia em Pacientes com Necessidades Especiais	257	389,2749	75	476	413,136	679
Periodontia	65	98,87736	36	78	102,2893	49
Prótese	186	177,0541	132	105	86,68471	76

6 DISCUSSÃO

Os registros realizados nos prontuários de pacientes, quando de boa qualidade, constituem importante subsídio à pesquisa em saúde. No presente estudo, durante a revisão dos prontuários, foram identificadas falhas tanto no preenchimento de guias de encaminhamento quanto de fichas clínicas, caracterizadas basicamente sob dois aspectos: falta de preenchimento de todos os campos e ilegibilidade.

No CEO-Jaú, registros referentes ao município de origem, ao endereço e à especialidade solicitada encontravam-se ausentes em alguns prontuários, sendo que o local de moradia dos usuários dos serviços é considerado um dado fundamental para a análise do fluxo de pacientes entre municípios e distritos sanitários, constituindo-se em informação importante para o planejamento/programação da oferta de serviços de saúde e para a alocação de recursos financeiros (VERAS e MARTINS, 1994). Já em ambos os CEOs, observou-se a falta de registro da data de nascimento em certo número de prontuários, o que impossibilitou o cálculo da idade desses pacientes. Ainda segundo os mesmos autores, a idade constitui-se em um dado imprescindível tanto para a avaliação clínica quanto epidemiológica, sendo sua ausência considerada um indicador de baixa qualidade do prontuário. Deficiências relacionadas ao registro de informações em prontuários, semelhantes às encontradas neste estudo, também foram observadas por SCOCHI (1994) e ESCOSTEGUY et al., 2002.

Alguns registros ilegíveis foram encontrados, sendo a maioria destes durante a busca do dado **data do término do tratamento**, cuja localização estava condicionada à leitura da descrição dos procedimentos realizados, anotados na ficha clínica pelo profissional responsável pelo atendimento. COSTA et al. (2009), em seu estudo, encontraram falta de legibilidade em 32% das fichas clínicas odontológicas analisadas e consideraram que esse tipo de falha pode acarretar, dentre outros problemas, prejuízo na transmissão de informações entre profissionais de saúde. Segundo os mesmos autores, em pesquisa realizada nos hospitais públicos de São Paulo, constatou-se falta de qualidade dos registros odontológicos, concluindo-se que os Cirurgiões-Dentistas relegam ao segundo plano o preenchimento da documentação clínica. O uso frequente de códigos e termos técnicos pelos profissionais também foi observado neste estudo. Recomenda-se cautela na realização destes tipos de registros em razão da valorização, pelas políticas públicas de saúde atuais, da abordagem

interdisciplinar dos pacientes, que pode despertar o interesse de profissionais de outras áreas por dados odontológicos.

Nos serviços estudados, houve cuidado, por parte dos profissionais, no registro das informações referentes à anamnese e ao tratamento do paciente, que incluía desde a descrição dos procedimentos realizados até as intercorrências da execução do tratamento. Porém, com exceção da especialidade Endodontia, que utilizava uma ficha clínica específica, era comum encontrar registros de várias especialidades na mesma ficha clínica de forma descontínua; ou seja, o mesmo paciente passou por tratamento em duas ou mais especialidades ao mesmo tempo e os procedimentos realizados foram descritos na ordem em que esse paciente compareceu à Unidade, interrompendo, muitas vezes, a sequência de cada tratamento. Embora não possa ser considerada uma falha, uma vez que as informações pertinentes aos tratamentos encontravam-se presentes, tal forma de uso das fichas clínicas ocasionou dificuldade na localização da **data do término do tratamento.**

Embora o número de prontuários revisados que apresentaram as falhas referidas tenha sido pouco representativo para o presente estudo, o esclarecimento da importância do preenchimento correto e completo desta documentação tanto para profissionais da área quanto para funcionários do setor é fator relevante, pois, de acordo com VASCONCELLOS, GRIBEL e MORAES (2008), a melhoria da qualidade do registro em saúde tem um potencial inequívoco como infraestrutura necessária para uma adequada atenção à saúde e uma organização dos serviços capaz de aproximar-se da integralidade do cuidado, com equidade e acesso universal.

No CEO-Bariri, os prontuários apresentavam-se acondicionados em armários de aço com gavetas e dispostos em ordem numérica, que corresponde ao número de matrícula do paciente, podendo ser facilmente localizados em razão da presença de um índice contendo dados cadastrais dos pacientes, elaborado por meio de sistema informatizado. Embora bem organizados, por falta de espaço físico, os arquivos encontravam-se na recepção da Unidade, em local de trânsito de pacientes, o que poderia comprometer o sigilo de informações contidas nesses prontuários no caso de uma eventual ausência da recepcionista.

Em termos de estrutura física, o arquivo do CEO-Jaú apresentou vantagens em relação ao CEO-Bariri, já que dispunha de uma pequena sala de arquivo, onde permaneciam os prontuários de pacientes que não se encontravam mais em tratamento; em relação aos prontuários dos pacientes que estavam em tratamento (arquivo ativo ou de uso constante),

estes ficavam acondicionados em armários de aço com gavetas, localizados na sala da recepção, de acesso restrito aos funcionários da Unidade; porém, problemas referentes à organização dos prontuários puderam ser observados neste CEO. Os prontuários presentes na sala de arquivo encontravam-se armazenados em estantes de aço, separados em blocos de acordo com a letra inical do primeiro nome do paciente, em sequência aleatória, isto é, sem obedecer a uma ordenação, seja alfabética ou numérica. A dificuldade na localização do prontuário decorrente dessa forma de arquivamento pode explicar o fato de terem sido encontrados alguns prontuários duplicados e, até mesmo, triplicados. Apenas o arquivo ativo apresentava-se em ordem alfabética. Apesar dos prontuários possuírem número de identificação, estes não tinham função na organização dos arquivos. Problemas no controle da manutenção da sequência desses números também puderam ser observados, uma vez que foram encontrados prontuários de pacientes distintos registrados com o mesmo número, assim como interrupção, de grande intervalo, na sequência numérica.

Fatores como o reduzido número de funcionários, além da escassez de recursos humanos em saúde com capacitação técnica adequada e boas condições de trabalho – que incluem a disponibilidade de recursos materiais e salários dignos – podem afetar, profundamente, a organização dos serviços. No caso do CEO-Jaú, no qual se constatou um grande fluxo de pacientes, havia apenas um funcionário responsável pela recepção e pela parte administrativa.

O CGR-Jaú encontra-se estruturado sob o modelo da regionalização cooperativa, defendida por PESTANA e MENDES (2004), com a gestão das ações de Atenção Básica e secundária feita pelos 12 municípios que integram esse Colegiado, que conta ainda com o apoio da União e da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, presente em todas as reuniões por meio de representante designado pelo DRS VI. A constatação, neste estudo, de fluxo de pacientes originários de todos os municípios que fazem parte desse Colegiado para o CEO-Jaú sugere que o município de Jaú tenha se constituído na principal referência em serviços odontológicos secundários no âmbito do SUS para os municípios do CGR-Jaú.

Resgatando-se os termos utilizados por MEADE (1977) para identificar os tipos de deslocamento da população na busca por serviços, constatou-se que a **circulação** de usuários dos CEOs do CGR-Jaú foi significativamente maior quando comparada à **mobilidade**, já que os pacientes residentes nos municípios em que se localizam estes CEOs, Bariri e Jaú, absorveram a maioria dos atendimentos, com uma frequência de 99% e 73%,

respectivamente. Tais resultados podem estar relacionados tanto à facilidade no acesso a esses serviços, do ponto de vista geográfico, quanto ao cumprimento do que foi pactuado entre os gestores no Plano Diretor de Regionalização (PDR), por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI), intrumento responsável pelo estabelecimento dos fluxos assistenciais.

A frequência da **mobilidade** encontrada para o CEO-Jaú foi de 27% e, para o CEO-Bariri, foi de apenas 1%. RAMOS e LIMA (2003), em seu trabalho, elencaram alguns fatores que podem interferir no acesso aos serviços de saúde, dentre os quais a distância entre a unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo, e o tempo e os meios utilizados para o deslocamento. É comum os serviços públicos de saúde disponibilizar transporte gratuito para os pacientes encaminhados para outros níveis de atenção que não são oferecidos por seus municípios. Em um dos municípios do CGR-Jaú, que tem como referência o CEO-Jaú, os pacientes são tansportados, a uma distância de cerca de 30 quilômetros, por meio de lotação em veículos do tipo perua Kombi. Os veículos atingem sua capacidade máxima (11 lugares) praticamente em todas as viagens, as quais são realizadas diariamente, com horários de partida às 5h30, para os pacientes com consultas agendadas no período da manhã, e às 11h45, quando as consultas são no período da tarde.

As lotações conduzem pacientes que buscam os mais variados serviços, como consultas médicas e odontológicas, quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, dentre outros. Os pacientes, na ocasião do agendamento do transporte, são orientados quanto à importância da obediência do horário de saída e ao ponto de embarque mais próximo de suas residências, com exceção dos cadeirantes e portadores de doenças graves, que são buscados em suas casas. Ao chegarem ao destino, cada paciente é deixado no respectivo local de atendimento, onde, posteriormente, serão recolhidos para retornarem ao seu município. O retorno acontece, normalmente, ao final do período, após a liberação, pelos serviços, de todos os pacientes dessa lotação.

Algumas situações decorrentes da dinâmica desses transportes – como as adversidades climáticas (chuva, frio, vento, etc.) enfrentadas pelos pacientes enquanto aguardam o veículo nos pontos de embarque, o desconforto durante o percurso devido à superlotação e o tempo de espera pelo retorno – podem causar desmotivação na busca por serviços de saúde fora de seus municípios. Outros problemas relacionados à **mobilidade**, descritos por MEADE (1977), referem-se à exposição do indivíduo a situações de risco, como o contato com agentes infecciosos. Tais agentes, até então ausentes em seu local de origem, poderão ser introduzidos

em seus ambientes por esses mesmos indivíduos, em seu retorno. Outro risco possível é a ocorrência de acidentes durante o percurso, que podem ter consequências variadas, levando-se em conta o tipo de transporte utilizado.

As baixas frequências da **mobilidade**, encontradas neste estudo, podem ainda estar relacionadas à presença de instituições de ensino que oferecem cursos de graduação e pós-graduação na área odontológica, o que aumenta consideravelmente a oferta de serviços especializados em saúde bucal. Note-se o caso do CGR-Jaú, que está localizado no DRS VI, cuja sede corresponde ao município de Bauru, que possui atualmente duas faculdades de Odontologia, além de escolas de Aperfeiçoamento Profissional. Estas proporcionam, tanto à população local quanto à residente nos municípios que pertencem a essa macrorregião, atendimento gratuito em várias especialidades. Além disso, há a possibilidade da oferta desses serviços pelos próprios municípios, no serviço público e/ou por meio de parcerias entre as prefeituras e as clínicas particulares.

A maioria dos usuários dos CEOs do CGR-Jaú consistia de mulheres, sendo 62,8% no CEO-Jaú e 60,8% no CEO-Bariri. Resultados semelhantes foram descritos por BARROS e BERTOLDI (2002) e ANDRADE e FERREIRA (2006) em seus trabalhos sobre o acesso aos serviços públicos odontológicos, além de CHAVES et al. (2010), ao realizarem um estudo envolvendo CEOs da Bahia. Embora a literatura aponte que as mulheres constituem a maioria da população brasileira e que são as principais usuárias do SUS (BRASIL, 2009b), a média populacional de indivíduos do sexo feminino dos municípios que compõem o CGR-Jaú é de 49,8%[8]. A menor frequência de utilização dos serviços públicos de saúde pelos homens pode estar relacionada à preocupação masculina com a atividade laboral, sobretudo em situações de baixa condição social, sob a alegação de que o horário de funcionamento dos serviços coincide com a carga horária do trabalho (BRASIL, 2008a).

Ao contrário das outras especialidades, nas quais a maioria dos pacientes constituiu-se do sexo feminino, em Odontologia para pacientes com Necessidades Especiais, a distribuição dos encaminhamentos pelo sexo apresentou-se mais equilibrada, sendo que, nesta especialidade, os homens representaram 50% dos encaminhamentos no CEO-Bariri e 52,5% no CEO-Jaú; tais resultados são semelhantes aos encontrados por SILVA et al. (2005) e BATISTA (2005), em seus estudos, na área odontológica, voltados para pacientes com necessidades especiais. Embora seja comum que os homens pertencentes a esse grupo de

[8] Fonte: IBGE (Censo 2010).

pacientes não se encontrem inseridos no mercado de trabalho – o que lhes facilitaria o acesso ao serviço por não terem o compromisso laboral –, a literatura aponta que a maior parte dos cuidadores desses pacientes, que normalmente os acompanham em seus tratamentos, é formada por mulheres (SANTOS, 2006; GIR e REIS, 2001; SANTOS; AQUINO; FERNANDES, 2008).

Divergências foram encontradas entre os CEOs do CGR-Jaú em relação às frequências de encaminhamentos que receberam atendimento, por especialidade. No CEO-Jaú, as especialidades que apresentaram um maior número de encaminhamentos foram Cirurgia (35,2%) e Periodontia (27,8%). Fatores como os atendimentos na área de Diagnóstico Bucal estarem incluídos na especialidade Cirurgia e os menores tempos de duração dos tratamentos encontrados para estas especialidades (Cirurgia: 61 dias e Periodontia: 65 dias), favorecendo uma maior rotatividade de pacientes, podem ter influenciado esses resultados mais expressivos no CEO-Jaú. Diferentemente, no CEO-Bariri, as especialidades com maior número de encaminhamentos foram Prótese (30,3%) e Endodontia (25%). É possível que os resultados encontrados para o CEO-Bariri estejam mais próximos das reais demandas da população do CGR-Jaú, pois é conhecida a existência, no CEO-Jaú, de lista de espera de longos períodos para as especialidades que apresentaram maiores frequências de encaminhamentos no CEO-Bariri (Prótese e Endodontia).

A complexidade da Atenção Básica, no sentido de exigir conhecimentos, atitude e habilidades em diversas áreas, conforme referido por PESTANA e MENDES (2004), reforça a ideia de que a atuação dos profissionais deste nível de atenção, responsável por 97,5% e 86,3% dos encaminhamentos para o CEO-Bariri e o CEO-Jaú, respectivamente, pode ter influenciado na resolubilidade dos serviços odontológicos de atenção secundária. Foi possível notar no presente estudo o desconhecimento, por parte de alguns profissionais do nível básico de atenção, das responsabilidades que lhes são atribuídas dentro de cada especialidade. Em vários prontuários, especialmente no CEO-Jaú, foi observada a realização da contrarreferência por ocasião do primeiro atendimento, após a constatação, pelo profissional da atenção secundária, de que o caso apresentado era passível de resolução na Atenção Básica.

A não observância dos critérios estabelecidos para a referência de pacientes aos CEOs tende a gerar encaminhamentos desnecessários, que implicam em deslocamentos evitáveis, com maior prejuízo para os pacientes nos casos de **mobilidade**, além de comprometerem a qualidade dos serviços requisitados; favorece-se, dessa forma, o aumento da demanda

reprimida, comumente observada nos níveis secundário e terciário de atenção. Problemas com relação à falta de observação dos critérios para referência de pacientes aos CEOs também foram encontrados por VOLKWEIS; GARCIA; PACHECO (2010) que, ao analisarem as fichas clínicas de pacientes atendidos na especialidade de Estomatologia em um CEO, constataram que 17,7% dos casos poderiam ter sido resolvidos pela Atenção Básica.

Assim sendo, pode-se afirmar que a eficiência e a qualidade dos serviços de atenção secundária em saúde bucal estão diretamente relacionadas, dentre outros fatores, à atuação dos profissionais da Atenção Básica. É indispensável que estes tenham conhecimento dos critérios estabelecidos para a referência de pacientes aos CEOs, bem como de suas responsabilidades no contexto de cada especialidade, evitando, assim, a realização de encaminhamentos desnecessários. Tais informações constam do Manual de Especialidades em Saúde Bucal, lançado pelo Ministério da Saúde em 2008, o qual pode se constituir numa importante ferramenta no sentido de nortear esses profissionais na adoção de condutas apropriadas. Recomenda-se a divulgação, bem como a disponibilização, deste material para os profissionais de ambos os níveis de atenção, buscando, assim, uma melhor articulação entre estes.

Apesar da importância do atendimento odontológico voltado para pacientes com necessidades especiais, uma vez que pessoas com deficiências neuropsicomotoras e doenças crônicas são propensas a apresentar determinados quadros – como higienização aquém da adequada e alterações no periodonto – que acarretam sério comprometimento das estruturas bucais, em ambos os CEOs do CGR-Jaú, as menores frequências de encaminhamentos foram encontradas para a especialidade Odontologia em Pacientes com Necessidades Especiais (CEO-Bariri: 0,6% e CEO-Jaú: 2,9%). A pré-concepção da impossibilidade de cuidados odontológicos, principalmente em contextos de baixo nível sócio-cultural, a ansiedade dos familiares, o medo – tanto das implicações que podem advir do tratamento quanto da exposição desses pacientes – por parte de seus familiares, em razão do preconceito da sociedade, podem representar algumas das barreiras para a procura pelos serviços odontológicos.

Outro fator que pode ter influenciado esses resultados menos expressivos refere-se às maiores médias de tempo de duração dos tratamentos, observadas para esta especialidade (CEO-Bariri: 476 dias e CEO-Jaú: 257 dias), o que favorece a baixa rotatividade de pacientes. O tempo prolongado desses tratamentos pode estar relacionado ao fato de alguns pacientes, dependendo do tipo e do grau de deficiência, terem sido submetidos a várias sessões de

condicionamento psicológico, tanto antes quanto no decorrer do tratamento. Ressalta-se a importância de tal procedimento no sentido de se obter a cooperação do paciente, não somente para o tratamento então proposto, mas para situações posteriores de manutenção; ou seja: pode-se, com tal condicionamento, torná-lo um paciente colaborador para outros tratamentos. Somente os casos de deficiência mental profunda, por causa de sua alta deficiência intelectual, não se beneficiam dessa abordagem (CRO-DF, 2010).

Neste estudo, as maiores frequências de tratamentos não concluídos, em ambos os CEOs, foram encontradas para as especialidades Odontologia em Pacientes com Necessidades Especiais (CEO-Bariri: 75,0% e CEO-Jaú: 40,6%) e Periodontia (CEO-Bariri: 32,1% e CEO-Jaú: 22,2%). No caso da Odontologia em Pacientes com Necessidades Especiais, que tem como particularidade um tempo de tratamento prolongado, é possível que a maioria dos tratamentos não concluídos ainda estivesse em andamento; porém, em todas as especialidades, embora não quantificados, observou-se volume considerável de tratamentos interrompidos. O tratamento periodontal normalmente necessita de várias sessões para ser concluído e o seu sucesso depende da colaboração do paciente no tocante à higiene bucal; tais fatores podem ter provocado desinteresse, de alguns pacientes, em prosseguir o tratamento.

Dificuldades no acesso, especialmente nos casos de **mobilidade**, e tratamentos mais prolongados, que incluem, além do elevado número de sessões, longo tempo de espera entre uma consulta e outra, podem ter contribuído para a falta de adesão de alguns pacientes aos respectivos tratamentos, nos CEOs do CGR-Jaú. ARTIGAS et al. (2007) constataram, por meio de relatos de pacientes que iniciaram tratamento endodôntico em Unidades do SUS, a falta de interesse em dar continuidade a essa terapêutica, tendo como um dos fatores de desmotivação a demora em ter o seu tratamento concluído. O grau de satisfação do usuário com o atendimento também pode interfirir na adesão do paciente ao tratamento proposto. Segundo LIMA et al. (2007), o bom atendimento, baseado na escuta do usuário, e o bom desempenho profissional favorecem o estabelecimento do vínculo usuário-serviço de saúde, que atua como um facilitador do acesso, independentemente da distância a ser percorrida pelo usuário até a Unidade de Saúde, além de ser importante para a qualidade do processo de assistência.

Ainda que os resultados discutidos estejam restritos a uma pequena parcela da população abrangida pela Política Nacional de Saúde Bucal – que apresenta realidade distinta ao considerar as diversidades brasileiras –, percebeu-se, por meio do presente estudo, que,

apesar dos avanços das políticas públicas na busca pela qualidade e pela integralidade dos serviços odontológicos, o acesso aos serviços especializados em saúde bucal no âmbito do SUS ainda possui barreiras a serem vencidas. É importante ressaltar que a atenção secundária em saúde bucal se encontra ainda em processo de construção, dada a sua recente implantação. Conhecer as necessidades da população é o primeiro passo para uma organização efetiva da oferta desses serviços, com vistas a favorecer o acesso das pessoas com essa demanda e o consequente cumprimento do princípio da integralidade.

7 CONCLUSÃO

Os serviços de atenção secundária em saúde bucal prestados pelos CEOs do CGR-Jaú oferecem à população as especialidades mínimas exigidas para a implantação dessas Unidades, além da especialidade Prótese. No período objeto deste estudo, foi identificada predominância de usuários do sexo feminino.

Os dados cadastrais dos pacientes se constituem em informações importantes, tanto de caráter clínico quanto epidemiológico. Dessa forma, faz-se necessária a orientação de profissionais e funcionários responsáveis pelo preenchimento desses dados, tanto em prontuários como em guias de encaminhamento, no tocante ao preenchimento correto e completo desses documentos. Usuários também devem ser orientados a estar munidos de seus documentos quando da procura pelos serviços de saúde.

O fluxo intermunicipal de pacientes que buscaram atendimento nos CEOs do CGR-Jaú, no período analisado, foi demasiadamente reduzido. Sendo assim, sugere-se que seja realizada, por parte dos gestores de saúde que compõem esse Colegiado, a revisão do PDR, que se constitui no instrumento utilizado para estabelecimento desses fluxos. A possibilidade da oferta dos serviços especializados em saúde bucal em nível municipal também deve ser avaliada pelos gestores, no intuito de suprir suas demandas locais.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA, E. F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 123-30, 2006.

ARTIGAS, P. I. D.; OLIVEIRA, E. A.; PEREIRA JÚNIOR, F. B. SARDINHA, S. C.; ANDRADE, M. G. S. Investigação de fatores que limitam a autonomia de pacientes do SUS no processo de decisão de sua integridade bucal. **Rev. Cie. Méd. Biol.**, Salvador, v. 6, n. 3, p. 316-23, set./dez. 2007.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 709-17, 2002.

BATISTA L. R. V. **A condição bucal e sua relação com o estado nutricional em portadores de necessidades especiais.** 2005. 107 f. Dissertação. (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 74/GM,** de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, inclui procedimento de moldagem para prótese e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003 Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais**. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Brasil Sorridente**. 2004c. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/brasil_sorridente.php. Acesso em 19 de julho de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Outras Ações**. 2004d. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/outras_acoes.php. Acesso em 30 de junho de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 16 p. 2004e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Centros de especialidade**. 2004f. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/especialidades.php. Acesso em 30 de junho de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cidades Atendidas com Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).** 2005. Disponível em http://dab.saude.gov.br/dab/cnsb/cidades_atendidas.php. Acesso em 05 de novembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha Entendendo o SUS**. 2006a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf. Acesso em: 19 de julho de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 92 p. (Cadernos de Atenção Básica, 17; Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº. 648/GM, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática. **Regionalização Solidária e Cooperativa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria n. 95,** de 14 de fevereiro de 2006. 2006f. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/PT-95.htm. Acesso em 05 de novembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 2691, de 19 de outubro de 2007. Regulamenta as condições para transferência dos recursos financeiros federais referentes ao incentivo para apoiar as ações de regionalização do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, Edição Extra, n. 203A, 22 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes.** Brasília: 2008a. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf. Acesso em 11 de outubro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de especialidades em saúde bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 128 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2009a. Secretaria de Atenção à Saúde. Datasus. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp?VEstado=35&VMun=00&VComp=200908. Acesso em 17 de outubro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 82 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Coordenação-Geral do Desenvolvimento de Políticas de Descentralização. **Composição dos Colegiados de Gestão Regional, nome, código IBGE e população dos Municípios do Estado de São Paulo**. 2009c. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cgr_sp_0909.pdf. Acesso em 17 de janeiro de 2010.

CHAVES, S. C. L. et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Rev. Saúde Pública** [online]. Ahead of print, pp. 0-0. Epub 08-Out-2010.

COLUSSI, C. F. & FREITAS, S. F. T. Aspectos epidemiológicos de saúde do idoso no Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1313-20, set./out. 2002.

CONASS. **Para entender o Pacto pela Saúde 2006** – Financiamento Portaria 698/GM de 30 de março de 2006. Disponível em: http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Acervo/CONASS_NT%2013_2006_%20Para%20entender%20o%20Pacto%20pela%20Saúde.pdf. Acesso em 07 de setembro de 2009. 2006.

COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D. C.; SILVESTRE, R. M. (Orgs) **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 67 p. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde; 11).

CRO-DF. Conselho Regional de Odontologia do Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão para atendimento odontológico ao paciente com necessidades especiais. **Protocolo de atendimento "Recomendações para atendimento de pacientes com necessidades especiais"**. Brasília, agosto de 2010. Disponível em: http://www.stdweb.com.br/stdweb/imagensCRODF/protocolo_final.pdf. Acesso em 23 de outubro de 2010.

CYPRIANO, S; SOUSA, M. L. R.; WADA R. S. A aplicabilidade atual dos índices simplificados de Viegas nos levantamentos epidemiológicos da cárie dentária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1495-1502, nov./dez., 2004.

ESCOSTEGUY, C. C.; PORTELA, M. C.; MEDRONHO, R. de A.; VASCONCELLOS M. T. L. O Sistema de Informações Hospitalares e a assistência ao infarto agudo do miocárdio. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 491-9, 2002.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p.259-67, fev. 2009.

GAIÃO, L.R.; ALMEIDA, M. E. L.; HEUKELBACK, J. Perfil epidemiológico da cárie dentária **Rev Bras Epidemiol**; v. 8, n. 3, p. 316-23, 2005.

GIL, A. C.; LICHT, R. H. G.; YAMAUCHI, N. I. Regionalização da saúde e consciência regional. **Hygeia**, v. 2, n. 3. p. 35-46, dez. 2006.

GIR, E.; REIS, R. K. Alterações no estilo de vida, necessidades e dificuldades enfrentadas pelos cuidadores de portadores de AIDS, no âmbito do domicilio. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 35, n. 4, p. 328-35, 2001.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1017-25, jul./ago. 2005.

LIMA M. A. D. S; RAMOS D. D.; ROSA R. B.;NAUDERER T. M.; DAVIS R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta paul. Enferm**, v. 20, n.1, p. 12-7, 2007.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.* **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-43, mai./jun. 2003.

LUCCHESE P. T. R. et al. Políticas públicas em Saúde Pública. **Projeto: Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública** – ITD. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002. 172 p.

MEADE, M. S. Medical Geography as Human Ecology: The Dimension of Population Movement. ***Geographical Review,*** vol. 67, n. 4, p. 379-93, oct. 1977.

MEDEIROS, E. **Os Centros de Especialidades Odontológicas como suporte da atenção básica: uma avaliação na perspectiva da integralidade.** 2007. 157 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade**. Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. Esp., p.141-7, 2006.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A. G.; ANTUNES, J. L. F. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniqüidade e exclusão social. **Rev Panam Salud Publica**, v. 19, n. 6, p. 385-93, 2006.

NESPE-FIOCRUZ-UFMG. **Carta de Ouro Preto: desigualdades sociais, de gênero e saúde dos idosos no Brasil.** Disponível em http://www.crde-unati.uerj.br/doc_gov/destaque/ouro_preto.doc. Acesso em 28 e julho de 2009.

NICKEL, D. A.; LIMA F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-6, fev. 2008.

OLIVEIRA, A. C.; SIMÕES, R. F.; ANDRADE, M. V**. Regionalização dos serviços de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial em Minas Gerais:** estrutura corrente versus estrutura planejada Disponível em: http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2008/D08A058.pdf. Acesso em 10 de outubro de 2010.

PEITER, P. C. et al. Espaço geográfico e epidemiologia. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Abordagens Espaciais na Saúde Pública.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 136 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde. V. 1). p. 11-43.

PESTANA, M.; MENDES, E. V. **Pacto de gestão:** da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Minas Gerais, Secretaria de Estado da Saúde. Belo Horizonte, 2004. Disponível em: http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Destaque81.pdf. Acesso em: 27 de outubro de 2010.

PINA, M. F. et al. Análise de dados espaciais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Abordagens Espaciais na Saúde Pública.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 136 p. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde. V. 1. p. 85-116.

PUCCA JR, G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva,** v. 11, n. 1, p. 243-6, 2006.

QUEIROZ, R. C. S.; PORTELA, M. C.; VASCONCELLOS, M. T. L. Pesquisa sobre as Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil 2003): seus dados não produzem estimativas populacionais, mas há possibilidade de correção. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 47-58, jan. 2009.

RAMOS D. D.; LIMA M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad.Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

RESENDE, V. L. S. A odontologia e o paciente especial. **Jornal da Odontologia** CROMG, v. 18, p.12, 1998.

RONCALLI, A. G. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação coletiva**, v. 2, n. 1, p. 8-14, jan./mar. 1999.

RONCALLI, A. G. Projeto SB Brasil 2010: elemento estratégico na construção de um modelo de vigilância em saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 428-9, mar. 2010.

RONCALLI, A. G. Projeto SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal revela importante redução da cárie dentária no país. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 4-5, jan. 2011.

SANTOS, B. M. O.; AQUINO, D. J. N.; FERNANDES, D. R. Perfil epidemiológico dos portadores de necessidades especiais atendidos em uma clínica odontológica**. Rev. Bras. Promoção da Saúde**, v. 21, n. 2, p. 83-91, 2008.

SANTOS, R. M. B. et al. Atenção Básica: Pensando saúde bucal nas esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. In: BOTAZZO C.; OLIVEIRA M. A. **Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal.** São Paulo: Ed. Páginas & Letras, 2008. p. 51-76.

SANTOS, S. J. Avaliação sócio-demográfica e níveis de saúde física e mental de cuidadores de um programa de atendimento domiciliar. 2006. 191 f. + anexos. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2006.

SANTOS, S.; PINA M. F.; CARVALHO, M. S. Os sistemas de informações geográficas. In: PINA M. F.; SANTOS, S. **Conceitos básicos de Sistemas de Informação Geográfica e Cartografia aplicados à saúde.** Brasília: OPAS, 2000. 122 p. p.13-39.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Regionais de Saúde.** 2007. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/content/estrutura_departamentos_de_saude.mmp. Acesso em: 08 de setembro de 2009.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro Técnico de Saúde Bucal. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. **Condições de saúde bucal no estado de São Paulo em 2002. Relatório Final.** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde/ Universidade de São Paulo, 2002.

SCOCHI, M. J. Indicadores da Qualidade dos Registros e da Assistência Ambulatorial em Maringá, (Estado do Paraná, Brasil), 1991: Um Exercício de Avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 356-67, jul./set. 1994.

SCULLY, C.; KUMAR, N. Dentistry for those requiring special care. **Primary Dental Care**, London, v. 10, n. 1, p. 17-22, jan. 2003.

SILVA, Z. C. M.; PAGNONCELLI, S. D.; WEBER, J. B. B.; FRITSCHER, A. M. G. Avaliação do perfil dos pacientes com necessidades especiais da clínica de odontopediatria da Faculdade de Odontologia da PUCRS**. Rev. Odonto Ciência** – Fac. Odonto/PUCRS, v. 20, n. 50, out./dez. 2005.

VASCONCELLOS, M.M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I.H.S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup 1, p. 173-82, 2008.

VERAS, C. M. T. & MARTINS, M. S. A Confiabilidade dos Dados nos Formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 339-55, jul./set. 1994.

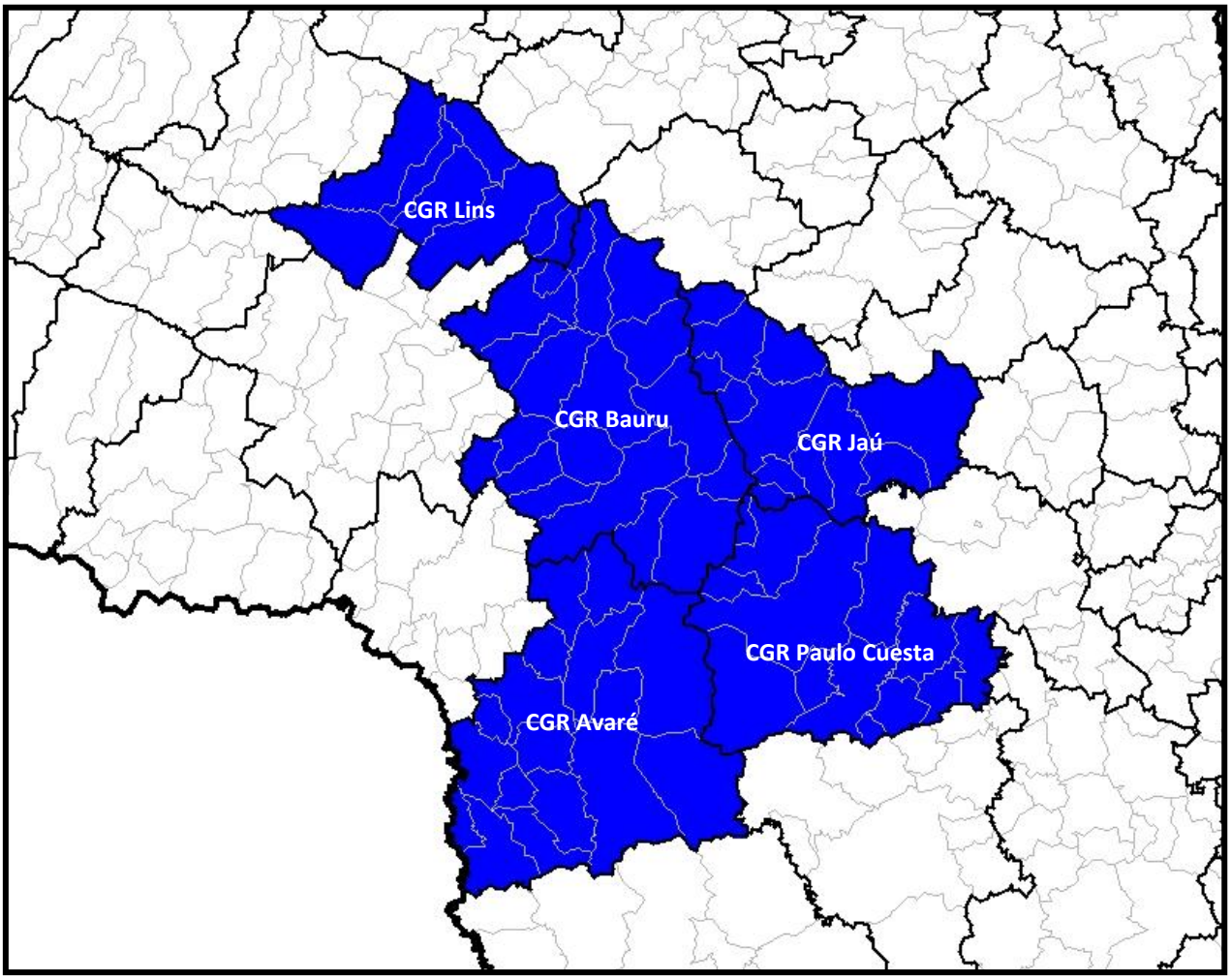
VIANA, A. L. D'A. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

VOLKWEIS, M. R.; GARCIA, R.; PACHECO, C. A. Estudo retrospectivo sobre as lesões bucais na população atendida em um Centro de Especialidades Odontológicas. **RGO**, Porto Alegre, v. 58, n. 1, p. 21-5, jan./mar. 2010.

WITT, R.R. Sistema de referência e contra- referência num serviço de saúde comunitária. **Rev. Gaúcha Enf.**, v. 13, n. 1, p. 19-23, 1992.

ANEXO A

Municípios integrantes do Departamento Regional de Saúde (SES-SP) com sede em Bauru (DRS VI – Bauru)* e a subdivisão dos Colegiados de Gestão Regionais (CGR)**



Águas de Santa Bárbara, Agudos, Anhembi, Arandu, Arealva, Areiópolis, Avaí, Avaré, Balbinos, Barão de Antonina, Bariri, Barra Bonita, Bauru, Bocaina, Bofete, Boraceia, Borebi, Botucatu, Brotas, Cabrália Paulista, Cafelândia, Cerqueira César, Conchas, Coronel Macedo, Dois Córregos, Duartina, Fartura, Getulina, Guaiçara, Iacanga, Iaras, Igaraçu do Tietê, Itaí, Itaju, Itaporanga, Itapuí, Itatinga, Jaú, Laranjal Paulista, Lençóis Paulista, Lins, Lucianópolis,

*Fonte: SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Regionais de Saúde. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/content/geral_estrutura_regionais_de_saude.mmp#drs6. [Acesso em 30/06/2009].

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Coordenação-Geral do Desenvolvimento de Políticas de Descentralização. **Composição dos Colegiados de Gestão Regional, nome, código IBGE e população dos Municípios do Estado de São Paulo. 2009c. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cgr_sp_0909.pdf. [Acesso em 17 de jan. 2010].

Macatuba, Manduri, Mineiros do Tietê, Paranapanema, Pardinho, Paulistânia, Pederneiras, Pereiras, Piraju, Pirajuí, Piratininga, Pongaí, Porongaba, Pratânia, Presidente Alves, Promissão, Reginópolis, Sabino, São Manuel, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba, Tejupá, Torre de Pedra, Torrinha, Uru.

CGRs que compõem o DRS VI – Bauru:

1. **Colegiado de Gestão Regional - CGR Avaré**

Águas de Santa Bárbara, Arandu, Avaré, Barão de Antonina, Cerqueira César, Coronel Macedo, Fartura, Iaras, Itaí, Itaporanga, Manduri, Paranapanema, Piraju, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba, Tejupá.

2. **Colegiado de Gestão Regional - CGR Bauru**

Agudos, Arealva, Avaí, Balbinos, Bauru, Borebi, Cabrália Paulista, Duartina, Iacanga, Lençóis Paulista, Lucianópolis, Macatuba, Paulistânia, Pederneiras, Pirajuí, Piratininga, Presidente Alves, Reginópolis.

3. **Colegiado de Gestão Regional - CGR Jaú**

Bariri, Barra Bonita, Bocaina, Boraceia, Brotas, Dois Córregos, Igaraçu do Tietê, Itaju, Itapuí, Jaú, Mineiros do Tietê, Torrinha.

4. **Colegiado de Gestão Regional - CGR Lins**

Cafelândia, Getulina, Guaiçara, Lins, Pongaí, Promissão, Sabino, Uru.

5. **Colegiado de Gestão Regional - CGR Paulo Cuesta**

Anhembi, Areiópolis, Bofete, Botucatu, Conchas, Itatinga, Laranjal Paulista, Pardinho, Pereiras, Porangaba, Pratânia, São Manuel, Torre de Pedra.

ANEXO B

Modelos das planilhas utilizadas no processo de coleta dos dados nos CEOs do CGR-Jaú.

Levantamento de dados CEO-Bariri e CEO-Jaú - Encaminhamentos originários da Atenção Básica

Nº do Prontuário	Origem	Data de Nascimento	Sexo	Especialidade	Início do Tratamento	Término do Tratamento

Levantamento de Dados CEO-Bariri e CEO-Jaú - Encaminhamentos Interconsultas

Nº do Prontuário	Especialidade	Início do Tratamento	Término do Tratamento	Especialidade	Início do Tratamento	Término do Tratamento	Especialidade	Início do Tratamento	Término do Tratamento