ALEXANDRE RAPHAEL DEITOS

AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE BUCAL

São Paulo

2009

Alexandre Raphael Deitos

Avaliação na atenção especializada em saúde bucal

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social.

Orientador: Prof. Dr. Moacyr da Silva

São Paulo

2009

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Deitos, Alexandre Raphael

Avaliação na atenção especializada em saúde bucal / Alexandre Raphael Deitos; orientador Moacyr da Silva. -- São Paulo, 2009.

168p. : tab., graf.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Odontologia Social) -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

1. Sistema unificado de saúde 2. Saúde bucal

CDD 614.0981

BLACK D585

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE E COMUNICADA AO AUTOR A REFERÊNCIA DA CITAÇÃO.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura:

E-mail:

FOLHA DE APROVAÇÃO

Deitos AR. Avaliação na Atenção Especializada em Saúde Bucal [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2009.

São Paulo, __/__/__.

Banca Examinadora

1) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

2) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

3) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À Deus, causa primária de todas as coisas.

**Aos meus pais, Darcy e Lionise, pela educação e valores ensinados, que me
norteiam em minhas escolhas, todos os dias da minha vida.**

Muito obrigado.

Amo vocês!

**À minha esposa Gislaine, aos meus irmãos Max e Patricia, minha família e
meus amigos, participantes da evolução espiritual no planeta Terra.**

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Moacyr da Silva, pela tranquilidade e liberdade com que apoiou a realização desta pesquisa, além da humildade no relacionamento mestre/aluno.

Ao Prof. Dr. Edgard Michel Crosato, pela co-orientação brilhantemente prestada e pela compreensão e amizade dedicada.

Aos professores do Departamento de Odontologia Social, em especial: Edgard Crosato, Dalton de Paula Ramos, Maria Ercília de Araújo, Rogério Nogueira e Rodolfo Melani, pelas oportunidades, conversas, lutas e dedicação; pelo compromisso, acompanhamento e apoio prestados em todos os momentos.

Às secretárias do Departamento de odontologia Social: Sônia, Laura e Andréia, pela simpatia e ajuda dada em várias situações do caminho.

Aos amigos de pós-graduação que participaram da mesma jornada empreendida.

Ao Coordenador Nacional de Saúde Bucal, Dr. Gilberto Pucca, pela oportunidade concedida de viver um momento histórico na luta pela saúde bucal no Brasil.

Aos amigos da Coordenação Nacional de Saúde Bucal, heróis da presente transformação, pelo aprendizado proporcionado através da convivência diária por quase 4 anos de luta conjunta e pela colaboração em tornar esta pesquisa possível.

À Felipe Riani, pela amizade, orientação nos caminhos da gestão federal em saúde e leitura crítica da presente dissertação.

Aos gestores e trabalhadores da saúde bucal espalhados pelo Brasil.

“O certo é certo. O errado é errado.

A verdade não é mentira.

Siga a sua consciência.”

Seu Chico.

Deitos AR. Avaliação na Atenção Especializada em Saúde Bucal [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2009.

RESUMO

O objetivo do estudo foi avaliar os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), com vistas ao monitoramento e avaliação da atenção especializada em saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Trata-se de um estudo transversal piloto, que utilizou parte do banco de dados de do estudo descritivo realizado pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal entre 2008 e 2009. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOUSP. Os dados foram organizados e analisados no programa STATA 10.0. Participaram da análise 56 CEO localizados em 6 estados: 30,36% de CEO tipo I, 62,5% de CEO tipo II e 7,14% de CEO tipo III; possuem em média 9,07 cirurgiões-dentistas (CDs), 5,5 auxiliares de saúde bucal (ASB) e 0,9 técnicos em saúde bucal (TSB); em 64,29% dos CEO existem cirurgiões-dentistas concursados em seus quadros; existe atendimento noturno e em horário flexibilizado em, respectivamente, 14,29% e 44,64% dos centros; atendem predominantemente pacientes oriundos da classe baixa (92,73%); em sua grande maioria os profissionais não recebem gratificação por estarem trabalhando com especialidades: apenas 16,07% dos centros a encaminham para os CDs; 35,71% dos CDs também trabalham em equipe de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família. Em relação à média de pacientes atendidos, os do tipo I (64,71%) atendem até 20 pacientes por turno de 4 horas; os de tipo II atendem até 30 pacientes em 65,71% dos casos; e os da modalidade III de 31 a 70 pacientes. Das especialidades mínimas obrigatórias

exigidas por portaria a maior parte da carga horária observada por CEO foi a seguinte: endodontia: entre 21-40h (47,92%); periodontia: entre 8-20h (63,83%); cirurgia oral menor: 20h (51,06%); estomatologia: 20h (50,00%) e pacientes especiais: 20h (45,24%). Em 57,14% dos centros existem gerentes que não exercem atividades clínicas e realizam apenas trabalho de gestão, e apenas 30,19% de pessoas que trabalham com gestão em saúde bucal participaram de algum curso sobre gerência de CEO. Em relação ao financiamento, apenas 4,40% dos CEO recebem uma contrapartida financeira encaminhada pelo gestor estadual. Considerando-se a referência intermunicipal, 52,73% não a realizam, enquanto 39,28% dos ambulatórios são referência para urgência e emergência odontológica. A forma em que a referência é realizada segue, em sua maioria (78,57%), a demanda de toda a rede de atenção básica. As ações especializadas em saúde bucal não eram executadas em 68,52% dos municípios até a implantação do CEO. A maioria atende os usuários em uma média de tempo de até 30 dias: endodontia (59,62%), periodontia (82,35%), cirurgia (92,16%), estomatologia (84,21%) e pacientes especiais (91,67%). Conclui-se que após uma primeira fase de sucesso da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal na reorganização da atenção em saúde bucal no país, mais especificamente neste caso a atenção especializada em saúde bucal, é necessário, nesta segunda fase, um maior desenvolvimento e “profissionalização” da gestão em saúde bucal, tendo como instrumentos o monitoramento e avaliação dos serviços, para que a cada dia haja uma melhora das condições de saúde bucal da população brasileira.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde; Saúde Bucal; Atenção Especializada; Avaliação

Deitos AR. Evaluation in Specialized Oral Health Care [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2009.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the specialized dental clinics (CEO), with a view to the institutionalization of monitoring and evaluation of specialized care in oral public health. This is a cross-sectional pilot study, which used part of the database of the descriptive study conducted by the Ministry of Health between 2008 and 2009. The study was approved by the Ethics in Research FOUSP. The data were organized and analyzed using STATA 10.0. Participated in the analysis 56 CEO located in 6 states: 30.36% of CEO type I, 62.5% of CEO type II and 7.14% of CEO type III; have an average of 9.07 dentists (CDs), 5.5 auxiliary oral health (ASB) and 0.9 technical oral health (TSB); in 64.29% of the CEO there are gazetted dentists; in their management is nighttime and flexible hours, respectively, in 14 29% and 44.64% of the centers; serving patients from predominantly low grade (92.73%); mostly professionals receive no bonus because they are working with expertise: only 16.07% of the centers to refer to CDs; 35.71% of the CDs also work in teams of Oral Health of the Family Health Strategy. In the average of patients treated, the type I (64.71%) attend to 20 patients per shift (4 hours), the type II serve 30 patients in 65.71% of the cases, and the mode III 31 to 70 patients. About the Specialties minimum required by ordinance, the majority of the workload observed by CEO was as follows: endodontics: between 21-40h (47.92%); periodontics: between 8-20h (63.83%); minor oral surgery: 20h (51.06%); dentistry: 20h (50.00%) and special

patients: 20h (45.24%). In 57.14% of the centers managers are not engaged in clinical practice and perform only administrative work, and only 30.19% of people who work with management in oral health attended a course on management of CEO. In relation to funding, only 4.40% of the CEO receive a financial contribution referred by the state manager. Considering the inter-reference, 52.73% do not realize it, while 39.28% of the clinics are a reference to urgent and emergency dental care. The way in which reference is made attends, the majority (78.57%), the demand of the entire network of primary care. Shares expertise in oral health were not performed in 68.52% of the municipalities until the implementation of the CEO. Most serves users in an average time of 30 days: endodontics (59.62%), periodontics (82.35%), surgery (92.16%), dentistry (84.21%) and special patients (91.67%). We conclude that after an initial phase of successful implementation of the National Oral Health Policy in the reorganization of oral health care in Brazil, specifically in this case the specialized attention to oral health, is necessary in this second phase, the further development and "professionalization" of management in oral health, and the use of tools for monitoring and evaluation of services, so that each day might improve the oral health of the population.

Keywords: Brazillian Unified Health System; Oral Public Health; Specialized Care; Assessment

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 2.1 Produção relativa à prótese total e prótese parcial removível, 2002/2008	33
Gráfico 2.2 Equipes de Saúde Bucal implantadas, 2001/jun-2009.....	36
Gráfico 2.3 Centros de Especialidades Odontológicas implantados	38
Gráfico 2.4 Quantidade de estados que aplicaram o percentual mínimo de recursos financeiros em ações e serviços de saúde, segundo a EC29, 2000/2008	42
Gráfico 2.5 Recursos financeiros próprios aplicados pelos estados em ações e serviços de saúde, 2000/2008	42
Gráfico 2.6 Recursos financeiros federais em saúde bucal encaminhados para CEO, 2002/2008	43
Gráfico 2.7 Recursos financeiros federais em saúde bucal encaminhados aos estados e municípios, 2002/2008	44
Gráfico 2.8 Evolução dos recursos financeiros federais em saúde bucal encaminhados aos estados e municípios, 2002/2008	45
Gráfico 2.9 Índice CPOD por macrorregião	47
Gráfico 2.10 Índice CPOD por faixa etária	48
Gráfico 2.11 Produção CEO, 2005/2008	56

Gráfico 2.12 Exodontia dentes permanentes, 2001/2007	57
Gráfico 2.13 Indicadores de saúde bucal	59
Gráfico 6.1 Procedimentos especializados em saúde bucal realizados por estados municípios brasileiros, 2000/2008	100

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 Comparação entre as metas propostas pela OMS/FDI para o ano 2000, com relação à cárie dentária e os resultados do Projeto SB Brasil 2003	51
Tabela 5.1 Distribuição dos CEO segundo tipo e aspectos relacionados à acessibilidade.....	65
Tabela 5.2 Distribuição segundo média de profissionais, por formação, que atuam nos 56 CEO avaliados.....	66
Tabela 5.3 Distribuição segundo presença da especialidade e frequência de carga horária da mesma existente entre todos os centros de especialidades odontológicas.....	67
Tabela 5.4 Distribuição de CEO segundo média de pacientes atendidos por turno (a cada 4h).....	69
Tabela 5.5 – Distribuição segundo perfil predominante do paciente atendido nos CEO	70
Tabela 5.6 – Distribuição segundo aspectos relacionados à gerência do CEO e aos profissionais CD que trabalham no mesmo	71
Tabela 5.7 – Distribuição dos CEO segundo aspectos financeiros	72

Tabela 5.8 - Distribuição dos CEO segundo dificuldade em se atingir a produtividade mínima por especialidade, conforme estabelecido na Portaria GM/MS Nº. 600/2006	73
Tabela 5.9 – Distribuição dos CEO segundo aspectos relacionados à realização de biópsia e aos pacientes portadores de necessidades especiais (PNE).....	74
Tabela 5.10 – Distribuição segundo o CEO ser referência para outros municípios e para o CEO ser referência para os atendimentos de urgência e emergência odontológica.....	75
Tabela 5.11 – Distribuição segundo a forma em que a referência é feita.	76
Tabela 5.12 – Distribuição segundo critérios de monitoramento e avaliação	77
Tabela 5.13 – Distribuição segundo existência de oferta de ações especializadas em saúde bucal no município antes da implantação do CEO	78
Tabela 5.14 – Distribuição segundo tempo médio de espera por especialidade existente no CEO	79
Tabela 5.15 – Distribuição segundo vínculo empregatício dos profissionais CDs no CEO.....	81
Tabela 6.1 – Distribuição segundo critérios de produção mensal por tipo de CEO e metas definidas pela Portaria nº. 600/GM de 23 de março de 2006, em 2005 e 2006.....	96

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APD – Auxiliar em Prótese Dentária

ASB – Auxiliar em Saúde Bucal

BPA – Boletim de Produção Ambulatorial

CD – Cirurgião-Dentista

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPO – Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

DAB – Departamento de Atenção Básica

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

DPNSB – Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal

EC – Emenda Constitucional

ESBSF – Equipe de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família

FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FDI – Federação Dentária Internacional

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FPO – Ficha de Programação Física Orçamentária

GM – Gabinete do Ministro

HIV/AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

IES – Instituição de Ensino Superior

INCA – Instituto Nacional de Câncer

LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária

MAC – Média e Alta Complexidade

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

PPA – Plano Pluri Anual

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PPR – Prótese Parcial Removível

PSF – Programa Saúde da Família

PT – Prótese Total

SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SAUB – Coordenação Nacional de Saúde Bucal

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TPD – Técnico em Prótese Dentária

TSB – Técnico em Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	20
2 REVISÃO DE LITERATURA	
2.1 Saúde no Brasil	24
2.2 Política Nacional de Saúde Bucal	30
2.2.1 Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família	34
2.2.2 Centros de Especialidades Odontológicas	36
2.2.3 Recursos federais para a saúde bucal	39
2.3 SBBrasil 2003	45
2.3.1 Resultados principais	
2.3.1.1 <i>Cárie dentária</i>	47
2.3.1.2 <i>Doenças da gengiva</i>	48
2.3.1.3 <i>Perda dos dentes</i>	49
2.3.1.4 <i>Acesso aos serviços</i>	49
2.3.1.5 <i>Flúor</i>	50
2.3.1.6 <i>Resultados do SB Brasil X Metas OMS/FDI</i>	50
2.4 Avaliação de Programas e Serviços em Saúde	52
3 PROPOSIÇÃO	

3.1 Geral	60
3.2 Específicas	60
4 MATERIAL E MÉTODOS	
4.1 Tipo de estudo	62
4.2 Coleta de dados	62
4.2.1 Desenho do plano amostral	63
4.3 Análise e interpretação dos resultados	64
4.4 Considerações éticas	64
5 RESULTADOS	65
6 DISCUSSÃO	82
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	106
ANEXOS	111

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Tem como objetivos a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação; e a assistência às pessoas por intermédio destas ações de saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, 1990a)

Quase dez anos após a 2ª e quase vinte anos após a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), realizou-se, em 2004, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, oportunizando a participação popular na análise e na formulação da Política Nacional de Saúde Bucal. Seu relatório final foi votado integralmente pelos 883 delegados e delegadas eleitos e presentes nos três dias da etapa nacional. Foram analisadas proposições resultantes das 2.542 Conferências Municipais ou Regionais de Saúde Bucal e das 27 Conferências correspondentes à etapa estadual, que apontaram para a adoção da atual Política Nacional de Saúde Bucal pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004a).

A assistência odontológica pública no Brasil tem-se restringido quase que completamente aos serviços básicos — ainda assim, com grande demanda

reprimida. Os dados mais recentes indicam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometendo, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco - regionais de saúde. A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica (BRASIL, 2004b, p. 14).

Segundo o Coordenador Nacional de Saúde Bucal (PUCCA, 2006, p. 243),

É a primeira vez que o governo federal passa a oferecer à população tratamento odontológico especializado na rede pública. Até o lançamento do Brasil Sorridente, apenas 2,8% dos procedimentos odontológicos realizados no Sistema Único de Saúde eram de tratamento especializado. A quase totalidade era de procedimentos mais simples, como extração dentária, restauração, aplicação de flúor e resina.

De acordo com a Portaria nº. 599/GM de 23 de março de 2006, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são serviços de referência para realizar procedimentos especializados, que não são oferecidos pela rede de Atenção Básica, tais como: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais (BRASIL, 2006a).

A avaliação e monitoramento das ações de saúde constituem-se os principais pilares para assegurar a integralidade e a qualidade da atenção à saúde aos usuários do SUS. A garantia da integralidade requer que a atenção prestada à população em diferentes níveis tenha capacidade de reconhecer adequadamente a

variedade de necessidades e demandas relacionadas à saúde das comunidades e oferecer os recursos adequados para empreendê-las (BRASIL, 2005a).

Ao se investir na institucionalização da avaliação busca-se contribuir decisivamente com o objetivo de qualificar a atenção à saúde, promovendo-se a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade, acessibilidade) e, abrangentes em suas várias dimensões – da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2004, apud BRASIL, 2005a, p. 8).

A avaliação consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa), apontada por Contandriopoulos (1997, apud BRASIL, 2007a, p. 90 e 92) como uma forma de julgamento sobre os resultados de um projeto/programa, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão, tratando-se de um procedimento realizado após a ocorrência de uma intervenção que analisa aspectos como a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção.

Com a presente pesquisa avaliativa realizada junto à atenção secundária em saúde bucal pelo Ministério da Saúde, buscaram-se ferramentas para apoiar o processo decisório das esferas de gestão e de controle social do Sistema Único de Saúde, já que a avaliação em saúde no Brasil, apesar dos avanços ocorridos na última década, apresenta-se em “processos ainda [...] incipientes, pouco

incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão” (BRASIL, 2003, apud BRASIL, 2005a, p. 8).

Este processo foi desencadeado no início de 2008, quando a Coordenação Nacional de Saúde Bucal, após ter dado início à reorganização da atenção em saúde bucal no Brasil, colocou a avaliação da atenção secundária em saúde bucal como prioridade na agenda do Ministério da Saúde, aplicando uma metodologia básica de investigação e construindo e validando um instrumento de coleta de dados para que seus consultores técnicos pudessem visitar os Centros de Especialidades Odontológicas no país e recolher os dados através de formulário e entrevista (BRASIL, 2008d).

Apesar dos resultados ora apresentados não se constituírem na totalidade da pesquisa (que ainda está sendo realizada), pois estão sendo apresentados e discutidos dados de 56 centros de referência em saúde bucal presentes em seis estados, pode-se tentar garimpar nesta dissertação, considerada como um piloto da avaliação da atenção especializada em saúde bucal oferecida pelo Sistema Único de Saúde no país e apresentada às vésperas de mais um levantamento epidemiológico nacional de saúde bucal em execução, informações possivelmente úteis para aqueles que estão engajados diretamente com a luta pela saúde bucal brasileira, do serviço à gestão, das comissões intergestoras aos conselhos de saúde, no sentido de propiciar um conhecimento que possa influenciar na melhora das condições da saúde bucal da população brasileira.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Saúde no Brasil

A vinda da Corte Portuguesa para o Brasil em 1808 determinou mudanças na administração pública colonial, até mesmo na área da saúde. Como sede provisória do Império português e principal porto do País, a cidade do Rio de Janeiro tornou-se centro das ações sanitárias. Segundo Machado (1978, apud BRASIL, 2007b, p. 17),

Por volta de 1829 foi criada a Junta de Higiene Pública, que se mostrou pouco eficaz e, [...], não alcançou o objetivo de cuidar da saúde da população. No entanto, é o momento em que instâncias médicas assumem o controle das medidas de higiene pública.

Até 1850, as atividades de saúde pública estavam limitadas a: delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e ao controle de navios e saúde dos portos, [...] limitando-se

Ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do Império, tendência que se alongou por quase um século. A fase Imperial da história brasileira encerrou-se sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade. Tentativas foram feitas, mas sem os efeitos desejados.

Através do movimento de Reforma Sanitária que emergiu no Brasil durante a Primeira República, [...] destaca-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920. [...] “foram estabelecidas as bases para a criação de um Sistema Nacional de Saúde, caracterizado pela concentração e pela verticalização

das ações no governo central”. De acordo com Lima (2005, apud BRASIL, 2007b, p. 18 e 19)

As políticas de saúde, cujo início efetivo pode ser indicado em fins da década de 1910, encontravam-se associadas aos problemas da integração nacional e à consciência da interdependência gerada pelas doenças transmissíveis. Foi o resultado do encontro de um movimento sanitário, organizado em torno da proposta de políticas de saúde e saneamento, com a crescente consciência por parte das elites políticas sobre os efeitos negativos do quadro sanitário existente no País.

Paralelamente, a odontologia insere-se na assistência pública, quando, em 1912, acontece a primeira experiência com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares, por Baltazar Vieira de Melo, em São Paulo (CARVALHO; LOUREIRO, 1997, apud COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006, p. 19). Werneck (1994, apud COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006, p. 19) afirma que, a partir desse marco,

[...] nota-se que o atendimento escolar no Brasil, até 1952, mostrou-se rudimentar, principalmente no que diz respeito ao seu planejamento e ao tipo de serviço ofertado, caracterizado pela falta de avaliação, pela ausência de sistema de trabalho e de técnicas uniformes, pelo preparo inadequado de profissionais para a execução de tarefas sanitárias e pela concepção individualista da profissão, reproduzindo no serviço público o mesmo tipo de atenção dado nos consultórios particulares.

O sistema de saúde no Brasil transitou do sanitarismo campanhista – início do século até 1965 – para o modelo médico-assistencial privatista, [...], para caminhar em direção a um sistema plural. Uma das questões limitadoras deste processo era, (MENDES, 1996; MONTI, 1992, apud ZILBOVICIUS, 2005, p. 18)

[...] a limitação do direito à saúde do cidadão. O embasamento na concepção de seguro social desde a criação deste modelo que recolhia contribuições de trabalhadores, empresas e governo para devolvê-las, sob a forma de benefícios, incluindo a assistência médica, não retratava a complexidade do processo saúde/doença e limitava sua cobertura àqueles que se encontravam no mercado de trabalho formalmente empregados, excluindo parcelas imensas da população brasileira que ficava a mercê de sistemas de filantropia e benevolência religiosa. Assim, uma parcela

importante da sociedade brasileira era automaticamente excluída de qualquer assistência médica bem como de ações de cunho preventivo em qualquer nível de atenção.

A segunda metade do século passado testemunhou o surgimento de várias odontologias no Brasil (sanitária, preventiva, social, simplificada, integral, comunitária e, também, a saúde bucal coletiva), consagradas pela expressão “odontologia social e preventiva”. A odontologia sanitária tão cara a Chaves, de “trabalho organizado da comunidade, na comunidade e para a comunidade, teve a tarefa histórica de produzir uma prática odontológica que rompesse com a odontologia de mercado – e fracassou”, pois “se viu reduzida aos programas odontológicos escolares” quando sua principal ferramenta, o sistema incremental, “foi transformado em receita, em padrão a ser reproduzido acriticamente e, em contextos de precariedade gerencial, falta de recursos e ausência de enfoque epidemiológico dos programas” (NARVAI, 2006, p. 143).

Com a rearticulação paulatina dos movimentos sociais, na década de 70, tornaram-se mais freqüentes as denúncias sobre a situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, e amplificaram-se as reivindicações de solução imediata para os problemas criados pelo modelo de saúde existente. Nesse contexto, sindicatos das diversas categorias profissionais da saúde — principalmente médicos, acadêmicos e cientistas — debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida do povo. Um movimento pela transformação do setor saúde fundiu-se com outros movimentos sociais, mais ou menos vigorosos, que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais percebidos como dimensões imanentes à democracia (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, apud BRASIL, 2007b, p. 25 e 26)

Importante marco na definição de proposta de modelo de política de saúde que passou a balizar as ações pela comunidade mundial, a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde de Alma-Ata, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no Cazaquistão (URSS) em 1978, expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos na promoção da saúde de todos os povos do mundo, definindo a saúde como: “[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, sendo um “[...] direito humano fundamental [...] e [...] a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde” (OMS, 1978).

Ao estabelecer que a saúde seja um dever do Estado, a Constituição brasileira se refere ao dever do Poder Público, abrangendo a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios. Isso quer dizer que a gestão do SUS é uma responsabilidade da União (pelo Ministério da Saúde); dos estados e do Distrito Federal (pelas Secretarias Estaduais de Saúde); e dos municípios (pelas Secretarias Municipais de Saúde). De um modo geral, os gestores do SUS são responsáveis pela formulação de políticas/planejamento; pelo financiamento; pela coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados); e pela prestação direta de serviços de saúde (BRASIL, 2009a).

Segundo o Relatório Saúde nas Américas (Organização Panamericana da Saúde, 2007, p. 19),

Ao setor público de saúde, de acesso universal, compete a cobertura exclusiva com serviços assistências de 75% da população, além da oferta universal dos serviços coletivos (vigilância epidemiológica e sanitária, controle de doenças transmissíveis, etc.). Parte da população coberta pelos planos de saúde também utilizam os serviços do SUS, especialmente procedimentos ou tratamentos mais complexos ou de mais alto custo (transplantes, HIV/AIDS, fornecimento de materiais farmacêuticos). O SUS

é constituído por subsistemas em todos os estados (SUS estadual) e cada município (SUS municipal), [...] assim como por estabelecimentos privados contratados, quer sejam esses com fins lucrativos ou não. A legislação atribui aos municípios a responsabilidade primordial de prover ações e serviços de saúde para a assistência das necessidades sanitárias de suas respectivas populações, com a cooperação técnica e financeira tanto federal como estadual.

Segundo Lopes (2007, p. 18 e 21)

É importante lembrar que até 1993, o Governo federal transferia recursos para o pagamento de ações e serviços de saúde segundo os procedimentos que eram realizados (NOB-91). E nessa transferência para a Saúde Bucal, segundo dados da época, predominavam o pagamento das extrações, por conta de seus valores serem maiores do que os demais procedimentos. E realmente era esse estímulo que recebíamos por parte das secretarias nos primeiros anos de descentralização e da implementação do SUS. Em 2004 foi publicado o documento e, ao mesmo tempo divulgadas as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (DPNSB). Até o lançamento deste documento, conforme nos aponta Garcia et al. (2005) não havia no SUS nenhuma política voltada para a Saúde Bucal, embora a saúde bucal estivesse na agenda há tempo, inclusive no que se reporta a sua entrada no Programa Saúde da Família (PSF).

Mattos (2003, apud BARTOLE, 2008, p. 162) traz a definição de políticas específicas como sendo respostas dadas pelo governo a “certas doenças específicas, bem como as respostas dadas a demandas e/ou necessidades de certos grupos populacionais específicos”, contexto no qual se insere a política de saúde bucal no Brasil. Os aspectos pertinentes à construção de uma política, segundo Walt (1966, apud Bartole, 2008, p. 162), passam por um processo classificado em quatro estágios: identificação e reconhecimento dos problemas; formulação da política; implementação da política e avaliação da política.

De acordo com Narvai (2006, p. 145),

O estágio da construção do SUS baliza a possibilidade de realizar as ações que permitam atender às necessidades de todas as pessoas (princípio da universalidade), viabilizando seu acesso a todos os recursos odontológicos e de saúde geral de que necessitem (princípio da integralidade), e ofertando mais aos que mais necessitam (princípio da equidade).

Esta é uma agenda da própria Saúde Bucal Coletiva que, para Narvai e Frazão (2006, apud NARVAI, 2006, p. 144)

É um campo de conhecimentos e práticas [que integra] um conjunto mais amplo identificado como 'Saúde Coletiva' e que, a um só tempo, compreende também o campo da 'Odontologia', incorporando-o e redefinindo-o e, por esta razão, necessariamente transcendendo-o.

Tal concepção implica uma ruptura com a odontologia de mercado que, neste início do século XXI, a maioria dos serviços públicos odontológicos brasileiros reproduz, mecânica e acriticamente.

O trabalho precário tem sido, freqüentemente, apontado como um dos processos resultantes do que se convencionou denominar de flexibilização do trabalho ou do emprego. No Brasil, essa flexibilização ocorreu de forma sistemática a partir da Reforma Administrativa do Estado, preconizada no começo dos anos 1990, e se realizou, principalmente, por meio de contratações por serviços prestados, popularizada como "terceirização". A flexibilização na gestão de pessoal do SUS e o crescimento da tendência de contratação de mão-de-obra mudaram as políticas de recursos humanos em saúde e a base de valores que as orientam. Assim, o Ministério da Saúde assume que a precariedade do trabalho está relacionada com alguma irregularidade, como a contratação sem concurso público, porque o trabalhador foi absorvido de forma irregular. Seu vínculo com o Estado não tem base legal (BRASIL, 2005b).

2.2 Política Nacional de Saúde Bucal

Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”. Estas diretrizes apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente (BRASIL, 2006b, p. 13).

De acordo com Garcia (2006, apud ROBLES, 2008, p. 380),

Pode-se afirmar que em relação às Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal houve a participação significativa da sociedade no processo. A entrada da saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) fortaleceu essa construção. Na formulação da PNSB (Brasil Sorridente) houve a participação de um grupo de profissionais da saúde e da saúde bucal, com compromisso com o movimento sanitário. A condução do processo foi toda do Ministério da Saúde (MS). Na construção da PNSB, o poder veio de fora, com um grupo articulado e projeto de política de saúde bucal no projeto da saúde, dentro do governo. A característica da PNSB possui uma base técnica de conexão com o SUS e a saúde bucal ocupa hoje um lugar de relevância no MS.

A III CNSB foi pautada pelo debate das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (DPNSB), apresentadas em janeiro de 2004. Na apresentação do documento técnico das diretrizes, destacava-se que as suas proposições haviam sido geradas nos congressos e encontros de Odontologia e de saúde coletiva e nas deliberações da I e II CNSB. [...] observa-se que, em linhas gerais, há uma grande concordância destas com as DPNSB, de 2004 (MANFREDINI, 2008, p. 25).

A atenção secundária em saúde bucal é debatida na 3.^a CNSB, tendo muitas resoluções aprovadas a partir de quatro eixos temáticos: 1) Educação e Construção da Cidadania; 2) Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal; 3) Formação e Trabalho em Saúde Bucal; e 4) Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal. Como por exemplo (BRASIL, 2004c):

Priorizar [...] a implementação de Centros de Especialidades Odontológicas; garantir incentivo específico permanente, das três esferas de governo, para a implantação e custeio de Centros de Especialidades Odontológicas [...]; Garantir o atendimento integral, em especial, no que tange ao acesso aos serviços de referência e contra-referência, [...], oferecendo um modelo de atenção integral à saúde bucal, com a inclusão de centros de especialidades, [...].

O Brasil Sorridente tem possibilitado a ampliação e qualificação do acesso da população às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida. Ela está articulada a outras políticas de saúde e demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Suas metas perseguem a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, no marco do fortalecimento da atenção básica, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do Sistema Único de Saúde, através da reorganização da Atenção Básica em saúde bucal (especialmente por meio da estratégia Saúde da Família), a ampliação e qualificação da Atenção Especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público (BRASIL, 2009b; 2009e).

Entende-se que o acesso à água tratada e fluoretada é fundamental para as condições de saúde da população. Dessa forma, mediante ação conjunta com a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e convênios com as Secretarias Estaduais de Saúde, o Brasil Sorridente tem viabilizado a ampliação da fluoretação das águas de abastecimento público. A adição do flúor tem o objetivo de reduzir o aparecimento de cáries dentárias na população, considerando que esta substância inibe a desmineralização dos dentes e promove sua remineralização. A fluoretação da água para consumo humano é um método recomendado por mais de 150 organizações de ciência e saúde, incluindo a Federação Dentária Internacional - FDI, a Associação Internacional de Pesquisa em Odontologia - IADR, a Organização Mundial de Saúde - OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (BRASIL, 2007h). Entre 2005 e dezembro de 2008, foram implantados 711 novos sistemas de fluoretação, abrangendo 503 Municípios em 11 Estados, beneficiando mais 7,6 milhões de pessoas (BRASIL, 2009b).

Diante da demanda pelo serviço reabilitador protético e na perspectiva da assistência integral em saúde bucal, o Ministério da Saúde tem apoiado a implantação de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Segundo a Portaria nº. 599/GM de 23 de março de 2006, LRPD são estabelecimentos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) como Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico (SADT) para realizar, no mínimo, o serviço de prótese dentária total e/ou prótese parcial removível (BRASIL, 2006a). Investimentos na instalação de equipamentos em laboratórios de prótese dentária e capacitação de Técnicos em Prótese Dentária (TPD) e Auxiliares de Prótese Dentária (APD) da rede SUS, para a implantação

desses serviços vem sendo realizados pela PNSB. Foram implantados, até junho de 2009, 323 LRPD (BRASIL, 2009b).

Gráfico 2.1: Produção relativa à prótese total e prótese parcial removível.
Fonte: Ministério da Saúde (2009)

Estimativas apontam que cerca de 40% da população brasileira não têm acesso regular à escova e pasta dental. Considerando que a utilização da escova e da pasta dental, associada à aplicação da adequada técnica de escovação, constituem-se num instrumento primordial para a reversão do panorama epidemiológico em saúde bucal no país, foi programado, a partir de Janeiro de 2008, a distribuição trimestral de kits de higiene oral para a população brasileira, compostos por escova e creme dental do tipo adulto e do tipo infantil, para o Programa Saúde na Escola (PSE) e para as equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família (ESBSF). Entre 2008 e setembro de 2009 foram distribuídos cerca de 73 milhões de kits de saúde bucal para os municípios brasileiros, cujos investimentos chegaram a R\$ 84 milhões (BRASIL, 2009b).

Em 2004, o Ministério da Saúde passou a apoiar as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na implantação dos serviços odontológicos mediante a aquisição e doação de equipamentos odontológicos. De 2004 a setembro de 2009 foram entregues 6.000 consultórios odontológicos, dos quais 1.311 para apoiar as atividades desenvolvidas pelas Equipes de Saúde Bucal que contam com um Técnico em Saúde Bucal, representando um investimento de R\$ 36.419.500,00 milhões. A partir de outubro de 2009 o fornecimento destes consultórios começou a ser realizado a toda Equipe de Saúde Bucal implantada (BRASIL, 2009f). O envio até então era realizado somente para as Equipes de Saúde Bucal modalidade II, passando a contemplar também as equipes de modalidade I (BRASIL, 2009b).

2.2.1 Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família (ESBSF)

Fundamental à organização da atenção básica do SUS, a estratégia de Saúde da Família foi criada em 1994 [...] É, pois, uma estratégia do SUS, devendo estar em consonância com seus princípios e diretrizes. O território e a população adscrita, o trabalho em equipe e a intersetorialidade constituem eixos fundamentais de sua concepção, e as visitas domiciliares, uma de suas principais estratégias, objetivando ampliar o acesso aos serviços e criar vínculos com a população. (BRASIL, 2004b, p. 15).

Segundo Nota Técnica da coordenação Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2008a), a inserção da Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial. Existem dois tipos de ESB, quais sejam: ESB Modalidade I: composta por Cirurgião-Dentista (CD) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB); e ESB Modalidade II: composta por CD, ASB e Técnico em Saúde Bucal (TSB).

De dezembro de 2002 até junho de 2009, foram implantadas 13.959 novas Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família, chegando a um total de 18.220 ESB (um aumento de mais de 327% no número de equipes) atuando em 4.638 municípios. Houve, neste mesmo período, um acréscimo na cobertura populacional de mais de 61 milhões de pessoas, totalizando 87.646.641 milhões de pessoas cobertas por estas equipes. A meta para 2009 é chegar ao total de 20.500 mil ESB em funcionamento (BRASIL, 2009b).

A partir de dezembro de 2008 as Equipes de Saúde Bucal receberam um novo reajuste orçamentário passando de R\$1.900,00 para R\$2.000,00/mês para as ESB modalidade I e de R\$ 2.450,00 para 2.600,00/mês para as ESB modalidade II, de acordo com a Portaria nº 3.066 de 23 de dezembro de 2008. (BRASIL, 2008b)

Gráfico 2.2 - Equipes de Saúde Bucal implantadas. Brasil, 2001/jun-2009.
Fonte: Ministério da Saúde (2009)

2.2.2 Centros de Especialidades Odontológicas

Com a expansão do conceito de atenção básica, e o conseqüente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção. Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, o Ministério da Saúde contribuirá para a implantação e/ou melhoria de Centros de Referência de Especialidades Odontológicas, que serão unidades de referência para as equipes de Saúde Bucal da atenção básica e,

sempre integrados ao processo de planejamento loco-regional, ofertarão, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica (BRASIL, 2004b, p. 14).

As ações especializadas em saúde bucal no âmbito do SUS estão sendo expandidas através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). A Portaria 599/GM de 23 de março de 2006 (ANEXO A) define que os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, classificados como Tipo Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade, com serviço especializado de Odontologia para atendimento gratuito a população, realizando no mínimo, as seguintes atividades: tratamento endodôntico, atendimento a pacientes com necessidades especiais, cirurgia oral menor, periodontia e diagnóstico bucal (com ênfase ao diagnóstico de câncer bucal), além de outras especialidades a serem definidas localmente. Foram implantados, até o mês de dezembro de 2008, 770 CEO no país (Gráfico 2.3). Entre janeiro de 2005 e dezembro de 2008, foram realizados mais de 15 milhões de procedimentos odontológicos especializados nestes centros (BRASIL, 2006f ; 2009b).

Gráfico 2.3 - Centros de Especialidades Odontológicas implantados. Brasil, outubro/2004 – outubro/2009.
Fonte: Ministério da Saúde (2009)

O financiamento do CEO é dado pela Portaria nº 600/GM de 23 de março de 2006 (ANEXO C), que define incentivos financeiros anuais da ordem de: R\$ 79.200,00 para cada CEO Tipo 1, R\$ 105.600,00 para cada CEO Tipo 2 e R\$ 184.800,00 para cada CEO Tipo 3, credenciados pelo Ministério da Saúde, destinados ao custeio dos serviços de saúde ofertados nas referidas unidades de saúde. A mesma portaria define incentivo financeiro de implantação da ordem de R\$ 40.000,00 para cada CEO Tipo 1, R\$ 50.000,00 para cada CEO Tipo 2, e R\$ 80.000,00 para cada CEO Tipo 3, que deverão ser utilizados pelos municípios e estados na implantação das Unidades de Saúde habilitadas (BRASIL, 2006c).

Considerando ainda o recente processo de ampliação da capacidade assistencial do Sistema Único de Saúde relativa às ações de média complexidade em saúde bucal por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas, bem como a necessidade de construir, adequar e aprimorar os instrumentos tecnológicos

necessários a esta efetivação, a Coordenação Nacional de Saúde Bucal atuou, no ano de 2006, na realização de cursos voltados à “Capacitação Técnica para Gestores Municipais e Gerentes dos Centros de Especialidades Odontológicas”. Para a consolidação deste processo propõe-se, para o período compreendido entre 2008 e 2011, a realização de cursos com periodicidade anual nas capitais dos Estados, com carga horária de 40 horas, voltados à capacitação dos Coordenadores Estaduais de Saúde Bucal, Gerentes dos CEO e Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios com CEO. Isto, mediante estruturação de processo de trabalho em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2007d).

2.2.3 Recursos Federais para a Saúde Bucal

Com a inclusão da agenda da saúde bucal no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004/2007, uma iniciativa até então inédita no âmbito federal do Sistema Único de Saúde, a área consegue um importante instrumento de gestão para definir “as ações e atividades específicas, bem como o cronograma e os recursos necessários”, para a implantação da PNSB, através de metas como: ampliar para 18 mil o número de ESB; oferecer vacina contra a hepatite B para todos os profissionais componentes dessas equipes; distribuir, anualmente, 1,9 milhões de kits de higiene oral e implantar 550 CEO e ampliar a capacidade assistencial em odontologia

especializada em 2,8 milhões de procedimentos. Estas metas conduziram “a direcionabilidade das políticas de saúde do SUS no âmbito federal, estadual ou municipal”, que tem como princípios orientadores, dentre outros, “a inclusão social, a desconcentração de renda, o fortalecimento da cidadania e da democracia” (BRASIL, 2004d).

Manfredini (2008, p. 17 e 21) aponta o aumento considerável no financiamento dos “gastos públicos federais em saúde bucal na segunda metade da primeira década dos anos 2000, a partir da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, [...]”, bem como a inadequação no preparo dos recursos humanos que a VII Conferência Nacional de Saúde já versava,

Que em nível superior são formados de maneira desvinculada das reais necessidades do País, precocemente direcionados para as especialidades e totalmente dissociados das características dos serviços em que deverão atuar e que, em nível auxiliar e técnico, insiste na utilização de mecanismos formais de preparação já superados por procedimentos comprovadamente mais ágeis e de menor custo, como o treinamento ou a preparação em serviço.

Com a inclusão novamente da saúde bucal nas prioridades de governo através do Programa Mais Saúde: Direito de Todos, que articula os recursos garantidos no Plano Plurianual (PPA) com uma expansão programada das ações, a área pôde dar continuidade ao planejamento iniciado em 2003 e incrementar as metas e objetivos para o período 2008/2011, através do eixo da Atenção à Saúde, pela ampliação do número de equipes de saúde bucal da estratégia Saúde da Família para 24.000 no período, com um orçamento programado de R\$ 2 bilhões; pela ampliação dos recursos federais no custeio destas equipes de aproximadamente R\$ 490 milhões e; pelo financiamento do custeio de 400 novos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOS) ao ano, passando de 550, em

2008, para 950, em 2011, totalizando recursos da ordem de R\$ 450 milhões (BRASIL, 2008c).

Estes planejamentos vão de encontro ao Pacto Pela Saúde (BRASIL, 2006d, p. 15 e 16) que, através da dimensão do “Pacto em Defesa do SUS”, visa “qualificar e assegurar o SUS como política pública”, garantindo o “financiamento de acordo com as necessidades do sistema”, através da luta pela regulamentação da Emenda Constitucional (EC) nº 29 e pela

Aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde de acordo com a Constituição Federal.

O instrumento de acompanhamento, fiscalização e controle dos gastos em ações e serviços públicos de saúde é permitido pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que teve origem no Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 1993 e foi institucionalizado no âmbito do Ministério da Saúde em 2000, sendo alimentado pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, por preenchimento de natureza declaratória. Um dos indicadores gerados é o do percentual de recursos próprios aplicados em ações e serviços públicos de saúde, que demonstra a situação relativa ao cumprimento da Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000 com base nos parâmetros definidos na Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003, do Conselho Nacional de Saúde/CNS, a qual foi aprovada pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde, diante da não regulamentação da EC 29 pelo Poder Legislativo. (BRASIL, 2009c)

Gráfico 2.4 – Quantidade de estados que aplicaram o percentual mínimo de recursos financeiros – 12% - em ações e serviços de saúde, segundo a EC29 – 2000/2008.

Fonte: SIOPS (2009).

Gráfico 2.5 – Constatam apenas dados dos estados analisados.

Fonte: SIOPS (2009).

Desde janeiro de 2007 os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passaram a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento. Os recursos referentes aos blocos da Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e de Gestão do SUS são transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, conforme a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e observados os atos normativos específicos. O bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial é constituído por dois componentes: Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC (no qual os recursos de custeio do CEO estão incluídos); e Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC. Já os recursos de capital, referentes à implantação do CEO, estão incluídos no bloco de financiamento para a Gestão do SUS, no componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde (BRASIL, 2007e).

Gráfico 2.6 – Recursos para CEO.

Fonte: Fundo Nacional de Saúde (2009).

No relatório final da 3ª CNSB foi proposto a instituição de rubrica própria para a execução de ações e serviços públicos de saúde, de acordo com os respectivos planos de saúde, no sentido de incrementar a participação do orçamento público no financiamento da saúde bucal, nas três esferas de governo (BRASIL, 2006e). Uma análise realizada junto ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) mostrou que a Saúde Bucal não possui uma rubrica que englobe a totalidade das ações da área. Dessa forma, outros programas e ações continuam como fonte de recursos para as ações em saúde bucal, como pode ser visto no Gráfico 2.7.

Gráfico 2.7 – Recursos financeiros federais por sub-blocos. O Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) é composto, dentre outros, pelas seguintes ações relacionadas à Saúde Bucal: Órtese, Prótese e Medicamento (OPM) em Odontologia; Deformidade Láblio-Palatal e Crânio-Facial; Cirurgia Orofacial; Tratamentos Odontológicos.

Fonte: Fundo Nacional de Saúde (2009).

O Brasil Sorridente recebeu, entre 2003 e 2006, investimentos de mais de R\$ 1,2 bilhão. Em 2007, foram investidos mais de R\$ 600 milhões, valor mais de dez vezes superior ao que foi investido no ano de 2002. Entre 2007 e 2010, o montante investido pelo Ministério da Saúde alcançará mais de R\$ 2,7 bilhões (BRASIL, 2009b).

Gráfico 2.8 – Evolução dos recursos financeiros federais em saúde bucal encaminhados aos estados e municípios – 2002/2008

Fonte: Fundo Nacional de Saúde (2009).

2.3 SB Brasil 2003

A Política Nacional de Saúde Bucal se embasa, do ponto de vista epidemiológico, nos dados obtidos por meio do *Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – SB Brasil*, concluído em 2003. Este, que é o maior e mais amplo levantamento epidemiológico em saúde bucal já realizado no país, se materializou a partir do esforço de cerca de 2.000 trabalhadores (entre cirurgiões-dentistas, auxiliares, agentes de saúde e outros profissionais) que foram responsáveis pela execução de 108.921 exames epidemiológicos em 250 municípios. O estudo foi conduzido pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (MS) e contou com a participação de várias instituições e entidades odontológicas (como o Conselho Federal e Conselhos Regionais de Odontologia, a Associação Brasileira de Odontologia Nacional e suas seções regionais), Universidades e o decisivo suporte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2007c).

Em 1986 o MS executou o primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de saúde bucal, que foi realizado na zona urbana de 16 capitais, representativo das cinco regiões brasileiras. A pesquisa foi realizada em crianças, adolescentes, adultos e idosos obtendo dados relativos à cárie dentária, doença periodontal e acesso a serviços. Decorridos dez anos, em 1996, foi realizado o segundo levantamento epidemiológico nas 27 capitais brasileiras, na população de 6 a 12 anos e gerando dados relativos à cárie dentária (BRASIL, 2006e).

O SB Brasil surgiu a partir da necessidade da realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários e que incluísse tanto população urbana como rural.

2.3.1 Resultados Principais.

2.3.1.1 *Cárie dentária*

Nas crianças de 12 anos de idade, o índice CPO (número médio de dentes permanentes Cariados, Perdidos ou Obturados) é de 2,78. Comparando este dado com o do Levantamento realizado pelo MS no ano de 1996, que examinou somente escolares nas capitais brasileiras, observamos uma pequena queda do índice CPO, que naquela oportunidade foi de 3,06. A análise dos dados das crianças de 12 anos por Região aponta evidentes diferenças entre as Regiões Norte (CPO=3,13), Nordeste (CPO=3,19) e Centro-Oeste (CPO=3,16) com relação às Regiões Sul (CPO=2,31) e Sudeste (CPO=2,30) (BRASIL, 2004e).

Gráfico 2.9 – Índice CPOD por macrorregião
 Fonte: SB Brasil 2003.

Para os adolescentes o CPO foi 6,17 e para os adultos 20,13. Isto significa que entre a adolescência e a idade adulta aproximadamente 14 dentes são atacados pela cárie.

Os idosos apresentaram um CPO de 27,79, sendo a perda dental o principal problema (quase 26 dentes extraídos em média por pessoa).

Gráfico 2.10 – Índice CPOD por faixa etária

Fonte: SB Brasil 2003.

2.3.1.2 Doenças da gengiva

Menos de 22% da população adulta e menos de 8% dos idosos apresentam as gengivas saudáveis.

2.3.1.3 Perda dos dentes

A perda dentária precoce é grave. A necessidade de prótese total (dentadura) é identificada já entre os adolescentes. Mais de 28% dos adultos não possuem nenhum dente funcional (todos os dentes foram extraídos ou os que restam tem sua extração indicada) em pelo menos uma arcada. Destes, mais de 15% necessita de pelo menos uma dentadura.

Entre os idosos os dados são ainda mais preocupantes. Três a cada quatro idosos não possui nenhum dente funcional. Destes, mais de 36% necessitam de pelo menos uma dentadura.

2.3.1.4 *Acesso aos serviços*

Mais de 2,5 milhões de adolescentes (13% desta população) nunca foi ao dentista. Entre a população adulta quase 3% nunca foi ao dentista e na população idosa este número chega a quase 6%. Em ambas as faixas etárias a Região Nordeste apresentou o maior índice de pessoas que nunca foram ao dentista e a Região Sul os melhores valores relativos ao acesso aos serviços odontológicos.

2.3.1.5 *Flúor*

A comparação entre o CPO dos municípios que têm água fluoretada e os que não têm apontou notáveis diferenças. O CPO nas crianças de 12 anos e adolescentes dos municípios que têm água fluoretada é de 2,27 e 5,69, respectivamente. Já nos municípios que não têm flúor na água, o CPO médio das crianças de 12 anos é de 3,38 (49% maior) e dos adolescentes é 6,56 (15% maior).

2.3.1.6 *Resultados do SB Brasil X metas OMS/FD*

A tabela 2.12 ilustra os resultados obtidos por grupo etário e região em relação às metas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Federação Dentária Internacional (FDI) para o ano 2000.

Observa-se que, de uma maneira geral, os resultados observados não foram positivos. O Brasil atingiu as metas da OMS para o ano 2000 somente na idade de 12 anos, e em parte isto somente aconteceu devido às crianças das Regiões Sul e Sudeste.

A proposição de metas mundiais oferece referências para comparações internacionais. Em nosso país, é importante assinalar que as autoridades sanitárias, nos diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde, podem e devem estabelecer metas em saúde bucal coerentes à sua realidade para orientar o processo de planejamento-avaliação das ações e serviços de saúde. Embora as crianças de 12 anos de idade apresentem valores de ataque de cárie semelhantes aos padrões recomendados pela OMS para o ano 2000, é relevante sublinhar a ampla variabilidade da distribuição dos valores, e a existência de uma proporção significativa de crianças nessa idade com valores muito elevados de ataque. Além disso, cerca de 3/5 dos dentes das crianças de 12 anos atingidos pela cárie se encontram sem tratamento. Para todas as outras idades os níveis estão aquém das metas propostas para o ano 2000. (BRASIL, 2004)

Tabela 2.1 – Comparação entre as metas propostas pela OMS/FDI para o ano 2000 com relação à cárie dentária e os resultados do Projeto SB Brasil 2003.

Fonte: SB Brasil 2003.

Idade (anos)	Metas da Organização Mundial da Saúde para 2000	Brasil (SB Brasil 2003)
5	50% sem cárie	40%
12	CPOD* ≤ 3	CPOD = 2,78
18	80% com todos os dentes	55% com todos os dentes
35 - 44	75% com 20 ou mais dentes	54% com todos os dentes
65 - 74	50% com 20 ou mais dentes	10% com todos os dentes

*CPOD: Número médio de dentes cariados, perdidos e obturados.

Estudo realizado pelo INCA (Instituto Nacional de Câncer) mostra que o câncer bucal representa um desafio quanto à sua prevenção, detecção precoce e também quanto à atenção em Saúde Bucal ao paciente portador. As malignidades bucais configuram-se como o sétimo tipo de neoplasia maligna (excetuando-se os casos de pele não melanoma). Em contraste às peculiaridades descritas para o diagnóstico e o auto-exame (tabagismo, etilismo e exposição solar excessiva são os fatores de risco mais relevantes) a maior parte dos pacientes apresenta-se para o tratamento em estágios bastante avançados de comprometimento. Além deste diagnóstico tardio, o paciente com câncer de boca ainda sofre uma defasagem importante de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento. Alguns autores já referiram tal lapso de tempo como sendo em média de 84 dias (BRASIL, 2008d, p. 27).

2.4 Avaliação de Programas e Serviços em Saúde

Molesini (2000, p.200) desenvolveu uma proposta metodológica para o monitoramento do processo de municipalização da saúde na Bahia entre 1993 e

1996 através da aplicação periódica de instrumentos de coleta de dados nos sistemas municipais de saúde: financiamento, gestão, infra-estrutura, organização e produção de serviços; tendo como objetivo operacionalizar propostas de apoio gerencial e técnico-operacional entre os níveis de governo para o aperfeiçoamento de gestão descentralizada do SUS.

Uma análise de avaliação participativa nas organizações públicas de saúde em hospital estadual do Rio de Janeiro aponta que (SILVA; MARTINS, 2000, p. 200 e 201)

A gestão, além de envolver as funções de planejamento e controle, traz consigo a fundamental função da avaliação, tanto dos resultados obtidos como dos processos realizados. [...] a missão da avaliação é de realizar ações após aferir resultados e impactos na qualidade de vida da população beneficiária [...] e repensar as opções políticas e programáticas.

Matos et al. (2002, p. 243), através de uma avaliação de serviços odontológicos privados em Bambuí/MG entre 1996 e 1997, partindo do pressuposto que “um dos objetivos dos serviços públicos odontológicos é a redução das desigualdades” e a melhoria da qualidade de vida das populações com menor nível socioeconômico, verificaram que estes usuários “estavam em grande desvantagem em relação aos atendidos nos serviços privados e ligeiramente em desvantagem em relação aos atendidos nos serviços do sindicato”.

Pinto (2000, apud MANFREDINI, 2003, p. 61) afirma que

O acompanhamento e a avaliação constituem fases essenciais do planejamento não só porque permitem saber se o que foi previsto está sendo corretamente realizado, mas também por possibilitarem a introdução de ajustes e correções de rumo em planos que sofreram acidentes de percurso.

Segundo a Coordenação de Avaliação e Monitoramento do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a, p. 18 e 20)

A avaliação em saúde é um “processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde; processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece; não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais; deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham as responsabilidades. Já o monitoramento é compreendido como parte do processo avaliativo, que envolve coleta, processamento e análise sistemática e periódica de informações e indicadores de saúde selecionados com o objetivo de observar se as atividades e ações estão sendo executadas conforme o planejado e, estão tendo os resultados esperados.

Felisberto (2006, p. 554 e 557), através de uma análise, afirma que no Brasil

A avaliação em saúde apresenta-se, ainda, por intermédio de processos incipientes, pouco incorporados às práticas, possuindo, quase sempre, um caráter mais prescritivo e burocrático, não fazendo parte da cultura institucional, aparecendo de maneira pouco sistemática e sistematizada, e nem sempre contribuindo com o processo decisório e com a formação dos profissionais, necessitando, portanto, de investimentos de ordem técnica e política por parte da administração pública setorial.

Aponta ainda os limites dos avanços de pesquisas específicas identificados pelo Ministério da Saúde

1) a ausência ou insuficiência da explicitação das diretrizes políticas e da definição estratégica que orientam a avaliação; 2) a fragmentação e a decorrente diversidade de orientações que presidem os processos de avaliação, impedindo que possam ser úteis a uma ação coordenada; 3) a ênfase em variáveis relacionadas a processo e; 4) avaliações de resultados pontuais e/ou espacialmente restritas.

Com o conceito de que “Avaliar é diagnosticar uma realidade a fim de nela intervir”, Pisco (2006, p. 566) afirma que

A finalidade de políticas de avaliação e de melhoria da qualidade não pode ser apenas demonstrar os problemas nem propor soluções para os problemas detectados, mas produzir mudanças apropriadas que conduzam à melhoria de qualidade dos cuidados prestados. O objetivo não é outro senão a identificação, avaliação e correção de situações potencialmente melhoráveis.

Teixeira (2006, p. 573) compartilha da crença de que

A incorporação da avaliação como uma dimensão da gestão dos sistemas e serviços pode contribuir para o aperfeiçoamento do processo de tomada de decisões, planejamento, programação e organização dos serviços, na medida em que estes venham a tomar como referência resultados de pesquisas avaliativas que apontem fragilidades políticas, debilidades organizacionais e lacunas no conhecimento acerca dos problemas que se apresentam em vários níveis e planos da realidade do SUS.

Contandriopoulos (2006, p. 705 e 706) postula que

O grau em que os resultados de uma avaliação são levados em conta pelas instâncias decisórias varia de acordo com a credibilidade, fundamentação teórica e pertinência das avaliações; não basta institucionalizar a avaliação, é preciso questionar a capacidade da avaliação de produzir as informações e julgamentos necessários para ajudar as instâncias decisórias a melhorar o desempenho do SUS.

Bodstein et al. (2006, p. 728), debatendo e analisando os Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/PROESF), afirmam que

Estudos avaliativos apresentam o potencial de gerar conhecimento para a compreensão ampliada e contextualizada do programa, bem como para a análise do processo decisório, gerando condições para sua governabilidade e sustentabilidade.

A avaliação de políticas e programas é essencial em saúde pública, contribuindo para os esforços em busca de uma sociedade mais saudável e prevenindo o desperdício de recursos com a implementação de programas ineficazes. Na avaliação dos benefícios das políticas de saúde à população, o conhecimento dos arranjos e peculiaridades locais dos serviços de saúde é requisito básico. Entretanto, ao avaliar o efeito de uma política de saúde no desempenho dos serviços e na situação de saúde da população, é preciso valorizar o sinergismo entre os determinantes vinculados à política de saúde, aos serviços de saúde (estruturas,

recursos humanos e processos) e ao estado de saúde das populações (FACCHINI et al., 2007, p. 29).

A Portaria GM/MS nº. 600/2006 determina o monitoramento da produção das unidades credenciadas como Centros de Especialidades Odontológicas, nos quantitativos definidos nas portarias vigentes, com relatórios trimestrais obtidos pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e analisados pelo Departamento de Atenção Básica (SAS/MS). O registro da produção dos CEO dá-se por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) do SIA, de acordo com a programação estabelecida pelo gestor na Ficha de Programação Física Orçamentária (FPO) (BRASIL, 2007f, p. 111).

Gráfico

2.11 – Produção pela média de produção por tipo de CEO, nos anos 2005 e 2006. Nos demais anos apresenta-se a produção pela média de todos os CEO

Fonte: SIA/SUS-2009.

A afirmação de que as “propostas de avaliação devam buscar um número sintético de indicadores que permitam ao interessado na avaliação fazer um juízo de valor para subsidiar uma decisão” (CONTANDRIOPOULOS et al., 2005, apud HENRIQUE; CALVO, 2008, p. 811) serviu de apoio para uma avaliação do

Programa Saúde da Família nos municípios de Santa Catarina entre 2001 e 2004, cuja proposta foi desenvolvida com um número reduzido de indicadores.

Segundo o informativo do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, “(...) Já é possível acompanhar o impacto das ações de saúde bucal no país, em especial na redução do número de extrações dentárias”. Este é um importante indicador de saúde acompanhado por meio do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, e que demonstra a melhoria da qualidade na atenção à saúde bucal no Brasil (BRASIL, 2007g; 2007h; 2007k).

Gráfico 2.12 – Redução no número de extrações dentárias, considerado importante indicador na área da saúde bucal

Fonte: SIA/SUS-2009

Gomes e Cavalcanti (2003, p. 529), através de pesquisa que visava à qualidade e organização dos serviços de saúde públicos preventivos em João Pessoa/PB, mostram que o Sistema Único de Saúde (SUS)

[...] passou a partir da década de 90 a desenvolver-se em um contexto adverso, marcado pelo paulatino desfinanciamento das ações públicas de atendimento, [...] no qual vem emergindo o projeto neoliberal, pautado na desresponsabilização do Estado frente às questões sociais.

Bodstein et al. (2006, p. 550) identifica o papel indutor e de responsabilidade do nível federal na institucionalização da avaliação no sistema de saúde, afirmando que

Somente com o exercício crítico e sistemático dos profissionais envolvidos com ações de saúde e o estímulo ao fortalecimento das redes de negociação é que se aprimorará o Sistema Único de Saúde para oferecer adequada atenção aos usuários, contribuir para a melhoria dos padrões sanitários e prestar contas à sociedade do uso dos recursos alocados.

Souza e Roncalli (2007, p. 2735), avaliando o modelo assistencial da saúde bucal no Programa Saúde da Família no Rio Grande do Norte em 2004, observaram que o mesmo “ainda tenta desatar os nós críticos do referenciamento para a atenção secundária e terciária”, verificando que a maioria dos municípios ainda não supria a necessidade da integralidade em saúde, devido a não existência de profissionais capacitados e centros de referência em saúde bucal nos municípios.

Chaves e Silva (2007), através de um estudo de caso em dois municípios da Bahia considerados exemplares na descentralização da gestão e habilitados na gestão plena do sistema municipal de saúde em 2003, de acordo com a Norma Operacional Básica (NOB 96), verificaram que o financiamento isolado não é capaz de induzir a organização da atenção à saúde bucal, dado a ausência de serviço obrigatório como um sistema de referência para a média complexidade em saúde bucal em um dos municípios, bem como o diferente impacto ocorrido nos dois locais.

Os compromissos e responsabilidades sanitárias de caráter nacional, visando a busca de novos formatos na gestão do SUS em prol de um pacto federativo, objetivando maior efetividade, eficiência e qualidade da resposta do sistema às necessidades da população, se dão através do Pacto pela Saúde. No âmbito da

saúde bucal, são pactuados metas de dois indicadores atualmente, dados pela Portaria nº. 48/GM de 12 de janeiro de 2009: cobertura da 1ª consulta odontológica programática e média anual da ação coletiva escovação supervisionada, que medem, respectivamente, cobertura da população que teve acesso a essa consulta e a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com dentifrício fluoretado sob orientação/supervisão de um profissional de saúde (BRASIL, 2009d). A meta e os resultados dos anos de 2006 a 2008 seguem no gráfico 2.13.

Gráfico 2.13 – Indicadores de saúde bucal
Fonte: DATASUS/2009.

3 PROPOSIÇÃO

3.1 Geral

Realização de estudo transversal descritivo nos estados e municípios selecionados, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação das transformações (efeitos e processos) decorrentes da conversão do modelo de atenção especializada em saúde bucal.

3.2 Específicas

Coletar e sistematizar dados primários e secundários para qualificar, na implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas, a avaliação normativa, estrutural e de processo dos serviços de média complexidade em saúde bucal, implicados na produção dos efeitos da intervenção nas diferentes dimensões (organizacional da assistência, cuidado integral e desempenho dos sistemas de saúde) e do estado de saúde das populações-alvo;

Compartilhar lições aprendidas com as metodologias utilizadas e os resultados obtidos durante a pesquisa, através de publicações, seminários e outros meio de divulgação dirigidos a distintos públicos-alvo;

Apoiar a utilização e institucionalização dos resultados da avaliação nos municípios selecionados, integrando ações envolvendo o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Comissões Intergestoras, Controle Social e Instituições de Ensino Superior (IES) no monitoramento da atenção especializada em saúde bucal no Brasil.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

A proposta de pesquisa é um estudo transversal descritivo, com metodologia qualitativa e quantitativa, de acordo com os objetivos explicitados, critérios, indicadores e informações constantes nos sistemas de informação em saúde oficiais. A definição dos instrumentos de coleta de dados foi por formulário (ANEXO H) e entrevista junto à população de estudo: gestores municipais/estaduais de saúde bucal. A seleção, formatação, validação (de face e de conteúdo), pré-teste e piloto do instrumento de coleta de dados foram feitos pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, que foi a responsável pelo planejamento, treinamento e calibração das equipes de campo, preparação dos trabalhos de campo (interno e em conjunto com outras entidades e instituições) e coleta dos dados da pesquisa.

4.2 Coleta de dados

Primários, através de pesquisa de campo com entrevistas contendo variáveis qualitativas e quantitativas, junto aos gestores de saúde bucal dos estados e dos municípios brasileiros; bem como dados secundários obtidos através dos sistemas de informação em saúde oficiais. A amostra representativa foi selecionada aleatoriamente e estratificadamente por sorteio a partir dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) implantados nos estados e municípios brasileiros. Como critérios de inclusão se definiram os CEO cujas produções apresentadas no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), pela tabela vigente até dezembro de 2007, tivessem o período mínimo de um ano. Ou seja, o corte feito foram os CEO implantados até dezembro de 2006. Os grupos formados foram pré-estratificados por macrorregião (N/S/SE/NE/CO) e por porte populacional.

4.2.1 Desenho do Plano Amostral - Métodos para Seleção da Amostra e Cálculo do seu Tamanho:

Amostra randomizada de 481 CEO: pré-estratificada por datas de habilitação, por estarem localizados em capitais e proporcionalmente pelos estados e porte populacional dos municípios. Amostra calculada: 257 CEO. (precisão=5, confiabilidade=95%, desvio-efeito=1,2, prevalência=50%)

4.3 Análise e Interpretação dos Resultados

Foi realizado estudo descritivo, através do cruzamento dos dados primários e secundários, com o objetivo de proceder à avaliação normativa, estrutural e de processo, relacionado à organização da assistência, cuidado integral e desempenho dos sistemas de saúde, visando à construção de processos estruturados e sistemáticos. Os dados foram digitados em planilha Excel e foi feita a análise estatística pelo programa STATA 10.0, conforme inserido nos resultados da pesquisa. O relatório do estudo será disponibilizado para os estados e municípios, pelo Ministério da Saúde, para a divulgação e visando subsidiar os gestores do Sistema Único de Saúde, entidades interessadas e instituições de ensino no sentido de melhorar os serviços de atenção especializada em saúde bucal do SUS no Brasil.

4.4 Considerações Éticas

O projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOU SP (ANEXO F) e também obteve aprovação do Ministério da Saúde (ANEXO G), como preconiza a Resolução 196 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

5 RESULTADOS

A presente análise contou com a participação de 56 Centros de Especialidades Odontológicas distribuídos por 6 estados, sendo que 30,36% são habilitados como CEO tipo I, 62,50% como CEO tipo II e 7,14% como CEO tipo III. Destes centros estudados, apenas 14,29% oferecem atendimento em horários alternativos noturnos, enquanto 44,64% oferecem atendimento em horário flexibilizado, como horário de almoço ou fim de semana (Tabela 5.1).

Tabela 5.1 – Distribuição dos CEO segundo tipo e aspectos relacionados à acessibilidade

Variáveis	n	%
Tipo:		
CEO I	17	30,36
CEO II	35	62,50
CEOIII	4	7,14
Total	56	100,00
Há atendimento noturno:		
Sim	8	14,29
Não	48	85,71
Total	56	100,00
Há atendimento em horário flexibilizado (almoço, fim de semana, etc.):		
Sim	25	44,64
Não	31	55,36
Total	56	100,00

Observa-se a seguinte quantidade de profissionais de saúde bucal que trabalham nestes centros: 508 cirurgiões-dentistas (CD), 308 auxiliares de saúde

bucal (ASB) e 51 técnicos em saúde bucal (TSB). A média por CEO destes profissionais é de, respectivamente: 9,07, 5,5 e 0,91 (Tabela 5.2). Importante ressaltar a existência de CEO com apenas um ou dois CDs, enquanto outros não possuem ASB ou TSB.

Tabela 5.2 – Distribuição segundo média de profissionais, por formação, que atuam nos 56 CEO avaliados

Variáveis	Média	Desvio-Padrão	Mín/Máx
Cirurgião-dentista	9,071429	8,221606	1 / 41
Auxiliar de Saúde Bucal	5,5	5,920688	0 / 35
Técnico em Saúde Bucal	0,9107143	1,841707	0 / 11

Das especialidades mínimas obrigatórias exigidas por portaria, a maior parte da carga horária observada por CEO foi a seguinte: endodontia: entre 21-40h (47,92%); periodontia: entre 8-20h (63,83%); cirurgia oral menor: 20h (51,06%); estomatologia: 20h (50,00%) e pacientes especiais: 20h (45,24%). Interessante notar que muitos gestores não souberam responder a quantidade de horas reservadas para algumas destas especialidades. Destaque deve ser feito em relação a duas especialidades não obrigatórias: ortodontia, presente em 5 dos CEO pesquisados e com a maior parte da carga horária situada entre 20-24h (60%); e prótese dentária, presente em 31 destes centros estudados, com a maior parte da carga horária entre 30-40h (41,94%). Dentre as cargas horárias máximas encontradas nas especialidades presentes, a maior foi de endodontia, com 240h; e a menor foi a de estomatologia, com carga horária máxima de 20h (Tabela 5.3).

Tabela 5.3 – Distribuição segundo presença da especialidade e frequência de carga horária da mesma existente entre todos os centros de especialidades odontológicas (Continua...)

Variáveis	n	%
Ortodontia:		
4-8h	2	40,00
20-24h	3	60,00
Total	5	100,00
Endodontia:		
20h	13	27,08
21-40h	23	47,92
41-60h	7	14,58
61-80h	2	4,17
120-240h	3	6,25
Total	48	100,00
Periodontia:		
8-20h	30	63,83
21-40h	14	29,79
41-60h	2	4,26
140h	1	2,13
Total	47	100,00
Cirurgia oral menor:		
4-10h	5	10,64
20h	24	51,06
23-40h	15	31,91
60-80h	3	6,38
Total	47	100,00
Estomatologia:		
2-15h	9	50,00
20h	9	50,00
Total	18	100,00
Odontopediatria:		
4-10h	5	20,00
20h	11	44,00
32-52h	6	24,00
80-85h	3	12,00
Total	25	100,00
Pacientes especiais:		
4-16h	12	28,57
20h	19	45,24
24-48h	11	26,19
Total	42	100,00
Implantodontia:		
Total	0	0,00

Tabela 5.3 – Distribuição segundo presença da especialidade e frequência de carga horária da mesma existente entre todos os centros de especialidades odontológicas (Conclusão)

Variáveis	n	%
Radiologia:		
4-20h	11	52,38
30-40h	8	38,10
55-70h	2	9,52
Total	21	100,00
Prótese dentária:		
4-8h	3	9,68
20h	11	35,48
30-40h	13	41,94
60h	4	12,90
Total	31	100,00
Outras especialidades:		
8-20h	5	62,50
40-80h	3	37,50
Total	8	100,00

*1 gestor não respondeu questão relacionada à ortodontia;

*8 gestores não responderam questão relacionada à endodontia;

*9 gestores não responderam questão relacionada à periodontia;

*9 gestores não responderam questão relacionada à cirurgia;

*8 gestores não responderam questão relacionada à estomatologia;

*6 gestores não responderam questão relacionada à odontopediatria;

*7 gestores não responderam questão relacionada a pacientes especiais;

*2 gestores não responderam questão relacionada à implantodontia;

*6 gestores não responderam questão relacionada à radiologia;

*5 gestores não responderam questão relacionada à prótese dentária;

*2 gestores não responderam questão relacionada à outras especialidades.

Segundo pode ser visto na tabela 5.4, 64,71% dos centros credenciados como tipo I atendem até 20 pacientes por turno de 4 horas. Os credenciados como tipo II atendem até 30 pacientes em 65,71% dos casos, e os da modalidade III de 31 a 70 pacientes.

Tabela 5.4 – Distribuição de CEO segundo média de pacientes atendidos por turno (a cada 4h)

Variáveis	n	%
Tipo I:		
Até 20 pacientes	11	64,71
De 21 a 30 pacientes	4	23,53
De 31 a 50 pacientes	1	5,88
De 51 a 70 pacientes	7	5,88
Total	17	100,00
Tipo II:		
Até 20 pacientes	10	28,57
De 21 a 30 pacientes	13	37,14
De 31 a 50 pacientes	8	22,86
De 51 a 70 pacientes	4	11,43
Total	35	100,00
Tipo III:		
De 31 a 50 pacientes	2	50,00
De 51 a 70 pacientes	2	50,00
Total	4	100,00

O perfil predominante de paciente atendido é em sua grande maioria classificado como de classe baixa, com 92,73%. Nota-se, em alguns centros (7,27%), a predominância de atendimento para pacientes de classe média (Tabela 5.5). Em nenhum local pesquisado houve a predominância de pacientes oriundos da classe alta.

Tabela 5.5 – Distribuição segundo perfil predominante do paciente atendido nos CEO

Variáveis	n	%
Classe baixa	51	92,73
Classe média	4	7,27
Classe alta	0	0,00
Total	56	100,00

*1 gestor não respondeu essa questão.

Aspectos relacionados à gerência do CEO foram colhidos na pesquisa, sendo que em 57,14% existem gerentes que não exercem atividades clínicas e realizam apenas trabalho de gestão. Este resultado vai de encontro ao percentual de apenas 30,19% de pessoas que trabalham com gestão em saúde bucal terem participado de algum curso sobre gerência de CEO (Tabela 5.6).

Em relação aos profissionais cirurgiões-dentistas que trabalham no CEO, 35,71% trabalham também em equipe de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família.

Tabela 5.6 – Distribuição segundo aspectos relacionados à gerência do CEO e aos profissionais CD que trabalham no mesmo

Variáveis	n	%
Existência de profissional exclusivamente responsável pela gerência do CEO:		
Sim	32	57,14
Não	24	42,86
Total	56	100,00
Participação da gestão local em algum curso sobre gerenciamento de CEO:		
Sim	16	30,19
Não	37	69,81
Total	53	100,00
Cirurgião-dentista também trabalha em equipe de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família:		
Sim	20	35,71
Não	36	64,29
Total	56	100,00

*3 gestores não responderam questões relacionadas à participação em curso sobre gerência de CEO.

Na grande maioria dos CEO não existem gratificações para os profissionais por estarem trabalhando com especialidades: no caso dos CDs, apenas 16,07% dos centros gratificam de alguma forma; no caso dos ASB, apenas 12,50%.

Outro aspecto importante verificado concerne sobre a grande maioria das Secretarias Estaduais de Saúde não encaminharem uma contrapartida financeira como auxílio ao funcionamento do ambulatório de especialidades: apenas 4,44% dos CEO pesquisados o recebem (Tabela 5.7).

Tabela 5.7 – Distribuição dos CEO segundo aspectos financeiros

Variáveis	n	%
Cirurgião-dentista recebe gratificação por trabalhar com especialidades:		
Sim	9	16,07
Não	47	83,93
Total	56	100,00
Auxiliar em saúde bucal recebe gratificação por trabalhar com especialidades:		
Sim	7	12,50
Não	49	87,50
Total	56	100,00
O estado encaminha recursos financeiros como contrapartida para o CEO:		
Sim	2	4,44
Não	43	95,56
Total	45	100,00

*11 gestores não responderam questão relacionada à contrapartida financeira estadual.

A distribuição verificada de produtividade mínima obrigatória neste caso é de natureza declaratória, não sendo analisada nos sistemas de informação oficial do Ministério da Saúde. Neste contexto, a gestão local afirma que em 50,91% dos centros há dificuldade em atingir a produtividade apontada pela Portaria GM/MS nº. 600/2006 para a especialidade de periodontia; em 50,00% para a de endodontia e; em 53,70% para a de cirurgia oral menor (Tabela 5.8).

Tabela 5.8 - Distribuição dos CEO segundo dificuldade em se atingir a produtividade mínima por especialidade, conforme estabelecido na Portaria GM/MS Nº. 600/2006.

Variáveis	n	%
Há dificuldade em atingir a produtividade mínima:		
Periodontia:		
Sim	28	50,91
Não	27	49,09
Total	55	100,00
Endodontia:		
Sim	27	50,00
Não	27	50,00
Total	54	100,00
Cirurgia Oral Menor:		
Sim	29	53,70
Não	25	46,30
Total	54	100,00

*1 gestor não respondeu questão relacionada à periodontia;

*2 gestores não responderam questões relacionadas à endodontia e cirurgia oral menor.

Verificou-se que 19,64% dos centros não realizam biópsia. Destes que não realizam, apesar de não detalhado na tabela 5.9 abaixo, justificam a não realização por diversos motivos: pela não existência de material/instrumental disponível; não existência de laboratório para encaminhamento; porque os casos são encaminhados para outro centro de referência; além de outros motivos. Cabe destaque os 5,36% dos centros que não realizam porque não há profissional capacitado.

Em relação à organização da atenção relacionada aos pacientes portadores de necessidades especiais, 77,78% dos CEO são a única referência para este tipo de paciente no município. Já o encaminhamento definido e pactuado destes pacientes para o nível hospitalar é feito por 71,15% dos centros, existindo demanda reprimida dos portadores de necessidades especiais para a atenção hospitalar em 25,49% dos ambulatórios de especialidades (Tabela 5.9).

Tabela 5.9 – Distribuição dos CEO segundo aspectos relacionados à realização de biópsia e aos pacientes portadores de necessidades especiais (PNE)

Variáveis	n	%
Realiza biópsia:		
Sim	45	80,36
Não	11	19,64
Total	56	100,00
O CEO é a única referência para os PNE no município:		
Sim	42	77,78
Não	12	22,22
Total	54	100,00
Referência definida e pactuada relacionada à atenção em ambiente hospitalar:		
Sim	37	71,15
Não	15	28,85
Total	52	100,00
Demanda reprimida para atendimento a nível hospitalar dos PNE:		
Sim	13	25,49
Não	38	74,51
Total	51	100,00

*2 gestores não responderam questão relacionada à referência única;

*4 gestores não responderam questão relacionada à referência hospitalar;

*5 gestores não responderam questão relacionada à demanda reprimida.

Considerando-se a referência intermunicipal, 52,73% dos centros atendem apenas usuários do próprio município em que se encontram. Em relação à urgência e emergência odontológica, 39,28% dos ambulatórios de especialidades realizam este tipo de atendimento. Destaque deve ser feito para os CEO que não realizam estes procedimentos e cujas UBS/ESBSF são responsáveis pelos atendimentos de urgência e emergência no município, chegando a 44,64%. Não existe esta referência

em 1,79% dos municípios que possuem CEO, ao passo que em 14,29% desses lugares existem outros tipos de referência (Tabela 5.10).

Tabela 5.10 – Distribuição segundo o CEO ser referência para outros municípios e para o CEO ser referência para os atendimentos de urgência e emergência odontológica

Variáveis	n	%
Referência para outros municípios:		
Sim	26	47,27
Não	29	52,73
Total	55	100,00
Referência para urgência e emergência:		
Sim	22	39,28
Não, existe outra referência	8	14,29
Não, realizado pelas UBS/ESBSF	25	44,64
Não existe esta referência no município	1	1,79
Total	56	100,00

*1 gestor não respondeu questão relacionada à referência intermunicipal.

A forma em que a referência é realizada segue, em sua maioria (78,57%), a demanda de toda a rede de atenção básica, ao passo que 12,50% recebem apenas da estratégia Saúde da Família. Dentre os CEO visitados, apenas 16,07% recebem demanda referenciada e espontânea, e nenhum recebe demanda apenas espontânea (Tabela 5.11).

Tabela 5.11 – Distribuição segundo a forma em que a referência é feita

Variáveis	n	%
Demanda referenciada e demanda espontânea:		
Sim	9	16,07
Não	47	83,93
Total	56	100,00
Demanda referenciada de toda rede de Atenção Básica (UBS, PSF, etc.):		
Sim	44	78,57
Não	12	21,43
Total	56	100,00
Demanda referenciada da rede de PSF:		
Sim	7	12,50
Não	49	87,50
Total	56	100,00
Só recebe demanda espontânea:		
Sim	0	0,00
Não	56	100,00
Total	56	100,00

De acordo com critérios de monitoramento e avaliação, apenas 21,43% e 25,49% dos CEO pesquisados apresentam, respectivamente, avaliação de satisfação do usuário do CEO periodicamente e monitoramento e avaliação das ações especializadas em saúde bucal através de algum indicador. O destaque fica por conta da utilização da avaliação da produção do CEO como instrumento de gestão, praticado por 80,00% dos gestores responsáveis pelos centros (Tabela 5.12).

Tabela 5.12 – Distribuição segundo critérios de monitoramento e avaliação

Variáveis	n	%
Utiliza a avaliação da produção do CEO como instrumento de gestão:		
Sim	44	80,00
Não	11	20,00
Total	55	100,00
Realiza avaliação de satisfação do usuário do CEO periodicamente:		
Sim	12	21,43
Não	44	78,57
Total	56	100,00
Realização pelo município do monitoramento e avaliação das ações especializadas em saúde bucal através de um algum indicador:		
Sim	13	25,49
Não	38	74,51
Total	51	100,00

*1 gestor não respondeu questão relativa à produção do CEO como instrumento de gestão;

*5 gestores não responderam questão relativa ao indicador de ações especializadas.

As ações especializadas em saúde bucal não eram executadas em 68,52% dos municípios até a implantação do CEO. Daqueles que já realizavam, 20,37% ofereciam-nas na rede básica de saúde, enquanto 11,11% em outro centro de referência (Tabela 5.13).

Tabela 5.13 – Distribuição segundo existência de oferta de ações especializadas em saúde bucal no município antes da implantação do CEO

Variáveis	n	%
Sim, na rede básica de saúde	11	20,37
Sim, em um centro de referência	6	11,11
Não	37	68,52
Total	56	100,00

*2 gestores não responderam essa questão.

Dentre as especialidades mínimas obrigatórias a serem ofertadas nos centros de especialidades odontológicas, a maioria atende os usuários em uma média de tempo de até 30 dias: endodontia (59,62%), periodontia (82,35%), cirurgia (92,16%), estomatologia (84,21%) e pacientes especiais (91,67%). Apenas a endodontia aparece como demanda reprimida com tempo de espera de mais de um ano, ainda assim em baixa proporção (1,92%). A espera dos pacientes especiais chega ao máximo entre 30 e 90 dias (8,33%).

Dentre as especialidades não obrigatórias, a da prótese dentária tem um tempo de espera de até 30 dias em 45,45% dos centros, e entre 30 e 90 dias em 33,33%. Apenas em 3,04% dos CEO a espera é de mais de 1 ano. Cabe destaque a respeito da ortodontia, pois nos locais em que é oferecida, em 60,00% os usuários são atendidos em até 30 dias, e o máximo que os mesmos esperam se situa entre 30 até 90 dias (40,00%), conforme tabela 5.14.

Tabela 5.14 – Distribuição segundo tempo médio de espera por especialidade existente no CEO
(continua...)

Variáveis	n	%
Serviços especializados de endodontia:		
Até 30 dias	31	59,62
Entre 30 e 90 dias	12	23,08
Entre 90 dias a 1 ano	8	15,38
Mais de 1 ano	1	1,92
Total	52	100,00
Serviços especializados de periodontia:		
Até 30 dias	42	82,35
Entre 30 e 90 dias	6	11,76
Entre 90 dias a 1 ano	3	5,89
Total	51	100,00
Serviços especializados de cirurgia:		
Até 30 dias	47	92,16
Entre 30 e 90 dias	3	5,88
Entre 90 dias a 1 ano	1	1,96
Total	51	100,00
Serviços especializados de estomatologia:		
Até 30 dias	32	84,21
Entre 30 e 90 dias	6	15,79
Total	38	100,00
Serviços especializados para pacientes especiais:		
Até 30 dias	44	91,67
Entre 30 e 90 dias	4	8,33
Total	48	100,00
Serviços especializados de radiologia:		
Até 30 dias	28	93,33
Entre 30 e 90 dias	2	6,67
Total	30	100,00
Serviços especializados de ortodontia:		
Até 30 dias	3	60,00
Entre 30 e 90 dias	2	40,00
Total	5	100,00

Tabela 5.14 – Distribuição segundo tempo médio de espera por especialidade existente no CEO (conclusão)

Variáveis	n	%
Serviços especializados de prótese dentária:		
Até 30 dias	15	45,45
Entre 30 e 90 dias	11	33,33
Entre 90 dias a 1 ano	6	18,18
Mais de 1 ano	1	3,04
Total	33	100,00
Outros serviços especializados:		
Até 30 dias	8	88,89
Entre 30 e 90 dias	1	11,11
Total	11	100,00

*4 gestores não responderam questão relativa aos serviços especializados de endodontia.

*4 gestores não responderam questão relativa aos serviços especializados de periodontia;

*4 gestores não responderam questão relativa aos serviços especializados de cirurgia;

*6 gestores não responderam questão relativa aos serviços especializados de estomatologia;

*4 gestores não responderam questão relativa aos serviços especializados para pacientes especiais;

*2 gestores não responderam questão relativa aos serviços especializados de radiologia;

*2 gestores não responderam questão relativa aos serviços especializados de prótese dentária;

*1 gestor não respondeu questão relativa a outros serviços especializados.

De acordo com a pesquisa, 64,29% dos CEO possuem cirurgiões-dentistas concursados em seus quadros, enquanto apenas 10,71% dos centros são integrados por profissionais contratados na modalidade emprego público (Consolidação das Leis do Trabalho – CLT). Em 48,21% dos ambulatórios existem CDs contratados por tempo determinado, sendo que em 12,50% os mesmos são contratados sem processo seletivo (Tabela 5.15).

Tabela 5.15 – Distribuição segundo vínculo empregatício dos profissionais CDs no CEO

Variáveis	n	%
CD concursado:		
Sim	36	64,29
Não	20	35,71
Total	56	100,00
CD contratado por processo seletivo especial (CLT – emprego público):		
Sim	6	10,71
Não	50	89,29
Total	56	100,00
CD contratado por processo seletivo simples (tempo determinado):		
Sim	27	48,21
Não	29	51,79
Total	56	100,00
CD contratado sem processo seletivo:		
Sim	7	12,50
Não	49	87,50
Total	56	100,00
CD outras formas de contratação:		
Sim	5	8,93
Não	51	91,07
Total	56	100,00

6 DISCUSSÃO

No Brasil, o primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal de abrangência nacional foi realizado somente em 1986. Outros dois levantamentos de nível nacional foram conduzidos pelo Ministério da Saúde em associação com entidades de classe e Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, em 1996 e no ano de 2003, quando foi executado o **Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira - SB Brasil**, o maior e mais completo estudo da área já realizado no país.

Comparando-se os dados obtidos em 2003 com aqueles observados nos anos de 1986 e 1996, observa-se um avanço na prevenção e no controle da cárie em crianças com até 12 anos de idade. Apesar da expressiva redução dos níveis de cárie dentária na população infantil nas duas últimas décadas, persistem ainda dificuldades no acesso aos serviços de saúde e elevados índices de doenças bucais em determinados grupos populacionais.

Analisando-se os resultados obtidos em relação aos aspectos relacionados à acessibilidade (conforme Tabela 5.1), e considerando-se que apenas 3,78% dos procedimentos em saúde bucal realizados pelo SUS são especializados (2007a), mostra-se muito baixa a porcentagem de CEO que oferecem atendimento em horário noturno – 14,29% oferecem atendimento neste horário - pois é exatamente neste horário que os trabalhadores ou estudantes poderiam se deslocar com mais facilidade para serem atendidos nos ambulatorios, aumentando, com isso, o acesso desta população específica que necessita de atendimento especializado. Já o oferecimento de atendimento em horário flexibilizado (44,64% dos centros) ameniza

este problema, pois dá a possibilidade do deslocamento de usuários para serem atendidos em horários que não estariam trabalhando ou estudando, como fins de semana ou horário de almoço.

Cabe lembrar que, segundo o SB Brasil (2004e), na faixa etária de 35 a 44 anos, 48,16% utilizaram o serviço público desde o último atendimento e 36,79% estavam 3 ou mais anos sem visitar um consultório odontológico; somando-se ainda que a porcentagem de adultos e idosos que foram ao dentista devido à experiência de dor foi de 46,00% nessas faixas etárias. E Lopes (2007, p. 79), analisando o sistema de saúde bucal no município do Rio de Janeiro, afirma que “A estratégia em estruturar o atendimento para que seja universal, necessita, [...], do funcionamento de terceiro turno nas UBS.”

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2003 apontou que 28 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista. Ao passo que o SB Brasil 2003 mostrou que 13% dos adolescentes, 3% dos adultos e quase 6% dos idosos nunca foram ao dentista. Em ambas as faixas etárias a Região Nordeste apresentou o maior índice de pessoas que nunca foram ao dentista e a Região Sul os melhores valores relativos ao acesso aos serviços odontológicos.

No contexto em que se realizou a 3ª CNSB, foram ressaltados contrastes sociais e a exclusão de parcela expressiva da população do acesso aos mais elementares direitos sociais. A escolaridade deficiente, a baixa renda, a falta de trabalho, enfim, a má qualidade de vida produz efeitos devastadores sobre a saúde bucal, dando origem a dores, infecções, sofrimentos físicos e psicológicos. Por essa razão, o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nessa área exige mais do

que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. Requer políticas intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas de governo (BRASIL, 2007c).

O perfil predominante de paciente atendido encontrado na pesquisa (tabela 5.5), sendo na maioria classificado como de classe baixa (92,73%), vai de encontro às políticas sociais desenvolvidas atualmente, considerando ainda que as condições de saúde bucal e o estado dos dentes são sinais de exclusão social e precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o País, devido a problemas de saúde localizados na boca ou por imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais. Matos et al. (2002), em estudo realizado em Bambuí/MG, afirmam que populações com menor nível socioeconômico se encontravam em desvantagem em relação aos atendidos nos serviços privados ou nos serviços do sindicato e; que os serviços públicos odontológicos aparentemente não têm conseguido reduzir as desigualdades sociais com referência à saúde bucal.

Um sinal claro e evidente desta exclusão é a cárie dentária, avaliada por meio do índice CPO-D, que corresponde ao número médio de dentes permanentes cariados, perdidos ou obturados por indivíduo. De acordo com o SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004e), nas crianças de 12 anos de idade, o índice CPO-D observado em 2003 foi de 2,78. Para os adolescentes o CPO-D foi 6,17 e para os adultos 20,13. Isto significa que entre a adolescência e a idade adulta aproximadamente 14 dentes são atacados pela cárie. Os idosos apresentaram um CPO-D de 27,79, sendo a perda dental o principal problema (quase 26 dentes extraídos em média por pessoa).

As Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b), além da expansão e qualificação das ações de atenção básica e, diante da grande demanda reprimida por serviços odontológicos especializados, então correspondendo a cerca de 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos, apontaram para a necessidade de implantação, em todo o País, com equidade, de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. Para a efetivação dos CEO, o documento apontou para a necessidade de se estabelecer “[...] adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na [...] totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde”.

De acordo com a tabela 5.1, 30,36% são habilitados como CEO tipo I; 62,5% como CEO tipo II e; 7,14% como CEO tipo III, empregando cerca de 867 profissionais. Por CEO, em média, existem 9,07 CDs; 5,5 ASBs e; 0,9 TSBs (Tabela 5.2). Destaque importante é a existência de CEO com apenas um CD ou nenhum ASB, já que a Portaria nº. 599/GM exige no mínimo 3 CDs para CEO (tipo 1) e 1 ASB para cada um dos consultórios odontológicos instalados (no mínimo 3 para CEO tipo 1). Infere-se também, de acordo com os resultados, que TSBs realizam as funções de ASBs, já que existem locais apenas com este tipo de profissional. Segundo nota técnica da Coordenação Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2008a), até dezembro de 2008 o Brasil Sorridente havia gerado empregos diretos para aproximadamente 40 mil trabalhadores da saúde bucal.

Estes centros atendem até 20 pacientes por turno de 4 horas, em sua maioria (64,71%), por CEO tipo I. Os credenciados como tipo II atendem até 30 pacientes em 65,71% dos casos, e os tipo III de 31 a 70 pacientes (Tabela 5.4). Resultado que está de acordo com a capacidade física e de recursos humanos que variam de acordo com a modalidade em que o CEO está credenciado, pois de acordo com a

Portaria nº. 599/GM de 23 de março de 2006, o CEO tipo 1 necessita possuir 3 consultórios odontológicos completos, além de pelo menos 3 CDs e 1 ASB por consultório; o CEO tipo 2 necessita possuir 4 a 6 consultórios odontológicos completos, além 4 ou mais CDs e 1 ASB por consultório e; o CEO tipo 3 necessita possuir 7 ou mais consultórios odontológicos completos, além de 7 ou mais CDs e 1 ASB por consultório. Além de, segundo a Portaria nº. 600/GM de 23 de março de 2006, produção mínima mensal diferenciada para cada tipo de CEO.

Cabe destacar que dos CEO que atingem a produtividade mínima segundo seus gestores (Tabela 5.8): 49,09% (periodontia), 50,00% (endodontia) e 46,30% (cirurgia); a maioria atendem os pacientes em um tempo médio de até 30 dias, a saber: 81,48% (periodontia), 70,37% (endodontia) e 88,00% (cirurgia).

Outra característica destes ambulatorios de especialidades é a não existência de gratificações para os profissionais por estarem trabalhando com especialidades: no caso dos CDs, apenas 16,07% dos centros gratificam de alguma forma; no caso dos ASBs, apenas 12,50% (tabela 5.7). Segundo levantamento do Conselho Federal de Odontologia (2006), 54,8% dos odontólogos tem algum vínculo com o setor público, números que se tornam preocupantes quando pesquisa do Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Sócio-Econômicos (INBRAPE) em 2003 mostra que a questão salarial representa 53,4% das queixas apresentadas pelos Cirurgiões-Dentistas no serviço público.

Diante da necessidade de orientar, acompanhar e avaliar esta implantação junto a Estados e Municípios, entre agosto de 2006 e agosto de 2007, definiu-se pela realização, para todas as Regiões do País, de uma Capacitação Técnica e Política para gestores, coordenadores e trabalhadores da Saúde Bucal, diretamente

envolvidos com a implantação dos CEO. As mesmas capacitaram aproximadamente 450 trabalhadores da saúde bucal de todos os estados brasileiros, visando o desenvolvimento de um processo de capacitação que permitisse: conhecer o papel do CEO na organização da atenção em saúde bucal, nos níveis municipal e regional; instrumentalizar trabalhadores de saúde bucal para o processo de gerenciamento dos CEO e; estimular um processo de educação permanente na gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2007d).

O fato de apenas 30,19% de pessoas que trabalham com gestão em saúde bucal terem participado de algum curso sobre gerência de CEO (Tabela 5.6) é motivo de grande preocupação, pois denota certo “amadorismo” com que a saúde bucal possa estar sendo conduzida, principalmente junto aos municípios, com trocas constantes de profissionais em que foram investidos recursos financeiros para melhorar a gestão da atenção em saúde bucal e de repente são substituídos por outras pessoas sem experiência; somado ao fato de uma baixa proporção de centros (57,14%) que possuem um profissional exclusivo para gerenciá-los. Denota também uma falha na continuação do projeto de capacitação iniciado pelo MS, que previa a multiplicação do conhecimento disseminado pelas capacitações, de acordo com a necessidade dos municípios e regiões dos mesmos, e deveria ser levada adiante pelos agentes públicos das secretarias estaduais de saúde, que seriam os multiplicadores da luta pela mudança do modelo de atenção à Saúde Bucal no país.

Aspecto interessante é notado no resultado da tabela 5.6, em que 35,71% dos CEO possuem CDs que também trabalham em ESBSF. A legislação específica (BRASIL, 2006g) regulamenta que todos os componentes que trabalham nas ESBSF devem ter jornada de trabalho de 40 horas semanais. Uma das possibilidades que permitiriam ao profissional CD fazer esta jornada “tripla” seria se

o CEO funcionasse no período noturno ou em horários flexibilizados, e apenas 14,29% oferecem aquela e 44,64% esta, conforme já visto na tabela 5.1. Conclui-se que existem centros com profissionais que não cumprem toda a carga horária devida em algum dos serviços odontológicos (BRASIL, 2008f).

Starfield (2002, apud BRASIL, 2006b, p. 11) define os princípios ordenadores da Atenção Básica em: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Para que as ESBSF possam realmente acolher as famílias e desenvolver relações de vínculo e responsabilização com a comunidade, é necessário essa mudança de modelo de atenção, centrado não apenas na boca do indivíduo, e sim em sua totalidade.

Apesar da Lei nº. 8080/90, além de outros normativos e legislações, afirmarem que os estados devem prestar apoio financeiro às ações e serviços de saúde, apenas 4,44% dos centros de especialidades odontológicas, sob gestão municipal, recebem algum tipo de incentivo (Tabela 5.7), o que prejudica a implantação da política de saúde bucal junto aos municípios, pois acabam contando apenas com o apoio do gestor federal que encaminha recursos de implantação e custeio mensal, e assumem todos os demais gastos sozinhos. Estimativas do Ministério da Saúde dão conta de que estes valores não cobrem sequer 30% dos custos de manutenção do serviço. Dessa forma, faz-se necessário o reajuste dos valores dos incentivos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde e um maior compromisso dos estados brasileiros para as ações em saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Aspecto importante detectado na pesquisa é o não conhecimento dos gestores, em 3 CEO sob gestão estadual (5,36%), dos recursos que são encaminhados pela secretaria estadual de saúde para a manutenção do serviço. E

em 9 CEO (16,07%) sob gestão dupla (municipal e estadual), os gestores afirmam que não existe recurso financeiro encaminhado pela secretaria estadual de saúde ou não sabem se tais recursos existem.

Deve ser ressaltado neste ponto a necessidade da regulamentação da EC nº. 29, pois apesar de dados do SIOPS mostrarem que nos últimos anos aumentou a quantidade dos estados que “cumprem” o mínimo de 12% estabelecido até agora por resolução do CNS nos gastos em ações e serviços de saúde - 23 em 2008 (Gráfico 2.4) - isto não se traduz diretamente em investimentos na área da saúde bucal nem da saúde, pois falta a definição do que seriam esses recursos próprios em ações e serviços de saúde. Segundo reportagem de (Folha de São Paulo online, 2009), para atingir os percentuais mínimos, a maioria dos estados "maquiam" seus balanços contabilizando gastos que não são propriamente com saúde pública, incluindo nas “contas da saúde: tratamento de esgoto, plano de saúde dos funcionários estaduais, aposentadoria dos servidores da saúde, alimentação de presidiários e programas sociais do estilo Bolsa-Família”.

O trabalho precário fica evidente quando se analisa os resultados obtidos através da tabela 5.15, em que 35,71% dos CEO não apresentam CD concursado. Outro aspecto importante é o vínculo empregatício através de contrato sem processo seletivo ou por outros meios, que atingem respectivamente 12,50% e 8,93% dos centros. É fato que a flexibilização tem sido amplamente utilizada no processo de construção do SUS em decorrência da conjuntura econômica e política, porém se traduz na ausência de proteção legal do trabalho, levando à vulnerabilidade social.

O trabalho precário em saúde tem sido identificado como obstáculo para o desenvolvimento do SUS, o que compromete a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados pelo mesmo. De acordo com o IBGE em 2005, o setor saúde conta com mais de 2,5 milhões de empregos, sendo que o setor público detém mais da metade destes (56%), constituindo-se o maior empregador, distribuídos nas três esferas de governo: empregos federais: 7%, estaduais: 24% e municipais: 69% (BRASIL, 2009e).

Segundo a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), os problemas são de grande complexidade, como: “ausência de uma política de gestão de trabalho e da educação permanente que valorize a carreira no SUS; dificuldade de inúmeros municípios em selecionar e fixar profissionais de saúde e; parâmetros salariais que não guardam equidade entre si”. Por isso, o MS apóia e estimula a instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários nos estados e municípios brasileiros, visando à construção de uma carreira unificada para a criação de uma identidade e cultura próprias dos trabalhadores do SUS (BRASIL, 2009f).

Apesar de ser uma especialidade obrigatória no CEO, de acordo com a Portaria nº. 599/GM de 23 de março de 2006, 19,64% dos centros não realizam biópsia e, destes que não realizam, 5,36% não o fazem por falta de pessoal capacitado (Tabela 5.9). É importante frisar a necessidade da efetiva organização de educação permanente e continuada aos profissionais que atuam no SUS, de modo a garantir e aumentar a resolubilidade e atingir a integralidade do sistema.

Problemas estes que também são sentidos no município do Rio de Janeiro, em que a ocupação das vagas destinadas para a especialidade da estomatologia é deficiente, pois a demanda é superior à oferta de profissionais CDs com especialização (LOPES, 2007, p. 86). Neste estudo a realização de convênios com instituições de ensino e novo concurso foram as melhores opções propostas para solucionar a carência de recursos humanos no município.

Importante apoio para a PNSB foi a inclusão do patologista bucal na tabela de atividades profissionais do SIA/SUS, dada pela Portaria nº. 566/SAS de 6 de outubro de 2004 (BRASIL, 2004f), , para que pudesse realizar o procedimento de exame anatomopatológico, visando aumentar a oferta e absorção pelo SUS, relativo aos procedimentos especializados em saúde bucal, no caso a biópsia. Dos 46,30% de CEO que não tem dificuldade em atingir a produtividade mínima na especialidade de cirurgia oral menor, 76,00% realizam biópsia (já que estes procedimentos estão incluídos como parte da produção mínima obrigatória da especialidade de cirurgia oral menor).

Recomenda-se que o CEO funcione como o local de acolhimento (em consonância com a Atenção Básica nas UBS) dos pacientes que sejam identificados através da estratégia sugerida, diminuindo o tempo de espera para esta especialidade, que se situa entre 30 e 90 dias para os usuários de 15,79% dos centros (Tabela 5.14). Dados do INCA indicam que os pacientes se apresentam para tratamento em estágios avançados de comprometimento e que, além deste diagnóstico tardio, o paciente com câncer de boca sofre uma defasagem de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, sendo em média de 84 dias. Espera-se ainda que o CEO possa ser um espaço onde o planejamento da atenção

odontológica reabilitadora aconteça para que todos os indivíduos nas fases de pré e pós-tratamento oncológico sejam atendidos (BRASIL, 2008d).

Souza e Roncalli (2007) já apontavam a ausência de profissionais capacitados que dificultam a realização da integralidade em saúde, enquanto Araújo (2006, apud ROBLES, 2008, p. 379) aponta um caminho, afirmando a necessidade de mudança na formação dos profissionais oriundos nas faculdades de odontologia do Brasil, no sentido de que se prepare os odontólogos para enfrentar as “reais necessidades da saúde bucal da população, sob políticas públicas de saúde e princípios do SUS”.

Em relação à atenção oferecida aos pacientes especiais, o CEO é a única referência para este tipo de paciente no município (77,78%). Importante informação recai sobre os 71,15% (Tabela 5.9) dos CEO que têm uma referência definida e pactuada relacionada a este tipo de paciente para o ambiente hospitalar, bem como a baixa demanda reprimida no encaminhamento dos mesmos (25,49%). Números que talvez possam ser explicados devido à existência histórica de serviços organizados, em grande parte filantrópicos, para esses pacientes, além de uma legislação específica garantidora e protetora dos seus direitos. Outros dados da pesquisa mostrados na Tabela 5.14, como a espera destes pacientes situando-se em sua grande maioria (91,67% dos CEO) em até 30 dias, corroboram este tipo de argumento da organização da atenção para os pacientes portadores de necessidades especiais.

A maior parte da referência feita aos CEO, 78,57%, vem da rede de atenção básica (Tabela 5.11), o que vem ao encontro dos critérios definidos de priorização de encaminhamento dados pela Política Nacional de Saúde Bucal. No caso de

centros que atendem uma demanda referenciada e espontânea (16,07%), fogem um pouco destes critérios, pois as recomendações de referência vão no sentido de encaminhar o usuário com eliminação da dor e com ações realizadas para controle da infecção bucal (adequação do meio bucal, terapia periodontal básica, remoção dos focos de infecção e selamento provisório das cavidades de cárie). Soma-se ao exposto o fato dos casos de urgência deverem ser solucionados nas Unidades Básicas ou no Pronto-Atendimento, não devendo o CEO funcionar como referência para este tipo de atendimento (BRASIL, 2005c), como acontece em 39,28% dos locais visitados (Tabela 5.10).

A pouca utilização de sistemas de avaliação é vista nos CEO participantes desta pesquisa, em que apenas 21,43% realizam uma avaliação de satisfação do usuário e cerca de 25,49% avaliam as ações especializadas através de algum indicador (Tabela 5.12). No detalhamento da questão para este último, as respostas dos gestores foram as mais diversas possíveis: “acompanhamento pelo município, setor de controle e avaliação, SB Brasil, avaliação epidemiológica, reunião para avaliar procedimentos, produção/meta, indicadores do pacto, pactuação de metas pelo distrito, série histórica desde 2006/exo/endo, CPOD”.

Reforça as afirmações de Felisberto (2006), para quem a avaliação em saúde apresenta-se através de processos incipientes e pouco incorporados às práticas; e Pisco (2006), para quem a ausência de políticas de avaliação não traz uma capacidade de produzir mudanças apropriadas que conduzam à melhoria de qualidade dos cuidados prestados.

Cabe comentário a respeito dos dois indicadores da saúde bucal usados atualmente pelo SUS. Com relação à primeira consulta odontológica programática,

os resultados alcançados se mantêm constantes ao longo dos anos, ficando abaixo da meta nacional de 30% (2006 e 2007) e 15% (2008), conforme visto no gráfico 2.13. Ressalta-se que a descrição desse procedimento foi alterada em 2006 com o objetivo de melhorar o registro no Sistema de Informação Ambulatorial. No entanto, acredita-se que ainda persistem diversos entendimentos da descrição da primeira consulta odontológica programática, repercutindo no registro da informação. Praticamente todos os estados apresentaram pequenas variações na comparação entre os resultados dos anos de 2006 e 2007, sendo que o resultado nacional alcançou, respectivamente, 12,49% e 12,05%. Em 2008 o resultado chegou muito perto da meta nacional reavaliada (13,7%). Dos fatores que podem ter contribuído para o alcance da meta nos estados, infere-se a melhoria de acesso da população ao serviço odontológico. Dentre os elementos que podem ter influenciado o não alcance de metas, destacam-se: dificuldade de fixação de profissionais da saúde bucal notadamente no interior dos estados, áreas rurais dos municípios, comunidades isoladas (ribeirinhas), falha na alimentação do procedimento no SIA/SUS e o descumprimento da jornada de trabalho (BRASIL, 2009f).

Com relação ao indicador: média anual da ação coletiva escovação supervisionada, a meta nacional pactuada tem sido de 5, e os resultados alcançados entre 2006 e 2007 foram de, respectivamente, 3,09 e 3,12. A escovação dental supervisionada é uma ação educativa com estímulo ao autocuidado e os insumos são de baixo custo. No entanto, os resultados apresentados, de modo geral, ainda são muito baixos no Brasil. Infere-se que os elementos que tenham influenciado o não alcance de metas estejam relacionados a ausência de alimentação de dados no sistema de informação, à dificuldade na prática da ação de escovação dental por decorrência da falta de insumos de higiene dental além do pouco compromisso com

a meta pactuada. O alcance da meta possivelmente deve-se à priorização da prática da escovação dental supervisionada por parte dos profissionais das UBS e gestores. A Estratégia Saúde da Família tem potencial para obter melhores resultados com a inserção das Equipes de Saúde Bucal e por ser um modelo que prioriza a prática da prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2009f).

Um tipo de avaliação mais comumente utilizado pelos CEO (80,00%) é a de sua produção (Tabela 5.12), utilizado como instrumento de gestão para que se vejam os resultados e impactos na qualidade de vida da população beneficiária e repensem as opções políticas e programáticas (SILVA; MARTINS, 2000), e permitam a introdução de ajustes e correções de rumo em planos que sofreram acidentes de percurso (PINTO, 2000, apud MANFREDINI, 2003, p. 61).

Números que se convertem em importante subsídio favorável pela instituição da avaliação e monitoramento no planejamento e gestão em serviços de saúde, já que dos CEO que não tem dificuldade em atingir a produtividade mínima: 49,09% (periodontia), 50,00% (endodontia) e 46,30% (cirurgia); a maioria utiliza esta avaliação da produção como instrumento de gestão, respectivamente: 77,78% (periodontia), 77,78% (endodontia) e 76,00% (cirurgia).

Uma avaliação da produção dos CEO pode ser realizada de acordo com a tabela 6.1. Vê-se que, para a especialidade de periodontia, os CEO tipo I e II então habilitados ficaram abaixo da meta indicada pela legislação em 2005, melhorando um pouco a situação em 2006, quando apenas os CEO tipo I não alcançaram o objetivo. O aumento da resolubilidade dos casos de média complexidade na rede de atenção básica e o encaminhamento do paciente apenas quando o tratamento está completo na unidade básica de saúde, segundo informação dos gestores, podem estar contribuindo para a causa da baixa produtividade da especialidade.

Tabela 6.1 – Distribuição segundo critérios de média de produção mensal por tipo de CEO e metas definidas pela Portaria nº. 600/GM de 23 de março de 2006, em 2005 e 2006

Variáveis Situação	Meta	Resultado 2005	Situação	Resultado 2006	
Periodontia:					
CEO tipo I	60	32.83	Abaixo	49.90	Abaixo
CEO tipo II	90	68.97	Abaixo	102.42	OK
CEO tipo III	150	228.11	OK	157.94	OK
Endodontia:					
CEO tipo I	35	26.33	Abaixo	30.86	Abaixo
CEO tipo II	60	84.82	OK	59.98	Abaixo
CEO tipo III	95	363.39	OK	270.94	OK
Cirurgia:					
CEO tipo I	80	9.88	Abaixo	25.41	Abaixo
CEO tipo II	90	38.31	Abaixo	40.29	Abaixo
CEO tipo III	170	76.81	Abaixo	98.46	Abaixo

Em relação à especialidade de endodontia, ficaram abaixo da meta os CEO tipo I em 2005 e os CEO tipo I e II em 2006. Uma informação recorrente passada para o nível federal pelos serviços municipais era que a produção mínima exigida seria um pouco alta, pois para a realização completa do tratamento de canal geralmente leva-se, de acordo com o protocolo seguido, mais de uma sessão (ou muitas mais dependendo do caso). Questionamentos da gestão municipal e dos próprios profissionais levavam à percepção que seria mais vantajoso realizar tratamentos de canais uni-radiculares ao invés de canais bi/tri-radiculares, pois o registro no SIA/SUS é por dente obturado e não por número de canais obturados, o

que levaria teoricamente menos tempo e não influenciaria “negativamente” na produção da especialidade.

Em razão disso, com publicação da nova Tabela Unificada de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do SUS (BRASIL, 2007j; 2007l), a área técnica do MS desmembrou vários procedimentos do tratamento endodôntico com o intuito de serem aproveitados como produção pelos CEO, tais como: curativo de demora e acesso a polpa dentária e medicação. No momento a discussão sobre a inclusão destes novos procedimentos está em andamento pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal e, quando finalizado, deverá ser alterada a portaria que regulamenta a produção mínima dos centros.

Para a cirurgia, todos os CEO implantados em 2005 e 2006 ficaram abaixo da meta. A baixa procura de pacientes para a especialidade de cirurgia oral, a existência de referência anterior ao CEO para a especialidade e a queixa sobre a produção mínima ser alta são os fatores mais recorrentes, dados pelos gestores, do não atingimento da meta. A falta de profissionais nesta área foi detectada pelo MS e, no intuito do fortalecimento da Política Nacional de Saúde Bucal através da qualificação da atenção prestada nos Centros de Especialidades Odontológicas e estabelecimentos hospitalares, instituiu-se entre a Coordenação Nacional de Saúde Bucal e a SGTES uma política de formação de profissionais em um programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, que leva em consideração as seguintes características para a escolha e determinação das instituições que irão participar: possuir adscrição regional com outras Residências; ser referência para os CEO e para as Equipes de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família; a natureza jurídica da instituição e sua condição de credenciamento junto ao SUS. A partir da publicação da Portaria Interministerial MEC/MS nº 45, de

12 de janeiro de 2007, que institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, será possível iniciar o processo de certificação desses cursos como residência, e não mais apenas como especialização (BRASIL, 2007i).

Outros problemas se somam às justificativas dos municípios e estados pela não realização das metas, como: ausência por férias e licença médica de profissionais sem substituição, equipamentos em manutenção, reformas nas unidades, absenteísmos de pacientes nas consultas agendadas, falta de adequação do número de horas/profissional por especialidade, problemas administrativos internos, envio incorreto e falha na alimentação da produção do SIA/SUS pelo gestor municipal e/ou estadual, falta de profissionais em algumas especialidades por não existirem cargos no município, falta de ASBs, preenchimento incorreto do BPA e da FPO, demora dos municípios que devem referenciar para o CEO fazerem o agendamento e, até, a existência de uma demanda adormecida que não procura os serviços.

Uma preocupação da Coordenação Nacional de Saúde Bucal no desenvolvimento da reorganização da atenção especializada em saúde bucal é a condução da pactuação das ações e serviços de média complexidade em saúde bucal; junto aos municípios, estados e comissões intergestoras; na definição de projetos ou repactuação dos CEO já instalados, quando possuíam um baixo contingente populacional e, por isso, tivessem dificuldade em se adequar à produção mínima exigida pela Portaria nº. 600/GM de 23 de março de 2006; ou mesmo quando tivessem capacidade para cumprir a normativa, porém trabalhassem na perspectiva da regionalização solidária dada pelo “Pacto Pela Saúde” (BRASIL, 2006d). A pesquisa mostra um resultado que de alguma forma não se adequa no modelo proposto de reorganização da atenção especializada, já que 52,73% dos

centros não são referência intermunicipal (Tabela 5.10); ao mesmo tempo em que foi visualizada dificuldade em se atingir a produção mínima estabelecida nas diversas especialidades: periodontia – 50,91%; endodontia – 50,00%; cirurgia – 53,70% (Tabela 5.8) e, destes, são referência intermunicipal, respectivamente: 51,85% (periodontia), 44,44% (endodontia) e 48,00% (cirurgia).

Historicamente, a prestação de serviços de saúde bucal no Brasil tem sido de baixa complexidade, com acesso restrito ao tratamento, predominantemente limitado a ações curativas, mutiladoras e experiências isoladas de atividades preventivas voltadas, principalmente, à população escolar, com reduzida realização de procedimentos de média e alta complexidade. Com a expansão do conceito de atenção básica, e o conseqüente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fizeram-se necessários, também, investimentos que propiciassem a ampliação da assistência ambulatorial especializada, promovendo a integralidade da atenção à saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009b). As ações especializadas em saúde bucal no âmbito do SUS estão sendo expandidas através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (68,52% dos municípios não ofereciam ações especializadas em saúde bucal antes da implantação do CEO, conforme tabela 5.13).

Na análise de produção no SIA/SUS realizada pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal, os estabelecimentos que já ofereciam ações especializadas em saúde bucal anterior à implantação do CEO têm um desempenho em média superior em relação aos estabelecimentos novos em municípios que não oferecem procedimentos especializados em saúde bucal. Com dados da atual pesquisa, é possível afirmar apenas que, dos CEO que tem dificuldade em atingir a produtividade mínima: 50,91% (periodontia), 50,00% (endodontia) e 53,70%

(cirurgia); no município em que estão localizados, a maioria não oferecia ações especializadas em saúde bucal antes da implantação do CEO, respectivamente: 71,43% (periodontia), 74,07% (endodontia) e 68,97% (cirurgia).

Os CEO realizaram, entre 2005 e 2008, mais de 15 milhões de procedimentos especializados em saúde bucal, passando de 14,70%, em 2005, para 50,99% do total de procedimentos especializados em 2008, denotando o fortalecimento da implantação da política de reorganização da atenção especializada em saúde bucal no Brasil (Gráfico 6.1).

Gráfico 6.1 - Procedimentos especializados em saúde bucal realizados por estado e municípios brasileiros, de 2000 a 2008. Notar a proporção de procedimentos, a partir de 2005, realizados pelos Centros de Especialidades Odontológicas.

Uma questão não discutida nesta pesquisa é a produção mínima obrigatória de procedimentos básicos que os CEO devem realizar, de acordo com a Portaria nº. 600/GM de 23 de março de 2006. Tais procedimentos se justificam realizar apenas para os pacientes portadores de necessidades especiais, já que o CEO é referência para este tipo de atendimento. Apesar dos números coletados superarem em muito

a meta estabelecida para cada tipo de CEO, não há possibilidade, com os sistemas de informação oficiais do SUS atualmente em vigor, separar quais procedimentos básicos foram realizados efetivamente para os PNE e quais foram realizados como sendo da atenção básica propriamente dita, já que os municípios e estados implantam os centros de referência muitas vezes em estruturas físicas onde já funcionam outros serviços, como unidades mistas e faculdades.

A inserção da Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família, em 2001, representou a possibilidade de se criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal na Atenção Básica. Os 20,37% de municípios que já ofereciam ações especializadas em saúde bucal antes da implantação do CEO (Tabela 5.13), através da rede básica de saúde, já atuavam dentro da perspectiva das DPNSB, que apontam no sentido da ampliação e qualificação da atenção básica, pela inclusão de procedimentos mais complexos, buscando dessa forma a integralidade das ações de saúde bucal.

A espera pelo tratamento especializado em saúde bucal nos CEO foi um dos aspectos a serem considerados com especial atenção nesta pesquisa, pois é na interface usuário/serviço de saúde (“na ponta”) que se desenvolve a relação que garante ou não o acesso às ações demandadas (Tabela 5.14).

O SB Brasil 2003 apresenta que a doença periodontal (que atinge a gengiva e demais tecidos de sustentação dos dentes) mostrou-se alta em todas as faixas etárias, com menos de 22% da população adulta e menos de 8% dos idosos apresentando gengivas saudáveis. A espera pelos serviços especializados de periodontia não ultrapassa 30 dias em 82,35% dos CEO, em que a maioria é

atendida com relativa rapidez, propiciando uma ação na direção de superar os problemas relativos à organização da atenção em saúde bucal no SUS.

O edentulismo, de acordo com o SB Brasil 2003, continua sendo um grave problema no Brasil, especialmente entre os idosos. Tanto na arcada superior quanto na arcada inferior, aproximadamente 85% da população adulta e quase 99% dos idosos usam ou necessitam de algum tipo de prótese dentária. Mais de 75% dos idosos não possuem nenhum dente funcional em pelo menos um dos maxilares. Destes, mais de 36% necessitavam de pelo menos uma dentadura (BRASIL, 2004e).

Uma política específica tem sido realizada na atenção especializada em saúde bucal, através da implantação de LRPD, vinculados ou não aos CEO. Hoje existem 323 LRPD implantados e credenciados pelo Ministério da Saúde que, além de terem recebido os equipamentos e materiais permanentes para sua instalação, recebem recursos de custeio por prótese produzida: R\$ 60,00 para cada PT ou PPR produzida, valores reajustados e definidos pela Portaria nº. 2374/GM de 07 de outubro de 2009 (ANEXO E), que substitui a Portaria nº. 1572/GM de 29 de julho de 2004. Avanço importante nessa nova portaria citada é a extensão para o financiamento de próteses coronárias (intra-radulares fixas/adesivas).

Mesmo com estes números expostos, existe uma grande demanda reprimida que os CEO, nos quais existe a oferta desta especialidade, não estão sendo capazes de absorver a alta demanda: 45,45% iniciam o tratamento para a confecção da prótese dentária em até 30 dias; 33,33% entre 30 e 90 dias; 18,18% entre 90 dias a 1 ano e 3,03% com mais de um ano. Uma ação realizada para tentar amenizar esta demanda foi a inserção na atenção básica de procedimentos relacionados com

a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares (Portaria nº. 566/SAS de 6 de outubro de 2004), sendo possível avançar na direção da superação do quadro atual, onde os procedimentos relativos às diferentes próteses dentárias estão inseridos nos serviços especializados e, portanto, não são acessíveis à maioria da população (BRASIL, 2004a).

A endodontia se coloca como a especialidade em que mais existe demanda reprimida, onde 59,62% dos centros conseguem atender os usuários em até 30 dias, fruto da prática odontológica hegemônica nos últimos anos, que reservou aos adultos e idosos quase que exclusivamente o acesso à mutilação dental, resultando numa situação de extrema exclusão social (BRASIL, 2007c).

Dados do próprio SB Brasil 2003 mostram que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu como meta para o ano 2000 que pelo menos 75% dos adultos e que no mínimo 50% dos idosos apresentassem 20 ou mais dentes. No Brasil apenas pouco mais de 52% da população adulta e menos de 10% dos idosos possuem 20 ou mais dentes; pois não existia uma verdadeira Política Nacional de Saúde Bucal com apoio de vários setores, desde o governo até a sociedade civil organizada.

A questão do aumento da absorção pelo SUS da demanda reprimida relacionada à endodontia passa, analogamente ao que acontece para a prótese dentária, pela Atenção Básica. Protocolo de regulação do Ministério da Saúde define que se deve resolver a situação de emergência do usuário e monitorá-lo (medicação e troca de curativos) na UBS, enquanto o mesmo aguarda agendamento no CEO. O tratamento endodôntico também poderá ser realizado na UBS, conforme disponibilidade técnica e de equipamento da unidade. (BRASIL, 2008d)

Além disso, antes de encaminhar o usuário ao CEO, o CD da UBS deverá verificar o potencial de reversão do processo patológico, realizando proteção pulpar direta ou indireta e/ou pulpotomia, aguardando período para acompanhar e avaliar a vitalidade pulpar (BRASIL, 2008d). Importante nesta questão a realização de avaliação prévia ao encaminhamento, relacionada à viabilidade da reconstrução/restauração do dente tratado quando este não apresentar estrutura coronária e/ou necessitar prótese (BRASIL, 2005c); já que, dos 55,36% de CEO onde havia cirurgiões-dentistas responsáveis pelo tratamento de canal dos pacientes no momento da entrevista e responderam a pesquisa, em 12,90% dos mesmos houve a afirmação de que os usuários não são corretamente referenciados de acordo com critérios pré-estabelecidos pela gestão municipal/estadual.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inegavelmente a atual Política Nacional de Saúde Bucal tem o mérito de ter feito o resgate de uma área que ficou relegada e esquecida por sucessivos gestores e governos, como se não existisse. A construção da PNSB na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal foi fundamental para que tivesse apoio de vários setores, da comunidade à sociedade civil organizada e, sem sombra de dúvidas, ganhasse apoio político interno do Governo Federal e, com isso, houvesse a priorização da área inclusive com o “status” de meta presidencial e a viabilização dos recursos financeiros através do Ministério da Saúde que estão possibilitando a implantação do Brasil Sorridente.

A reorganização da atenção especializada em saúde bucal foi (está sendo) realizada através, principalmente, da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas. Com este avanço, é necessário um salto na qualificação desta atenção, através da institucionalização do monitoramento e avaliação visando à melhoria do planejamento da gestão em saúde bucal em todas as esferas.

A avaliação da atenção especializada em saúde bucal (constante desta pesquisa), em conjunto com o SB Brasil 2010 e outras iniciativas do Ministério da Saúde, é parte integrante deste processo de institucionalização que, espera-se, tenha um potencial indutor capaz de multiplicar e disseminar o conhecimento para que os gestores estaduais e municipais em saúde realizem suas próprias pesquisas de avaliação para que atinjam um único objetivo, propiciar a melhora das condições de saúde bucal da população brasileira.

REFERÊNCIAS¹

Bartole MCS. Concepção e formulação de políticas e programas com enfoque da integralidade: o exemplo da política nacional de saúde bucal. In: Lopes MGM. Saúde bucal coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade. Rio de Janeiro: editora Rubio; 2008, p. 161-73.

Bodstein R, Feliciano K, Hortale VA, Leal MC. Estudos de linha de base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006;11(3):725-31.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de média e alta complexidade no SUS. Brasília: CONASS; 2007f.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde. Brasília: CONASS; 2007a.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS; 2007b.

Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília: 20 set. 1990.

Brasil. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990b. 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. *Diário Oficial da União*. Brasília: 31 dez. 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. A saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família e o Programa Brasil Sorridente reduzem o número de extrações dentárias no país. Brasília: Ministério da Saúde; 2007g. (Informe da atenção básica, nº 39).

Brasil. Ministério da Saúde. Análise Situacional: Saúde Bucal. Brasília; 2007c. (Nota Técnica da Coordenação Nacional de Saúde Bucal).

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b. (Série A. Normas e manuais técnicos, n. 17).

¹De acordo com estilo Vancouver. Abreviatura de periódicos segundo base de dados MEDLINE.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. 3ª Conferência nacional de saúde bucal: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2004c.

Brasil. Ministério da Saúde. Desprecarização do trabalho no SUS. Brasília; 2009 e. Disponível em: URL: http://189.28.128.100/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1285 [2009 out. 08].

Brasil. Ministério da Saúde. Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011. 2.ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008c. (Série C. Projetos, programas e relatórios)

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de especialidades em saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2008d. (Série A. Normas e manuais técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. O desafio de construir, a partir das equipes de saúde bucal na Saúde da Família, um sistema hierarquizado para assistência em saúde bucal no SUS. Rev Bras Saúde Família 2006 out/dez 12:9-13.

Brasil. Ministério da Saúde. Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho no SUS. Brasília; 2005b. (Documento técnico elaborado pelo Departamento de Gestão do Trabalho e da Regulação em Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Plano de carreira, cargos e salários do SUS. Brasília; 2009f. Disponível em: URL: http://189.28.128.100/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=27182&janela=1 [2009 out. 08].

Brasil. Ministério da Saúde. Plano de carreira, cargos e salários do SUS. Brasília; 2009e. Disponível em: URL: http://189.28.128.100/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1289 [2009 out. 08].

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004a. {Nota Técnica da Coordenação Nacional de Saúde Bucal}.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2006e. {Nota Técnica da Coordenação Nacional de Saúde Bucal}.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2008a. {Nota Técnica da Coordenação Nacional de Saúde Bucal}.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2007h. {Nota Técnica da Coordenação Nacional de Saúde Bucal}.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2009b. {Nota Técnica da Coordenação Nacional de Saúde Bucal}.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 204/GM, de 29 de janeiro de 2007e. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União. Brasília: 31 jan. 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2374/GM de 07 de outubro de 2009f. Altera os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) realizados pelos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Bucal. Diário Oficial da União. Brasília: 9 out. 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2607/GM, de 10 de dezembro de 2004d. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS - Um Pacto pela Saúde no Brasil. Diário Oficial da União. Brasília: 13 dez. 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2848/GM de 7 de novembro de 2007j. Aprova a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. Brasília: 17 out. 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3066/GM, de 23 de dezembro de 2008b. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. Brasília: 24 dez. 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 321/GM de 8 de fevereiro de 2007l. Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. Brasília: fev. 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 325/GM de 21 de fevereiro de 2008f. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Diário Oficial da União. Brasília: 13 mar. 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006d. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. Brasília: 23 fev. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 48/GM de 12 de janeiro de 2009d. Ficam mantidas, para o ano de 2009, as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, definidos no anexo da Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008. Diário Oficial da União. Brasília: 13 jan. 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 493/GM de 10 de março de 2006h. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica - 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília: 13 mar. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 566/SAS de 6 de outubro de 2004f. Diário Oficial da União. Brasília: out. 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 599/GM, de 23 de março de 2006a. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União. Brasília: 24 mar. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 600/GM, de 23 de março de 2006c. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Diário Oficial da União. Brasília: 24 mar. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006g. 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). Diário Oficial da União. Brasília: 29 mar. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 91/GM de 10 de janeiro de 2007k. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. Diário Oficial da União, Brasília: 16 jan. 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Prestação de contas: relatório de cumprimento do objeto – anexo X. Brasília; 2007d.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004e. (Série C. Projetos, programas e Relatórios).

Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para referência e contra-referência aos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasília; 2005c.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de Avaliação da Pactuação Unificada de Indicadores 2007. Brasília; 2009f.

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; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Base de Dados. Brasília; 2009c. Disponível em: URL: <http://siops.datasus.gov.br/> [2009 out. 06].

Brasil. Ministério da Saúde. SUS 20 anos. Brasília; 2009a. Disponível em: URL: http://www.sus20anos.saude.gov.br/sus20anos/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=21&Itemid=26 [2009 jul. 26].

Brasil. Portaria Interministerial MEC/MS nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília: 15 jan. 2007i.

Chaves SCL, Silva LMV. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no estado da Bahia. Cad. Saúde Pública 2007;23(5):1119-31.

Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência Saúde Coletiva* 2006;11(3):705-11.

Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Rev Bras Saúde Família* 2007 jan/mar 13:28-41.

Felisberto, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. *Ciência Saúde Coletiva* 2006; 11(3):53-563.

Folha online. Governadores usam R\$ 3,6 bi da saúde em outros gastos. Folha de São Paulo; Cotidiano. São Paulo; 2009. Disponível em: URL: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u623487.shtml> [2009 set. 14].

Gomes EQ, Cavalcanti PB. Qualidade e organização dos serviços de saúde preventivos {resumo Pt1273}. *Ciência Saúde Coletiva* 2003;8:Supl:1.

Henrique F, Calvo MCM. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(4):809-819.

Lopes MGM. Política “Carioca Rindo à Toa” e o Programa Saúde e Cidadania Dentescola: análise da política de saúde bucal no município do Rio de Janeiro e sua trajetória rumo à implementação considerando a interface com o “Brasil Sorridente” [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ; 2007.

Manfredini MA. Planejamento em saúde bucal. In: Pereira AC. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 50-64.

Manfredini MA. Saúde bucal coletiva e cidadania: construção social do campo das práticas e da produção dos sentidos. In: Lopes, MGM. *Saúde Bucal Coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade*. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2008. p. 17-30.

Matos DL, Costa MFL, Guerra HL, Marcenés W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. Rev Saúde Pública 2002;36(2):237-43.

Molesini JAO. Proposta metodológica para o monitoramento do processo de municipalização {resumo Pt512}. Ciênc Saúde Coletiva 2000;5:Supl:2000.

Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Rev Saúde Pública 2006;40 (N Esp): 141-7.

OMS. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde. Declaração de Alma-Ata. 1978.

Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde nas Américas: 2007. Washington, D.C: OPAS; 2007 (Publicação científica e técnica, No. 622).

Pisco, LA. A avaliação como instrumento de mudança. Ciência & Saúde Coletiva 2006;11(3):566-68.

Pucca JR GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. Ciênc Saúde Coletiva 2006 jan/mar 1;11:243-6.

Robles LP. Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007. [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.

Silva JPV, Martins WJ. A avaliação participativa nas organizações públicas de saúde: uma proposta de construção metodológica {resumo Pt514}. Ciência & Saúde Coletiva 2000;5 Supl:2000.

Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad Saúde Pública 2007; 23(11):2727-2739.

Teixeira, CF. Institucionalizando a prática de avaliação em saúde: significado e limites. Ciênc Saúde Coletiva 2006;11(3):572-574.

Zilbovicius C. A saúde bucal e o Sistema Único de Saúde: Integralidade seletiva em uma conjuntura neoliberal {Dissertação de Mestrado}. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2005.

ANEXO A - Portaria nº 599/GM de 23 de março de 2006**Portaria nº 599/GM de 23 de março de 2006.**

Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando o princípio da integralidade da assistência à saúde;

Considerando o que estabelece a Política Nacional de Saúde Bucal em relação aos Centros de Especialidades Odontológicas;

Considerando o disposto na Portaria nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, que indica a necessidade de suporte por uma rede especializada de serviços odontológicos especializados;

Considerando a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos;

Considerando a regionalização dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a necessidade de garantir acesso integral às ações de saúde bucal; e

Considerando a necessidade de cadastrar e credenciar uma rede assistencial consistente para produção de serviços odontológicos especializados consoante as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, visando a futuras normatizações,

Art. 1º Definir a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento.

§ 1º Os CEOs são estabelecimentos de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como Tipo Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade, com serviço especializado de Odontologia para realizar, no mínimo, as seguintes atividades:

I - diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal;

II - periodontia especializada;

III - cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;

IV - endodontia; e

V - atendimento a portadores de necessidades especiais.

§ 2º O LRPD é o estabelecimento cadastrado no CNES como Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) para realizar, no mínimo, o serviço de prótese dentária total e/ou prótese parcial removível.

§ 3º Definir que o cadastramento nas modalidades estabelecidas nesta Portaria, CEO Tipo 1, CEO Tipo 2, CEO Tipo 3 e LRPD e a verificação das informações das Unidades de Saúde sejam efetuados pelo Sistema de Informação

Ambulatorial (SIA) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), por meio de serviço e classificação específicos, sem o prejuízo de outras formas.

§ 4º Unidades de Saúde que disponham das condições estabelecidas nesta Portaria poderão credenciar-se conforme o estabelecido no § 3º e de acordo com o fluxo definido no artigo 4º.

Art. 2º Definir que a Unidade de Saúde a ser habilitada nas modalidades de CEO e/ou de LRPD atenda às seguintes condições:

I - ser referência para o próprio município, região ou microrregião de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR);

II - ser Unidade de Saúde cadastrada no CNES; e

III - dispor dos equipamentos e dos recursos mínimos exigidos nesta Portaria que estejam exclusivamente a serviço do SUS e dos serviços mínimos exigidos nesta Portaria.

Art. 3º Definir, na forma do Anexo I a esta Portaria, as características das modalidades de CEO estabelecidas no artigo 1º desta Portaria.

Art. 4º Definir as condições gerais e o fluxo de credenciamento para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs):

§ 1º Poderão credenciar-se como CEO quantas unidades forem necessárias para atendimento à demanda da população da região/microrregião de saúde, limitada à disponibilidade financeira do Ministério da Saúde.

§ 2º Os LRPDs poderão credenciar-se com qualquer base populacional;

§ 3º O gestor municipal e o estadual interessados em implantar CEO ou LPDR ou em credenciar alguma unidade de saúde com o serviço e a classificação relacionados, deverá apresentar sua proposta à Comissão Intergetores Bipartite (CIB) do respectivo estado, indicando se o pleito é para CEO Tipo 1, CEO Tipo 2, CEO Tipo 3 ou LRPD.

§ 4º A partir da proposta do pleiteante, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) informará o município e a(s) Unidade(s) de Saúde aprovada(s) ao Departamento de Atenção Básica - Área de Saúde Bucal, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS).

§ 5º A proposta de que trata o § 4º deste artigo deverá contemplar minimamente os seguintes elementos:

a) identificação do município ou do estado pleiteante e da Unidade de Saúde, com cópia do CNES;

b) descrição dos serviços que serão ofertados;

c) demonstração da coerência com o Plano Diretor de Regionalização;

d) identificação da área de abrangência do CEO, indicando para qual município, região ou microrregião é referência, mencionando, inclusive, a população coberta; e

e) emissão de documento, pelos gestores, atestando que atendem aos requisitos estabelecidos no Anexo I a esta Portaria, com prazo de 30 (trinta) dias, a

contar do credenciamento do CEO, para providenciar a atualização, caso necessário, dos sistemas de informação relacionados.

§ 6º Deverá ser adotado como critério de seleção o maior percentual de cobertura das Equipes de Saúde Bucal do Programa Saúde da Família.

§ 7º Caberá às CIBs encaminhar solicitação de credenciamento dos CEOs e dos LRPDs, conforme fluxo estabelecido no parágrafo 4º deste artigo, e ao Ministro da Saúde a formalização em portaria específica.

Art. 5º Estabelecer que o não atendimento às condições e características definidas nesta Portaria pelos municípios pleiteantes, bem como pelas Unidades de Saúde, a qualquer tempo, implique o desc credenciamento da Unidade de Saúde.

Parágrafo único. Caberá às CIBs e/ou ao Ministério da Saúde encaminhar a solicitação ao DAB/SAS/MS, para posterior publicação.

Art. 6º Em relação aos tipos de prestadores fica estabelecido que:

I - somente as Unidades de Saúde de natureza jurídica pública, universidades de qualquer natureza jurídica, consórcios públicos de saúde de qualquer natureza jurídica e serviços sociais autônomos poderão credenciar-se como CEO; e

II - não haverá restrição quanto à natureza jurídica para as Unidades de Saúde credenciarem-se como LRPD.

Art. 7º Os gestores deverão providenciar a adequação visual da Unidade de Saúde à qual está sendo pleiteado o credenciamento, para os itens considerados obrigatórios, do Manual de Inserção de Logotipo disponibilizado pelo Ministério da Saúde em seu site.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir da competência fevereiro de 2006.

Art. 9º Revogar a Portaria nº 1.570/GM, de 29 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 146, de 30 de julho de 2004, Seção 1, Páginas 71 e 72.

SARAIVA FELIPE

Anexo da Portaria nº 599/GM de 23 de março de 2006.

dispõe so	CEO I	CEO II	CEO III
Atividades	Diagnóstico bucal, com ênfase ao câncer; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; atendimento a portadores de necessidades especiais.	Idem	Idem
Equipamentos e materiais	<p>Aparelho de raios-X dentário; equipo odontológico; canetas de alta e baixa rotação; amalgamador; fotopolimerizador; compressor compatível com os serviços; instrumentais compatíveis com os serviços; e 3 consultórios odontológicos completos (cadeira, unidade</p> <p>auxiliar, equipo e refletor).</p>	<p>Aparelho de raios-X dentário; equipo odontológico; canetas de alta e baixa rotação; amalgamador; fotopolimerizador; compressor compatível com os serviços; instrumentais compatíveis com os serviços; e 4 a 6 consultórios odontológicos completos</p> <p>(cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor).</p>	<p>Aparelho de raios-X dentário; equipo odontológico; canetas de alta e baixa rotação; amalgamador; fotopolimerizador; compressor compatível com os serviços; instrumentais compatíveis com os serviços; e 7 ou mais consultórios odontológicos</p> <p>completos (cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor).</p>

Outros recursos	Mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados.	Mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados.	Mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados.
Recursos humanos	<p>3 ou mais cirurgiões dentistas e 1 auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico.</p> <p>Obs: cada um dos consultórios odontológicos deve ser utilizado para a realização de procedimentos clínicos por, no mínimo, 40 horas semanais, independente do número de cirurgiões dentistas que nele atuem.</p> <p>No mínimo de pessoal de apoio administrativo – recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo.</p>	<p>4 ou mais cirurgiões dentistas e 1 auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico.</p> <p>Obs: cada um dos consultórios odontológicos deve ser utilizado para a realização de procedimentos clínicos por, no mínimo, 40 horas semanais, independente do número de cirurgiões dentistas que nele atuem.</p> <p>No mínimo de pessoal de apoio administrativo – recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo.</p>	<p>7 ou mais cirurgiões dentistas e 1 auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico.</p> <p>Obs: cada um dos consultórios odontológicos deve ser utilizado para a realização de procedimentos clínicos por, no mínimo, 40 horas semanais, independente do número de cirurgiões dentistas que nele atuem.</p> <p>No mínimo de pessoal de apoio administrativo – recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo</p>

Anexo B - Portaria nº 2.373, de 7 de outubro de 2009

Altera a redação da Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006, que define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento;

Considerando a necessidade de adequação quanto aos critérios, normas e requisitos para o credenciamento de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias; e

Considerando a Portaria nº 2.374/GM, de 7 de outubro de 2009, que altera os valores de financiamento de próteses dentárias totais e dá outras providências, resolve:

Art. 1º Alterar o art. 4º da Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 58, págs. 51/52, Seção 1 de 24 de março de 2006, que passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art 4º

§ 1º O gestor poderá credenciar como CEO e LRPD quantos estabelecimentos forem necessários para atendimento à demanda da população da região/microrregião de saúde, limitado à disponibilidade financeira do Ministério da Saúde.

§ 2º O gestor também poderá credenciar CEO e LRPD com recursos próprios.

§ 3º O gestor municipal e o estadual interessados em implantar CEO ou em credenciar algum estabelecimento de saúde deverá apresentar sua proposta à

Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do respectivo Estado, indicando se o pleito é para CEO Tipo 1, CEO Tipo 2 ou CEO Tipo 3.

§ 4º A partir da proposta do pleiteante, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) informará o Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área de Saúde Bucal (DAB//SAS/MS) - sobre o(s) Município(s) e o(s) estabelecimento(s) de saúde aprovado(s).

§ 5º

a) identificação do Município ou do Estado pleiteante e do estabelecimento de saúde, com cópia do registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

b)

c)

d)

e)

§ 6º

§ 7º Caberá às respectivas CIB encaminhar solicitação de habilitação dos CEO, conforme o fluxo estabelecido no parágrafo 4º deste artigo e à Secretaria de Atenção à Saúde a formalização em portaria específica.

§ 8º O LRPD é o estabelecimento cadastrado no CNES com o tipo de estabelecimento 39 - Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) e subtipo de estabelecimento 39.03 para realizar, no mínimo, um dos procedimentos definidos na Portaria nº 2.374/GM, de 7 de outubro de 2009.

a) os Municípios com qualquer base populacional poderão cadastrar o(s) LRPD; e

b) não há restrição quanto à natureza jurídica para os estabelecimentos a serem cadastrados por esses Municípios como LRPD.

§ 9º Definir que o gestor municipal ou estadual, interessado em credenciar/contratar um ou mais LRPD, encaminhe a proposta por intermédio de ofício à Área Técnica de Saúde Bucal – Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Atenção à Saúde.

§ 10. A proposta que trata da implantação dos LRPD deverá contemplar, minimamente, os seguintes elementos:

- a) identificação do Município ou do Estado pleiteante e do Estabelecimento de Saúde, com cópia do CNES;
- b) identificação da área de abrangência do serviço que irá ser ofertado, indicando qual Município, região ou microrregião é referência, mencionando, inclusive, a população coberta;
- c) descrição dos procedimentos que serão ofertados; e
- d) emissão de documento, pelo gestor, informando a capacidade de produção, por mês, do estabelecimento a ser credenciado/ contratado.

§ 11. O Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS) realizará avaliação trimestral da produção total realizada pelo Município, com base nos dados extraídos dos sistemas de informação e de disseminação de dados, referentes aos procedimentos definidos no art. 1º da Portaria nº 2.374/GM, de 7 de outubro de 2009.

§ 12 A verificação e a análise das informações dos procedimentos realizados nos LRPD será por meio do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS)."

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Anexo C - Portaria nº 600/GM de 23 de março de 2006

Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando o que estabelece a Política Nacional de Saúde Bucal em relação aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs);

Considerando o disposto na Portaria nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, que indica a necessidade de suporte por uma rede de serviços odontológicos especializados;

Considerando a necessidade de garantir recursos financeiros para auxiliar na implementação e funcionamento dos Centros de Especialidades Odontológicas, visando ao acesso integral às ações de saúde bucal;

Considerando a regionalização dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde – SUS; e

Considerando o disposto na Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006, que estabelece condições para cadastrar e credenciar Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs),

Art. 1º Instituir incentivo financeiro da ordem de R\$ 79.200,00 (setenta e nove mil e duzentos reais) para cada CEO Tipo 1, R\$ 105.600,00 (cento e cinco mil e seiscentos reais) para cada CEO Tipo 2 e R\$ 184.800,00 (cento e oitenta e quatro mil e oitocentos reais) para cada CEO Tipo 3, credenciados pelo Ministério da

Saúde, destinados ao custeio dos serviços de saúde ofertados nas referidas unidades de saúde.

§ 1º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, dos valores mensais para o fundo estadual e para os fundos municipais de saúde correspondentes, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média complexidade, em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos) dos respectivos valores.

§ 2º Os recursos estabelecidos no caput deste artigo são destinados ao custeio dos CEOs.

Art. 2º Definir incentivo financeiro de implantação da ordem de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) para cada CEO Tipo 1, R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para cada CEO Tipo 2, e R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) para cada CEO Tipo 3, credenciados pelo Ministério da Saúde, que deverão ser utilizados pelos municípios e estados na implantação das Unidades de Saúde habilitadas.

§ 1º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência, em parcela única, para o Fundo Estadual e para os Fundos Municipais de Saúde correspondentes dos recursos de que trata o caput deste artigo.

§ 2º Caberá um único incentivo por CEO habilitado, de acordo com a Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006

Art. 3º Definir que, nos casos em que houver mudança do tipo de CEO, será alterado somente o valor correspondente ao incentivo financeiro destinado ao custeio dos serviços de saúde.

§ 1º Caberá a Comissão Intergetores Bipartite (CIB) a aprovação da alteração de tipo de CEO.

§ 2º Não será transferida a diferença correspondente ao incentivo financeiro de implantação.

Art. 4º Determinar que será realizada avaliação pelo Departamento de Atenção Básica – Área da Saúde Bucal, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), mediante relatório elaborado e enviado, no mínimo trimestralmente, sem prejuízo de outras formas, conforme anexo a esta Portaria.

Art. 5º Estabelecer que o não atendimento às condições estabelecidas no anexo a esta Portaria implicará o descredenciamento das Unidades de Saúde.

Parágrafo único. Caberá às CIBs e/ou ao Ministério da Saúde encaminhar a solicitação ao DAB/SAS/MS, para posterior publicação.

Art. 6º Definir que os municípios e estados com unidade(s) credenciada(s) só passarão a receber os recursos de que trata o artigo 1º desta Portaria após efetivo funcionamento do serviço, atestado pelo gestor junto ao DAB/SAS/MS.

Art. 7º Determinar que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População nos Municípios Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados Habilitados em Gestão Plena Avançada.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir da competência fevereiro de 2006.

Art. 9º Revogar a Portaria nº 1.571/GM, de 29 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 146, de 30 de julho de 2004, Seção 1, páginas 72 e 73.

SARAIVA FELIPE

Anexo da Portaria nº 600/GM de 23 de março de 2006

1) O monitoramento de produção consiste na análise de uma produção mínima mensal apresentada, a ser realizada nos CEOs, verificada por meio dos Sistemas de Informação do SUS, conforme segue:

I) Para os CEOs Tipo 1:

80 procedimentos, no total, dos subgrupos: 03.020.00-2 (Procedimentos Individuais Preventivos), 03.030.00-8 (Dentística Básica) e 03.040.00-3 (Odontologia Cirúrgica Básica);
60 procedimentos do subgrupo: 10.020.00-4 (Periodontia);
35 procedimentos do subgrupo 10.040.00-5 (Endodontia);
80 procedimentos, no total, dos subgrupos: 10.050.00-0 (Odontologia Cirúrgica) e 10.060.00-6 (Traumatologia Buco-maxilo-facial) e 08.011-1 (Procedimentos/Cirurgias de pele Tecido Subcutâneo e Mucosa).

II) Para os CEOs Tipo 2:

110 procedimentos, no total, dos subgrupos: 03.020.00-2 (Procedimentos Individuais Preventivos), 03.030.00-8 (Dentística Básica) e 03.040.00-3 (Odontologia Cirúrgica Básica);
90 procedimentos do subgrupo: 10.020.00-4 (periodontia);
60 procedimentos do subgrupo 10.040.00-5 (Endodontia);
90 procedimentos, no total, dos subgrupos: 10.050.00-0 (Odontologia Cirúrgica) e 10.060.00-6 (Traumatologia Buco-maxilo-facial) e 08.011-1 (Procedimentos/Cirurgias de pele Tecido Subcutâneo e Mucosa).

III) Para os CEOs Tipo 3:

190 procedimentos, no total, dos subgrupos: 03.020.00-2 (Procedimentos Individuais Preventivos), 03.030.00-8 (Dentística Básica) e 03.040.00-3 (Odontologia Cirúrgica Básica);
150 procedimentos do subgrupo: 10.020.00-4 (periodontia);
95 procedimentos do subgrupo 10.040.00-5 (Endodontia);

170 procedimentos, no total, dos subgrupos: 10.050.00-0 (Odontologia Cirúrgica) e 10.060.00-6 (Traumatologia Buco-maxilo-facial) e 08.011-1 (Procedimentos/Cirurgias de pele Tecido Subcutâneo e Mucosa).

Anexo D -Portaria nº 283 GM de 22 de Fevereiro de 2005 (Republicada em 10 de março de 2005).

Antecipa do incentivo financeiro para Centros de Especialidades Odontológicas - CEO em fase de implantação, e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições,

Considerando que a Política Nacional de Saúde Bucal estabelece como uma das estratégias de organização da atenção especializada em odontologia a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias;

Considerando a Portaria nº 1.570/GM, de 29 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União de 15 de setembro de 2004, que estabelece critérios, normas e requisitos para implantação de Centros de Especialidades Odontológicas;

Considerando a Portaria nº 1.571/GM, de 29 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União de 15 de setembro de 2004, que estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas;

Considerando a necessidade de apoiar, no tempo adequado, municípios e estados e o Distrito Federal na fase de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas;

Considerando a necessidade de acelerar o processo de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas,

RESOLVE:

Art. 1º Antecipar o pagamento do incentivo financeiro de que trata o Artigo 2º da Portaria nº 1.571/GM para o Distrito Federal, estados e municípios que estiverem dando curso ao processo de implantação e redimensionamento de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Art. 2º Para fazer jus à antecipação objeto do Artigo 1º desta Portaria o Distrito Federal, estados e municípios deverão apresentar ao Departamento de Atenção Básica – Coordenação Nacional de Saúde Bucal/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde:

I - Ofício do gestor solicitando o adiantamento do incentivo financeiro, discriminando: o nome e o endereço da Unidade de Saúde;

II - Cópia da Resolução da Comissão Intergestores Bipartite/CIB Estadual aprovando a implantação do Centro de Especialidades Odontológicas - CEO;

III - Cópia do Projeto de implantação do Centro de Especialidades Odontológicas aprovado pela CIB, do qual constem as seguintes informações: características populacionais do município, características da atenção básica, modalidade de gestão, inserção no Plano Diretor de Regionalização - PDR, características do PDR, características físicas do estabelecimento de saúde incluindo equipamentos, recursos humanos, especialidades ofertadas, população beneficiada e área de abrangência;

IV - Termo de Compromisso do gestor responsável assegurando o início do funcionamento do CEO em até, no máximo, 03 (três) meses após o recebimento do incentivo, contando com todos os recursos estabelecidos no Art. 1º, §1º (item I ao

V), Artigo 7º e Anexo I da Portaria nº 1.570/GM, sob pena de devolução ao Fundo Nacional de Saúde dos recursos repassados; e

V - Dentro do tempo limite de 03 (três) meses a que se refere o item IV, enviar planilha de verificação de atendimento às condições estabelecidas no Art. 1º, §1º (item I ao V), Artigo 7º e Anexo I da Portaria nº 1.570/GM, conforme Anexo desta Portaria, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo gestor Distrital, Estadual ou Municipal.

§ 1º Caberá às Coordenações Estaduais de Saúde Bucal e/ou Departamento de Atenção Básica – Coordenação Nacional de Saúde Bucal/SAS/MS certificar por escrito o atendimento às condições estabelecidas no Art. 1º, §1º (item I ao V), Artigo 7º e Anexo I da Portaria nº 1.570/GM, no caso de CEO sob gestão municipal e somente ao Departamento de Atenção Básica – Coordenação Nacional de Saúde Bucal/SAS/MS, no caso de CEO sob gestão de Estados e Distrito Federal.

§ 2º Os incentivos serão transferidos em parcela única, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde, do Distrito Federal, dos estados e dos municípios, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média e alta complexidade.

§ 3º Os incentivos repassados deverão ser aplicados na implantação dos CEO, podendo ser utilizados para construção/reforma/ampliação do local em que funcionará o Centro e para compra de equipamentos/materiais permanentes.-

§ 4º Os Municípios, Estados e Distrito Federal habilitados em Gestão Plena do Sistema que descumprirem o conteúdo do Termo de Responsabilidade, de que trata o Item IV deste Artigo, serão penalizados com desconto de quantia em parcela única e de igual valor a do incentivo adiantado, dos recursos da Assistência

Hospitalar e Ambulatorial de Média e Alta Complexidade referente ao repasse da Gestão Plena do Sistema Municipal - Média Complexidade e da Gestão Plena do Sistema Estadual do Fundo Municipal e Estadual de Saúde, respectivamente.

§ 5º Os Municípios não habilitados em Gestão Plena do Sistema que descumprirem o conteúdo do Termo de Responsabilidade, de que trata o Item IV deste Artigo, serão penalizados com o desconto em parcelas cujo valor de cada uma não ultrapasse 30% do correspondente ao Piso de Atenção Básica Fixo do respectivo município.

Art. 3º As solicitações de adiantamento do incentivo financeiro serão avaliadas pelo Departamento de Atenção Básica – Coordenação Nacional de Saúde Bucal/SAS/MS, cabendo ao mesmo a aprovação ou não.

Art. 4º Estabelecer que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria, corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

10.302.1220.8585 – Atenção à Saúde dos Municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados habilitados em Gestão Plena/Avançada.

10.302.1220.8587 – Atenção à Saúde dos Municípios não habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados não habilitados em Gestão Plena/Avançada.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

ANEXO E- Portaria nº 2.374, de 7 de outubro de 2009

Altera os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) realizados

pelos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Bucal

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Portaria nº 511/SAS, de 29 de dezembro de 2000, que estabelece o cadastramento dos estabelecimentos de saúde no País, vinculados ou não ao SUS;

Considerando a Portaria nº 2.867/GM, de 27 de novembro de 2008, que estabelece recursos a serem transferidos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade (MAC);

Considerando a Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006, que define critérios, normas e requisitos para a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD);

Considerando a necessidade de potencializar a implementação de Laboratório Regional de Próteses Dentárias, visando ampliar o acesso às ações de reabilitação em saúde bucal; e

Considerando a necessidade de garantir recursos financeiros para auxiliar na implementação e funcionamento dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, visando ao acesso integral às ações de saúde bucal; e

Considerando a Portaria nº 2.373/GM, de 7 de outubro de 2009, que altera a redação da Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006, resolve:

Art. 1º Alterar os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) realizados pelos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Bucal, conforme a tabela a seguir:

CÓDIGO DESCRIÇÃO VA L O R

07.01.07.012-9 Prótese Total Mandibular 60,00

07.01.07.013-7 Prótese Total Maxilar 60,00

07.01.07.009-9 Prótese Parcial Mandibular Removível 60,00

07.01.07.010-2 Prótese Parcial Maxilar Removível 60,00

07.01.07.014-5 Próteses Coronárias/Intrarradiculares Fixas/ Adesivas (por Elemento) 60,00

Art. 2º Atualizar, no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), a Tabela do Tipo de Estabelecimento, alterando o Tipo de Estabelecimento 39 - Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) criando o subtipo de estabelecimento 39.03 - Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD).

Parágrafo único. Ao gestor local cabe providenciar a adequação dos cadastros de LRPD já existentes com o Subtipo de Estabelecimento instituído por esta Portaria no prazo máximo de 6 (seis) meses.

Art. 3º Definir que os procedimentos realizados pelos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias sejam financiados na forma proposta na Portaria nº 2.373/GM, de 7 de outubro de 2009 apenas para os Municípios que cadastrarem no CNES, os

estabelecimentos próprios e/ou os privados que foram contratados como Laboratório Regional de Prótese Dentária para prestar serviços ao SUS.

§ 1º O estabelecimento que realizar atendimento ao paciente, que utilizará a prótese, deverá informar a realização do Serviço Especializado 123 - SERVIÇO DE DISPENSAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS, com a classificação 007 - OPM EM ODONTOLOGIA.

§ 2º O LRPD deverá possuir, no mínimo, um profissional com o CBO - 3224-10 - Protético Dentário e realizar, ao menos, um dos procedimentos definidos no artigo 1º desta Portaria.

Art. 4º Estabelecer que o financiamento desses procedimentos seja incluído no Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado, do Distrito Federal e dos Municípios.

Art. 5º Estabelecer que os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade.

Art. 6º Caberá à Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, Coordenação- Geral dos Sistemas de Informação - adotar, junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS), as providências necessárias para adequações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) ao que dispõe esta Portaria.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 8º Fica revogada a Portaria nº 1.572/GM, de 29 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 178, de 15 de setembro de 2004, Seção 1, e a Portaria nº

411/SAS, de 9 de agosto de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 157, de 16 de agosto de 2005, Seção 1, página 100.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Anexo F – Parece do CEP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DE APROVAÇÃO
FR - 236362
Protocolo 235/08

O grupo de trabalho indicado pelo Comitê de Ética em Pesquisa APROVOU o protocolo de pesquisa: "**Avaliação na atenção especializada em saúde bucal**", de responsabilidade do Pesquisador Alexandre Raphael Deitos, sob orientação do Professor Doutor Moacyr da Silva.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em "cd". Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 17 de fevereiro de 2009.

Prof. Dr. João Guálberto de Cerqueira Luz
Coordenador do CEP-FOUSP

ANEXO G – Declaração.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL**
Esplanada dos Ministérios, Bl. G – s/ 650 – 70058-900 – Brasília – DF
(61) 3315 – 2728/2583

Declaração

Autorizo o aluno de mestrado da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Alexandre Raphael Deitos, a utilizar o banco de dados da avaliação realizada pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde junto aos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias dos estados e municípios brasileiros, em sua pesquisa de dissertação “Avaliação na Atenção Especializada em Saúde Bucal”, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação das transformações decorrentes da conversão do modelo de atenção especializada em saúde bucal.

Brasília, 08 de dezembro de 2008.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em azul de Gilberto Alfredo Pucca Júnior.

Gilberto Alfredo Pucca Júnior
Coordenador Nacional de Saúde Bucal

ANEXO H

Formulário para avaliação de CEO

A. CEO - Parte Gestor

1- Há um profissional exclusivamente responsável pela gerência do CEO? (Que não desempenhe atividade clínica) (Questão de resposta única) (resposta espontânea)

a) ☐ Sim
b) ☐ Não

2-Quantos profissionais atuam neste CEO? (Questão de múltipla resposta – informar a quantidade) (resposta espontânea)

a) ☐ CD
b) ☐ ACD
c) ☐ THD

3- Quais as especialidades oferecidas e horas reservadas? (Questão de resposta única para cada especialidade) (resposta espontânea)

Especialidades	Horas semanais reservadas	NS	NA
a) () Ortodontia			
b) () Endodontia			
c) () Periodontia			
d) () Cirurgia			
e) () Estomatologia			
f) () Odontopediatria			
g) () Necessidades Especiais			
h) () Implantodontia			
i) () Radiologia			
j) () Prótese			
k) () Outras. Quais?			

4- Há dificuldade em se atingir a produtividade mínima por especialidade conforme estabelecido na Portaria GM/MS Nº. 600/2006? Caso haja dificuldade em mais de uma especialidade, iniciar a numeração em ordem crescente a partir daquela com maior dificuldade. (Questão de resposta única para cada especialidade) (resposta espontânea)

Especialidade	Sim	Não
a) Periodontia		
b) Endodontia		
c) Cirurgia Oral Menor		

5- Data início funcionamento do serviço CEO: (Questão de resposta única, informar valor) (resposta espontânea)

a) ____/____/____
b) NS

6- Qual a média de custo mensal de funcionamento CEO? (Questão de resposta única, informar valor) (resposta espontânea)

a) R\$_____
b) () NS

7 – Algum profissional do CEO participa das reuniões do Conselho Local ou Municipal de Saúde? (Questão de resposta única – informar a quantidade se sim) (resposta espontânea)

Nº. Profissionais	
a)	Sim ()
b)	Não ()
c)	NS ()

8- A avaliação da produção do CEO é utilizada como instrumento de gestão? (Questão de resposta única) (resposta espontânea)

a)	() Sim
b)	() Não
c)	() NS

9- Como se dá a referência ao CEO: (Questão de múltipla resposta) (resposta espontânea)

a)	() Demanda referenciada e demanda espontânea
b)	() Demanda referenciada de toda rede de Atenção Básica (UBS, PSF, ETC)
c)	() Demanda referenciada da rede de PSF
d)	() Só recebe demanda espontânea.
e)	() NS

10-Como se dá a oferta de vagas do CEO para a rede de saúde? (Questão de resposta única?) (resposta espontânea)

a)	() O CEO estabelece cotas fixas e distribuídas por unidade básica com critério de distribuição igualitária/ equânime.
b)	() O CEO estabelece cotas fixas e distribuídas por unidade básica sem critério de distribuição igualitária/ equânime.
c)	() O CEO não estabelece cotas fixas, as vagas disponíveis são preenchidas de acordo com a demanda da referência da atenção básica, com critério de distribuição igualitária/ equânime.
d)	() O CEO não estabelece cotas fixas, as vagas disponíveis são preenchidas de acordo com a demanda da referência da atenção básica, sem critério de distribuição igualitária/ equânime.

e) ☐ NS

11- Como são feitas as marcações de consulta no CEO? (Questão de resposta única) (resposta espontânea)

a) ☐ A Equipe da Unidade Básica se responsabiliza pela marcação, através de central de marcação/ regulação de consultas e avisa ao usuário o dia do agendamento da 1º consulta no CEO
b) ☐ A Equipe da Unidade Básica se responsabiliza pela marcação, através do contato direto com o CEO e avisa ao usuário o dia do agendamento da 1º consulta no CEO
c) ☐ O usuário é o responsável, fazendo a marcação através de Central de marcação/ regulação de consultas
d) ☐ O usuário é o responsável, fazendo a marcação através do contato direto com o CEO
e) ☐ Outras:
f) ☐ NS

12-O responsável pelo registro das informações no Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS - recebeu treinamento específico para o desempenho desse trabalho? (Questão de resposta única) (resposta espontânea)

a) ☐ Sim
b) ☐ Não
c) ☐ NS

13- O município realiza o monitoramento e avaliação das ações especializadas em saúde bucal através de um algum indicador? (Questão de resposta única) (resposta espontânea)

a) ☐ Sim. Qual?
b) ☐ Não
c) ☐ NS

14-É realizado algum tipo de avaliação de satisfação do usuário do CEO periodicamente? (Questão de resposta única) (resposta espontânea)

a) ☐ Sim
b) ☐ Não
c) ☐ NS

15- Qual o perfil predominante do paciente atendido neste CEO? (Questão de resposta única) (resposta induzida)

a) ☐ classe baixa (D/E)
b) ☐ classe média (C)
c) ☐ classe alta (A/B)
d) ☐ NS

16- Rotina de encaminhamento de análise anátomo-histo-patológica. Faz biópsia? (Questão de resposta múltipla) (resposta espontânea)

a) ☐ Sim
b) ☐ Não, porque não há material / instrumental disponível
c) ☐ Não, porque não há laboratório para encaminhamento
d) ☐ Não, porque não há profissional capacitado
e) ☐ Não, porque os casos são encaminhados para outro centro de referência
f) ☐ Não, outros:

17- Se a resposta anterior for sim, qual o prazo para agendamento de biópsia, contado a partir da identificação da necessidade do exame? (Questão de resposta única) (resposta espontânea)

a) ☐ é realizada no mesmo momento (na mesma consulta)
b) ☐ um dia
c) ☐ até uma semana
d) ☐ até 15 dias
e) ☐ entre 15 e 30 dias
f) ☐ entre 30 e 60 dias
g) ☐ mais de 60 dias
h) ☐ NS
i) ☐ NA

18- Qual o prazo para recebimento do laudo do patologista, contando a partir da coleta do material Biópsia? (Questão de resposta única) (resposta espontânea)

a) ☐ até 15 dias
b) ☐ entre 15 e 30 dias
c) ☐ entre 30 e 60 dias
d) ☐ mais de 60 dias
e) ☐ NS
f) ☐ NA

19- O CEO é a única referência para os pacientes com necessidades especiais? (Questão de resposta única) (resposta espontânea)

a) ☐ Sim
b) ☐ Não. Qual o nome e localidade do outro serviço de referência?
c) ☐ NS
d) ☐ NA

20- Quando há necessidade de anestesia geral ou sedação a nível hospitalar, existe referência definida e pactuada, relacionada à atenção em ambiente hospitalar? (Questão de resposta única) (resposta espontânea)

a) ☐ Sim - Citar o nome da unidade de saúde e localidade:
b) ☐ Não
c) ☐ NS
d) ☐ NA

21- Caso sim, como é feito o encaminhamento para a atenção em ambiente hospitalar? (Questão de resposta única) (resposta espontânea)

a) ☐ sistema de cotas
b) ☐ sem número limitado
c) ☐ outros:
d) ☐ NS
e) ☐ NA

22- Existe demanda reprimida para atendimento a nível hospitalar destes pacientes especiais? (Questão de resposta única) (resposta espontânea)

a) ☐ Sim - Motivos:
b) ☐ Não
c) ☐ NS
d) ☐ NA

23- Média mensal de pacientes especiais encaminhados para o nível hospitalar: (Questão de resposta única, informar quantidade) (resposta espontânea)

a) ☐ Quantidade
b) ☐ NS
c) ☐ NA

24- Destes, quantos conseguem atendimento? (Questão de resposta única, informar quantidade) (resposta espontânea)

a) () Quantidade
b) () NS
c) () NA

25- O CEO é referência para urgência e emergência? (Questão de resposta única) (resposta espontânea)

a) () Sim
b) () Não, existe outro estabelecimento para esse tipo de referência
c) () Não, as próprias UBS/ESBSF realizam o atendimento
d) () Não, não existe esta referência no município
e) () NS

26- Tempo médio de espera. (Questão de resposta única para cada especialidade) (resposta espontânea)

	1) até 30 dias	2) entre 30 e 90 dias	3) entre 90 dias a 1 ano	4) mais de 1 ano	5) NS	6) NA
a) TRATAMENTO ENDODÔNTICO	1	2	3	4	5	6
b) SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE PERIODONTIA	1	2	3	4	5	6
c) SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE CIRURGIA ORAL	1	2	3	4	5	6
d) SERVIÇO ESPEC. EM DIAGNÓSTICO DAS LESÕES BOCA E CÂNCER BUCAL	1	2	3	4	5	6
e) SERVIÇO ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS	1	2	3	4	5	6
f) SERVIÇO ESPECIALIZADO DE RADIOLOGIA	1	2	3	4	5	6
g) ORTODONTIA PREVENTIVA	1	2	3	4	5	6
h) SERVIÇOS DE PRÓTESE	1	2	3	4	5	6
i) OUTROS:	1	2	3	4	5	6

27- Este CEO é referência para outros municípios? (Questão de resposta única – informa quantidade, se sim) (resposta espontânea)

a) ☐ SIM – Quantos?
b) ☐ NÃO
c) ☐ NS

28- Caso sim, quantas vagas são disponibilizadas para cada município mês? (Questão de resposta única – informar o nome do município e a quantidade de vagas) (resposta espontânea)

a) ☐ Município 1:	b) ☐ Município 2:
c) ☐ Município 3:	d) ☐ Município 4:
e) ☐ Município 5:	f) ☐ Município 6:
g) ☐ Município 7:	h) ☐ Município 8:
i) ☐ Município 9:	j) ☐ Município 10:
k) ☐ Município 11:	l) ☐ Município 12:
m) NS	n) NA

29- Como são feitas as marcações pelos outros municípios? (Questão de múltipla resposta) (resposta espontânea)

a) ☐ A Equipe da Unidade Básica se responsabiliza pela marcação, através de central de marcação/ regulação de consultas e avisa ao usuário o dia do agendamento da consulta no CEO
b) ☐ A Equipe da Unidade Básica se responsabiliza pela marcação, através do contato direto com o CEO e avisa ao usuário o dia do agendamento da 1º consulta no CEO
c) ☐ O Usuário é o responsável, fazendo a marcação através de Central de marcação/ regulação de consultas
d) ☐ O usuário é o responsável, fazendo a marcação através do contato direto com o CEO
e) ☐ Outras
f) ☐ NS
g) ☐ NA

30- O município já oferecia ações especializadas antes de implantar o CEO? (Questão de resposta única) (resposta espontânea)

a) ☐ Sim, na rede básica de saúde. Quais?

b) ☐ Sim, em um centro de referência. Quais?

c) ☐ Não

d) ☐ NS

31- Média de pacientes atendidos por turno no CEO (para todas as especialidades oferecidas, **somente ações especializadas**): (Questão de resposta única) (Preferencialmente verificar documentação referente à produção ou agenda dos profissionais – um turno equivale a 4 horas de trabalho)

a) ☐ Até 20 pacientes

b) ☐ De 21 a 30 pacientes

c) ☐ De 31 a 50 pacientes

d) ☐ De 51 a 70 pacientes

e) ☐ Acima de 71 pacientes

32- Há atendimento noturno? (Questão de resposta única) (resposta espontânea)

a) ☐ Sim

b) ☐ Não

33- Há atendimento em horário flexibilizado (horário de almoço, após o expediente, finais de semana...)? (Questão de resposta única) (resposta espontânea)

a) ☐ Sim

b) ☐ Não

34-Vínculo empregatício: (Questão de múltipla resposta – informar a quantidade) (resposta espontânea)

Nº. CD	CD	Nº. ACD	ACD
a) ()	Concursado	g) ()	Concursado
b) ()	Contratado através de processo seletivo especial (emprego público – CLT)	h) ()	Contratado através de processo seletivo especial (emprego público – CLT)
c) ()	Contratado através de processo seletivo simples (por tempo determinado)	i) ()	Contratado através de processo seletivo simples (por tempo determinado)
d) ()	Contratado sem processo seletivo	j) ()	Contratado sem processo seletivo
e) ()	Outros	l) ()	Outros
f) ()	NS	m) ()	NS

35- Faixa salarial (valor bruto): (Questão de múltipla resposta – informar a quantidade) (resposta espontânea)

CD	ACD
a) () Até R\$ 1.000,00	h) () Menos de 1 salário mínimo
b) () De R\$1.001,00 a R\$1.999,00	i) () 1 salário mínimo
c) () De R\$ 2.000,00 a R\$ 2.999,00	j) () Entre 1 e 2 salários mínimos
d) () De R\$ 3.000,00 a R\$ 3.999,00	k) () Mais de 2 salários mínimos
e) () Mais de R\$4.000,00	

36- Recebem algum tipo de gratificação/adicional por estarem trabalhando com especialidades?

1) CD	2) ACD
a) () Sim	a) () Sim
b) () Não	b) () Não

37 – Carga horária semanal contratada dos profissionais no CEO: (Questão de múltipla resposta – informar a quantidade) (resposta espontânea)

Nº. CD	Carga horária total/semana	Nº. ACD	Carga horária total/semana
a) ()	até 10h	g) ()	até 10h
b) ()	entre 11 e 20h	h) ()	entre 11 e 20h
c) ()	entre 21 e 30h	i) ()	entre 21 e 30h
d) ()	entre 31 e 40h	j) ()	entre 31 e 40h
e) ()	mais de 41h	k) ()	mais de 41h

38- Há CDS que, além de trabalharem no CEO, também trabalham nas equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família? (Questão de resposta única, informar quantidade) (resposta espontânea)

a) () Sim
b) () Não

39- O estado encaminha recursos financeiros como contrapartida para o CEO? (Questão de resposta única) (resposta espontânea)

a) () Sim. Quanto?
b) () Não
c) () NS

40- Se sim na anterior, qual a periodicidade? (Questão de resposta única) (resposta espontânea)

a) () mensal
b) () bimestral
c) () trimestral
d) () semestral
e) () outros
f) () NS
g) () NA

41- Formação dos CDs na área de atuação no CEO: (Questão de múltipla resposta para cada especialidade – informar a quantidade) (resposta induzida)

[illegible]

f) ()	Outros	()	()	()	()	()	()
		()	()	()	()	()	()
		()	()	()	()	()	()

42- Algum profissional do CEO (CD) participa ou participou de algum processo de educação permanente nos últimos 3 anos, oferecido pela gestão pública?
(Questão de múltipla resposta, informar a quantidade)

a) () Sim
b) () Não
c) () NS

43- Os ACDs receberam algum tipo de capacitação para execução de suas atividades? (Questão de múltipla resposta – informar a quantidade) (resposta espontânea)

Nº. ACD	Resposta
a) ()	Sim (curso técnico com recursos próprios)
b) ()	Sim (curso técnico oferecido pela rede pública)
c) ()	Capacitação em outra área da saúde
d) ()	Não
e) ()	NS
f) ()	NA

44- Tempo de experiência dos CDs neste CEO: (Questão de múltipla resposta – informar a quantidade) (resposta espontânea)

Nº. CD	Resposta
a) ()	Menos de 1 ano
b) ()	Entre 1 e 2 anos
c) ()	Entre 2 e 3 anos
d) ()	Mais de 3 anos
e) ()	NS

45- A atual gestão municipal/estadual de saúde já participou de algum curso de gerenciamento do CEO? (Questão de resposta única) (resposta espontânea)

a) () Sim . Quem foi o responsável pela capacitação?
b) () Não
c) () Não sabe

46- Infra-estrutura existente: (Questão de múltipla resposta – informar a quantidade e **observar**)

Equipamentos Previstos na Portaria GM/MS nº. 599/2006	1) Quantos?	2) Quantos em condições de uso?	3) Doado pelo MS? Preenchimento prévio!	4) Estão sendo utilizados no CEO/LRPD os equipamentos doados?
a) Cadeira odontológica completa				
b) Aparelho de Raio-X odontológico				
c) Conjuntos de canetas de alta e baixa rotação				
d) Amalgamador				
e) Fotopolimerizador				
f) Compressor de ar compatível com os serviços				
Equipamentos complementares				
g) Autoclave				
h) Estufa			xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
i) Jato de bicarbonato			xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
j) Ultra-Som			xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
k) Bomba Vácuo				
l) Cuba Ultra-Sônica			xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
m) Bisturi elétrico			xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

n) Laser Terapêutico			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
o) Avental de chumbo				
p) Filtro de compressor				
q) Filtro de consultório				
r) Negatoscópio				
Equipamentos administrativos e outros				
aa) Computador				
bb) Impressora				
cc) FAX			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
dd) Ar Condicionado			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
ee) Ventilador (em área não clínica)			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
ff) Bebedouro			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Adequação visual e acessibilidade na Portaria GM/MS nº. 599/2006	5) SIM	6) NÃO	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
gg) Placa de fachada			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
hh) Placa de inauguração				
ii) Placa da recepção				
jj) Placas dos Consultórios				

ll) Jalecos		
mm) Móveis		
nn) Placa da sala de esterilização		
oo) Placa do almoxarifado		
pp) Rampas de acesso para cadeirantes		
qq) Sanitários adaptados para cadeirantes		

47- O computador do CEO é utilizado para quê? – (Fazer esta pergunta se o CEO tiver computador, se não, NA) (Questão de múltipla resposta) (resposta espontânea)

a) ☐ agenda dos profissionais
b) ☐ registro dos procedimentos diários
c) ☐ registro procedimentos semanais
d) ☐ acesso a internet
e) ☐ outros:
f) ☐ NS
g) ☐ NA

48- O CEO dispõe dos seguintes materiais odontológicos de consumo? (Questão de múltipla resposta – observar) (resposta espontânea)

Materiais	Existe? (OBSERVAR)		A quantidade é suficiente? (SE sim na anterior)			
	1) Sim	2) Não	1) Sim	2) Não	3) NS	4) NA
a) Formol 10%						
b) Frasco para biópsia						
c) Lâminas de bisturi						
d) Solução irrigadora endodontia						
e) Material obturador para endodontia						
f) Fios de sutura						
g) Película radiográfica						
h) Revelador						
i) Fixador						

49- O CEO dispõe do seguinte instrumental para atendimento da população? (Questão de múltipla resposta – observar) (resposta espontânea)

Instrumentais	Existe? (OBSERVAR)		A quantidade é suficiente? (Se sim na anterior)			
	1) Sim	2) Não	3) Sim	4) Não	5) NS	6) NA
a) Instrumental para Endodontia (régua milimetrada, espaçadores, grampos, limas endodônticas)						
b) Instrumental para Periodontia (Sonda periodontal, cabo de bisturi, Curetas)						
c) Instrumental para Cirurgia e Traumatologia – (Alavanca, Alveolótomo, Cinzel, Fórceps, pinças, Porta-agulha, tesouras, sugador cirúrgico)						
d) Instrumental específico para Biópsia (Punch)						

B. CEO - Parte Profissional

Nome (s) e área de atuação no CEO do(s) responsável(is) pelas informações:

1)

2)

3)

4)

5)

6)

7)

8)

50- São realizadas reuniões para planejamento / discussões: (Questão de resposta única) (resposta espontânea)

1) Entre os profissionais do CEO:	2) Com profissionais de saúde da atenção básica:
a) ☐ SIM	d) ☐ SIM
b) ☐ NÃO	e) ☐ NÃO
c) ☐ NS	f) ☐ NS

51- Se SIM, qual a frequência média dessas reuniões? (Questão de resposta única) (resposta espontânea)

1) Entre os profissionais do CEO:	2) Com os profissionais de saúde da atenção básica:
a) ☐ Semanal	g) ☐ Semanal
a. ☐ Mensal	h) ☐ Mensal
a. ☐ Trimestral	i) ☐ Trimestral
a. ☐ Semestral	j) ☐ Semestral
a. ☐ NS	k) ☐ NS
a. ☐ NA	l) ☐ NA

52- Há metas a serem cumpridas? (Questão de resposta única) (resposta espontânea)

a) ☐ Sim, definidas pelo município
b) ☐ Sim, definidas pelo Ministério da Saúde (de acordo com a Portaria Nº. 600/GM)
c) ☐ Não
d) ☐ NS

53- É feita a avaliação da produção do CEO segundo as metas propostas juntamente com a coordenação municipal/estadual de saúde bucal? (Questão de resposta única) (resposta espontânea)

a) ☐ Não
b) ☐ Sim, Mensalmente
c) ☐ Sim, Bimestralmente
d) ☐ Sim, Trimestralmente
e) ☐ Sim, Semestralmente
f) ☐ Sim, Anualmente

54- Qual o perfil predominante do paciente atendido neste CEO? (Questão de resposta única) (resposta induzida)

a) () classe baixa (D/E)
b) () classe média (C)
c) () classe alta (A/B)
d) () NS

55- Há protocolo definido pelo município para encaminhamento de pacientes da atenção Básica aos CEO para as seguintes especialidades? (Questão de resposta única para cada especialidade)

Especialidades	1) Sim	2) Não	3) NS	4) NA
a) Endodontia	1	2	3	4
b) Periodontia	1	2	3	4
c) Cirurgia	1	2	3	4
d) Estomatologia	1	2	3	4
e) Pacientes com necessidades especiais	1	2	3	4
f) Outras. Quais?	1	2	3	4

56- Os pacientes são corretamente referenciados para as especialidades de acordo os critérios pré-estabelecidos pela gestão municipal/estadual? (Questão de resposta única para cada especialidade) (resposta espontânea) Cada profissional PRESENTE responde pela sua especialidade. Os ausentes, marcar NA.

Especialidades	1) Sim	2) Não	3) NS	4) NA
a) Endodontia	1	2	3	4
b) Periodontia	1	2	3	4
c) Cirurgia	1	2	3	4
d) Estomatologia	1	2	3	4
e) Necessidades Especiais	1	2	3	4
f) Outras	1	2	3	4

57- Caso a resposta anterior tenha sido NÃO, qual encaminhamento é adotado? (Questão de resposta múltipla) (resposta induzida) Escrever especialidade ao lado da resposta.

a) () Atende-se o paciente, independente da complexidade.
b) () Atende-se o paciente somente nos procedimentos de média complexidade.
c) () Encaminha-se o paciente à unidade de origem sem qualquer tipo de atendimento para que seja realizado um novo encaminhamento somente de média complexidade.
d) () Outros
e) () NS
f) () NA

58- O CEO recebe o usuário referenciado da unidade básica de saúde com o termo escrito com a descrição do caso, critérios clínicos definidos e tratamentos clínicos prévios realizados? (Questão de resposta única para cada especialidade) (Verificar documentação referente) Cada profissional PRESENTE responde pela sua especialidade. Os ausentes, marcar NA.

Especialidades	1) Sim	2) Não	3) NS	4) NA
a) Endodontia	1	2	3	4
b) Periodontia	1	2	3	4
c) Cirurgia	1	2	3	4
d) Estomatologia	1	2	3	4
e) Necessidades Especiais	1	2	3	4
f) Outros	1	2	3	4

59- É realizada a contra-referência para os serviços constando o tratamento clínico feito e quais os seguimentos do caso pela atenção básica? (Questão de resposta única) (Verificar documentação referente) Cada profissional PRESENTE responde pela sua especialidade. Os ausentes, marcar NA.

Especialidades	5) Sim	6) Não	7) NS	8) NA
a) Endodontia	1	2	3	4
b) Periodontia	1	2	3	4
c) Cirurgia	1	2	3	4
d) Estomatologia	1	2	3	4
e) Necessidades Especiais	1	2	3	4
f) Outros	1	2	3	4

60- Carga horária semanal cumprida no CEO: (Questão de múltipla resposta – informar a quantidade) (resposta espontânea) Cada profissional PRESENTE responde pela sua especialidade. Os ausentes, marcar NA.

Nº. CD	1) Carga horária total / semanal /cumprida	Nº. ACD/THD	2) Carga horária total / semanal/cumprida
a) ()	Até 10h	g) ()	até 10h
b) ()	entre 11 e 20h	h) ()	Entre 11 e 20h
c) ()	Entre 21 e 30h	i) ()	Entre 21 e 30h
d) ()	Entre 31 e 40h	j) ()	Entre 31 e 40h
e) ()	Mais de 41h	l) ()	Mais de 41h
f) ()	NS	m) ()	NS
	NA	n)	NA

61- O CEO utiliza prontuário? (Questão de resposta única) (Verificar documentação referente)

a) () Não
b) () Sim

62- Se Sim, este prontuário é: (Questão de resposta única) (Verificar documentação referente)

a) ()	Único para todas as especialidades
b) ()	Específico para cada especialidade (todas devem possuir)
c) ()	Algumas especialidades possuem o seu próprio prontuário. Qual(is):
d) ()	NA