



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Biomédico

Instituto de Medicina Social

Leila Senna Maia

**Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização  
da atenção à saúde bucal no estado do Rio de Janeiro frente aos  
incentivos federais**

Rio de Janeiro

2008

Leila Senna Maia

**Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização  
da atenção à saúde bucal no estado do Rio de Janeiro frente aos  
incentivos federais**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. George Edward Machado Kornis

Rio de Janeiro

2008

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

M217 Maia, Leila Senna.

Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal no estado do Rio de Janeiro frente aos incentivos federais / Leila Senna Maia. – 2008.

213f.

Orientador: George Edward Machado Kornis.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde bucal – Rio de Janeiro (Estado) – Teses. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 3. Política de saúde – Brasil – Teses. 4. Serviços de saúde – Rio de Janeiro (Estado) – Teses. 5. Saúde pública – Financiamento – Rio de Janeiro (Estado) – Teses. I. Kornis, George Edward Machado. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.314-084(815.3)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Leila Senna Maia

**Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização  
da atenção à saúde bucal no estado do Rio de Janeiro frente aos  
incentivos federais**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 28 de abril de 2008.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. George Edward Machado Kornis (orientador)  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck  
Faculdade de Odontologia – UFMG

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Luciana Dias de Lima  
Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Cecília de Sá Campello Faveret  
Secretaria de Atenção à Saúde – MS

---

Prof. Dr. Roberto Parada  
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2008

## **DEDICATÓRIA**

Com esse trabalho rendo homenagens ao amor. Sendo assim, eu o dedico: Ao Aécio, grande aliado nesse esforço, minha maior referência de amor, carinho, compreensão e apoio. Sem a sua ajuda e cumplicidade nada disso seria possível!

Aos meus amados sobrinhos e afilhados: Silvia, Rodrigo Maia, Thiago, João Pedro, Marina, Rodrigo Senna, Dudu e João Felipe.

À memória do prof. Dr. Roberto Vicente Santelli. Nosso querido tio Roberto, que com amor e entusiasmo devotou sua vida a pesquisa e ao ensino.

## AGRADECIMENTOS

A George Edward Machado Kornis mestre, orientador e exemplo de integridade e justiça, que entre outras coisas me ensinou a ter cuidado no conceito, rigor na forma, perseverança e clareza na escrita. Sem a sua generosidade, paciência, compromisso e estímulo o meu caminho oficial no IMS talvez sequer tivesse começado. Ao mestre e amigo a minha sincera admiração, o meu profundo respeito e minha eterna gratidão!

A Mônica Kornis pela compreensão, gentileza e generosidade em abrigar em sua casa nossas sessões de orientações.

A UERJ e especialmente ao IMS, casa que aprendi a amar e respeitar ao longo dos anos que aqui passei como ouvinte e depois, finalmente, como aluna matriculada.

A Roseni Pinheiro, por ter acreditado no meu potencial e ter estimulado o meu ingresso, ainda que como ouvinte e depois “falante”, no IMS. Serei eternamente grata!

A Jane Sayd meu carinho, admiração e respeito para sempre. Suas aulas e orientações de leituras muito contribuíram para o meu amadurecimento intelectual e acadêmico. Nossa convivência me fez e me faz uma pessoa melhor!

A Sulamis Dain e Rosangela Caetano pela disposição, solidariedade, generosidade, contribuições e apoio, todos fundamentais desde o início dessa trajetória.

Ao Instituto de Geociências da UERJ, através do Departamento de Geografia que me recebeu como aluna no curso sobre Teoria da Região e Regionalização. Agradeço especialmente ao professor André Reis Novaes e aos jovens colegas de turma pelo acolhimento. Valeu muito!

Ao amigo de longa data Mário José Bueno pelo carinho, confiança e estímulo. Sem o seu apoio, o desenvolvimento desse trabalho não teria tido o mesmo rumo! Da mesma forma, agradeço a Luciana Dias de Lima, Ana Cecília Faveret e Roberto Parada pelas valiosas contribuições por ocasião do exame de qualificação dessa dissertação.

A Renata Ferraiolo, colega de profissão, companheira de orientação e irmã de coração, com quem tenho tido a oportunidade de compartilhar trabalhos, ansiedades, sonhos e ideais. Seu pragmatismo tornou-se fundamental para dosar, nas horas mais urgentes, meu excessivo gosto pelos detalhes. Formamos uma dupla e tanto!

A Célia Jorgina grande amiga e maior incentivadora, toda a minha gratidão pela amizade e pelo carinho que tem me dedicado.

Da mesma forma agradeço a minha querida tia Lola por todo o amor e carinho sempre dedicados e especialmente pelo precioso presente que muito facilitou minhas pesquisas.

A Maria Urânia Alves por ter compreendido e acolhido meu desejo de praticar assistência voluntária. As oportunidades de trabalhar na ONG Ressurgir e na LBV reafirmaram esta minha opção e marcaram o início dessa trajetória no campo da saúde social.

Aos amigos que fiz nas turmas anteriores, especialmente a Marise Fagundes, Josenira Célia dos Reis, Patrícia Sayd, Cristina Guglielmi, Antônio Peregrino, Norma Thiago, Maria Thereza Santos, Carlos Eduardo Honorato, Terezinha Junqueira e Felipe Rangel.

A Márcia Constança A. Pinto e ao inesquecível Carlos Alberto P. Miranda. Vou guardar para sempre na memória os momentos compartilhados nas aulas e nas muitas caminhadas de volta para casa ao final das tardes.

Aos colegas e companheiros de turma, Ismael da Costa, Ângela Ostritz, Vera Miguelote, Lesley Batista, Marcela Pessoa, Felipe Tavares, Vivian Furtado, Rondineli Mendes e Maximus Santiago. Agradeço pela oportunidade de tê-los conhecido e pela convivência em momentos tão diversos. Em especial agradeço a Carla E. Zaire e Emília M. Correia que além de companheiras, tornaram-se grandes amigas.

Agradeço ainda, ao pessoal da secretaria e do laboratório de informática do IMS: Márcia Cristina, Simone, Silvinha, Marcos Paulo, Elir, Márcia Luiza e Marco Antônio pela compreensão das dificuldades e pela maneira gentil com que sempre me trataram. Em especial agradeço a Ana Silvia Gesteira, pela leitura cuidadosa do resumo e ajuda preciosa na sua tradução para o inglês.

Aos técnicos e demais funcionários das Superintendências de Atenção Básica e Gestão do Cuidado e Rede Própria da SESDEC /RJ.

Aos meus amados amigos De Gaulle, Ringo Starr e B.B. King, “companheiros de orientação e trabalho”, agradeço todas as lambidas e abanadas de rabinho. Muito provavelmente vocês são os representantes caninos que mais “sabem” sobre PNSB!

A todos os amigos e pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse trabalho, o meu muito obrigada! Aproveito também para pedir desculpas a todos pelos momentos de impaciência e pela reclusão dos últimos tempos.

## RESUMO

MAIA, Leila Senna. *Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal no Estado do Rio de Janeiro frente aos incentivos federais*. 2008. 213 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2008.

Esta dissertação foca o processo de reorganização das ações e serviços de saúde bucal no estado do Rio de Janeiro. Este processo, em tese, deve ser orientado pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) que priorizam a atenção básica em saúde bucal através da Estratégia Saúde da Família e ampliam a atenção em saúde bucal na média e alta complexidades. O Ministério da Saúde lança mão de incentivos financeiros para induzir, sob condições específicas, a adesão às diretrizes formuladas pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e assim promover um processo de reorganização da atenção à saúde bucal nas esferas subnacionais. O núcleo deste trabalho tem por base uma pesquisa que analisa um amplo espectro de dados sobre os serviços e as ações de saúde bucal realizadas pelo conjunto dos municípios do estado do Rio de Janeiro no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2007. As principais conclusões da pesquisa apontam para o caráter inconcluso do processo de reorganização da atenção em saúde bucal na grande maioria dos municípios estudados e para a necessidade de uma ação conjunta entre as autoridades sanitárias das esferas federal, estadual e municipal orientada para promover uma efetiva melhoria das condições de saúde da população tal como é a proposta da PNSB.

Palavras-chave: Política Nacional de Saúde Bucal. Estado do Rio de Janeiro. Incentivos Federais. Saúde Bucal. Financiamento do SUS.

## ABSTRACT

This thesis focuses the process of reorganization of the oral care services in Rio de Janeiro State, Brazil. This process is supposed to follow the so called Política Nacional de Saúde Bucal [Brazilian Oral Health National Politics], whose main proposals are to prioritize primary care as part of the Family Health Strategy and to improve secondary care in oral health services in all levels of complexity. The Health Ministry uses financial incentives to stimulate local governments to adopt, under specific conditions, the guidelines to re-organize oral care services. The core of the present thesis is a research on the re-organization of oral care services carried out by the 92 local governments which form Rio de Janeiro State, from January 1998 to December 2007. It analyzes oral health services in all these municipalities. The main conclusions are that re-organization of oral care services following this politics' principles and guidelines is an endless process for most of the municipalities being studied. The research also presents, as secondary conclusion, that federal health authorities must act together with other federal, state and local health authorities to improve the population's oral health conditions, as proposed by the Brazilian Oral Health National Politics.

Keywords: Brazilian Oral Health National Politics. Rio de Janeiro State. Financial incentives. Oral Health. Financing of Unified Health System.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa do estado de Rio de Janeiro de acordo com a divisão regional idealizada pela SESDEC .....	65
Figura 2	Mapa do município do Rio de Janeiro de acordo com distribuição territorial da rede de saúde .....	71

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	Baía da Ilha Grande -1ª consulta programática .....	82
Gráfico 02	Baía da Ilha Grande- Exodontia de elem. dentário .....	83
Gráfico 03	Região da Baía da Ilha Grande- curetagem / pol. dentário .....	84
Gráfico 04	Região da Baía da Ilha Grande-Atenção espec. Periodontia (curetagem sub./indivíduo).....	85
Gráfico 05	Região da Baía da Ilha Grande- Endodontia trirradicular.....	85
Gráfico 06	Região da Baía da Ilha Grande- Qdt Aprovada –ações básicas em Odontologia .....	86
Gráfico 07	Região da Baía da Ilha Grande- Qdt Aprovada– ações especializadas em Odontologia .....	87
Gráfico 08	Região Baixada Litorânea-1ª consulta programática .....	92
Gráfico 09	Região Baixada Litorânea- Exodontia de elem. dentário.....	93
Gráfico 10	Região Baixada Litorânea -curetagem / pol. dentário .....	94
Gráfico11	Região Baixada Litorânea-At. espec. Periodontia (curetagem sub. / indivíduo) .....	95
Gráfico12	Região Baixada Litorânea - Endodontia trirradicular.....	96
Gráfico13	Região Baixada Litorânea Qdt Aprovada –ações básicas em Odontologia	97
Gráfico14	Região Baixada Litorânea-Qdt Aprovada –ações espec. em Odontologia	98
Gráfico15	Região Centro Sul-1ª consulta programática .....	102
Gráfico 16	Região Centro Sul- Exodontia de elem. dentário .....	103
Gráfico17	Região Centro Sul-curetagem / pol. dentário .....	104
Gráfico 18	Região Centro Sul-Atenção espec. Periodontia (curetagem sub. / indivíduo) .....	105
Gráfico 19	Região Centro Sul- Endodontia trirradicular .....	106
Gráfico 20	Região Centro Sul Qdt Aprovada –ações básicas em Odontologia .....	107
Gráfico 21	Região Centro Sul Qdt Aprovada –ações especializadas em Odontologia	108

Gráfico 22	Região Médio Paraíba -1ª consulta programática.....	112
Gráfico 23	Região Médio Paraíba- Exodontia de elem. dentário.....	113
Gráfico 24	Região Médio Paraíba-curetagem /pol.dentário.....	114
Gráfico 25	Região Médio Paraíba-Atenção espec. Periodontia (curetagem sub./indivíduo) .....	116
Gráfico 26	Região Médio Paraíba- Endodontia trirradicular .....	117
Gráfico 27	Região Médio Paraíba Qdt Aprovada –ações básicas em Odontologia .....	118
Gráfico 28	Região Médio Paraíba Qdt Aprovada –ações especializadas em Odontologia .....	119
Gráfico 29	Região Metropolitana I-1ª consulta programática .....	123
Gráfico 30	Região Metropolitana I- Exodontia de elem. dentário .....	125
Gráfico 31	Região Metropolitana I-curetagem / pol. dentário .....	127
Gráfico 32	Região Metropolitana I-At. espec. Periodontia (curetagem sub. / indivíduo) .....	128
Gráfico 33	Região Metropolitana I- Endodontia trirradicular .....	129
Gráfico 34	Região Metropolitana I Qdt Aprovada –ações básicas em Odontologia ...	130
Gráfico 35	Região Metropolitana I Qdt Aprovada –ações especializadas em Odontologia .....	131
Gráfico Região 34.1	Reg. Metropolitana I- Município de Rio de Janeiro – Qdt Aprovada – ações básicas em Odontologia .....	132
Gráfico Região 35.1	Metropolitana I- Município de Rio de Janeiro – Qdt Aprovada –ações especializadas em Odontologia .....	132
Gráfico 36	Região Metropolitana II -1ª consulta programática .....	135
Gráfico 37	Região Metropolitana II- Exodontia de elem. dentário .....	136
Gráfico 38	Região Metropolitana II-curetagem / pol. dentário .....	137
Gráfico 39	Região Metropolitana II-At. espec. Periodontia (curetagem sub. / indivíduo) .....	138
Gráfico 40	Região Metropolitana II- Endodontia trirradicular .....	139
Gráfico 41	Região Metropolitana II Qdt Aprovada –ações básicas em Odontologia	139

Gráfico 42	Região Metropolitana II Qdt Aprovada –ações esp. em Odontologia .....	140
Gráfico 43	Região Noroeste-1ª consulta programática .....	144
Gráfico 44	Região Noroeste- Exodontia de elem. dentário .....	145
Gráfico 45	Região Noroeste-curetagem / pol. dentário .....	146
Gráfico 46	Região Noroeste-Atenção espec. Periodontia (curetagem sub. / indivíduo).....	147
Gráfico 47	Região Noroeste- Endodontia trirradicular .....	147
Gráfico 48	Região Noroeste Qdt Aprovada – ações básicas em Odontologia .....	148
Gráfico 49	Região Noroeste Qdt Aprovada – ações especializadas em Odontologia .	149
Gráfico 50	Região Norte-1ª consulta programática .....	152
Gráfico 51	Região Norte- Exodontia de elem. dentário .....	153
Gráfico 52	Região Norte-curetagem / pol. dentário .....	154
Gráfico 53	Região Norte-Atenção espec. Periodontia (curetagem sub. / indivíduo) ...	155
Gráfico 54	Região Norte- Endodontia trirradicular .....	155
Gráfico 55	Região Norte Qdt Aprovada – ações básicas em Odontologia .....	156
Gráfico 56	Região Norte Qdt Aprovada – ações especializadas em Odontologia .....	157
Gráfico 57	Região Serrana -1ª consulta programática .....	161
Gráfico 58	Região Serrana - Exodontia de elem. dentário .....	162
Gráfico 59	Região Serrana -curetagem / pol. dentário .....	163
Gráfico 60	Região Serrana -Atenção espec. Periodontia (curetagem sub. / indivíduo)	164
Gráfico 61	Região Serrana - Endodontia trirradicular .....	165
Gráfico 62	Região Serrana Qdt Aprovada – ações básicas em Odontologia .....	166
Gráfico 63	Região Serrana Qdt Aprovada – ações especializadas em Odontologia ...	167

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	– Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASBUCCO	– Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva
ABO	– Associação Brasileira de Odontologia
ACD	– Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	– Agentes Comunitários de Saúde
AEMERJ	– Associação Estadual de Municípios do Estado do Rio de Janeiro
AIH	– Autorização de Internação Hospitalar
AIS	– Ações Integradas de Saúde
MAS	– Pesquisa de Assistência Médico Sanitária do IBGE
ANVISA	– Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	– Área Programática
APAC	– Autorização de Procedimentos de Alto Custo/ Alta Complexidade
BNDES	– Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
BVS	– Biblioteca Virtual de Saúde
CAP	– Caixa de Aposentadorias e Pensões
CD	– Cirurgião Dentista
CEBES	– Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEO	– Centro de Especialidade Odontológica
CES	– Conselho Estadual de Saúde
CF	– Constituição Federal
CFO	– Conselho Federal de Odontologia
CIB	– Comissão Intergestores Bipartite
CIDE	– Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro

CIT	– Comissão Intergestores Tripartite
CMS	– Conselho Municipal de Saúde
CNES	– Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNSB	– Conferência Nacional de Saúde Bucal
CNS	– Conselho Nacional de Saúde ou Conferência Nacional de Saúde
CONASS	– Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
CONASEMS	– Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.
COSEMS	– Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
CPMF	– Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
CPOD	– Índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados
CRO	– Conselho Regional de Odontologia
CTBMF	– Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
DAB	– Departamento de Atenção Básica
DATASUS	– Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DPPAS	– Departamento de Políticas, Planejamento e Administração em Saúde
EC	– Emenda Constitucional
EC 29	– Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000
ECEO	– Encontro Científico dos Estudantes de Odontologia
ENATESPO	– Encontro Nacional dos Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico
ENSP	– Escola Nacional de Saúde Pública
ESB	– Equipe de Saúde Bucal
ESBs	– Equipes de Saúde Bucal
ESF	– Estratégia Saúde da Família
ESFs	– Equipes de Saúde da Família
FAEC	– Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FES	– Fundo Estadual de Saúde
FIDEPS	– Fundo de Incentivos ao Desenvolvimento e Pesquisa Universitária
FMS	– Fundo Municipal de Saúde
FNS	– Fundo Nacional de Saúde
FPE	– Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal
FPM	– Fundo de Participação dos Municípios
FS	– Fundo de Saúde
FUNASA	– Fundação Nacional de Saúde
GM	– Gabinete do Ministro
GPAB	– Gestão Plena da Atenção Básica
GPSE	– Gestão Plena do Sistema Estadual
GPSM	– Gestão Plena do Sistema Municipal
IAPs	– Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICM	– Imposto de Circulação de Mercadoria
IDH	– Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	– Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA	– Instituto Nacional do Câncer
IPEA	– Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LC	– Lei Complementar
LOS	– Lei Orgânica da Saúde
LRF	– Lei de Responsabilidade Fiscal
LRPD	– Laboratório Regional de Prótese Dentária
MAC	– Média e Alta Complexidade
MBRO	– Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica

MS	–	Ministério da Saúde
MEC	–	Ministério da Educação
ME	–	Ministério do Esporte
NO	–	Norma Operacional
NOAS	–	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	–	Norma Operacional Básica
OPAS	–	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
PAB	–	Piso da Atenção Básica
PAB-A	–	Piso da Atenção Básica Ampliado.
PACS	–	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM	–	Posto de Atendimento Médico
PDI	–	Plano Diretor de Investimentos
PDR	–	Plano Diretor de Regionalização
PIB	–	Produto Interno Bruto
PLC	–	Projeto de Lei Complementar
PNAD	–	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio
PND	–	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNSB	–	Política Nacional de Saúde Bucal
PNAB	–	Política Nacional de Atenção Básica
PPI	–	Programação Pactuada e Integrada
PROESF	–	Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família
PSF	–	Programa de Saúde da Família
REFORSUS	–	Projeto de Reforço à Reorganização do SUS
Pt	–	Portaria

SABGC	– Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado
SAS	– Secretaria de Assistência à Saúde
SB	– Saúde Bucal
SB 2003	– Censo Bucal 2003
SCNES	– Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES	– Secretaria Estadual de Saúde
SESDEC/ RJ	– Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
SESP	– Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB	– Sistema de Informação da Atenção Básica
SIA- SUS	– Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH-SUS	– Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIOPS	– Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
THD	– Técnico em Higiene Dental
UCA	– Unidade de Cobertura Ambulatorial
UF	– Unidades da Federação
UNEO	– União dos Estudantes de Odontologia
URC	– Unidades de Capacitação da Rede
VIGISUS	– Projeto de Vigilância e Controle de Doenças
VISA	– Vigilância Sanitária

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>1</b>	<b>FUNDAMENTOS CONCEITUAIS .....</b>	<b>3</b>
1.1	<b>Saúde bucal: algumas reflexões conceituais .....</b>	<b>3</b>
1.2	<b>Modelos assistenciais: reflexões conceituais .....</b>	<b>9</b>
1.3	<b>Atenção primária, atenção básica e Programa de Saúde da Família: o modelo assistencial em saúde bucal no primeiro nível de atenção adotado pelo SUS .....</b>	<b>13</b>
1.4	<b>Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs): atenção odontológica no nível secundário adotada pelo SUS .....</b>	<b>17</b>
1.5	<b>Odontologia hospitalar: atenção à saúde bucal no nível terciário adotada pelo SUS .....</b>	<b>21</b>
<b>2</b>	<b>A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NO SUS .....</b>	<b>24</b>
2.1	<b>Uma evolução histórica das Políticas de Saúde Bucal no Brasil .....</b>	<b>24</b>
2.2	<b>A Política Nacional de Saúde Bucal do SUS .....</b>	<b>31</b>
2.3	<b>O SUS: normas operacionais; primazia da atenção básica e o financiamento das ações e serviços .....</b>	<b>35</b>
2.4	<b>Transferências federais de recursos no SUS: a política de incentivos do MS e o financiamento da atenção à saúde bucal no quadro das ações da PNSB .....</b>	<b>41</b>
<b>3</b>	<b>O ESTADO RIO DE JANEIRO .....</b>	<b>50</b>
3.1	<b>O estado do Rio de Janeiro: uma visão sintética da história sócio-política e econômica .....</b>	<b>50</b>
3.2	<b>O estado do Rio de Janeiro: a atuação da secretaria estadual de saúde .....</b>	<b>59</b>
3.3	<b>O estado do Rio de Janeiro: um olhar sobre a rede própria do SUS .....</b>	<b>61</b>
3.4	<b>A rede municipal de saúde da cidade do Rio de Janeiro .....</b>	<b>70</b>
<b>4.</b>	<b>UMA ANÁLISE DO PERFIL DA OFERTA DE SERVIÇOS EM SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DA PNSB .....</b>	<b>73</b>

4.1	<b>Metodologia da pesquisa</b> .....	73
4.2	<b>Análise dos dados da pesquisa a partir das Regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro</b> .....	79
4.2.1	<u>Região Baía de Ilha Grande</u> .....	80
4.2.2	<u>Região Baixada Litorânea</u> .....	87
4.2.3	<u>Região Centro Sul</u> .....	99
4.2.4	<u>Região Médio Paraíba</u> .....	108
4.2.5	<u>Região Metropolitana I</u> .....	119
4.2.6	<u>Região Metropolitana II</u> .....	132
4.2.7	<u>Região Noroeste</u> .....	141
4.2.8	<u>Região Norte</u> .....	149
4.2.9	<u>Região Serrana</u> .....	158
5	<b>A GUIA DE UM EPÍLOGO</b> .....	168
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	179

## APRESENTAÇÃO

Dois fatos políticos marcaram, a partir do ano 2001, o aumento progressivo do volume de recursos financeiros do governo federal para o financiamento das ações de saúde bucal no âmbito do SUS: A inserção das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em 2001, e o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), também conhecida como “Brasil Sorridente” em 2004. Estes recursos são repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais e /ou Estaduais sob a forma de incentivos financeiros seja para o atendimento da atenção básica através das Equipes de Saúde Bucal (ESBs) na Estratégia Saúde da Família (ESF) ou para garantia da atenção especializada através da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a PNSB tem por objetivo possibilitar a ampliação do acesso às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal através da qualificação da assistência e dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aos seus usuários. Com este propósito o governo federal passou a remunerar também próteses dentárias no sentido de promover a integralidade das ações nesta área específica da saúde.

Nesta perspectiva, a presente dissertação procurou construir uma análise apta a avaliar em que medida e de que forma os incentivos federais estão induzindo a reorganização da atenção à saúde bucal, tal como pretendido pela PNSB, nos 92 municípios do estado do Rio de Janeiro. Convém registrar que se trata de um estudo pioneiro, não só por considerar a totalidade dos municípios do estado, como também no que diz respeito ao campo temático, pois estudos sobre o financiamento da saúde bucal no Brasil não foram detectados no levantamento da produção intelectual na área de saúde coletiva até dezembro de 2006 (KORNIS *et al*, 2006).

Para cumprir os objetivos acima mencionados a presente dissertação foi estruturada em cinco capítulos. O primeiro, de caráter introdutório, aborda o referencial teórico que norteia este trabalho incluindo e discutindo alguns fundamentos conceituais tais como saúde bucal coletiva, modelos de atenção e atenção básica e especializada em saúde bucal adotados pelo SUS.

O segundo capítulo traça uma evolução histórica das Políticas de Saúde Bucal no Brasil, expondo de forma sistematizada as ações e as parcerias sustentadas pela PNSB, a primeira política de saúde bucal do SUS. Ainda neste capítulo, consideramos a primazia da atenção

básica no processo de reorganização da atenção a saúde no âmbito do SUS, assim como, o financiamento das suas ações e serviços. Ademais, enfatizamos a importância do MS, enquanto estrutura de governo, na indução do modelo assistencial de saúde através de sua política de incentivos. Por último, consideramos o financiamento das ações e serviços de saúde bucal sustentadas pela PNSB frente à política de incentivos do MS.

O terceiro capítulo retrata algumas das singularidades do estado do Rio de Janeiro, desde aquelas referentes à sua história sócio-política e econômica, até àquelas referentes à saúde. Neste contexto, o presente capítulo mapeia a rede própria do SUS existente no estado do Rio de Janeiro, considerando os três níveis de governo.

O quarto capítulo reporta-se a uma pesquisa de caráter pioneiro realizada em diversas bases dados com o intuito de embasar a discussão e traçar um panorama acerca dos 92 municípios do estado, no que diz respeito aos seus contingentes populacionais; condições de gestão; repasses financeiros federais e situação de implantação das ESBs na ESF, assim como dos CEOs e LRPDs existentes no estado do Rio de Janeiro até dezembro de 2007. Apresentamos ainda neste capítulo, uma análise crítica acerca da “Série Histórica de Produção” de alguns procedimentos em saúde bucal realizada pelos 92 municípios durante o período de janeiro de 1998 a dezembro de 2007. Essa análise foi construída com base em uma metodologia que, em princípio, pode ser aplicada no estudo da experiência de outras unidades da federação.

Finalmente, o quinto e último capítulo, traz algumas linhas a guisa de um epílogo. Nesse segmento, são rerepresentadas sinteticamente as várias conclusões parciais apresentadas no corpo da pesquisa acima citada e ainda aportamos alguns pontos de vista sobre as perspectivas de desenvolvimento da PNSB.

## 1. FUNDAMENTOS CONCEITUAIS

“Mas os assuntos não se  
esgotam, o que se esgota  
são os homens que  
pensam sobre os  
assuntos”.

José Alberto Neves Candeia

### *1.1 Saúde Bucal: algumas reflexões conceituais*

O que é saúde bucal? Quando e como surgiu o termo saúde bucal coletiva? Em que momento a saúde bucal adquire uma dimensão política? Para responder a estas perguntas, entendemos ser necessário abordar o pensamento de algumas instituições e autores que se propuseram e se propõem a discorrer sobre esses conceitos, ou melhor, sobre possíveis concepções a respeito da expressão saúde bucal na perspectiva coletiva.

O debate sobre essa temática começou em meados dos anos 70, e mobiliza um conjunto de conceituados autores brasileiros há mais de duas décadas. Ainda que tenhamos nos debruçado sobre as distintas perspectivas teórico conceituais que serão descritas adiante, o presente trabalho não tem a pretensão de definir um único conceito para tal temática. Da mesma forma esse estudo não se preocupa em discutir ou delimitar as áreas de competências dos diversos profissionais que atuam no campo da atenção a saúde bucal praticada no SUS.

No plano internacional, a Organização Mundial de Saúde <sup>1</sup>(OMS, 2007) define saúde bucal (*oral health*) como a ausência de dor crônica na boca e na região facial; câncer oral ou de garganta; inflamações orais; deformações congênitas tais como fendas labiais e palatais; doenças periodontais; cáries e perdas dentárias e outras doenças ou desordens que afetam a boca ou a cavidade oral (tradução da autora).

No Brasil, chama-nos a atenção a ausência de um conceito institucional para o termo saúde bucal uma vez que o mesmo está cada vez mais presente no discurso político atual, tanto

---

<sup>1</sup>*Oral health means being free of chronic mouth and facial pain, oral and throat cancer, oral sores, birth defects such as cleft lip and palate, periodontal (gum) disease, tooth decay and tooth loss, and other diseases and disorders that affect the mouth and oral cavity.* OMS, 2007

por parte dos especialistas da área como por parte de leigos.

A despeito tanto da utilização cada vez mais freqüente do termo “saúde bucal”, quanto da não preocupação por parte das Instituições de saúde, sejam elas odontológicas ou não, em definir um conceito abrangente e consistente de modo a nortear as ações de saúde que derivam ou devem derivar da referida expressão, veremos a seguir, numa perspectiva histórica, o esforço de alguns autores em definir tal conceito.

Mario Chaves (1977) utilizou a expressão saúde bucal por entender que a responsabilidade do cirurgião dentista inclui “além dos dentes, as estruturas adjacentes que os suportam” e outras “porções da cavidade bucal”. Segundo o autor, a saúde bucal deriva de um estado de higidez ou harmonia da boca que “só tem significado quando acompanhada de grau razoável de saúde geral do indivíduo”. Chaves entende que, a saúde é um estado do indivíduo que não pode subsistir com “saúdes parciais” sejam estas derivadas de órgãos ou sistemas. Portanto na opinião desse autor, o termo saúde bucal embora útil para identificar um objetivo específico em programas de saúde, só faz sentido se for desenvolvido em integração com um “programa global de saúde pública”. (Idem)

No Brasil, o termo “coletiva” foi incorporado a expressão saúde bucal na década de 80 por influência do campo da saúde coletiva. Neste contexto, a difusão do uso de tal expressão fez com que essa assumisse vários significados nem sempre compartilhados consensualmente (NARVAI 2001a). Segundo este autor, a saúde bucal, apesar de ser um campo de conhecimentos e práticas da Odontologia, ai não se encerra, pois faz parte de um campo mais amplo - o campo da saúde coletiva.

Na opinião de Botazzo (1989 *apud* NARVAI, 1994 p. 104) o objeto de trabalho da saúde bucal coletiva não é o mesmo da prática odontológica que tem a boca (o corpo biológico) como seu foco e para a qual se organizam tecnologias visando o estabelecimento do equilíbrio funcional do indivíduo. Segundo esse autor, a saúde bucal coletiva relaciona o meio social como o lugar de produção das doenças bucais e nesse sentido, busca neste campo, as tecnologias capazes de possibilitar não a cura, mas uma redução ou mesmo o controle sobre os processos mórbidos tomados em sua dimensão coletiva.

Nesta mesma perspectiva de condicionalidades, em 1986 o relatório final da Primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal (I CNSB) afirmou que a Saúde Bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, e está diretamente relacionada a determinadas

condições tais como: alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, assim como o acesso aos serviços e informações em saúde (BRASIL, 1986). Assim, o referido relatório enfatiza que a luta pela saúde bucal está intimamente vinculada à luta pela melhoria de fatores sociais, políticos e econômicos justificando um dos temas<sup>2</sup> da conferência que imputa ao Estado a responsabilidade da manutenção da saúde de seus cidadãos. O relatório considera também como prerrogativa fundamental desta luta, a inserção da odontologia no SUS (Idem).

Considerando a vinculação da “saúde bucal” com a “saúde geral” e tomando como verdadeira a correlação de fatores sociais as condições de saúde, tal como preconizado no relatório da I CNSB, Narvai (2001 b) entende que a utilização do termo saúde bucal refere-se a um conjunto de condições biológicas e psicológicas, que possibilita ao ser humano exercer funções tais como a mastigação, a deglutição e a fonação. Tendo em vista a dimensão estética inerente à região anatômica a que se relaciona, o autor considera ainda a saúde bucal como um fator relevante nos processos de “exercitar a auto-estima e de relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento<sup>3</sup>”. Segundo Narvai (2001b) essas condições devem ainda ser correspondente à “uma ausência de doença ativa em níveis tais que permitam ao indivíduo” o desenvolvimento adequado de suas funções contribuindo deste modo para o seu bem estar geral.<sup>4</sup>

Entretanto, ao considerar a utilização abrangente do termo, o autor classifica como ingênua a crença de que a saúde bucal das populações poderá ser produzida, tão somente, pelo trabalho dos cirurgiões dentistas. Este fato se sustenta na teoria social das doenças que independentemente da capacidade técnica profissional e das possibilidades terapêuticas disponíveis, estabelece uma relação direta entre a condição de saúde bucal dos indivíduos e seus modos de inserção social.

---

<sup>2</sup> A I CNSB, realizada em Brasília-DF como parte integrante da 8ª Conferência Nacional de Saúde, teve como eixo norteador das suas discussões quatro grandes temas: A Saúde como direito de todos e Dever do Estado; Diagnóstico da Saúde Bucal no Brasil; Reforma Sanitária: Inserção da Odontologia no Sistema Único de Saúde e o Financiamento do Setor de Saúde Bucal. (BRASIL, 2006).

<sup>3</sup> A Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) em seu link Descritores em Ciências da Saúde (De CS) descreve “saúde bucal” tal como esta definição de Narvai. (BVS, 2007).

<sup>4</sup> Neste texto, o autor declara a sua dificuldade em encontrar um conceito para o termo “saúde bucal” nos meios bibliográficos odontológicos disponíveis a época que o auxiliasse na tarefa de escrever o capítulo de saúde bucal de um livro que trataria da saúde do idoso. Acredita que a escassez de definições ou mesmo a omissão de conceitos sobre o termo possa ser justificada pela possibilidade de crença por parte dos autores de que o entendimento sobre saúde bucal é dado e, portanto de que “nada precisa ser conceituado” (NARVAI, 2001b). Diante dessa ausência, conceitua ele próprio a saúde bucal como o descrito acima.

Narvai (1992), ainda nos chama a atenção para o fato de que apesar de “saúde bucal” e “odontologia” serem termos aparentemente muito próximos, eles não se referem ao mesmo objeto. Da mesma forma as expressões “assistência odontológica” e “atenção à saúde bucal” significam conceitos diferentes. Enquanto a primeira “refere-se ao conjunto de procedimentos clínicos–cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais”, estejam eles doentes ou não, a segunda procura manter a saúde bucal reportando-se a “um conjunto de ações que incluindo a atenção odontológica individual, não se esgota nela, buscando atingir grupos populacionais através de ações de alcance coletivo”.

Narvai e Botazzo afirmam que foi na década de 90 que o termo saúde bucal coletiva ganhou maior relevância impulsionando tanto mudanças na denominação de departamentos universitários (de odontologia social e preventiva) quanto à criação da Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva (BOTAZZO & NARVAI, 2006).

Roncalli (2006) nos explica que o termo saúde bucal coletiva adquiriu “força ideológica e operacional” apesar de sua aparente contradição, já que na opinião do autor, bucal corresponde a “uma particularidade do corpo” e coletiva representa a “negação desta particularidade”. O autor lembra-nos ainda que o modelo de saúde universal e equitativo, tal como proposto pelo SUS, representou um grande desafio aos “tradicionais modelos de oferta de serviços odontológicos<sup>5</sup>” no sentido da necessidade de reorganizar suas práticas. Assim o termo “saúde bucal coletiva” expressa também um esforço de mudança do foco de atenção à saúde bucal que passa do indivíduo para o coletivo.

Botazzo (2006) considera o conceito de saúde bucal coletiva como um conceito problema e indaga qual seria na prática o seu referencial teórico-metodológico já que nem sempre os sujeitos que dele se utilizam o situam no campo de práticas e dos saberes da saúde coletiva. Seguindo seu pensamento crítico e partindo do pressuposto que os “trabalhos bucais”, tais como a mastigação<sup>6</sup>, a linguagem e a erótica estão diretamente relacionadas com o “modo de ser dos indivíduos”, o autor vem propor uma nova categoria em saúde bucal a qual denomina “bucalidade”. Neste sentido, o autor considera o conceito de bucalidade “como a expressão

---

<sup>5</sup>Tradicionalmente os serviços públicos odontológicos restringiam-se a assistência de caráter curativo, oferecida de forma focalizada para escolares e de livre demanda para urgências e emergências. Esse modelo assistencial foi introduzido na década de 50 pelo Serviço Especial de Saúde Pública -SESP, e sua existência prevaleceu até fins da década de 90 (BRASIL, 2006).

<sup>6</sup>Manducar, segundo Botazzo (2006), significa apreender, triturar, insalivar e deglutir. Segundo o Dicionário Aurélio 3.0 versão eletrônica, (NOVA FRONTEIRA, 1999) manducar significa: comer, mastigar.

dos trabalhos sociais que a boca realiza” e assim o posiciona no centro do que considera uma “Teoria Social da Saúde”.

Werneck (2006), reconhece na bucalidade a expressão das diversas vivências e modos de andar a vida dos sujeitos, mas a diferença de Botazzo, prioriza o entendimento do conceito como uma condição facilitadora tanto para a construção quanto para a compreensão da saúde bucal coletiva. Neste sentido nos convida a pensar sobre os serviços públicos de saúde, onde a saúde bucal coletiva tem seu referencial teórico e metodológico posto em prática. Toma como pano de fundo dois lugares privilegiados de observação: O espaço pedagógico, onde são formados os profissionais em saúde bucal e o espaço da gestão dos serviços. O autor chama-nos a atenção para o fato que nesses lugares, que são espaços de encontro de diversos sujeitos, podemos perceber diferentes olhares e concepções acerca da saúde coletiva. Nesses sítios, certos valores instituídos ganham adeptos que os repetem acriticamente na tentativa de modificar “fazer instituídos na vida cotidiana de outros sujeitos” que são os usuários dos serviços. Para Werneck, a bucalidade como expressão dos trabalhos sociais da boca, guarda estreita relação com valores culturais. Tanto no que diz respeito àqueles estabelecidos nas diferentes sociedades, quanto o estabelecido nas diferentes fases da vida. Neste sentido considera ser necessária uma maior compreensão dos significados atribuídos à boca humana de modo a respeitar e compreender a subjetividade do outro.

Para Souza (2006) o conceito de bucalidade representa uma ferramenta com possibilidades tanto de alavancar a clínica quanto instigar novas modalidades de pesquisa na área. No entanto, a autora nos lembra que o conceito de saúde bucal coletiva tem uma história que emerge num processo de crítica ao pensamento odontológico dominante sem, contudo “dele desatar-se por completo; ao contrário nele, se adjetiva”. A autora nos remete ainda ao fato de que esse processo se deu concomitantemente ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira que buscava na saúde coletiva uma possibilidade de mudança no padrão de intervenção estatal, de cunho sanitarista e com bases na saúde pública, para um padrão mais amplo, no sentido sócio-cultural e político. Assim, para autora supracitada, a saúde bucal coletiva representa mais do que um campo revisitado de disputa de saberes e práticas emergentes das antigas disciplinas da Odontologia. Pois que, é no cotidiano dos serviços de saúde, num permanente processo de construção, desconstrução e reconstrução que ela “deixa de ser um bem meramente de consumo odontológico” e se apresenta como “um direito de

cidadania”, onde o reconhecimento da responsabilidade ético-política e a capacidade técnica da clínica em saúde bucal tornam-se indissociáveis.

Nesta perspectiva, Souza (2006) acaba por situar o centro do debate conceitual acerca do termo saúde bucal, numa dimensão política, que é a perspectiva escolhida para nortear, num plano geral, o presente trabalho.

Assim, partindo do referencial político, a saúde como um direito de cidadania incluída no capítulo da Seguridade Social da Constituição Federal Brasileira (CF) de 1988, e apoiada pelas Leis Federais 8080 e 8142, ambas de 1990, moldou as diretrizes e os princípios do Sistema Único da Saúde (SUS). Estes instrumentos além de representarem o arcabouço jurídico legal do sistema de saúde brasileiro, definem um conceito ampliado de saúde e apontam para as estratégias de organização e controle das ações e serviços, interligando setores e buscando soluções para situações e problemas que são consideradas como os determinantes do atual estado de saúde da população.

Num plano menos abstrato, esta dissertação, ao se interessar por uma política pública de saúde, mais especificamente, pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), se aproxima da percepção Mattos<sup>7</sup> (1999; 2001; 2003), onde política específica de saúde é entendida como “uma resposta governamental dada a determinados problemas de saúde da população ou a determinadas demandas e/ou necessidades de certos grupos populacionais específicos”.

Como já dito no início do capítulo, este trabalho não pretende enunciar um novo conceito acerca do termo saúde bucal nem tampouco pretende esgotar tal problemática. Entretanto, gostaríamos de revisitar dois conceitos aqui expostos a fim de explicitar o referencial teórico metodológico escolhido para nortear esta dissertação. Assim, tendo por base o conceito ampliado de saúde bucal tal como foi adotado no relatório final da I CNSB, que relaciona a condição de saúde bucal a uma teoria sócio-econômica da saúde, nosso pensamento é convergente com o de Narvai (2001 b) quando diz que os caminhos da saúde bucal ultrapassam o campo de trabalho dos dentistas. Entretanto esta constatação é reforçada quando consideramos ainda o conceito adotado pela OMS onde a saúde bucal é referida a estruturas anatômicas que estão fora do campo de ação da odontologia e, portanto fora do leque de competências do cirurgião dentista.

---

<sup>7</sup>Segundo Mattos política pública é “uma resposta dada pelo Estado a um conjunto de demandas postas pela sociedade”. Mattos considera políticas específicas as respostas governamentais dadas a determinados problemas de saúde ou a necessidade de grupos específicos. Nesse sentido, podemos entender a PNSB como uma política específica.

Deste modo, adotando ambos os conceitos como verdadeiros, a atenção à saúde bucal pressupõe além do trabalho, interdisciplinar e intersetorial, o trabalho multiprofissional em saúde.

Portanto tendo a saúde como um direito de cidadania garantido constitucionalmente e diante de tal complexidade conceitual, o referencial que norteia esta dissertação é a ação política envolvida na atenção a saúde bucal aqui entendida como uma resposta adequada às necessidades<sup>8</sup> de saúde tanto dos indivíduos como da população.

Este trabalho não tem a intenção de avançar no desenvolvimento do debate desse conceito, embora consideremos sua evolução um processo em construção permanente. Na verdade, o que pretendemos é utilizar, de modo mais preciso, um conceito que possa nortear e sustentar a operacionalização da PNSB em abrangência nacional.

## ***1.2 Modelos Assistenciais: reflexões conceituais***

Vejamos de modo mais atento como a bibliografia especializada discute a temática sobre os modelos assistenciais de saúde.

Diante da dimensão do território brasileiro e das heterogeneidades regionais, o processo de implantação do SUS tem enfrentado obstáculos de diferentes natureza e graus de dificuldade. Do ponto de vista da oferta de serviços aos usuários, entre os principais problemas destacam-se: aqueles que se referem aos equipamentos e as instalações físicas dos serviços ora pela sua insuficiência, ora pela sua precariedade ou deteriorização; a má distribuição territorial dos equipamentos de saúde; a falta de uma política efetiva de recursos humanos; e principalmente a questão já implícita na própria proposta de construção do SUS, que diz respeito à reorganização do modelo de atenção à saúde vigente no país. Essa proposta teve origem nas críticas às instituições de saúde e suas práticas hegemônicas<sup>9</sup> (MATTOS, 2001). Assim, no processo de implantação do SUS, os modelos assistenciais de saúde passaram a ter uma maior

---

<sup>8</sup> Cecílio (2001) reconhece que apesar das necessidades em saúde serem produções sociais historicamente construídas, elas só podem ser captadas e trabalhadas numa dimensão individual. Neste sentido, o autor considera que as necessidades em saúde podem ser apreendidas em quatro grandes conjuntos relacionados a: 1) boas condições de vida entendidas como determinantes do processo saúde-doença (como acesso a água tratada, condições de moradia e hábitos pessoais); 2) acesso a tecnologias capazes de minimizar sofrimentos, melhorar e/ou prolongar a vida; 3) criação de vínculos entendidos como referência e relação de confiança, e 4) o crescente grau de autonomia dos indivíduos no que se refere aos seus modos de andar a vida.

<sup>9</sup> São consideradas práticas hegemônicas de saúde aquelas em que a lógica de organização do trabalho relaciona o hospital como a principal instância articuladora do sistema, por ser este o serviço que concentra equipamentos e tecnologia dura.

importância com o crescente incremento da municipalização das ações de saúde. Concomitantemente, os princípios da universalização do acesso, integralidade e descentralização das ações e o controle social, puseram em cheque os modelos adotados anteriormente e impuseram aos municípios o desafio de repensarem e reorganizarem seus modelos assistenciais.

No tocante à assistência a saúde bucal os maiores desafios dizem respeito à universalização das ações, a superação da exclusão de grupos populacionais<sup>10</sup>, a reversão do quadro epidemiológico de adultos e idosos, a deficiência de recursos humanos e o processo de gestão da saúde bucal no contexto da descentralização.

Entretanto, de um modo geral, a discussão sobre modelos assistenciais<sup>11</sup> aponta para diferentes formas de articulação entre os recursos humanos, físicos e tecnológicos que se traduzem em várias possibilidades de organização dos serviços de modo a responder aos problemas e necessidades da população (FIGUEIREDO, 2002).

Neste sentido, a temática dos modelos assistenciais vem sendo objeto de estudo de vários autores que assim produziram diferentes definições para o termo. Destacaremos a seguir o pensamento de alguns desses autores.

No entender de Mehry *et al* (1992 e 1994) modelo assistencial corresponde a uma articulação entre saberes, tecnologias e políticas que juntos determinam a forma de organização da assistência. Para esses autores, incluir a dimensão política significa assumir que a priorização de dados modelos assistenciais adotados por determinados grupos sociais representam disputas de interesses que repercutem na forma de organizar a assistência. Ademais os autores em pauta consideram que os modelos assistenciais apóiam-se em duas dimensões: uma assistencial e a outra tecnológica. Portanto podem ser denominados como “modelos tecno-assistenciais”.

No entender de Campos (1992) modelos assistenciais ou modelos tecnológicos representam “partes constitutivas de dado modelo de produção” de tal forma “combinadas segundo um sentido determinado pela totalidade do modelo”. São estas combinações que determinam as características de cada modelo tecnológico. Para este autor o conceito de modelo tecno-assistencial encerra uma abrangência maior que o conceito de modalidade assistencial, ampliando e incorporando desta forma outras dimensões de análise.

---

<sup>10</sup> No Brasil, tradicionalmente a organização dos serviços públicos odontológicos priorizou o atendimento de crianças em idade escolar e gestantes excluindo o restante da população desse tipo de assistência (ZIBOVÍCIOS, 2005; BRASIL, 2006; OPAS & BRASIL, 2006).

<sup>11</sup> A discussão sobre modelos de atenção à saúde bucal pública adotados no Brasil pode ser conferida em: BRASIL, 2006 a; RONCALLI, 1999 e NICKEL *et al*, 2008.

Segundo o Conselho Nacional de Saúde <sup>12</sup> (CNS) “modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais podem ser definidos genericamente como combinações de tecnologias (materiais e não-materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde”, representando “a dimensão técnica das práticas de saúde”.

Para Paim (1999), modelos assistenciais ou modelos de atenção à saúde são combinações de tecnologias que são estruturadas de modo a responder ao “perfil epidemiológico de uma dada população” e correspondem as “necessidades sociais de saúde historicamente definidas”. Segundo o referido autor “não se tratam de normas ou exemplos a serem seguidos, mas sim de racionalidades diversas que informam a práxis”. Assim sendo, modelos assistenciais se referem a “ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de serviços de saúde”.

Diante dos pensamentos dos autores supracitados é possível perceber o uso dos termos: modelo assistencial, modelo tecno-assistencial, modelo de atenção e modalidade assistencial que ora são tratados como sinônimos, ora não, ou ainda são usados de maneira combinada.

Nesta perspectiva, diante dessas possibilidades conceituais, Candeia (1992), discute, a luz da língua portuguesa, os conceitos de assistência e atenção. No seu entender, a assistência traz implícita a idéia de que existe “quem assiste” e “quem é assistido”, o que colocaria o usuário em uma posição de extrema passividade. Este fato parece ter estimulado no campo da saúde pública a substituição do termo assistência por outro: atenção, este sim mais adequado a compreender a multiplicidade de ações da saúde. Entretanto o autor considera que o significado de “atenção” não refere “ações que vão ao encontro de necessidades de saúde de qualquer grupo social. O que já acontece com o significado de assistência”.

Como já explicitado no primeiro tópico deste capítulo, Narvai (1992) considera de maneira enfática que os dois termos encerram significados distintos <sup>13</sup>.

Nas palavras desse autor:

“Ao falarmos em organização da assistência, ou **modelo assistencial** estamos, portanto limitando nosso objeto, restringindo-o à ações

<sup>12</sup> O CNS é uma instancia legítima de discussão e pactuação acerca das questões relativas ao sistema nacional de saúde, assim reconhecida pela Lei Orgânica da Saúde Nº 8.142 de 1990.

<sup>13</sup> Narvai (1992) denomina as diferentes experiências programáticas em assistência odontológica de sistemas de trabalho em saúde bucal. Nesse sentido, o autor nos chama a atenção para o fato de que não devemos confundir esses sistemas de atendimento com modelos, já que estes compõem apenas uma parte isolada do modelo adotado. Neste mesmo trabalho o autor faz uma descrição dos diferentes sistemas de atendimento à saúde bucal adotados no Brasil desde a década de 50. Sobre sistemas de atendimento ver também RONCALLI *et al*, 1999; RONCALLI, 2000 e BRASIL, 2006.

dirigidas à consumidores individuais, doentes ou não. Ao contrário, quando nos referimos à organização da atenção, ou ao **modelo de atenção**, estamos nos referindo à assistência e também **ao conjunto de ações de alcance coletivo desenvolvidas dentro e fora do setor saúde**”. [grifos do original] (NARVAI, 1992 p. 05).

Roncalli (2000) observa que este pensamento de Narvai, embora dirigido à área odontológica, de uma forma geral, também pode ser aplicado à área de saúde. Entretanto, Roncalli reconhece que em algumas situações, os limites entre o que é assistência e o que é atenção são muito tênues, o que pode ser a explicação para a confusão entre os termos e seus significados.

Segundo Roncalli, o Brasil ainda hoje, tem pouca tradição na estruturação de sistemas de saúde bucal. O autor considera ainda que o chamado modelo da saúde Bucal Coletiva é uma estratégia em processo de construção, “centrada nos princípios do SUS e com ênfase no paradigma da Promoção de Saúde, mas ainda sem uma matriz programática definida”. Contudo, afirma o autor, alguns municípios têm alcançado resultados significativos na redução das principais doenças bucais a partir de estruturas programáticas eficientes (RONCALLI, 2000).

Segundo Paim (1999) vale ainda lembrar que “modelos” não são exemplos a serem seguidos de modo não crítico, pois devem considerar tanto as particularidades técnicas como as políticas locais onde serão aplicados.

Retomando a concepção adotada neste trabalho, em que a atenção à saúde bucal é entendida como resposta às necessidades das pessoas, consideramos que os modelos assistenciais em saúde bucal envolvem ações que estariam melhor contempladas nas estratégias de atenção à saúde. Estratégia é aqui entendida como um conjunto amplo de ações que não se prendem a modelos assistenciais rígidos, mas que se encontram comprometidas com as realidades locais e orientadas de modo a responder às necessidades da população. Contudo, reconhecemos que o MS, e conseqüentemente a PNSB, elegeram como modelo preferencial de atenção básica em saúde bucal a Estratégia Saúde da Família como veremos a seguir.

### ***1.3. Atenção Primária, Atenção Básica e Programa de Saúde da Família: o modelo assistencial em saúde bucal no primeiro nível de atenção adotado pelo SUS***

As reflexões acerca dos termos Atenção Primária em Saúde e Atenção Básica em Saúde ainda hoje suscitam debates entre profissionais de saúde e os outros diversos atores sociais envolvidos nos direcionamentos das Políticas Nacionais de Saúde. Neste sentido, entendemos que se faz necessário tecer algumas considerações sobre esses dois termos como veremos a seguir.

A Conferência Internacional de Alma Ata (1978) além de reafirmar a saúde como um direito humano fundamental, representou um marco de influência nos debates acerca dos rumos das políticas nacionais de saúde. Neste contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu em 1978 a Atenção Primária como:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (OPAS, 1978 p.1 e 2)

Para Starfield (2002), a atenção primária é o nível de atenção que oferece aos indivíduos o acesso ao sistema de saúde e tem por objetivo buscar a resolutividade de todas as suas necessidades e problemas. Desta forma, a atenção primária estabelece a base do sistema de saúde oferecendo e determinando o processo de trabalho dos demais níveis de atenção de forma a organizar e racionalizar o uso dos recursos direcionando-os para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde. Entretanto, afirma Starfield, estas

responsabilidades atribuídas à atenção básica devem ser compartilhadas com os outros níveis de atenção.

Gil (2006), investigou as diferentes concepções acerca dos termos Atenção Primária e Atenção Básica na literatura brasileira e nos esclarece que alguns autores se referem aos dois termos como sinônimos e numa perspectiva de unidades locais ou níveis de assistência. Já outros se referem ao termo Atenção Primária, como o primeiro nível de atenção considerando-o a “porta de entrada do sistema” e as unidades básicas como suas instâncias operacionais (Gil, 2006).

Segundo a referida autora, na experiência brasileira, o referencial da Atenção Primária como proposto em Alma Ata serviu de base conceitual e prática para a organização e implantação dos sistemas municipais de saúde no início da década de 1980. Entretanto, prossegue a autora, esse referencial perdeu gradativamente sua potência sendo substituído em meados dos anos 1990, pela concepção da Atenção Básica.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) define a Atenção Básica como o primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde e considera que este compreende um conjunto de ações, de caráter individual e/ou coletivo voltadas para a promoção de saúde, a prevenção de agravos assim como para o tratamento e a reabilitação (Brasil, 1998, e 2006 c). Assim na concepção do MS os termos Atenção Básica e Atenção Primária em Saúde são tratados como sinônimos (Brasil, 2006 a).

Em 1994, o Ministério da Saúde, enfatizando a Atenção Básica, apresentou como proposta de reorganização da lógica assistencial do SUS e do processo de municipalização, o Programa de Saúde da Família (PSF).

Segundo Franco &, Merhy o PSF tem como objetivo:

(...) proceder a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitar às equipes de saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (FRANCO & MERHY 1999, p.2).

Portanto, o PSF apresenta-se como uma proposta de reorganização do modelo assistencial do SUS a partir da reconfiguração do sistema de atenção básica e elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. O diferencial prático de cobertura assistencial que o PSF oferece em relação a outros modelos de atenção é a ruptura com os paradigmas individualistas e biotecnocistas onde a lógica da fragmentação do cuidado e da especialização são enfatizadas.

Para alcançar os objetivos do PSF, o trabalho em equipe se torna um pressuposto para a integralidade das ações de saúde, requerendo a construção de um projeto assistencial comum para atender com qualidade as necessidades dos usuários. Assim, as ações sobre esse *locus* de trabalho representam desafios e requerem um olhar técnico e político mais ousado, de modo a romper as barreiras das unidades de saúde (US) e dialogar com as pessoas, no meio em que elas vivem, se relacionam e trabalham, reconhecendo-as como sujeitos partícipes do processo.

A participação da saúde bucal no PSF foi proposta desde sua criação e se deu pioneiramente no município de Curitiba no estado do Paraná (MOYSÉS *et al*, 2002). A partir daí vários municípios tentaram viabilizar formas de inclusão de ações de saúde bucal no PSF, que variaram desde o treinamento dos agentes comunitários de saúde, no sentido de adicionarem às suas atividades as instruções relativas à saúde bucal, até a inserção do cirurgião-dentista nas equipes do PSF (RONCALLI, 2000). Entretanto foi a partir da divulgação dos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), onde ficou explicitado que uma significativa parcela da população brasileira não tinha acesso a serviços odontológicos (IBGE; 1998), que o MS lançou em outubro de 2000, o Plano de Inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESBs) no PSF.

A inserção oficial das equipes de saúde bucal no PSF valorizou as áreas de prevenção e promoção de saúde e estabeleceu as seguintes atribuições específicas aos cirurgiões dentistas que compõem as ESBs (PORTARIAS GM/MS nº 267 e 648):

- Realização de levantamento epidemiológico para traçar o perfil de saúde bucal da população adscrita;

- Realização de tratamento integral, no âmbito da atenção básica<sup>14</sup> para a população adscrita;
- Orientação, encaminhamento e acompanhamento dos usuários que necessitarem de assistência mais complexa a outros níveis de atenção;
- Realização de atendimentos de primeiros cuidados nos casos de urgências assim como a realização de pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Prescrição de medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados;
- Emissão de laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência;
- Execução das ações de assistência integral, aliado a atuação clínica à saúde coletiva, assistindo as famílias, os indivíduos e/ou grupos específicos, de acordo com planejamento local;
- Coordenação das ações coletivas voltadas para promoção e prevenção em saúde bucal;
- Programação e supervisão do fornecimento de insumos para as ações coletivas; Capacitação das ESFs no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal, e
- Supervisão dos trabalhos desenvolvidos tanto pelo ACD quanto pelo THD.

Nesse contexto, são conformadas as bases da Saúde Bucal da Família, criando-se assim no Brasil uma abordagem inteiramente nova tanto no que diz respeito ao processo de trabalho no campo odontológico como para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços públicos de saúde.

---

<sup>14</sup> A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/01/02) estabeleceu um leque de procedimentos de saúde bucal a serem incluídos no âmbito da Atenção Básica, a saber: restaurações com ionômero de vidro de uma ou mais faces; necropulpectomias em dentes decíduos ou permanentes; glossorrafia e ulectomia. Além destes, também integram a lista de procedimentos odontológicos na atenção básica: procedimentos preventivos individuais (profilaxia, aplicação tópica de flúor, raspagens supra gengivais); procedimentos coletivos (levantamento epidemiológico da população adscrita; escovação supervisionada e evidenciação de placa; bochechos com flúor e educação em saúde); dentística restauradora (restaurações de resinas fotopolimerizável e/ou de amálgama); cirurgia (extrações, tratamento de avulsões de decíduos e permanentes) e procedimentos de odontopediatria.

O quadro a seguir mostra a situação das ESBs na ESF no Brasil, na região Sudeste e no Estado do Rio de Janeiro em dezembro de 2007.

**Quadro 1 Situação de implantação das ESBs em dezembro de 2007**

<b>Nº de ESBs implantadas dezembro/2007</b>	<b>Modalidade I</b>	<b>Modalidade II</b>	<b>% de cobertura populacional</b>	<b>Total pop. Atendida</b>
Brasil	14.563	1.131	40,89	188.206.105
Região Sudeste	3.010	392	23,28	79.633.696
Estado/ RJ	436	45	17,43	15.567.373

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados DAB/ MS

#### ***1.4 Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e os Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias (LRPs): Atenção Odontológica no Nível Secundário adotada pelo SUS***

A Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde (BVS) descreve atenção secundária a saúde como o “nível de atenção representado por programas, sistemas e serviços de tratamento ambulatorial e pequenos hospitais de tecnologia intermediária, que incorpora funções do nível primário e acrescenta as de tratamento especializado, com objetivo de reabilitação”.

Neste sentido entendemos que o nível secundário de atenção à saúde caracteriza-se pela organização dos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de média complexidade considerando a otimização dos recursos e a resolutividade destes serviços, para a garantia do atendimento à população.

No tocante a saúde bucal, a atenção secundária nasce da identificação de uma patologia ou de uma anomalia que demandam tratamento de maior complexidade e/ ou reabilitação. Portanto, este nível de atenção em saúde bucal, tem por base a garantia de critérios de acesso em função das necessidades das pessoas e da análise de risco. Devem ser ainda consideradas as situações de emergência e urgências e a garantia de acesso ao nível terciário de atenção se necessário for.

Como foi relatado no tópico anterior, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD-1998), evidenciou que uma significativa parcela da população brasileira não tinha acesso a serviços odontológicos.

De modo geral, no Brasil até então, a atenção à saúde bucal no setor público restringia-se a ações de baixa complexidade, em sua maioria de caráter curativo e mutilador sendo dirigida preferencialmente à faixa etária escolar, ou seja, para crianças de 6 a 12 anos de idade. Via de regra, aos adultos e aos idosos o acesso resumia-se aos serviços de urgência, onde a resolutividade dos problemas freqüentemente resultava em exodontias (BRASIL, 2006 a).

Barros & Bertoldi (2002), tomando também por base os resultados da PNAD/98, avaliaram o grau de utilização e acesso aos serviços de odontologia no país e concluíram que a participação do SUS nos atendimentos odontológicos apresentava-se muito baixa (24%) quando tomada em relação aos atendimentos médicos (52%). Os autores relataram também que as maiores desigualdades na utilização de serviços foram observadas nos grupos extremos de idade. Entre as crianças, argumentaram os autores, provavelmente este padrão se relaciona à baixa prioridade dada à saúde bucal das crianças associada à possibilidade recursos para o tratamento. Já para os mais idosos, explicam os autores, a tendência dos serviços públicos seria focar o tratamento muito mais em exodontias do que em tratamento restaurador (BARROS & BERTOLDI, 2002).

Em 2003, o MS ao tornar público os dados do Levantamento de Condições da Saúde Bucal da População Brasileira (SB-2003), revelou que os resultados observados não foram positivos para o Brasil, pois a Meta da OMS e da Federação Dentária Internacional (FDI) para o ano 2000 somente foi atingida na idade de 12 anos. Sendo assim, os dados apontaram que 27% das crianças de 18 a 36 meses e 60% das crianças de 5 anos de idade já apresentavam pelo menos 1 dente com experiência de cárie. Entre os adultos de 35 a 44 anos, 28% apresentou edentulismo, ou seja, todos os elementos dentários já haviam sido extraídos ou tinham indicação para exodontia. Para a faixa etária de 65 a 74 anos, a média de elementos dentários presentes na boca foi de apenas 06 dentes por pessoa sendo que três entre cada quatro destes idosos já não possuíam nenhum dente funcional, ou seja, em condições de exercer suas funções de mastigação, fonação e estética.

Portanto, os resultados do SB-2003, tornaram mais evidentes as desigualdades de acesso aos serviços odontológicos no âmbito do SUS revelando também a gravidade e a precocidade

da perda dentária em uma grande parcela da população brasileira.

Foi neste contexto que em 2004, o MS apresentou o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” com o objetivo de orientar o processo de reorganização da atenção em saúde bucal no SUS. Processo este que veremos de forma mais atenta no segundo capítulo desta dissertação.

O documento ressalta que no Brasil, a atenção a saúde bucal realizada nos serviços públicos

(...) tem-se restringido quase que exclusivamente aos serviços básicos – ainda assim, com grande demanda reprimida por procedimentos básicos. 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, 2004p 14).

O documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” ainda considera a expansão do conceito de atenção básica enfatizando que a diversidade de procedimentos ofertados impõem também a necessidade de investimentos no sentido de propiciar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção. Portanto, o referido documento, além de possibilitar a ampliação da atenção básica, inova ao estruturar o sistema de referência em atenção à saúde bucal, através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias (LRPDs).

Os CEOs são estabelecimentos inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade e devem servir de referência a rede básica de saúde bucal já instalada realizando procedimentos de média complexidade atendendo no mínimo as seguintes especialidades:

- Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca;

- Periodontia especializada;
- Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- Endodontia e
- Atendimento a portadores de necessidades especiais

Vale registrar que o rol de especialidades descrito acima corresponde àquelas de devem ser obrigatoriamente oferecidas nos CEOs. Neste contexto, o governo federal, define tetos de produção exigindo dos CEOs uma produção mínima e diferenciada por especialidade e por tipo de CEO habilitado.

Entretanto, é conveniente lembrar que o Conselho Federal de Odontologia (CFO) reconhece 19 especialidades odontológicas, a saber: Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial; Dentística; Disfunção Têmporo-Mandibular e Dor-Orofacial; Endodontia; Estomatologia; Radiologia Odontológica e Imaginologia; Implantodontia; Odontologia Legal; Odontopediatria; Odontogeriatrics; Odontologia do Trabalho; Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais; Ortodontia; Ortopedia Funcional dos Maxilares; Patologia Bucal; Periodontia; Prótese Buco-Maxilo-Facial; Prótese Dentária e finalmente Saúde Coletiva. Outras especialidades como, por exemplo, Saúde da Família e Odontologia em Oncologia<sup>15</sup> apesar de não serem reconhecidas pelo CFO, o são pelo Ministério da Saúde.

Neste sentido, a atenção secundária no âmbito dos CEOs, dependendo do interesse dos gestores locais poderá incorporar outras especialidades odontológicas além das que o MS exige como mínimas. Entretanto, as demais especialidades odontológicas quando atendidas nos CEOs ficam a cargo dos gestores locais.

Ainda em relação ao rol de especialidades, em alguns CEOs como: Maringá (PR), Goiânia (GO), Cascavel (PR), Guarulhos (SP) e Brejo da Madre de Deus (PE), o Ministério da Saúde, através de um projeto piloto, vem oferecendo também “um novo tipo de procedimento” – o implante dentário<sup>16</sup>.

Quanto aos Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias, estes podem ser unidades

---

<sup>15</sup> O MS em 2002, através do Consórcio PSF/ RIO, ofereceu no Estado do Rio de Janeiro, 382 vagas para médicos, dentistas e enfermeiros interessados em cursar Especialização em Saúde da Família (<http://www.jornaldaciencia.org.br/Detalhe.jsp?id=1029>). O INCA através de sua Seção de Estômato-Odontologia e Prótese oferece o curso de Odontologia em Oncologia ([http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=2337](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=2337)).

<sup>16</sup> Conforme noticiado no portal saúde do MS no seguinte endereço:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias\\_detalhe.cfm?co\\_seq\\_noticia=28248](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=28248)

próprias do município localizadas junto aos CEOs ou não, ou ainda podem ser unidades terceirizadas, credenciadas para confecção de próteses totais ou próteses parciais removíveis.

No segundo capítulo, item 4 veremos, de forma mais atenta, a operacionalidade e o financiamento dos CEOs e dos LRPDs.

### ***1.5: Odontologia Hospitalar: Atenção a Saúde Bucal no Nível Terciário adotada pelo SUS***

A chamada odontologia hospitalar atende, através de seus serviços de emergência e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, tanto a casos com origem nas causas externas como também aqueles originados, via de regra, pela falta de tratamento odontológico ambulatorial.

As necessidades mais comuns de atendimento emergencial são: fraturas dos ossos da face como: mandíbula, maxilar, arco zigomático, ossos próprios do nariz e órbita; fraturas crânio-facias; fraturas, avulsões e luxações dentárias; feridas faciais e orais e luxações da articulação temporo-mandibular. Estas lesões geralmente derivam de quedas, acidentes de carro e outros meios de transporte, acidentes por prática de esportes e ocorrências de agressões físicas. Entretanto, devido ao aumento da violência urbana, as estatísticas apontam cada vez mais para o aumento de casos de lesões provocadas por armas de fogo e armas de corte.

No Rio de Janeiro, também configuram entre casos emergenciais a dor aguda de dente e os abscessos dentários. Este tipo de demanda, que deriva principalmente da falta de tratamento da cárie dentária e seus agravos, via de regra, pode ocorrer por dois motivos geralmente concomitantes: a deficiência dos serviços de atenção básica em saúde bucal, e o alto índice de resolutividade atribuído ao serviço hospitalar, ainda que na maioria dos casos o tratamento realizado incorra na perda de um ou mais elementos dentários. Neste contexto, também são freqüentes casos de alveolite e hemorragias, ambos em decorrência de exodontias.

Vale registrar que a odontologia hospitalar encontra-se no último nível de atenção, não havendo, portanto outro nível de maior complexidade para o encaminhamento dos pacientes. Isso explica a necessidade do alto grau de resolutividade das unidades hospitalares, fato também percebido pela população que, via de regra prefere buscar neste *locus* a resposta para os seus problemas.

Além do atendimento emergencial, alguns hospitais gerais realizam, de forma eletiva, o tratamento clínico e cirúrgico de cistos e tumores, sejam odontogênicos ou não, localizados em tecido ósseo ou em mucosas, porém considerados benignos. Da mesma forma as exodontias de dentes inclusos e/ ou impactados também são realizadas nestes hospitais.

Os hospitais considerados especializados, além de oferecerem assistência odontológica ambulatorial aos seus pacientes internados, via de regra, oferecem também tratamento ambulatorial de rotina para aqueles pacientes que estão aguardando cirurgia ou para os que já obtiveram alta hospitalar. Nestes hospitais devem ser realizadas as intervenções odontológicas em pacientes em situação de endocardites infecciosas, no pós-infarto agudo do miocárdio, sob a influência de anticoagulação direta ou indireta, e/ou a portadores de outras patologias hematológicas.

É também em âmbito hospitalar que devem ser realizados o atendimento ao paciente especial<sup>17</sup> quando da necessidade de anestesia geral, e o atendimento à gestante considerada de alto risco.

As más oclusões graves de indicação cirúrgica são tratadas em hospitais gerais e/ou universitários, onde especialistas atuam no campo da cirurgia ortognática em paralelo ao tratamento ortodôntico obrigatoriamente indicado a estes pacientes.

Conforme o referencial teórico conceitual que embasa esta dissertação, a atenção à saúde bucal, entendida como uma resposta a determinadas necessidades de saúde dos indivíduos, pressupõe intervenção não só dos cirurgiões dentistas como de outros profissionais de saúde<sup>18</sup>. Neste sentido, além da assistência odontológica integra também a atenção à saúde bucal no âmbito hospitalar, o atendimento de neoplasias malignas, tais como: das glândulas salivares (parótida, submandibular e sublingual) e das alterações malignas da mucosa oral, além de tratamentos radioterapêuticos e fisioterapêuticos. A cirurgia plástica reparadora para o tratamento de alterações congênitas da face tais como fendas labiais e/ou palatais, seja por questões funcionais ou estéticas também se inclui no leque de procedimentos que atendem as necessidades em saúde bucal.

Neste sentido, muitos hospitais propõem a atuação multidisciplinar e multiprofissional,

---

<sup>17</sup> São considerados pacientes especiais os portadores de doenças crônicas tais como hipertensão e diabetes e também aqueles portadores de paralisia cerebral; deficiência mental e síndrome de *Down*.

<sup>18</sup> As Resoluções nº 003 / 99 do Conselho Federal de Odontologia (CFO) e a nº 1.536 / 98 do Conselho Federal de Medicina tratam respectivamente das áreas de competência dessas duas profissões.

associando cirurgiões de cabeça e pescoço, otorrinolaringologistas, cirurgiões dentistas, cirurgiões plásticos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas entre outros profissionais.

Portanto, como descrito acima, a assistência odontológica hospitalar, também chamada de intra-hospitalar, como parte integrante da atenção à saúde bucal no âmbito dos hospitais, percorre os três níveis de atenção. Assim, nestes ambientes, os cirurgiões dentistas realizam desde pequenos curativos utilizando materiais restauradores provisórios em elementos dentários até grandes cirurgias como, por exemplo, aquelas devidas às disjunções crânio-faciais<sup>19</sup>.

Embora nos pareça inadequado em função do seu alto grau de complexidade técnica, é no ambiente hospitalar que a população procura, e via de regra encontra, o maior índice de resolutividade para as suas demandas mais urgentes. No entanto, essa prática acaba por sobrecarregar as unidades hospitalares com conseqüente perda da eficiência geral do sistema.

---

<sup>19</sup> Disjunção crânio facial ou Fratura *Le Fort* III ocorre quando uma força traumática é suficiente para produzir a separação completa dos ossos faciais em relação ao crânio. As disjunções ocorrem, via de regra, nas suturas zigomaticofrontal, maxilofrontal nasofrontal, nos assoalhos das órbitas pelo etmóide e no esfenóide, com completa separação de todas as estruturas do esqueleto facial médio de seus ligamentos.

## 2. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NO SUS

A História não caminha no ritmo  
das nossas impaciências.  
Juan de Mairema

### *2.1: Uma evolução histórica das Políticas de Saúde Bucal no Brasil*

Em 1988, após um longo período de governo ditatorial, foi promulgada a nova Constituição Brasileira. O texto constitucional se apresenta enquanto uma resposta às expectativas da sociedade organizada que na época, após 20 anos de repressão, ansiava pela ampliação de seus direitos de cidadania. Nesse sentido, a saúde considerada como um direito social extensivo a todos os cidadãos brasileiros e aos demais residentes no país representa um marco no amplo processo de lutas sóciopolíticas. Essas lutas foram travadas no contexto de redemocratização do país na década de 1970, pelo movimento da reforma sanitária em prol da construção de um sistema de saúde mais justo e solidário (MATTOS, 2001).

No tocante a saúde bucal, a busca de um novo paradigma no campo odontológico capaz de entendê-la como parte de um conjunto de condições de bem-estar necessárias para prover condições satisfatórias de saúde geral norteou os debates nos diversos encontros e conferências da área, como veremos a seguir.

Segundo Serra (2005), a formação do pensamento crítico da categoria dos cirurgiões dentistas ao modelo hegemônico<sup>20</sup> de assistência odontológica, teve início em 1954, quando, no Rio de Janeiro, foi criada a União dos Estudantes de Odontologia (UNEO). Naquela ocasião os estudantes já clamavam “por uma odontologia mais adequada a realidade da população” (SERRA *apud* UNEO, 1998).

Entretanto, este movimento estudantil odontológico que mais tarde ficou conhecido como “movimento sanitário odontológico<sup>21</sup>” passou a ganhar força, somente a partir de 1979,

---

<sup>20</sup> O modelo assistencial odontológico hegemônico que prevaleceu até 1988 era preponderantemente de prática privada e centrada em ações curativas. Este modelo que se caracterizou pela livre demanda também prestava assistência aos trabalhadores urbanos segurados através das Caixas (CAPs) e depois dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

<sup>21</sup> O contexto histórico do movimento sanitário odontológico pode ser conferido em detalhe em Serra, 1998. Os trabalhos de Serra, 2005; Kornis *et al*, 2006 e OPAS, 2006 também enfatizam o processo de luta do movimento sanitário odontológico.

nos Encontros Científicos dos Estudantes de Odontologia<sup>22</sup> (ECEOs) seguidos pelos Encontros Nacionais dos Técnicos e Administradores do Serviço Público (ENATESPO) e com a criação do Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica<sup>23</sup> (MBRO) ambos iniciados em 1984 (SERRA, 1998 e 2005).

Segundo o referido autor, o MBRO desde a sua fundação “se colocou de forma inequívoca ao lado da Saúde Coletiva”. Deste modo o termo saúde bucal coletiva passou a ganhar força e expressão nacional, como vimos no tópico 1.1 do primeiro capítulo desta dissertação.

Para Serra (2005), a história do movimento sanitário odontológico e do seu processo de luta pela mudança do modelo de atenção odontológica realizado no setor público, está registrada nos documentos relativos as VII e VIII Conferências Nacionais de Saúde (VII CNS e VIII CNS); e no relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB). Acrescentamos a esta observação de Serra, o relatório da II CNSB, assim como a importância da inserção da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família confirmada com a divulgação do documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” de 2004.

Durante a década de 1980, antes da realização da I CNSB, duas conferências de saúde marcaram de forma indelével o processo de construção da atenção à saúde bucal coletiva no país: a VII CNS onde pela primeira vez foi discutida a inserção da odontologia num programa nacional de saúde pública e a VIII CNS que ao consolidar as diretrizes do Movimento da Reforma Sanitária, também defendidas pelo movimento político sanitário odontológico, fundou as bases do SUS.

Sobre a VII CNS realizada em Brasília em 1980, Kornis *et al*, nos lembram que em seu relatório final, o modelo de assistência à saúde bucal foi descrito, como:

(...) “ineficaz, ineficiente, descoordenado, com uma má distribuição,

---

<sup>22</sup> Os ECEOs oficializados em 1979, foram os responsáveis pela formação crítica dos CDs que interessados em mudanças sociais radicais tanto na sociedade como das práticas odontológicas se engajaram no processo de luta pela democratização do país (SERRA, 1998, p. 15)

<sup>23</sup> O MBRO foi fundado em 1984 por um grupo formado por lideranças odontológicas oriundas do ECEOs e por alguns professores universitários tais como os CDs Volnei Garrafa, Paulo Capel Narvai, João Roberto Peres Batista entre outros atores políticos. O movimento colocou-se ao lado da saúde coletiva por entender que a saúde dependia da melhoria das condições de vida e do fortalecimento do setor público. Para tanto defendia a construção de um sistema único de saúde (ZANETTI, 1996, p.92; SERRA, 1998 p.25 e MACIEL, 2003, p.45)

de baixa cobertura e alta complexidade, voltado a um enfoque curativo, de caráter mercantilista e monopolista e inadequado no preparo de recursos humanos” (KORNIS *et al*, 2006 p.7).

A VIII CNS aconteceu em Brasília em março de 1986, de forma concomitante a realização do o 2º Encontro Anual do MBRO. Este encontro reuniu representantes de dez estados federados com o objetivo de discutir as bases teórico-conceituais de uma política nacional de saúde bucal. Ao final do encontro o movimento confirmou para outubro daquele mesmo ano, sob o patrocínio da Universidade Nacional de Brasília (UNB), a realização da I CNSB (MBRO, 1985, *apud* SERRA 1998).

Nesta perspectiva, também em 1986, o Núcleo de Estudos em Odontologia do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) publicou o documento intitulado “Reforma Sanitária e Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde. Este documento do CEBES serviu de subsídio para as discussões realizadas nas Pré Conferências Estaduais. Estas conferências estaduais por sua vez tinham por objetivo congrega o pensamento político dos diversos seguimentos da categoria envolvidos com o processo da reforma sanitária odontológica a ser discutida futuramente na I CNSB” (KORNIS *et al*, 2006).

Segundo Serra (1998), na base do referido documento do CEBES estava a saúde bucal entendida como um direito de cidadania a ser garantido pelo Estado através da reformulação do seu sistema nacional de saúde visto como um processo de construção social. O documento preocupado com a definição de uma estratégia que contribuísse com a melhoria das condições de vida da população ainda afirma que:

“A Saúde Bucal, inserida no SNS, necessita responder a este esforço global (...) Desta forma o país poderá dar respostas, de modo organizado, ás necessidades prioritárias da população, segundo critérios epidemiológicos-sociais (...) na procura de um impacto verdadeiramente transformador na estrutura epidemiológica existente”(...) (CEBES, 1986, p.1-2 *apud* SERRA, 1998 p. 38)

Vale registrar que ainda em 1986 estava em curso o primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado no país. Embora os resultados desse estudo só

tenham sido publicados em 1988<sup>24</sup>, a fase que compreendeu os exames já estava concluída em março de 1986. (BRASIL, 1988). Portanto, o índice CPOD<sup>25</sup> (dentes cariados, perdidos e obturados) provavelmente já era de conhecimento dos relatores do documento do CEBES.

Neste sentido, prossegue Serra:

“Na verdade, o dano causado à população pela não satisfação desse direito, conceitualmente ampliado na 8ª CNS, leva-a à uma situação epidemiológica de extrema gravidade (...) A questão central para a qual o Cebes procurou alertar era de que se tratava de um problema político e não técnico, porque para resolvê-lo o Estado teria que assumir explicitamente uma política de Saúde Bucal” (...) (SERRA, 1998, p.38).

Foi neste contexto político que, I CNSB reuniu em Brasília participantes de diversos segmentos da Odontologia além de representantes da população em geral para que fossem discutidos quatro grandes temas:

- A Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado;
- Diagnóstico da Saúde Bucal no Brasil;
- Reforma Sanitária: A Inserção da Odontologia no SUS;
- Financiamento do Setor da Saúde Bucal

A participação do MBRO foi decisiva nesta conferência que se tornou um marco da Odontologia Brasileira, ao sistematizar e consolidar os conceitos que representavam a visão transformadora do pensamento político sanitário da profissão (ZANETTI, 1993; SERRA, 1998). Em seu relatório final, a I CNSB propõe uma nova forma de planejamento em saúde bucal de modo a assumir a responsabilidade no combate aos graves índices epidemiológicos constatados no país. Desta forma a I CNSB, em 1986, marca de forma contundente uma nova postura dos cirurgiões dentistas frente à sociedade ao defender o que viriam a ser os princípios

---

<sup>24</sup> O Levantamento epidemiológico em saúde bucal de 1986 identificou padrões elevados de incidência das doenças bucais na população brasileira. O Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) para crianças de 12 anos encontrado nesta pesquisa foi de 6,7; valor bastante acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (CPOD = 3) para esta faixa etária (BRASIL, 1988 e OPAS, 2002 e 2006).

<sup>25</sup> O CPOD é um índice recomendado pela Organização Mundial da Saúde para medir e comparar a experiência de cárie dentária em populações, seu valor expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos (CYPRIANO *et al*, 2005).

e as diretrizes do SUS (BRASIL & OPAS 2006).

No final de 1986, o reconhecimento da importância nacional do MBRO no processo sanitário odontológico ficou evidente, quando a sua direção foi convidada pela Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) para organizar uma sessão sobre saúde bucal no 1º Congresso da ABRASCO a ser realizado no campus da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

Assim, alguns membros do movimento ligados às instituições públicas de diversos estados puderam apresentar suas experiências e explicitar seus pensamentos passando a fazer parte dos Anais do evento. Ademais, neste congresso, realizado no período de 22 a 26 de setembro de 1986, foi aprovada a criação do Núcleo de Saúde Bucal da ABRASCO (ABRASCO, 1986).

O Ministério da Saúde publicou em 1989 o documento “Política Nacional de Saúde Bucal: Princípios, diretrizes, prioridades”. Conforme explicitado nesse documento, a sua aprovação se deu, inicialmente, pelos dirigentes dos três Ministérios com atuação no campo da saúde bucal: Saúde, Educação e Cultura, e Previdência e Assistência Social. Contudo, também foram consideradas as opiniões de cinco entidades odontológicas de âmbito nacional (Conselho Federal de Odontologia, Associação Brasileira de Odontologia, Associação Brasileira de Ensino Odontológico, Federação Nacional dos Odontologistas e Academia Brasileira de Odontologia), bem como as de alguns macro coordenadores regionais<sup>26</sup> de Odontologia (BRASIL, 1989).

Esta política fundamentou-se nos princípios da universalização, participação da comunidade, hierarquização, regionalização e integração institucional, e propôs a obtenção de melhores níveis de saúde bucal da população através da ampliação do acesso aos serviços odontológicos disponíveis.

Segundo Serra (1998), o MBRO fez sérias críticas ao documento da Política Nacional de Saúde Bucal de 1989 (PNSB/ 89), pois no seu entendimento o MS ao elaborar o documento, desconsiderou de modo proposital, a proposta política definida na I CNSB. Na seqüência das

---

<sup>26</sup> As macro-coordenadorias regionais (Sul, Sudeste, Centro-oeste, Norte, Nordeste I e Nordeste II), foram criadas em 1988 pelo MS com o intuito de: oferecer consultoria técnica; coordenar nacionalmente o sub setor; promover a integração institucional e iniciar medidas para a organização da rede dos serviços. Com a instituição das Coordenadorias instituídas, ao longo do ano foram realizados 5 cursos de Gerência e Planejamento em Odontologia para cerca de 150 coordenadores de programas, e um encontro nacional dos coordenadores estaduais para a definição das principais linhas de atuação política do setor (ZANETTI, 2003).

críticas movidas pelo MBRO, temos o fato que o MS, ao se aliar com “entidades odontológicas alheias”<sup>27</sup> ao movimento da reforma sanitária odontológica, excluiu do processo de formulação da PNSB/89 os representantes dos trabalhadores, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Segundo esse mesmo autor, a partir deste episódio o MBRO entrou num processo irreversível de desarticulação (SERRA, 1998).

Para Zanetti (1993), o processo de elaboração da PNSB/89, apresentou uma inovação por ser uma iniciativa conjunta, porém as prioridades programáticas federais implícitas no documento não foram suficientemente debatidas pelos subsetores da odontologia na busca por um entendimento político maior.

Assim, frente a um conjunto de restrições de ordens políticas, administrativas e financeiras, a PNSB/89, sob o ponto de vista operacional, não pode ser considerada exitosa. As forças políticas que geraram a PNSB/89 não foram fortes o suficiente para sustentar os projetos de democratização das relações sub setoriais, e para a organização da rede básica de ações e serviços de proteção sanitário-bucal<sup>28</sup> (ZANETTI, 1993).

A II CNSB, realizada em 1993, reuniu representantes de usuários do SUS, profissionais de saúde, prestadores de serviço e gestores. Seu relatório final enfatiza tanto o entendimento da saúde bucal como direito de cidadania, quanto a crítica relacionada com a formação e capacitação dos recursos humanos considerados inadequados.

O documento ainda classifica como inadmissível o comportamento adotado pelo poder público quanto a fluoretação das águas de abastecimento público. Ao observar que 70% da população brasileira àquela época, não contava com esse benefício, considera eticamente questionável a passividade e a omissão da classe odontológica brasileira, quanto à exigência

---

<sup>27</sup> De acordo com Zanetti, 2003 o relatório final da reunião do MBRO realizada em São Paulo em 1989 afirmou que os apoios a PNSB/89 “obtidos junto a entidades notoriamente antidemocráticas e alheias às lutas dos trabalhadores, como ABO, CFO e FNO, cuja tradição é aderir a tudo que qualquer governo das elites promova, não altera a essência autoritária dessa Política (...) Ao contrário, pela evidente escolha dos interlocutores, serve para esclarecer ainda mais sobre o caráter antidemocrático do processo de sua definição”. Assim, prossegue o relatório (...) “A definição de um Programa Nacional de Saúde Bucal, democrático e elaborado no rumo da Reforma Sanitária, proposto pela I CNSB, não ocorreu até hoje. A DNSB/MS que deveria providenciar a implementação desse processo, com base na política definida na I CNSB, optou por não fazê-lo e se pôs a fazer o que não lhe foi solicitado por nenhum fórum democrático: deliberar sobre a política nacional de saúde bucal (...) (ZANETTI, 2003).

<sup>28</sup> A expressão “proteção sanitário-bucal” é utilizada por Zanetti (1993) com a finalidade de caracterizar qualquer tipo de medida pública, sejam elas realizadas exclusivamente pelos membros das equipes de saúde bucal ou não, mas, que conseguem ser altamente impactantes (tais como: fluoretação controlada das águas de abastecimento público; mudanças na merenda escolar; medidas que reduzam nacionalmente o consumo *per capita* de açúcar refinado, etc).

do cumprimento da Lei 6.050 de 1974 que determina a obrigatoriedade da fluoretação (BRASIL, 1993).

Ademais, a imagem social do cirurgião-dentista, relacionada a uma prática marcadamente individualista, mercadológica e tecnicista, é reforçada pela aparente falta de interesse dos alunos de graduação pelas questões relacionadas à saúde bucal coletiva (ZILBOVICIUS, 2005). Neste sentido, Kornis e Maciel (2006) também destacam a discreta postura dos cirurgiões-dentistas frente às políticas de saúde, relacionando-a com o isolamento profissional nos consultórios, e a pouca valorização dos temas voltados para saúde bucal coletiva frente àqueles voltados para as práticas clínicas.

Em dezembro de 2000, o MS regulamentou, através da Portaria GM/MS nº 1.444, a inclusão das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF). Esta iniciativa foi considerada de extrema importância para a saúde bucal, visto que o novo formato adotado por este Programa permite viabilizar instrumentos que visam reordenar, além da prática odontológica, a própria inserção da saúde bucal no âmbito do SUS (OPAS, 2006).

O lançamento em 2004 do documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” pelo MS explicita que a saúde bucal passou a fazer parte da agenda política, constituindo-se em uma das prioridades nacionais relacionadas ao Setor Saúde do atual governo. Esse fato se expressa pelo aumento significativo dos investimentos que passaram a ser destinados para este setor da saúde (GARCIA, 2006).

A autora ao analisar o referido documento, chama-nos a atenção para o fato de que este “foi produzido de forma diferente do modelo de normas e portarias culturalmente adotado” pelo MS no processo de operacionalização do SUS. Todavia, conclui a autora, a Política Nacional de Saúde Bucal de 2004 aponta para o início, de fato, do planejamento das ações em todos os níveis de atenção e em todas as esferas de governo (GARCIA *et al*, 2005).

Segundo Pucca, atual coordenador nacional de saúde bucal, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) de 2004, também conhecida como Brasil Sorridente, é a primeira política de saúde bucal do SUS (PUCCA, 2006). No entanto, vale lembrar que conforme já registrado no início deste capítulo, o MS lançou em 1989, um documento intitulado “Política Nacional de Saúde Bucal: Princípios, objetivos, prioridades”, referido neste trabalho como a PNSB de 1989. De acordo com o documento, a coordenação política nacional da PNSB/89 estava a cargo da Divisão Nacional de Saúde Bucal do MS e contava com a participação da

Coordenação da Administração Odontológica do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (ZANETTI, 1993 e GARCIA *et al* 2005).

Portanto, ressaltamos que, em observação à época que a PNSB/89 foi firmada, não podemos efetivamente considerá-la enquanto uma política do SUS. Neste sentido, doravante ao nos referirmos a PNSB teremos sempre como referência o ano de 2004 - data a partir da qual essa política, de fato, passa a ser uma política do SUS.

Pucca (2006), considera ainda que a PNSB representa um conjunto de ações que tem como eixo orientador, o conceito do cuidado no processo de reorganização da atenção em saúde bucal.

Assim, a PNSB enfatiza a inserção das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, reconhecendo o território, a adscrição de população, o trabalho em equipe e a intersetorialidade que são eixos fundamentais na concepção e implementação da atenção básica em saúde como preconizado pelo MS (BRASIL, 2004).

No próximo item deste capítulo veremos mais atentamente quais são as ações adotadas, a partir de 2004, pela Política Nacional de Saúde Bucal.

## ***2.2 A Política Nacional de Saúde Bucal do SUS***

A despeito de toda publicidade do governo federal em torno do Brasil Sorridente, “nome fantasia” pelo qual também é conhecida a PNSB, não existe um documento formal<sup>29</sup> do Ministério da Saúde que apresente esta política e divulgue explicitamente o conjunto de ações que ela abrange.

Considerando ainda a PNSB por outro prisma de análise, na apresentação do documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, publicado um pouco antes do lançamento do Brasil Sorridente, o MS afirma que:

“Por sua natureza técnica e política, este documento encontra-se em permanente construção, considerando-se as diferenças sanitárias, epidemiológicas regionais e culturais do Brasil e deve ser debatido à luz dos resultados da pesquisa “Condições de Saúde Bucal na População Brasileira”, que o embasa do ponto de vista epidemiológico.

---

<sup>29</sup> A despeito do MS ter publicado os documentos: “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”; “Caderno de Atenção Básica/ Saúde Bucal (Nº17” ) e “A política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica” , não existe um documento oficial de apresentação da PNSB como existe para outras políticas do MS.

Sugere-se também sua discussão no âmbito dos Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde, visando à ampliação do debate junto aos trabalhadores e usuários do sistema de saúde, para aprofundar o controle público sobre esta área específica”(BRASIL, 2004 p.2).

Ainda que a estrutura do documento tenha sido elaborada sob a forma de um elenco de diretrizes, entendemos que a definição das ações assim como a sua exposição de forma clara são medidas fundamentais e necessárias para que a proposta do MS de caráter processual de construção coletiva permanente possa ser efetivada. Em outras palavras, entendemos que, para que possamos ser todos participes desse processo, como intencionado pelo MS, temos que de fato conhecer as ações sobre as quais a política vem se apoiando.

Visando ampliar o conhecimento das ações acima mencionadas realizamos um trabalho de recuperação a partir de anúncios, e outras peças publicitárias como *folders* publicados pelo próprio MS, o conjunto de ações considerado como estruturante da PNSB. Ademais, esse trabalho considerou também outras fontes de informação tais como os programas da Radiobrás intitulados “Café com o Presidente”, o *site* do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde assim como os *sites* de outras instituições.

Esse trabalho de recuperação nos permitiu descrever, na seqüência, as ações sustentadas pela PNSB. Nosso objetivo agora é apresentar as ações da PNSB de forma sistematizada, para tornar evidente ao leitor a sua abrangência atual. Vale apenas registrar que a presente forma de apresentação é, na verdade, uma elaboração original desse trabalho, dado que ela inexistente em qualquer documento oficial.

Partimos da premissa que a PNSB é convergente com a proposta do MS para a reorganização da lógica assistencial do SUS com vistas à ampliação e qualificação da atenção básica. É nesta perspectiva que a referida política propõe as seguintes ações:

**1. Reorganização da atenção básica tendo como eixo orientador a ESF. Para tanto a política se dispõe a:**

- Apoiar a inserção das ESBs na ESF através de incentivos financeiros para implantação e custeio mensal,
- Incluir insumos odontológicos na farmácia da ESF tais como: ionômero de vidro; limalha (30 g); mercúrio; resina foto polimerizável e selante de fossas e fissuras,

- Fornecer de maneira regular kits compostos por dentifrício e escova dental e
- Fornecer um segundo consultório dentário para uso das ESBs tipo II.

## **2. Implantação de uma rede de atenção de modo a ampliar e qualificar a atenção à saúde bucal nos níveis secundário e terciário através da habilitação dos:**

- Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias (LRPDs)<sup>30</sup>,
- Centros de Especialidades Odontologias (CEOs) e do
- Fortalecimento da atenção terciária no âmbito hospitalar<sup>31</sup>.

## **3. Instituição de parcerias com:**

- Ministério da Educação visando à formação do RH das ESBs. A política se propõe a assegurar treinamentos para a atualização científica e tecnológica para os profissionais de saúde bucal incluindo além dos cirurgiões dentistas, os auxiliares e técnicos. Afirma ainda que nessa estratégia de educação permanente, os conteúdos dos cursos e atividades pedagógicas devem contemplar além dos princípios do SUS, as mais modernas técnicas de assistência odontológicas. Ademais a parceria prevê a distribuição de kits contendo escova e dentifrício para alunos matriculados na rede pública de ensino, representando um investimento progressivo até o ano de 2006, correspondente a 400 milhões de reais.
- Ministério da Ciência e Tecnologia buscando apoiar a pesquisa em saúde bucal. Em 2004, o MS destinou, através da PNSB, R\$ 1 milhão para pesquisa em saúde bucal coletiva. O objetivo é expandir a produção do conhecimento básico aplicado em saúde bucal, contribuindo dessa forma para o desenvolvimento de ações públicas voltadas para a melhoria das condições de saúde da população e para a superação das desigualdades loco-regionais.
- Ministério do Esporte para prestar assistência odontológica a estudantes da rede pública do ensino fundamental e médio, inscritos no Programa “Segundo

---

<sup>30</sup> Os procedimentos de moldagem, adaptação e acompanhamento das próteses dentárias, são considerados pelo MS, como integrante da fase clínica do tratamento e, portanto são contabilizados no SIA/SUS como procedimentos da atenção básica. Contudo, a fase laboratorial de confecção é considerada como procedimento de Alto Custo/ Complexidade sendo o seu pagamento feito através de APAC. (BRASIL, 2006 a)

<sup>31</sup> Em matéria recente, a revista do Conselho Regional de Odontologia do Rio de Janeiro afirma que está em curso no estado um projeto do MS que visa a qualificação da atenção a saúde bucal no âmbito hospitalar (CRO-RJ, 2007). Ainda segundo a matéria o projeto-piloto do MS começa pelo RJ, pois a sua rede hospitalar conta com o maior número de unidades federais do país.

Tempo”<sup>32</sup>, do governo federal. A parceria prevê a capacitação de educadores e monitores atuantes no referido programa, além da elaboração e distribuição de cartilha de prevenção.

- Ministério da Justiça de modo a garantir atenção à saúde bucal da população penitenciária.
- Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para garantir e ampliar o acesso à água de abastecimento tratada e fluoretada de acordo com a Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974, e normas complementares, e com a criação e/ou desenvolvimento de sistemas de vigilância compatíveis. Neste sentido, foi elaborada a “Cartilha do Gestor”<sup>33</sup>, com o intuito de subsidiar tecnicamente projetos de fluoretação da água em sistemas públicos de abastecimento.

#### **4. Geração de empregos:**

- Diretos para os Cirurgiões Dentistas (CDs); Auxiliares de Consultórios Dentários (ACDs); Técnicos de Higiene Dental (THDs); Técnicos em Próteses Dentárias e Auxiliares de Prótese.
- Indiretos para o pessoal da área administrativa.

Vale registrar que esse trabalho se propõe a evidenciar o elenco das ações que em princípio estão sob a responsabilidade da PNSB sem, no entanto avançar no sentido de verificar se elas estão sendo realizadas conforme anunciadas em peças de divulgação do Ministério da Saúde.

Nessa perspectiva, ressaltamos que, pelo caráter técnico-político proposto pelo MS para a implementação e operacionalização da PNSB, as ações aqui descritas compõem o leque atual de oferta da referida política tal como vem sendo sustentado pelo governo federal.

Reiteramos ainda, que o conjunto de ações aqui exposto é fruto de pesquisa realizada em peças publicitárias e outros anúncios do Brasil Sorridente no *site* do MS e em outros endereços eletrônicos institucionais tais como: CONASS; CONASEMS; CFO e CROs. Portanto, consideramos também a possibilidade de que nem todas as ações anunciadas tenham

---

<sup>32</sup> Segundo Tempo é o programa do Ministério do Esporte, em parceria com o Ministério da Educação que tem por objetivo possibilitar o acesso à prática esportiva aos alunos matriculados no ensino fundamental e médio dos estabelecimentos públicos de educação do Brasil, principalmente em áreas de vulnerabilidade social. Desse modo o programa pretende colaborar para a inclusão social, bem-estar físico, promoção da saúde e desenvolvimento intelectual e humano, assegurando o exercício da cidadania.

<sup>33</sup> Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/san/Fluoreta/Cartilha.PDF>

sido de fato realizadas e/ou mantidas pelo governo federal.

Outro fato que deve ser ressaltado diz respeito ao processo de descentralização do SUS. Assim, a gestão da atenção básica a cargo dos gestores municipais pressupõe que o conjunto de ações preconizadas pela PNSB poderá ser configurado de diferentes modos nos diversos municípios do país. Dito de outra maneira, a implementação da PNSB nos níveis locais está diretamente relacionada com as capacidades técnicas, políticas e particularmente financeiras das esferas subnacionais.

Nesse sentido, Lima nos lembra que:

(...) a capacidade de financiamento em saúde desses governos é peça fundamental para a garantia do acesso universal e sem privilégios às ações e serviços de saúde, da atenção integral compatível com as necessidades e demandas da população e realizada de acordo com padrões de qualidade reconhecidos (LIMA 2006, p. 20).

Considerando a afirmativa acima e retomando o referencial teórico político que norteia essa dissertação, onde saúde bucal é entendida como uma resposta adequada às necessidades das pessoas, entendemos que o estudo do financiamento das ações e serviços que promovem e garantem a atenção nesta área específica da saúde é de suma importância.

Contudo, ao reconhecermos que a atenção à saúde bucal abrange, além da assistência odontológica, outras categorias de assistência à saúde, consideramos que o financiamento desta área específica da saúde é parte implícita e indissociável do financiamento geral do sistema público de saúde brasileiro. Neste sentido, no próximo item deste capítulo nos ocuparemos com o estudo das formas de repasse federal para o financiamento das ações e serviços do SUS.

### ***2.3 O SUS: Normas Operacionais; primazia da atenção básica e o financiamento das ações e serviços***

No processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), duas questões apresentam-se como temas de importância estratégica: a mudança do modelo de atenção à saúde e o financiamento das ações e serviços de saúde.

Em relação ao financiamento, a Constituição Brasileira de 1988 estabeleceu a

participação das três esferas de governo no processo de financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS.

Entretanto, nem o texto constitucional nem as Leis Federais da Saúde (8080 e 8142, ambas de 1990) deixam clara a definição das fontes de receita e tampouco delimitam a responsabilidade de cada ente federado na garantia do financiamento descentralizado do SUS (LEVCOVITZ *et al* 2001; LIMA, 2006 e MANSUR, 2001).

Assim, o início da década de noventa foi marcado entre outros fatores por uma grave crise no financiamento da saúde (TEIXEIRA & TEIXEIRA, 2003 e SOUZA, 2003). Esse processo se expressou através de: irregularidades no financiamento federal; irregularidade e insuficiência na participação dos entes federados, especialmente dos estados, e da existência de formas e critérios de repasse que não contemplavam a equidade como princípio constitucional.

Contudo, ao longo da década de 90 essa crise foi gradualmente atenuada com a implantação das Normas Operacionais do SUS (NOBs /SUS). Essas normas representaram um importante instrumento de regulamentação no processo de descentralização do sistema de saúde, à medida que estabeleceram no período em pauta, de forma negociada, mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades e recursos financeiros do governo federal para os demais entes federados (LEVCOVITZ *et al*, 2001).

No tocante ao financiamento público da saúde, as normas operacionais e as portarias que as complementam, definiram não só as formas para o repasse de recursos federais e seus critérios de cálculo, mas também os fatores condicionantes para o seu recebimento (LIMA, 2006).

Ademais, em relação à reorganização da lógica assistencial do SUS, o MS priorizou o nível de atenção básica com ênfase na Estratégia Saúde da Família através de sua política de transferência de recursos financeiros sobre a forma de incentivos (MARQUES & MENDES, 2002; MARQUES & MENDES, 2003 e MACHADO, 2006).

Neste sentido, veremos a seguir alguns aspectos relacionados ao conjunto de normas operacionais editadas pelo MS buscando adequar a racionalidade setorial sistêmica aos modelos de atenção à saúde e o seu financiamento.

Segundo Dain (2006), as NOBs SUS/91 e 92 “previam a destinação de recursos para investimento no reequipamento e ampliação de unidades assistenciais já existentes através de

mecanismo convencional”. Assim, as Unidades de Capacitação da Rede (URC) representaram uma tentativa de diminuir as desigualdades relacionadas com a estrutura de provisão de serviços. Ademais, definiu tetos financeiros para as áreas: ambulatorial através de Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) estratificada por estados e multiplicada pela população e hospitalar através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Nesta perspectiva, os estados e os municípios que contavam com uma maior capacidade de serviços instalada foram favorecidos pela manutenção dos tetos financeiros prévios. Essa forma de repasse financeiro representou um viés contra a equalização da oferta de serviços no território, pois favoreceu as unidades da federação com maior capacidade instalada. A NOB SUS/91 inaugurou ainda uma nova fase na relação entre a União e a esfera municipal ao determinar o repasse direto de verbas do MS para os municípios, o que resultou na diminuição da capacidade gestora dos entes estaduais (SOUZA, 2003).

A NOB SUS/ 92 manteve a regulamentação anterior priorizando o financiamento das atividades hospitalares e ambulatoriais. A única inovação foi a de determinar que para as AIHs os repasses seriam feitos com base em dados populacionais, e que para as UCAs além desses, em estrutura física e desempenho financeiro prévio.

A NOB SUS/93 buscou regulamentar não apenas o financiamento, mas o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS. Assim, instituiu as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) como espaços formais das políticas, de pactuação das ações, e dos encaminhamentos na gestão do sistema. Instituiu ainda o conceito de “condição de gestão” para estados e municípios criando 3 níveis de gestão: incipiente, parcial e semiplena buscando contemplar os diferentes estágios em que se encontram estados e municípios, em relação à descentralização. Os gestores subnacionais optaram por uma delas, de acordo com seus interesses e capacidades de gestão. Segundo os critérios dessa norma, os estados e os municípios habilitados em gestão semiplena passaram a receber recursos na modalidade “fundo a fundo” de acordo com os “tetos financeiros”. Tetos estes, estabelecidos através de séries históricas de produção de serviços ambulatoriais e hospitalares, apuradas nos sistemas de informação hospitalar e ambulatorial respectivamente, SIH-SUS e SIA- SUS, ambos instituídos no início da década (LIMA, 2006).

A NOB SUS/96 consolidou a “municipalização autárquica”<sup>34</sup> como modelo de descentralização do sistema de saúde e garantiu à esfera municipal o pleno exercício da gestão da atenção à saúde (MENDES, 2002; PESTANA & MENDES, 2004). Essa norma instituiu novas condições de gestão para os estados (Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual) e para os municípios (Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal), determinando as atribuições e as formas de repasses financeiros para os gestores subnacionais.

A NOB SUS/96, inaugurou um novo modelo de repasse de recursos, uma vez que desvinculou o critério desses repasses da memória financeira da produção de serviços, visando à ampliação do acesso da população aos serviços básicos de saúde e conseqüentemente uma maior equidade na distribuição dos recursos financeiros do SUS (DAIN & FAVERET, 1999; VIANA *et al*, 2003). Desta forma, a NOB SUS/96 rompe com a lógica de repasse global para a saúde introduzindo um novo mecanismo de transferência para a atenção básica: o Piso da Atenção Básica (PAB).

Nesse contexto, os recursos são transferidos automaticamente por um valor *per capita* (PAB fixo), ou sob a forma de incentivos, como no caso dos programas específicos (PAB variável). E assim, o MS ao priorizar e fortalecer o nível de atenção básica acaba por destacar o papel do PSF no processo de reorganização da lógica assistencial do SUS.

A política de incentivos do MS<sup>35</sup> foi determinante para o crescimento do número das equipes de saúde da família que passou de 1.623 em 1996 para 3.147 em 1998, ano que entrou em vigor a NOB SUS/96.

Portanto, durante a década de 90, no processo de implantação do SUS, as NOBs introduziram mecanismos que possibilitaram uma expressiva transferência de recursos federais para os estados e, principalmente, para os municípios. Como conseqüência elas acarretaram o aumento da capacidade institucional das esferas subnacionais e o incremento da

---

<sup>34</sup> Mendes considera “municipalização autárquica” o processo de descentralização/municipalização do SUS, consolidado, com a NOB 01/96. Esse processo se caracteriza pela forte centralização do financiamento na União, e pela não participação dos Estados. Para o autor, em um país grande e desigual, como o Brasil, ter o foco da assistência com base na oferta de serviços resulta em: a) alta fragmentação dos mesmos, b) deseconomias de escala e escopo, c) perda da qualidade (PESTANA & MENDES, 2004 e MENDES, 2006)

<sup>35</sup> Marques & Mendes (2002) ressaltam a importância dos recursos federais no financiamento do SUS considerando o MS como a estrutura de governo que mais influenciou na determinação na política de saúde nos últimos anos através da sua política de incentivos.

oferta de serviços municipais caracterizando o intenso processo de municipalização<sup>36</sup> da saúde da década de 90.

Neste contexto também se destacam alguns problemas tais como: a difusão de responsabilidades pela saúde dos cidadãos; a incorporação irracional de tecnologia; a imposição de barreiras de acesso aos usuários e a baixa qualidade dos serviços (MENDES, 2002).

No processo de discussão acerca da divisão de responsabilidades financeiras, foi aprovada em 2000, a Emenda Constitucional 29 (EC 29) com o intuito de garantir a estabilidade no financiamento público da saúde, através da vinculação de recursos da União, dos estados e dos municípios (TEIXEIRA & TEIXEIRA, 2003; LIMA, 2006). A EC 29 estabelece que no nível federal os recursos destinados à saúde devem ser corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Para os demais entes federados, a emenda estabelece que o montante mínimo de recursos a ser aplicado deverá corresponder a um percentual da receita de impostos e de transferências constitucionais e legais. Neste sentido, até 2004 esses percentuais de vinculação atingiram gradualmente para os estados e para os municípios, respectivamente, 12% e 15% da receita de impostos diretamente arrecadados e das transferências tributárias constitucionais (CAMPELLI & CALVO, 2007).

A Resolução nº 322 aprovada em 2003 pelo Conselho Nacional de Saúde definiu o elenco de ações e serviços públicos de saúde que podem ser considerados despesa de saúde. O Projeto de Lei Complementar 01/03 (PLC), que regulamenta a EC 29, manteve os mesmos termos da vinculação tanto para os estados e Distrito Federal quanto para os municípios. Porém, fixou para a esfera federal a obrigatoriedade mínima de 10% das suas receitas correntes brutas do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social. (LIMA, 2006). Em função do impasse político, esse PLC foi aprovado em 31 de outubro de 2007 na Câmara Federal, mas ainda aguarda sua tramitação no Senado.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/01 (NOAS /SUS 01/01) teve como

---

<sup>36</sup> No contexto da redemocratização do Brasil, a descentralização política e fiscal consolidada com a CF de 1988, desencadeou um processo de fragmentação municipal. Assim, no período entre 1988 e 2000 foram criados 1438 novos municípios, o que representa cerca de 25% do total dos municípios do país (TOMIO, 2002 p.62). Quanto ao porte populacional, o referido autor ressalta que no processo de criação desses novos municípios cerca de 54% deles tinham menos de 5 mil habitantes, 26% tinham de 5 à 10 mil habitantes e somente 20% tinham mais de 10 mil habitantes. Na área da saúde, o processo da descentralização/ municipalização, apesar de iniciado com a NOB SUS/93, ocorreu mais intensamente em 1998; ano em que entrou em vigência a NOB SUS/96. Nessa perspectiva, o número de municípios habilitados para a municipalização passou de 3078 em 1996 para 5398 ao final de 2000. Portanto, cerca de 99% dos 5506 municípios brasileiros nessa data já estavam habilitados em alguma forma de gestão da NOB SUS/ 96 (LECOVITZ *et al*, 2001; VIANA *et al*, 2002 e PESTANA & MENDES, 2004).

objetivo o seu título: “Promover maior equidade na alocação dos recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (BRASIL, 2001). Com a introdução dessa norma, o conceito de atenção básica à saúde foi ampliado e nesse sentido, foram definidas sete áreas mínimas de atuação estratégica: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da *diabetes mellitus*, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal. Conseqüentemente também foi aumentado o espectro dos recursos federais transferidos *per capita* aos estados e aos municípios - PAB Ampliado (PABA). Entretanto, a garantia desses repasses foi condicionada a uma avaliação do desempenho dos municípios quanto à suficiência e a qualidade das ações correspondentes à atenção básica ampliada.

A NOAS promoveu ainda uma transferência de foco do processo da descentralização, passando-o da municipalização, para a regionalização. Esse fato se consolida com a estruturação de três estratégias: a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR); do Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a instituição de novos critérios e novas formas de habilitação de estados e municípios.

Essa norma, editada em 2001 e reformulada em 2002, realçou a necessidade de fortalecer as capacidades dos gestores estaduais, responsabilizando-os pelo processo de Regionalização e da elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI), assim como do estabelecimento de uma rede de referências intermunicipais.

No entanto, segundo Mendes (2002), a despeito dos avanços obtidos com a implantação das NOAS, persistiu a lógica da gestão da oferta, reproduzindo “o erro de concepção das NOBs anteriores”. Dain (2006 e 2007), realça ainda que, ao longo do processo de planejamento, nenhum dos mecanismos de financiamento se dispôs a financiar investimentos de modo a equacionar a oferta de serviços no território.

O MS lançou em 2006 o documento “Diretrizes do Pacto pela Saúde”. Este documento elege como eixo estruturante para o processo da descentralização, a Regionalização Solidária e Cooperativa. Além disso, o documento apresenta as mudanças propostas para a operacionalização do SUS e, dentre elas, ressalta a substituição do atual processo de habilitação pela “adesão solidária” aos Termos de Compromisso de Gestão (TCG). Ressalta também a unificação dos vários pactos existentes, bem como a integração das várias formas existentes de transferências federais destinadas às ações e serviços do SUS em 5 blocos de

financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS.

O Pacto 2006 pela primeira vez prevê a alocação de recursos financeiros para investimentos com o objetivo de superar as desigualdades de acesso e garantir a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2006). O documento ainda reafirma a importância da descentralização do financiamento para o sistema, e elege a estratégia Saúde da Família como prioritária para o fortalecimento da atenção básica.

Nesta perspectiva, Dain (2007) nos lembra que a redução da fragmentação do repasse de recursos federais para os governos subnacionais poderá, em certa medida, favorecer a autonomia dos mesmos. Entretanto, como a distribuição dos recursos no interior dos blocos corresponde à agregação dos diversos incentivos financeiros instituídos anteriormente pelo MS, com seus critérios de transferência e uso definidos em portarias próprias, a capacidade dos gestores locais em ampliar seus gastos em saúde ainda será discutível.

O panorama descrito acima é, portanto uma síntese do processo de desenvolvimento das normas operacionais (NOBs; NOASs e PACTO 2006) tendo como foco o papel do Ministério da Saúde na determinação e/ou indução do modelo de atenção adotado pelo sistema público de saúde brasileiro e o seu financiamento. No próximo tópico, veremos como se processa o financiamento federal das ações relativas a assistência odontológica contempladas pela PNSB.

#### ***2.4 Transferências federais de recursos no SUS: a política de incentivos do MS e o financiamento da atenção à saúde bucal no quadro das ações da PNSB***

Como vimos no tópico anterior, a segunda metade da década de 1990 foi marcada por grande investimento do Ministério da Saúde na universalização da atenção básica. Segundo o MS, “a prioridade dada à Atenção Básica representa um grande esforço para que o sistema de saúde torne-se mais eficiente, consolide vínculos entre os serviços e a população e contribua para a universalização do acesso e a garantia da integralidade da assistência” (BRASIL, 1998).

Neste contexto, o PSF representou a proposta de reorganização da lógica assistencial do SUS e do processo de municipalização das ações e serviços de saúde passando a fazer parte da agenda prioritária<sup>37</sup> do Ministério da Saúde. Segundo Machado (2006 e 2007), este fato se expressa na adoção de uma política de incentivos específica que implicou num “aumento de

---

<sup>37</sup> Machado (2006) identifica no período de 1990 a 2002, três políticas prioritárias para o Ministério da Saúde: a descentralização, o PSF e a política de combate a AIDS.

900% no aporte os recursos entre 1995 e 2002” e no “crescimento da participação do PSF nos gastos da atenção básica de 5,2% em 1994 para 25,2% em 2002”.

Ademais segundo a autora,

(...) “Outras expressões da priorização dessa política foram os instrumentos gerenciais direcionados para o PSF (incluindo um sistema de informações próprio) e as estratégias diferenciadas de assistência para o PSF a partir de 2001. Tais estratégias incluíram a distribuição de medicamentos diretamente para as equipes de programa e a incorporação às equipes de **saúde bucal**, como tentativas de contornar, no âmbito do programa, algumas das principais lacunas do SUS nos anos 1990” [grifo nosso] (MACHADO, 2006 p. 47).

Marques & Mendes (2003), chamam-nos a atenção para o fato que a partir da vigência da NOB 1996, ocorreu uma mudança qualitativa na participação dos recursos federais no financiamento da saúde pública no país. Isso porque a referida NOB vista como instrumento de operacionalização da descentralização do sistema, criou um mecanismo de repasse financeiro direto do fundo federal de saúde para os fundos municipais, separando os recursos destinados para a Média e Alta Complexidades (MAC) daqueles destinados à Atenção Básica.

Assim, a participação do governo federal no financiamento do sistema de saúde nacional passa a ocorrer de duas maneiras: pagamento direto aos prestadores de serviços relativos a internações hospitalares e atendimento ambulatorial, e transferências aos estados e municípios destinadas ao financiamento da Média e Alta Complexidades (MAC) e à Atenção Básica através do PAB - fixo e/ ou variável (MARQUES & MENDES, 2002). Segundo os autores, desta forma a NOB 96, ao mesmo tempo em que elegeu a esfera municipal como o gestor pleno do sistema, também criou as condições para as políticas de incentivos financeiros que se seguiram posteriormente (MARQUES & MENDES, 2003).

Lima (2006) observa que à medida que as transferências governamentais ganharam “importância como forma de financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS”, o Ministério da Saúde, estabeleceu “novos critérios para a sua distribuição e apropriação pelas esferas subnacionais”. Nas palavras da autora essas

(...) “alterações tiveram como principal objetivo **fortalecer o papel de**

**indução** e coordenação do MS sobre o processo de descentralização, garantido-lhe **poder** para distribuir os recursos **segundo suas prioridades**” [Grifo nosso] (LIMA, 2006, p. 121).

Dito de outra forma, apesar das ações e serviços correspondentes a atenção básica serem de responsabilidade do gestor municipal, o governo federal acaba por determinar a política a ser adotada mediante o repasse condicionado de recursos para o seu financiamento através da sua política de incentivos financeiros.

Neste sentido, Lima (2006) afirma que o uso de recursos que se vinculam a políticas e ações definidas nacionalmente, “acaba por comprometer a autonomia dos gestores subnacionais, sem garantir maior eficiência e efetividade no gasto”. Ademais, considera a autora, a “delimitação de poder do MS *versus* o grau de autonomia” dos gestores estaduais e municipais pode impor obstáculos à construção de uma política de saúde que tome por base as distintas realidades sociais e sanitárias de cada localidade.

Em 2001, a NOAS ao estabelecer alterações nas relações entre os gestores subnacionais com a finalidade de promover a “regionalização da saúde” acentua o papel centralizador do MS e o uso da sua política de incentivos na determinação/indução da política nacional de saúde.

De acordo com o estudo de Lima (2006), durante a vigência simultânea da NOB/96 e da NOAS 01/02 o financiamento federal do SUS caracterizou-se por transferências financeiras promovidas através de dois mecanismos:

- transferências pré-produção, que são realizadas mensalmente segundo critérios *per capita* (PAB-fixo) para o financiamento de ações e serviços da atenção básica independentemente da informação da produção. Convém lembrar que estes recursos também podem ser utilizados para fins de custeio e investimentos na rede básica (BRASIL, 1998).
- transferências pós-produção que variam de acordo com a produtividade mensal.

Lima (2006), ainda diferencia as transferências federais previstas pelo MS relacionando-as a quatro grandes grupos de atividades, a saber:

1- Transferências efetuadas para os municípios habilitados pelas NOs vigentes em gestão plena da atenção básica (GPAB) ou em gestão plena da atenção básica ampliada.

Nestes casos os recursos se destinam a financiar um conjunto de ações e serviços de atenção básica e são calculados tendo por base o critério *per capita*.

2- Transferências efetuadas para os municípios e estados habilitados em gestão plena do sistema municipal (GPSM) e plena do sistema estadual (GPSE). Estes recursos, cujos montantes fixos são definidos nos respectivos tetos financeiros, destinam-se ao financiamento de um conjunto de ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (tanto da rede própria como da credenciada do SUS) de forma independente da variação dos serviços prestados. Entretanto os valores das transferências para os municípios são estabelecidos com base na série histórica das produções ambulatorial e hospitalar. Desta forma integram as Programações Pactuadas Integradas (PPIs) locais devendo ser submetidas à negociação e aprovação das CIBs. Os montantes estaduais relacionam-se aos tetos estaduais e as transferências que se destinam aos municípios habilitados em GPSM.

3- Transferências de recursos que adotam critérios variados e estão condicionadas a implantação e expansão de políticas prioritárias para o MS<sup>38</sup>. Segundo Lima (2006), integram o leque dessas políticas: o programa de saúde da família (PSF); o programa de agentes comunitários de saúde (PACS); a farmácia básica; as ações básicas de vigilância sanitária (VISA); as ações de epidemiologia e combate de doenças (ECD); as ações de combate à carência nutricional; o programa de interiorização do trabalho em saúde e de atenção aos povos indígenas e o **programa de saúde bucal** [grifo nosso].

Neste grupo também se inserem algumas atividades especializadas classificadas como “outros programas” tais como ações de média e alta complexidades de vigilância sanitária; aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais; e o fator de incentivo ao desenvolvimento e pesquisa universitária (FIDEPS).

4- Transferências do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), com vistas a financiar tanto ações e serviços considerados estratégicos para grupos prioritários como as campanhas de saúde. Via de regra o repasse dos recursos é efetuado de modo “fundo a fundo”, após a certificação do serviço e informação da produção, sendo depositado nas contas municipais ou estaduais.

Considerando a perspectiva descrita acima e ao nos reportarmos ao financiamento da

---

<sup>38</sup> Os recursos do PAB variável são transferidos “fundo a fundo”, via de regra, em montantes mensais fixos após a certificação/habilitação dos municípios nos respectivos programas e seguem regulação definida em portarias específicas.

saúde bucal, verificamos que o maior aporte de recursos financeiros para esta área específica está em sintonia com duas políticas adotadas pelo MS na década de 1990: o PSF, como modelo preferencial de reorganização da atenção básica ampliada, e a política de incentivos, como forma de repasse de recursos para o seu financiamento.

Ademais, a política de incentivos do MS, contempla também o nível secundário de atenção à saúde bucal, (com previsão do terciário<sup>39</sup>), considerados pelo MS como Média e Alta Complexidade, através dos repasses destinados á implementação e custeio dos CEOs e LRPDs.

Numa perspectiva mais geral, a saúde bucal entendida como parte da saúde geral, vem sendo financiada desde a criação do SUS. Entretanto, a assistência odontológica, como um braço da atenção à saúde bucal, foi enfatizada pelo MS somente a partir de 2000, com a Portaria GM/MS nº 1.444 que estipulou incentivos financeiros para a entrada das ESBs no PSF. Assim, teve início um processo de aumento progressivo no aporte de volume financeiro transferido da União para os municípios com vistas à valorização da atenção a saúde bucal no SUS.

Ademais, em 2004, com o lançamento da PNSB, esta área específica de atenção passou a fazer parte da agenda<sup>40</sup> do governo federal. Esse fato se expressa pelo aumento significativo do volume de investimentos na área, que passaram de R\$ 52 milhões em 2002 para R\$ 535 milhões em 2006<sup>41</sup> e é, portanto, compatível com a maior expressividade adquirida pela saúde bucal na esfera política brasileira.

A PNSB reafirma a importância das ESBs na ESF no processo de reorganização da atenção básica do SUS, e enfatiza a ampliação, a qualificação e o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção.

Embora a entrada da PNSB na agenda do governo se expresse pelo aumento significativo do volume de investimentos na área, o repasse destes recursos está condicionado

---

<sup>39</sup> O documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, em seu tópico 07, que trata da ampliação e qualificação da Atenção Secundária e Terciária, reconhece que a rede assistencial odontológica nestes níveis de atenção não acompanhou o crescimento da oferta de serviços de atenção básica. Assim sendo, afirma ser necessário “investimentos que propiciem o acesso aos níveis secundário e terciário”. Neste sentido, como vimos no tópico 2 desta dissertação, já está em curso no RJ um projeto piloto do MS que visa a qualificação da atenção odontológica no terceiro nível de atenção.

<sup>40</sup> Para Machado (2006), “agenda são temas, que em um dado momento, passam a mobilizar fortemente a atenção dos dirigentes governamentais e de indivíduos fora do governo ligados a esses dirigentes”.

<sup>41</sup> Segundo Nota Técnica da Coordenação Nacional de Saúde Bucal de setembro de 2007, foram investidos em 2006, mais de R\$ 535,2 milhões, o que representa 10 vezes mais do que no ano de 2002. O referido documento afirma ainda que entre 2007 e 2010, o montante investido pelo MS deverá alcançar mais de R\$ 2,7 bilhões.

a adesão dos gestores locais pela Estratégia de Saúde da Família no âmbito da atenção básica e aos CEOs e LRPDs para o atendimento da atenção secundária. Ou seja, fora dos padrões preconizados pela PNSB não existe financiamento extra-orçamentário para a sustentação das ações de saúde bucal no SUS.

Nesse sentido veremos a seguir como se processa o financiamento federal das ações englobadas pela PNSB.

A Portaria GM/MS nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000, estabeleceu os incentivos financeiros para a inserção das equipes de saúde bucal (ESBs) no PSF, com vistas à reorganização da atenção à saúde bucal nos municípios. Entretanto somente em 2001, com a Portaria GM/MS nº 267 é que foram regulamentadas as normas e diretrizes para a inclusão das ESBs nas duas modalidades possíveis. São elas:

- Modalidade I - composta por um cirurgião dentista (CD) e um auxiliar de consultório dentário (ACD) e
- Modalidade II - composta por um CD, um ACD e um técnico de higiene dental (THD).

Com a publicação da Portarias nº 673/GM de 2003, os incentivos financeiros de implantação para ambas as modalidades, passaram da ordem de R\$ 5.000,00 para R\$ 6.000,00. Já os valores anuais dos incentivos para o custeio passaram de R\$ 13.000,00 para R\$ 15.600,00 na Modalidade I e de R\$ 16.000,00 para R\$ 19.200,00 na Modalidade II. Ademais a referida portaria permitiu uma redução da proporção de implantação, que era até então de 1 ESB para cada 2 ESFs para uma relação de 1:1, ou seja: 1 ESB para 1 ESF.

A Portaria nº 74/GM de 2004 estabeleceu novos reajustes aos incentivos de custeio mensais passando de R\$ 20.400,00 e R\$ 26.400,00 respectivamente para as Modalidades I e II. Ademais, como estabelecido por essa portaria, as ESBs habilitadas em ambas às modalidades passaram a receber R\$ 6.000,00 como incentivo adicional para a aquisição de equipamentos e/ou instrumentos e as ESBs implantadas na modalidade II ainda passaram a receber um equipo completo<sup>42</sup> para a atuação do THD.

Em março de 2006, com a publicação da Portaria Nº 648/ GM, que aprova e regulamenta

---

<sup>42</sup> A Portaria nº 74 GM/MS de 20 de janeiro de 2004 considera como equipo odontológico completo: 01 cadeira, 01equipo de 3 pontas, 01 unidade auxiliar, 01mocho e 01 refletor.

a Política Nacional de Atenção Básica, fica estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para reorganizar a atenção básica e assim o Programa de Saúde da Família passa a ser doravante denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Neste mesmo ano em maio, a Portaria nº 650/ GM reajusta o incentivo adicional das ESBs (modalidades I e II) de R\$ 6.000,00 para R\$ 7.000,00 entendendo-o como um recurso destinado a investimentos nas Unidades Básicas de Saúde e a realização do Curso Introdutório<sup>43</sup>.

Para a implantação e custeio dos CEOs, o Ministério da Saúde garante incentivos financeiros de acordo com os planos municipais e regionais de cada estado. Vale registrar que o repasse federal representa apenas uma parte dos recursos necessários ao custeio dos CEOs, cabendo aos estados e aos municípios a responsabilidade da complementação do custeio destes serviços.

Neste sentido, existem três modalidades possíveis de habilitação dependendo do número de cadeiras disponíveis nos serviços, como exposto no quadro abaixo.

**Quadro 2 Incentivos federais por tipo de CEO**

<b>Tipo de CEO</b>	<b>Nº de Cadeiras</b>	<b>Incentivo de implantação</b>	<b>Incentivo mensal para custeio</b>
I	03	40.000,00	6.600,00
II	De 04 a 06	50.000,00	8.800,00
III	07 ou mais	80.000,00	15.400,00

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Pt nº 600/GM, de 23 de março de 2006

O Ministério da Saúde condicionou o seu repasse financeiro de custeio a uma produção mensal mínima a ser verificada através de consultas aos Sistemas de Informação do SUS. Além dos incentivos de custeio, as ações realizadas nos CEOs são faturadas pela tabela de procedimentos SIA/SUS de acordo com os tetos financeiros.

A produção mensal cobrada pelo MS está relacionada ao tipo de CEO, e é específica

<sup>43</sup> O MS tomando por base o estabelecimento de diretrizes pedagógicas nacionais que facilitem o processo de capacitação dos profissionais da Saúde da Família; torna obrigatório para todos os profissionais que integram as Equipes de Saúde da Família o “Curso Introdutório”. A Pt GM/MS nº 2527 de 19 de outubro de 2006 além de definir os conteúdos mínimos do curso define também uma carga horária mínima de 40 horas para certificação dos profissionais que integram as ESFs.

para cada uma das especialidades obrigatórias conforme mostra o quadro a seguir.

**Quadro 3 Número de procedimentos por tipo de CEO**

<b>Tipo de CEO</b>	<b>Procedimentos Individuais Preventivos; Dentística e Cirurgias básicas</b>	<b>Periodontia</b>	<b>Endodontia</b>	<b>Cirurgia Oral Menor</b>
I	80	60	35	80
II	110	90	60	90
III	190	150	95	170

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Pt nº 600/GM, de 23 de março de 2006

No tocante a reabilitação protética, o pagamento das próteses dentárias aos LRPDs, de acordo com a Portaria Nº 1572/GM de 29 de julho de 2004, se dá por produção. Entretanto, o MS estabeleceu um limite para cobrança dos procedimentos realizados nos LRPDs que corresponde a um total máximo de 242 próteses por mês. O quantitativo excedente, se ocorrer, deverá ser de inteira responsabilidade dos gestores locais. Os valores correspondem ao pagamento de próteses totais (dentaduras) e de próteses parciais removíveis sendo respectivamente de R\$ 30,00 e R\$ 40,00 por cada prótese confeccionada. Estes recursos são repassados diretamente do governo federal para os municípios ou estados que possuem laboratórios credenciados não comprometendo seus recursos de saúde já existentes, pois os valores deverão ser cobrados por Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade (APAC) e financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

A forma de financiamento do SUS foi alterada conforme as considerações do documento intitulado “O Pacto pela Saúde 2006”. Nos moldes da referida mudança, os recursos para a sustentação da PNSB estão garantidos em três destes blocos: Atenção Básica, Gestão e Média e Alta Complexidades.

Os recursos destinados à estratégia da atenção à saúde bucal no PSF estão incluídos no bloco da Atenção Básica, dentro do PAB variável (BRASIL, 2006). O bloco de Gestão custeia ações relacionadas à organização e ampliação do acesso aos serviços de saúde, nas quais se inclui a implantação dos CEOs. E finalmente, o bloco da Média e Alta Complexidade sustenta um incentivo permanente para a manutenção dos CEOs e dos Laboratórios de Próteses Dentárias (BRASIL, 2006).

Portanto, como podemos constatar ao longo deste tópico, as estratégias de financiamento da saúde bucal se caracterizam pelas suas diversidade e amplitude. Estas estratégias perpassam diferentes tipos de transferências federais na saúde englobando tanto os mecanismos pré e pós-produção como todos os grupos de atividades citados por Lima, (2006) e descritos neste capítulo no tópico anterior.

Até então o presente trabalho tratou dos temas tendo como unidade de referência o Brasil. No capítulo seguinte examinaremos uma unidade específica da federação brasileira: o estado do Rio de Janeiro e seus 92 municípios.

### 3. O ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Deus é um cara gozador,  
Adora brincadeira  
Pois prá me jogar no mundo,  
Tinha o mundo inteiro  
Mas achou muito engraçado  
Me botar cabreiro  
Na barriga da miséria  
Nasci brasileiro e  
Eu sou do Rio de Janeiro  
(Partido Alto - Chico Buarque de Holanda)

#### *3.1 O estado do Rio de Janeiro: Uma visão sintética da história sócio-política e econômica*

O Rio de Janeiro apresenta-se no cenário brasileiro como um estado bastante singular marcado por contrastes inerentes tanto pelo seu quadro físico geográfico quanto pelas suas características sociais, políticas, econômicas, culturais e demográficas.

Situado na Região Sudeste do país, o estado do Rio de Janeiro conta com uma área geográfica de 43. 766, 6 km<sup>2</sup> o que corresponde a 0,51 % de todo o território nacional e a 4,73 % da região. O estado possui 92 municípios distribuídos em 8 regiões de governo<sup>44</sup> e segundo o Anuário Estatístico de 2006 da Fundação CIDE a sua população residente está estimada em 15 554 339 de pessoas para o ano de 2005 (CIDE, 2006).

O quadro abaixo mostra a divisão regional administrativa do estado do Rio de Janeiro e dos municípios, com as suas respectivas populações estimadas para o ano de 2005, de acordo com as informações da Fundação CIDE<sup>45</sup> (CIDE, 2006).

<sup>44</sup> De acordo com os critérios utilizados pelo Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro (Fundação CIDE) o estado do Rio de Janeiro esta dividido em 8 regiões políticas-administrativas ou regiões de governo. Esta divisão está disposta na Lei nº 1.227 de 17/11/1987 que aprovou o Plano de Desenvolvimento Econômico e Social de 1988/1991 e nas Leis Complementares nº 64 de 21/09/1990; nº 97 de 21/10/2001 e nº 105 de 04/07/2002. Segundo Marafon ( 2005, p 17, 23) a divisão regional adotada pelo CIDE nos anos 1989/90 foi institucionalizada para fins estatísticos e de planejamento e tomou por base os estudos elaborados pelo IBGE.

<sup>45</sup> A Fundação CIDE é um órgão da Secretaria de Estado de Planejamento e de Integração Governamental (SEPLANIG). O Anuário Estatístico é um produto da Fundação CIDE que pretende “dar seqüência à construção de sínteses estatísticas estaduais periódicas metodologicamente consistentes e comparáveis”.

**Quadro 4 Regiões de governo do estado do Rio de Janeiro segundo a Fundação CIDE**

Região Metropolitana 11 460 462	Rio de Janeiro	Magé	Queimados
	Belford Roxo	Mesquita	São Gonçalo
	Duque de Caxias	Nilópolis	São João de Meriti
	Guapimirim	Niterói	Seropédica
	Itaboraí	Nova Iguaçu	Tanguá
	Japeri	Paracambi	-
Região das Baixadas Litorâneas 785 089	Araruama	Casimiro de Abreu	São Pedro da Aldeia
	Armação dos Búzios	Iguaba Grande	Saquarema
	Arraial do Cabo	Maricá	Silva Jardim
	Cabo Frio	Rio Bonito	-
	Cachoeiras de Macacu	Rio das Ostras	-
Região Noroeste Fluminense 315 788	Aperibé	Itaperuna	Santo Antônio de Pádua
	Bom Jesus do Itabapoana	Laje do Muriaé	São José de Ubá
	Cambuci	Miracema	Varre e Sai
	Italva	Natividade	-
	Itaocara	Porciúncula	-
Região do Médio Paraíba 851 982	Barra do Pirai	Pirai	Rio Claro
	Barra Mansa	Porto Real	Rio das Flores
	Itatiaia	Quatis	Valença
	Pinheiral	Resende	Volta Redonda
Região Norte Fluminense 762 832	Campos dos Goytacazes,	Conceição de Macabu	São Fidélis
	Carapebus	Macaé	São Francisco do Itabapoana
	Cardoso Moreira	Quissamã	São João da Barra
Região Centro-Sul Fluminense 272 945	Areal	Miguel Pereira	Três Rios
	Com. Levy Gasparian	Paraíba do Sul	Vassouras
	Engenheiro Paulo de Frontin	Paty do Alferes	-
	Mendes	Sapucaia	-
Região da Costa Verde 305 331	Angra dos Reis	Mangaratiba	-
	Itaguaí	Parati	-
Região Serrana 799 910	Bom Jardim	Macuco	São Sebastião do Alto
	Cantagalo	Nova Friburgo	Sumidouro
	Carmo	Petrópolis	Teresópolis
	Cordeiro	Santa Maria Madalena	Trajano de Moraes
	Duas Barras	S. José do Vale do Rio Preto	-

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Anuário Estatístico de 2006 (CIDE)

Conforme o quadro acima o processo demográfico do estado tem como característica uma forte concentração na região metropolitana (73,68%), o que contribui para que esse estado seja a unidade federativa com maior grau de urbanização (96%) do país (Santos, 2003). Essa singularidade do estado do Rio de Janeiro relaciona-se a histórica e persistente separação política-administrativa entre a capital (cidade do Rio de Janeiro) e o interior do estado. Vejamos em perspectiva histórica como se deu este processo.

Do ponto de vista político, a história do estado ressalta os diferentes estatutos jurídicos ao longo do processo de estruturação e reestruturação de seu território. A sua condição de capital, tanto no Brasil colonial a partir de 1763 (quando da transferência da capital do Vice-Reinado de Salvador) quanto no período republicano, a partir de 1889 (na condição de Distrito Federal), acabou por imprimir a cidade do Rio de Janeiro um maior aporte tanto no volume populacional quanto no volume de recursos financeiros. A cidade do Rio de Janeiro e suas funções administrativas e portuárias garantiram um fluxo regular e estável de recursos decorrentes da exploração das atividades econômicas demandadas por um mercado consumidor em processo de crescimento. Assim, por quase dois séculos, o Rio de Janeiro foi o principal centro político e econômico do país (MARAFON *et al*, 2005).

Entretanto, com o intenso processo de desenvolvimento industrial no estado de São Paulo<sup>46</sup>, processo esse decorrente do êxito da atividade cafeeira do Oeste Paulista, o Rio de Janeiro passou a perder sua supremacia econômica e demográfica no quadro nacional (FURTADO, 2003). A esse fato, soma-se ainda, a transferência do Distrito Federal para Brasília, ocorrida em 1960.

Nesse contexto, a cidade do Rio de Janeiro tornou-se o estado da Guanabara onde as discrepâncias econômicas e demográficas existentes entre seu o núcleo e o interior do estado do Rio de Janeiro revelaram-se ainda mais intensamente nas décadas de 1960 e 1970.

Com uma área geográfica coincidente com a cidade do Rio de Janeiro, o estado da Guanabara tornou-se uma cidade-estado, situação que lhe permitiu uma experiência político administrativa singular – o privilégio da dupla arrecadação de tributos.

Neste período, o melhor desempenho da economia carioca em relação ao desempenho

---

<sup>46</sup> O crescimento industrial de São Paulo teve por base duas fontes inter-relacionadas. O setor cafeeiro e os imigrantes. Os negócios do café promoveram a imigração e os empregos urbanos vinculados a eles. Criaram ainda um mercado de produtos manufaturados e promoveram investimentos em estradas de ferro de modo a ampliar e integrar esse mercado. Ademais a importação das máquinas industriais se deu graças aos recursos em moeda estrangeira advindos da exportação do café (FAUSTO, 2003).

das cidades do estado do Rio de Janeiro, resultou no crescimento de alguns municípios que se situavam no entorno do estado da Guanabara, hoje região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, tornando a polarização desta região ainda mais intensa. Nesse sentido os municípios que mais se destacaram foram Duque de Caxias, Nova Iguaçu, São Gonçalo e São João de Meriti. Todavia, vale registrar que essa elevação ocorreu menos em função do desempenho da cidade carioca e mais pelo desempenho daqueles municípios localizados na sua periferia (SANTOS, 2003).

Ainda nas décadas de 1960 e 1970 ocorreu uma redistribuição no contingente populacional na direção das seguintes regiões: das Baixadas Litorâneas, provavelmente devido ao seu potencial turístico; do Norte Fluminense, aonde a Petrobrás vem explorando petróleo na região costeira, e do Médio Paraíba, onde se estabeleceu um importante centro industrial metal-mecânico. Nesta região alguns municípios como Volta Redonda e Barra Mansa<sup>47</sup> cresceram a taxas superiores as do estado<sup>48</sup>. Isso também ocorreu com algumas cidades de porte médio da região Serrana como Petrópolis, Nova Friburgo e Teresópolis. Nessas cidades prosperaram algumas indústrias como as de máquinas e equipamentos; indústrias têxteis e do vestuário assim como as de bebidas e alimentos. Ademais, tanto o comércio varejista como a prestação de serviços e ainda a produção agrícola, principalmente de hortaliças, acabaram por impulsionar o desenvolvimento daquela região<sup>49</sup>.

Entretanto nos municípios do Noroeste Fluminense, registrou-se uma queda significativa da participação na população estadual, provavelmente em decorrência da crise das tradicionais atividades primárias ali exploradas<sup>50</sup>. Nas demais regiões as taxas populacionais permaneceram estagnadas.

---

<sup>47</sup> Na década de 1940 foi instalada em Volta Redonda (até então Distrito de Barra Mansa) a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) cuja construção e expansão ocorreu em 4 etapas: 1941-48; 1952-54; 1956-60 e após 1965, quando a direção da usina se transfere definitivamente do Rio de Janeiro para o município de Volta Redonda. Portanto o período aqui analisado é coincidente com duas fases de intenso e progressivo crescimento da CSN. Em Barra Mansa prosperaram ainda as indústrias siderúrgicas (Siderurgia Barra Mansa); a metalúrgica (Metalúrgica Barra Mansa); a química (Du Point do Brasil) e a de alimentos (Nestlé).

<sup>48</sup> Durante as décadas de 1960 e 1970 as taxas populacionais do estado do Rio de Janeiro foram respectivamente, 35,0% e 25,3% (SANTOS, 2003).

<sup>49</sup> Nesse contexto também podemos destacar a construção da ponte Rio-Niterói e a pavimentação da BR-130 -estrada que liga Nova Friburgo a Teresópolis como importantes fatores propiciadores tanto para o escoamento das produções agrícolas e industriais como para o desenvolvimento do turismo naquelas cidades (MARAFON, 2005).

<sup>50</sup> Durante o auge econômico do café, a região chegou a ser a maior produtora do país. Entretanto com a decadência do café algumas fazendas entraram em processo de falência. Por influência da região vizinha (Norte Fluminense) a partir dos anos 1950, a região sobressaiu-se como produtora de açúcar e álcool, mas hoje a produção de cana-de-açúcar destina-se a alimentação de gado leiteiro. Isso porque desde a década de 1970 a região vem se firmando uma das principais produtoras de leite do estado (MARAFON, 2005).

Em 1975, com o processo da fusão<sup>51</sup> o estado da Guanabara deixou de existir e assim a cidade do Rio de Janeiro tornou-se a nova capital do novo estado do Rio de Janeiro. Nesse contexto, o projeto político de união dos dois antigos estados com o intuito de promover uma rede urbana mais equilibrada não logrou êxito, apesar de todo o esforço do governo federal em patrocinar o desenvolvimento do novo estado do Rio de Janeiro através de investimentos financeiros maciços.

Ademais, no contexto do novo estado formado, o processo da fusão não foi capaz de provocar um sentimento de pertencimento ao coletivo-social e tampouco de superar a falta de solidariedade existentes entre “cariocas e fluminenses” (DAVIDOVICH, 2000 a e b). Assim, distinguem-se no estado dois subespaços bem distintos entre si: um representado pela Região Metropolitana e seu núcleo - o município do Rio de Janeiro, e o outro incluindo todos os municípios fluminenses localizados fora dos limites metropolitanos, denominados em seu conjunto de - o interior do estado.

Apesar do município do Rio de Janeiro ter diminuindo desde os anos 1960 a sua participação no processo de polarização da população estadual isso não representou uma efetiva desconcentração da população, já que é na região metropolitana que encontramos cerca de 75% da população do estado (SANTOS 2003). Até a década de 1980, os dados econômicos e demográficos apontavam para o um quadro de relativa estagnação e declínio do estado em comparação com as outras unidades federativas, tais como São Paulo e Minas Gerais (MARAFON *et al*, 2005). Todavia, a partir da década de 1990 ocorreu um aumento da população e um melhor desempenho econômico em um número crescente de cidades de porte médio<sup>52</sup>, localizadas no interior do estado.

Convém ainda lembrar que no Brasil, o contexto político pós-governo militar de (re)democratização do país somou-se ao processo de descentralização política<sup>53</sup> iniciado nos

---

<sup>51</sup> Segundo Parada, (1997) esse processo foi uma controvertida manobra política obtida por um grupo composto por representantes das Indústrias do Estado da Guanabara, da Associação Comercial do Rio de Janeiro, do Clube de Lojistas do Estado da Guanabara e do Instituto de Desenvolvimento do Estado do Rio de Janeiro que reunidos em pensamentos ganharam expressão política junto ao governo federal e ao Congresso Nacional. Para Santos, (2003) o projeto da fusão representou uma das últimas manifestações da intervenção do estado na política territorialista nacional.

<sup>52</sup> Santos (2003) define “cidades médias” os municípios que até 1996 tinham população entre 100 mil e 1 milhão de habitantes independentemente de estarem localizadas em áreas metropolitanas ou não. A referida autora lembra-nos ainda que de acordo com o IBGE, em 1996 havia no país 196 cidades desse porte sendo que 51,5% delas localizavam-se na região Sudeste. Nesta data os dados populacionais apontam que cerca de 80% das cidades médias brasileiras oscilavam entre 100 a 300 mil habitantes.

<sup>53</sup> A descentralização política é um movimento mundialmente em curso desde a década de 80. Abrucio (2006) define

anos 1980 e aos ideais do movimento municipalista nacional<sup>54</sup>.

Essa conjunção de fatores possibilitou uma intensa criação de novos municípios<sup>55</sup> no país que amparados legalmente pelo texto constitucional de 1988 passaram a ser reconhecidos como unidades político-administrativas autônomas e, portanto como membros efetivos da federação.

Convém aqui lembrar que esta situação representou mudanças expressivas no caráter historicamente dual do federalismo brasileiro que assim tornou-se um caso extremamente peculiar no mundo, não sendo identificável em nenhum outro país com organização federativa.

Outra mudança institucional que favoreceu a ampliação da autonomia política nas unidades subnacionais foi o processo de descentralização fiscal que teve início em meados dos anos de 1970 e caminhou paralelamente ao movimento da (re) democratização do país. Assim o aumento das receitas advindas do recolhimento do Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) esta na base da grande corrida emancipacionista que teve lugar no país gerando o processo de fragmentação dos municípios brasileiros (TOMIO, 2002).

A promulgação da nova constituição somente consolidou a oferta de recursos fiscais e as competências tributárias de estados e municípios. Ademais a descentralização política gerada pela nova carta constitucional determinou a transferência das emancipações do âmbito da União para os estados o que representou um fator preponderante para o ritmo diferenciado da criação de novos municípios após 1988.

Nesta perspectiva, o número de municípios brasileiros passou de 3952 em 1970 para 4491 em 1990, o que representa um aumento de 9,7%. Em 2001 esse número aumentou para

---

descentralização “como um processo nitidamente político, circunscrito a um Estado nacional, que resulta da transferência (ou conquista) eletiva de poder decisório a governos subnacionais, que: a) adquirem autonomia para escolher seus governantes e legisladores; b) para comandar diretamente sua administração; c) para elaborar uma legislação referente às competências que lhes cabem; e por fim, d) para cuidar de sua estrutura tributária e financeira”.

<sup>54</sup> Em 1983, num processo suprapartidário, foi criada a Frente Municipalista Nacional que tinha como objetivo o fortalecimento das Câmaras Municipais através de dois movimentos: a descentralização política-administrativa e participação popular a fim de criar condições para uma reforma tributária que beneficiasse os municípios (FERNANDES, 2007). A Frente também atuou decisivamente na Assembléia Nacional Constituinte e se manteve na liderança dos movimentos municipalistas nacionais.

<sup>55</sup> A história política brasileira permite uma associação direta entre regime político e criação de municípios. Machado (2005) chama a atenção para o fato que na história do federalismo brasileiro a alternância entre períodos de centralização e descentralização tem sido um traço característico desde a sua origem em 1891. Deste modo, a relação entre períodos democráticos como a República (1945-1964), a Nova República (anos de 1980) e o período atual seriam caracterizados pela descentralização política, institucional e fiscal que favoreceriam a maior intensidade de emancipações municipais. Ao contrário períodos ditatoriais como o regime militar (1964-1985) devido a suas características centralizadoras, podem ser considerados como inibidores do processo de criação de novos municípios.

5560 (19,2%). Portanto num período de 30 anos, o número de municípios brasileiros contabilizou um aumento maior que 38% (TOMIO, 2002). Segundo o IBGE (2001) as regiões que registraram maior aumento foram a Norte e a Sul com 84% e 62% respectivamente.

Entretanto vale registrar que essa “onda emancipacionista” não foi um fenômeno totalmente nacional. Ele ocorreu de forma concentrada em alguns estados e sem correlações com os indicadores socioeconômicos. Assim, estados como Maranhão (64%), Piauí (91%) e Rio Grande do Sul (104%) apresentaram altos graus de emancipação; Santa Catarina (47%), Espírito Santo (34%) e Rio de Janeiro (39%) ficaram um pouco acima da média, enquanto que Bahia (14%), São Paulo (13%) e Sergipe (1%) apresentaram um baixo índice de fragmentação (TOMIO, 2002).

Embora as emancipações tenham ocorrido de forma heterogênea nos diversos estados, os novos municípios criados guardam relações de semelhança no que diz respeito aos seus portes populacionais. Em outras palavras, a grande maioria dos novos municípios (74%) apresentava uma população inferior a 10 mil habitantes, sendo que na região Sul o número desses municípios chegou a 90%.

Conforme nos lembra Machado (2005) esse processo trouxe novos dilemas e novos desafios para a construção do pacto federativo brasileiro. A autora ressalta que “além das restrições no campo das atividades econômicas e capacidades financeiras” uma grande parcela dos municípios brasileiros acumula também dificuldades de ordem administrativa devido as suas capacidades de “formação e de fixação de quadros públicos qualificados, o que limita as condições para o exercício do governo local”.

Nesse contexto de emancipação territorial, no estado do Rio de Janeiro, no período de 1985 a 2001 foram criados e instalados 28 novos municípios<sup>56</sup> que corresponderam a desdobramentos territoriais em quase todas as regiões<sup>57</sup> do estado.

Esses novos municípios distribuíram-se no estado da seguinte forma: 05 na região Norte; 04 na região do Médio Paraíba; 03 no Noroeste Fluminense; 04 nas Baixadas Litorâneas; 02 na região Serrana; 03 no Sul Fluminense e 07 na região Metropolitana como mostra o quadro

---

<sup>56</sup> Segundo a Fundação CIDE (2006), para a maioria dos municípios emancipados após a CF de 1988, a independência política não foi sinônimo de desenvolvimento econômico. O estudo realizado por aquela instituição, revela que, 16 dos novos municípios criados tiveram o PIB reduzido, ao se comparar 1997 e 2004. Dos cinco municípios que ficaram mais ricos, só Porto Real alcançou um PIB *per capita* superior ao da média do estado.

<sup>57</sup> Somente na Região da Baía da Ilha Grande, que a partir de 2002 passou a se chamar Costa Verde, não foram criados novos municípios nesse período.

abaixo.

**Quadro 5 Municípios criados entre os anos de 1985 a 2001 no estado do Rio de Janeiro**

<b>Novo Município</b>	<b>Ano de emancipação</b>	<b>Desdobramento de:</b>
1. Aperibé	1992	Santo Antônio de Pádua
2. Areal	1992	Três Rios
3. Armação de Búzios	1995	Cabo Frio
4. Arraial do Cabo	1985	Cabo Frio
5. Belford Roxo	1990	Nova Iguaçu
6. Carapebus	1995	Macaé
7. Cardoso Moreira	1989	Campos
8. Comendador Levy Gasparian	1991	Três Rios
9. Guapimirim	1992	Magé
10. Iguaba Grande	1995	São Pedro da Aldeia
11. Italva	1986	Campos
12. Itatiaia	1989	Resende
13. Japeri	1991	Nova Iguaçu
14. Macuco	1995	Cordeiro
15. Mesquita	1999	Nova Iguaçu
16. Paty de Alferes	1987	Vassouras
17. Pinheiral	1995	Piraí
18. Porto Real	1995	Resende
19. Quatis	1992	Barra Mansa
20. Queimados	1990	Nova Iguaçu
21. Quissamã	1989	Macaé
22. Rio das Ostras	1992	Casimiro de Abreu
23. São Francisco de Itabapoana	1995	São João da Barra
24. São José de Ubá	1993	Cambuci
25. São José do Vale do Rio Preto	1987	Petrópolis
26. Seropédica	1995	Itaguaí
27. Tanguá	1995	Itaboraí
28. Varre e Sai	1990	Natividade

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IBGE e da Fundação CIDE

Na década de 1990 ocorreu uma redistribuição das populações dos municípios que sofreram desdobramentos territoriais. Contudo os novos municípios criados entre os anos de 1980 e 1990 não apresentaram uma tendência de maior dinamismo demográfico com exceção de alguns municípios localizados na região metropolitana. Neste período, o maior crescimento populacional ocorreu no grupo das chamadas “cidades médias” aqui definidas como aquelas com população entre 100 a 500 mil habitantes. A este grupo que em 1980 reunia 10 municípios somaram-se na década de 1990 mais 7 cidades (IBGE 2000).

Além do grupo citado mais três municípios com população entre 500 mil e 1 milhão de habitantes apresentaram altas taxas de crescimento - Nova Iguaçu e Duque de Caxias, situados na periferia da cidade do Rio de Janeiro, e São Gonçalo, localizado na periferia de Niterói, antiga capital do antigo estado do Rio de Janeiro.

Cabe destacar que das 20 cidades com população entre 100 mil e 1 milhão de habitantes no âmbito do estado, 50% estão situadas na região metropolitana (Duque de Caxias; Itaboraí; Magé; Niterói; Nova Iguaçu; Belford Roxo; Queimados; São Gonçalo; Nilópolis e São João de Meriti). As outras 10 cidades restantes encontram-se distribuídas desta forma: 03 situam-se na região do Médio Paraíba (Resende; Barra Mansa e Volta Redonda); 03 na região Serrana (Petrópolis; Teresópolis e Nova Friburgo); 02 estão localizadas na região Norte Fluminense (Campos e Macaé); 01 na região das Baixadas Litorâneas (Cabo Frio) e finalmente 01 na região da Costa Verde (Angra dos Reis).

Santos (2003) ressalta a importância do crescimento do número das cidades médias, pois assim a malha urbana estadual poderá tornar-se mais densa, e menos desequilibrada espacialmente. Ademais, para a autora esse crescimento sugere a formação de centros regionais no interior do estado.

Assim, de uma forma geral, no âmbito do estado do Rio de Janeiro, a dinâmica demográfica<sup>58</sup>, embora fortemente concentrada na região metropolitana, apresenta “claros sinais de maturidade, aliando altos níveis de urbanização e baixas taxas de crescimento com maior expansão das cidades de porte intermediário entre as grandes e as pequenas cidades” (SANTOS, 2003).

Como foi dito no início do capítulo, Rio de Janeiro guarda singularidades basicamente, atribuídas a fatos que a história pretérita e as políticas públicas imprimiram no atual território

---

<sup>58</sup> Santos (2003) denomina “dinâmica demográfica” o movimento populacional tomando por base a análise dos indicadores demográficos.

do estado. O perfil de concentração de atividades e população que imprimiu certa característica a cidade, avançou gradativamente e teve seu auge quando o Rio de Janeiro foi a capital do país, e mais tarde atingiu sua posição metropolitana. Desta forma, a cidade do Rio de Janeiro passou a desenvolver “um tipo de dominação sobre o território estadual, certamente singular no Brasil” (DAVIDOVICH, 2000).

Nas palavras de Lessa, o “Rio serviu de representação-síntese da nacionalidade brasileira, como dos elementos nucleares da construção ideológica nacional, da identidade e potencialidades do país” (LESSA, 2000).

Neste contexto de singularidades, vale destacar a forte concentração populacional existente na região metropolitana do Rio de Janeiro, que apresenta a maior taxa de urbanização do país (96%) numa unidade federativa de pequenas dimensões (4.686,5 km<sup>2</sup>) e que tem uma importância mais que proporcional no Produto Interno Bruto (PIB) nacional bem como na dimensão cultural.

Outro aspecto da singularidade do processo em consideração diz respeito à inexistência de coesão e de laços de solidariedade territorial. Fato este que permanece nos sentimentos e nas identidades carioca e fluminense e que traduz a “difícil e ainda inconclusa rearticulação política e econômica regional” iniciada com o processo da fusão em 1975 (LESSA, 2000).

Neste sentido, as Regiões que compõem o estado apresentam heterogeneidades econômicas, políticas e sociais com importantes “desníveis entre os padrões urbanísticos e de cobertura de serviços públicos entre os mais de 6 milhões de habitantes dos municípios do Rio de Janeiro e de Niterói e os 4,2 milhões de moradores dos municípios da RMRJ” (LESSA, 2000). Estes desníveis tornam-se ainda mais visíveis nos municípios que compõem o chamado interior do estado.

No próximo item deste capítulo veremos que nesse quadro de singularidades inerentes ao estado do Rio de Janeiro também se inserem aquelas relativas ao campo da saúde.

### ***3.2 O estado do Rio de Janeiro: a atuação da secretaria estadual de saúde***

Em outro plano de análise, tomando como referência o âmbito da saúde, o estado do Rio de Janeiro guarda especificidades também historicamente construídas<sup>59</sup> que trouxeram e ainda

---

<sup>59</sup> A história da saúde no estado do Rio de Janeiro é detalhadamente descrita por Parada em seus trabalhos de Mestrado (1997) e Doutorado (2002). As dissertações de Lima (1999) e Pastrana (2003), também trazem contribuições relevantes para o estudo da saúde no âmbito do estado do Rio de Janeiro.

trazem sérias implicações para a governabilidade do setor saúde no estado. (PARADA, 1997 e 2002; LIMA, 1999 e PASTRANA, 2003).

Por ter sido capital da república, a cidade do Rio de Janeiro acumula hoje a maior rede de serviços de saúde públicos do país. Este fato imprime características singulares ao sistema de saúde no âmbito estadual como veremos a seguir.

Já desde do processo de fusão (1975) do extinto estado da Guanabara, (hoje município do Rio de Janeiro), com o estado do Rio de Janeiro, as duas secretarias de saúde que se formaram (municipal e estadual) seguiram linhas próprias de atuação com predominância de suas culturas originais. Assim, ao longo do processo de implantação do SUS, a Secretaria de Estado de Saúde (SES) manteve a sua vocação sanitaria<sup>60</sup> priorizando as suas ações no interior do estado, enquanto que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) reafirmou a cultura do antigo estado da Guanabara: sanitaria nos centros de saúde e assistencialista nos hospitais gerais e especializados (PARADA, 1997).

Segundo Parada (2002), nos anos 90, o exercício de governar a saúde no estado significou a busca do “equacionamento e do equilíbrio entre o velho papel da SES de gerenciar a rede e o novo papel, o de gestor do sistema público de saúde”.

A municipalização dos centros e postos de saúde direcionou a responsabilidade da SES aos Hospitais Gerais e Especializados. Assim, a rede hospitalar do estado, conta atualmente com 28 unidades próprias, sendo 17 Hospitais, 2 Unidades Pré-hospitalares<sup>61</sup>, 7 Institutos, 2 Postos de Atendimento Médico (PAM), 1 Laboratório, 1 Centro Psiquiátrico e 1 Centro de Tratamento de Adictos. Desse total de unidades de serviços, 20 estão localizadas no município do Rio de Janeiro (todas herdadas do antigo Distrito Federal e do estado da Guanabara). As demais unidades estão localizadas em apenas 7 municípios<sup>62</sup> dos 92 existentes no estado.

Entretanto, a rede estadual não se integra aos municípios, não conforma nenhuma rede

---

<sup>60</sup> Segundo Parada (1997), antes da fusão, a SES do antigo estado do Rio de Janeiro tinha sua atuação voltada exclusivamente para as ações de vigilância sanitárias. Seu corpo dirigente era formado por técnicos oriundos, na sua maioria, da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo.

<sup>61</sup> Apesar destas duas unidades terem sido instituídas recentemente, em tese, ambas são anexos dos Hospitais Pedro II e Rocha Faria. Portanto, frutos de unidades remanescentes do estado da Guanabara.

<sup>62</sup> Essas unidades encontram-se nos seguintes municípios: **Duque de Caxias** (Hospital Estadual Adão Pereira Nunes-Saracuruna); **Itaboraí** (Hospital Estadual Prefeito João Batista Cáffaro e Hospital Estadual Tavares Macedo- Hanseníase); **Niterói** (Hospital Estadual Azevedo Lima, Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras- Tisiologia e Instituto Vital Brasil); **São Gonçalo** (Hospital Estadual Alberto Torres); **Carmo** (Hospital Estadual Teixeira Brandão – Psiquiatria); **Araruama** (Hospital Regional de Araruama) e **Casimiro de Abreu** (Hospital Estadual de Barra de São João) (SES RJ, 2007).

de referência e contra-referência e tampouco entra na programação dos municípios. No âmbito municipal, as unidades hospitalares estaduais não estão subordinadas às coordenações das suas áreas programáticas (APs).

Segundo Parada (2002), apesar do estado ter transferido unidades de serviço e atribuições para os municípios, a SES não assumiu o seu papel na condução desse processo, e assim, a formação do sistema estadual de saúde do Rio de Janeiro não foi concretizada. Esse fato repercutiu no processo da municipalização<sup>63</sup> e torna mais complexa a agenda atual de regionalização do SUS no estado do Rio de Janeiro.

Entretanto vale lembrar que o processo de consolidação do SUS e a implantação de novos modelos assistenciais, “vêm exigindo uma maior capacidade institucional das SESs para o exercício” de funções tais como “formulação de políticas, planejamento, financiamento, regulação e normatização, garantia e regulação do acesso aos serviços de saúde, organização regionalizada da rede de serviços de saúde, monitoramento e avaliação do sistema estadual e articulação e cooperação técnica com as secretarias municipais de saúde”(BRASIL, 2007 a p.26-27).

### ***3.3 O estado do Rio de Janeiro: um olhar sobre a rede própria do SUS***

O Sistema Único de Saúde integra serviços realizados na sua rede própria nos três níveis de governo, bem como aqueles contratados através de instituições privadas e/ou filantrópicas – a chamada rede complementar. No entanto, dados os limites desta dissertação, optamos por analisar exclusivamente o segmento da rede própria do SUS. Assim, neste item descreveremos a rede própria do SUS no estado do Rio de Janeiro, considerando além do nível de atenção, a natureza jurídica do prestador.

Quanto ao nível federal, no âmbito do estado do Rio de Janeiro, apenas duas cidades: Rio de Janeiro e de Niterói apresentam unidades sob a gestão deste nível governamental. Entretanto a cidade de Niterói conta apenas com uma destas unidades: O Hospital Universitário Antônio Pedro. Convém ainda registrar que, a exemplo da unidade fluminense, todas as unidades federais de saúde existentes no município do Rio de Janeiro, oferecem atenção em nível hospitalar.

---

<sup>63</sup>Segundo Parada (2002 p. 137), a despeito do avanço do processo de municipalização da saúde ocorrido na maioria dos estados brasileiros, no Rio de Janeiro tal processo foi considerado, no plano nacional, como de baixo perfil.

A seguir veremos quais são estas unidades federais, como elas estão distribuídas na cidade e quais são as características da sua oferta.

A rede federal de saúde localizada no município do Rio de Janeiro é composta por 21 Unidades: 06 Hospitais Gerais (Servidores, Bonsucesso, Jacarepaguá, Ipanema, Andaraí e Lagoa), e de 03 Institutos (Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras - INCL; Instituto de Traumatologia-Ortopedia -INTO e finalmente o Instituto Nacional do Câncer – INCA, composto por IV unidades hospitalares e 01 Centro de Transplante de Medula Óssea - CEMO).

Ademais o estado conta com os seguintes Hospitais Universitários e Institutos de ensino ligados ao governo federal: Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA); Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF); Maternidade Escola (Laranjeiras); Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira (IPPMG); Instituto de Psiquiatria (IPUB); Instituto de Ginecologia (IG); Instituto de Neurologia Deolindo Couto (INDC) e o Instituto de Doenças do Tórax (IDT). Todos pertencentes à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Os Hospitais Universitários Graffé e Guinle da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense, este como já explicitado, localizado em Niterói, também integram o quadro das unidades federais no Rio de Janeiro.

Os Institutos Fernandes Figueira (maternidade e especialidades pediátricas) e de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (infectologia) são unidades de ensino e pesquisa pertencentes à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

No nível estadual, a Secretaria de Estado de Saúde<sup>64</sup> (SES), em 2001, por ocasião da elaboração do Plano Diretor de Regionalização do estado do Rio de Janeiro (PDR), utilizou basicamente a mesma divisão geográfica preconizada pelo CIDE<sup>65</sup>, tal como vimos no item anterior, porém com algumas adaptações<sup>66</sup>.

Nesse sentido, o desenho das regiões para a área da saúde foi aprovado pela Comissão

---

<sup>64</sup> Na atual gestão do governador Sergio Cabral ocorreu a união das Secretarias de Estado de Saúde e Secretaria de Defesa Civil do Estado. A nova secretaria formada passou a ser denominada de Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESDEC/RJ).

<sup>65</sup> O Estado do Rio de Janeiro atualmente conta com 92 municípios divididos em oito regiões geográficas de governo conforme a Fundação CIDE.

<sup>66</sup> As modificações realizadas pela SES modificaram o desenho geográfico das regiões do estado que passaram de oito para nove. A única região que não teve seu desenho alterado foi a do Médio Paraíba.

Intergestores Bipartite (CIB) e pelo Conselho Estadual de Saúde respectivamente em outubro e dezembro de 2001. Segundo o documento em questão essas alterações foram realizadas de modo à “atender aos fluxos já existentes de necessidade de atenção à saúde, muitas vezes, definido pela própria população”. Destaca ainda que a responsabilidade de condução do processo é do gestor estadual, que juntamente com os municípios deverá definir e organizar os serviços assistenciais no âmbito supranacional (CIB-RJ Nº 92, 2001).

A seguir podemos ver o quadro com a divisão regional tal como preconizado pela então SES.

**Quadro 6 Regiões do estado do Rio de Janeiro de acordo com a SESDEC**

<b>Baía da Ilha Grande</b> 173.555 habitantes (1,20%) 3 municípios	Angra dos Reis	Mangaratiba	Parati
<b>Baixada Litorânea (BL)</b> 441.000 habitantes (3,06%) 9 municípios	Saquarema	São Pedro da Aldeia	Armação de Búzios
	Araruama	Arraial do Cabo	Casimiro de Abreu e
	Iguaba Grande	Cabo Frio	Rio das Ostras
<b>Região Centro Sul (CS)</b> 294.987 habitantes (2,05%)  11 municípios	Três Rios	Paraíba do Sul	Egenheiro Paulo de Frontin
	Areal	Vassouras	Mendes
	Comendador Levy Gasparian	Miguel Pereira	Paracambi
	Sapucaia	Paty do Alferes	-
<b>Região Médio Paraíba</b> 784.813 habitantes ( 5,46%)  12 municípios	Piraí	Valença	Quatis
	Pinheiral	Rio das Flores.	Porto Real
	Volta Redonda	Rio Claro	Resende
	Barra do Piraí	Barra Mansa	Itatiaia.
<b>Região Metropolitana I</b> 9.131.585 de hab.(63,55%)  12 municípios	Rio de Janeiro	Magé	Mesquita
	Itaguaí	Nova Iguaçu,	São João de Meriti,
	Seropédica	Japeri,	Belford Roxo
	Duque de Caxias	Queimados	Nilópolis
<b>Região Metropolitana II</b> 1.708.815 hab. ( 11,89%) 7 municípios	Niterói	Itaboraí	Rio Bonito
	Maricá	Tanguá	-
	São Gonçalo	Silva Jardim	-
<b>Região Noroeste (NO)</b> 283.049 hab.( 1,97%)	Bom Jesus de Itabapoana	Porciúncula,	Aparibé,
	Itaperuna	Laje do Muriaé	Itaocara,

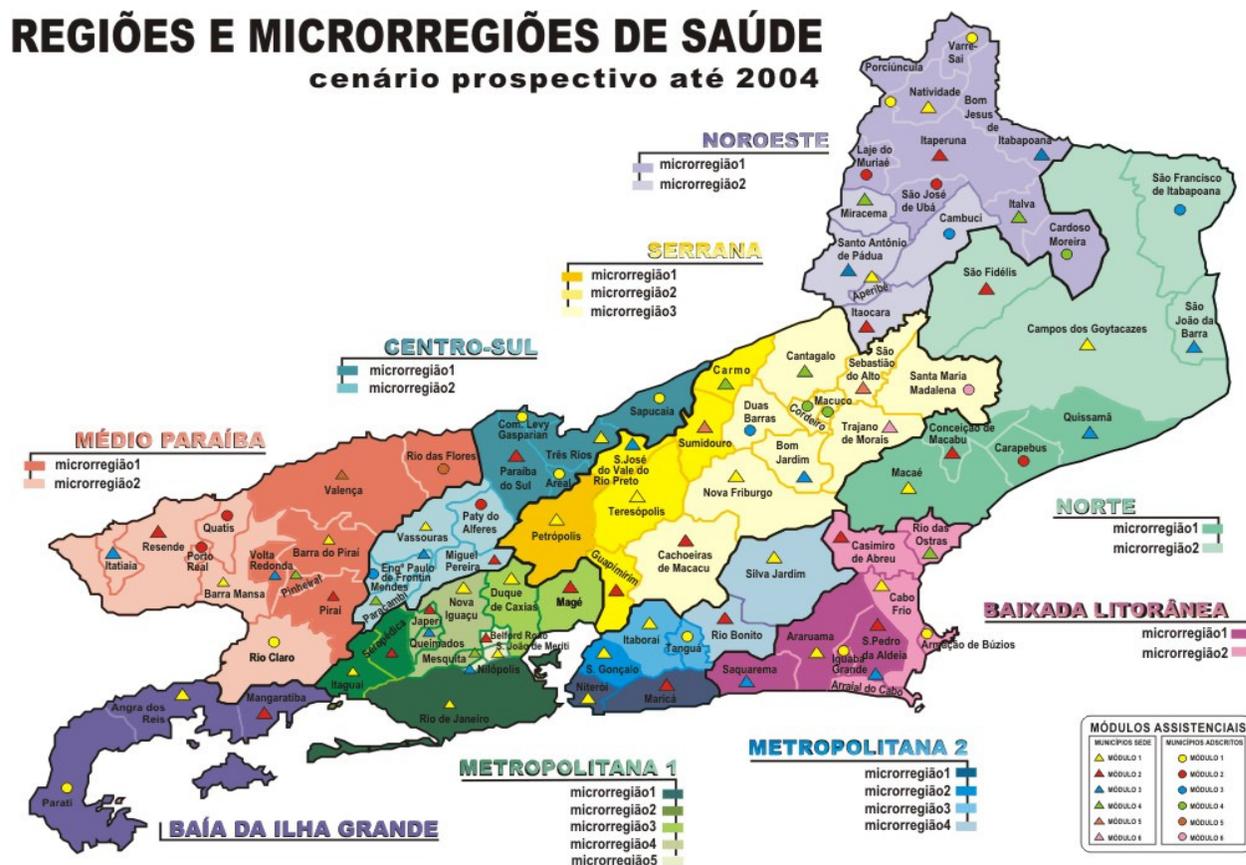
14 municípios	Santo Antônio de Pádua	São José de Ubá	Cambuci
	Natividade	Italva	Miracema
	Varre e Sai	Cardoso Moreira	-
<b>Região Norte (N)</b> 684.409 habitantes ( 4,76%)			
8 municípios	São Francisco de Itabapoana	Quissamã	Campos de Goytacazes
	São João da Barra	Conceição de Macabu	Carapebus
	São Fidelis	Macaé	-
<b>Região Serrana (SR)</b> 873.837 habitantes ( 5,3%)			
16 municípios	Teresópolis	Nova Friburgo	Cantagalo
	Petrópolis	Cachoeiras de Macacu	São Sebastião do Alto
	Guapimirim,	Bom Jardim	Trajano de Moraes
	São José do Vale do Rio Preto	Duas Barras	Santa Maria Madalena
	Sumidouro	Cordeiro	-
	Carmo	Macuco	-

Fonte: Elaboração própria a partir de informações contidas no PDR/RJ (2001/2004)

No novo desenho regional da saúde o estado passou então a contar com 9 regiões, pois a Região Metropolitana foi subdividida em duas: Metropolitana I e II. Conforme o referido documento do PDR, isso foi necessário não só devido ao grande contingente populacional desta região, mas, sobretudo devido a sua capacidade instalada.

De acordo com o quadro 6, o mapa a seguir mostra geograficamente as regiões do estado do Rio de Janeiro conforme os critérios adotados pela SES-RJ em 2001.

**Figura 1**  
Mapa do estado do Rio de Janeiro de acordo com a divisão regional idealizada pela SES



Fonte: SESDEC/RJ/PDR/2001

Conforme o exposto acima, para efeitos desta dissertação, consideraremos as regiões do estado de acordo com o estabelecido pela SES em 2001.

Nesta perspectiva, no desenho impresso pelo PDR, as unidades próprias do nível estadual estão distribuídas em apenas 4 das 9 regiões de saúde: Região Metropolitana I, Região Metropolitana II, Região Serrana e Região das Baixadas Litorâneas, como veremos mais detalhadamente a seguir:

### 1- Região Metropolitana I

Uma Central de Transplantes do Rio de Janeiro; 01 Centro de Tratamento de Anomalias

Craniofaciais (REVIVA), 01 Centro de Tratamento e Reabilitação de Adictos (CENTRA-RIO) e 01 Centro Psiquiátrico; todos localizados no município do Rio de Janeiro.

A rede de unidades estaduais conta ainda com 09 hospitais, também todos localizados no município do Rio de Janeiro. São eles: Hospital Estadual Albert Schweitzer (Realengo), Hospital Estadual Eduardo Rabello (Campo Grande); Hospital Estadual Anchieta – ortopedia (Cajú); Hospital Estadual Carlos Chagas (Marechal Hermes); Hospital Estadual Getúlio Vargas (Penha); Hospital Estadual Pedro II (Santa Cruz); Hospital Estadual Rocha Faria (Campo Grande) e o Hospital Estadual Santa Maria –Tuberculose (Taquara/ Jacarepaguá). Além destes, o estado ainda conta com a Unidade Pré-Hospitalar Almir Dutton, mais conhecida como “Rochinha”, (Campo Grande), e Unidade Vereador Adelino Simões, mais conhecida como “Pedrinho”, localizado em Nova Sepetiba.

Somam-se ainda a estas unidades 05 Institutos Estaduais todos localizados no município do Rio de Janeiro. São eles: no Centro, os Institutos de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE) e de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti (HEMORIO); no Humaitá, o Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC), em Jacarepaguá, o Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária (IEDS-Curupaiti); e no Cajú o Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião (IEISS).

Ainda na região Metropolitana I o estado dispõe de: 01 Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels (LCNN) localizado no Centro e de 02 Postos de Atendimento Médico, a saber: PAM Cavalcanti e PAM Coelho Neto, localizados nos bairros do mesmo nome no município do Rio de Janeiro. No município de Duque de Caxias o estado conta com o Hospital Estadual Adão Pereira Nunes localizado no bairro de Saracuruna e em Nilópolis com o Hospital Estadual Vereador Melchiades Calazans (HEMEC).

O Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) é uma unidade da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e está localizado no bairro de Vila Izabel também pertencente à região Metropolitana I do município do Rio de Janeiro.

## **2- Região Metropolitana II**

Os equipamentos estaduais de saúde estão distribuídos da seguinte forma: 02 Hospitais localizados no município de Itaboraí: o Hospital Estadual Prefeito João Batista Caffaro localizado no Centro e o Hospital Estadual Tavares Macedo (Hanseníase) localizado em

Venda das Pedras. No município de Niterói estão o Hospital Estadual Azevedo Lima no bairro do Fonseca e os Institutos Estaduais: de Doenças do Tórax Ary Parreiras (IEDT) localizado no bairro de Barreto, e Instituto Vital Brasil (IVB) situado no bairro de mesmo nome. E por último, no município de São Gonçalo encontramos o Hospital Estadual Alberto Torres situado no bairro Colubandê.

### **3- Região Serrana**

Localizado no município do Carmo encontramos 01 hospital de Psiquiatria: o Hospital Estadual Teixeira Brandão.

### **4- Região da Baixada Litorânea**

Nesta região o estado é o gestor do Hospital Regional de Araruama, localizado no centro daquele município e do Hospital Estadual de Barra de São João situado no município de Casimiro de Abreu.

Ainda que duas cidades do estado possuam unidades federais (Rio de Janeiro e Niterói), e oito cidades possuam Unidades estaduais (Rio de Janeiro, Niterói, Duque de Caxias, Itaboraí, São Gonçalo, Araruama, Carmo e Casimiro de Abreu), oferecendo assistência à saúde em outros níveis de complexidade, todos os demais municípios que ofertam atenção à saúde, através de rede própria, o fazem apenas em nível básico e/ou de média complexidade. A alta complexidade quando oferecida nestes locais, o é, através da rede conveniada do SUS.<sup>67</sup>

De acordo com as Normas Operacionais do SUS, o ente municipal, é responsável pela oferta de atenção básica aos seus munícipes e na dependência da forma de gestão habilitada, essa responsabilidade é estendida aos outros níveis de atenção (Gestão Plena do Sistema Municipal - GPSM).

Nessa perspectiva veremos a seguir, de acordo com as referidas normas, de que forma estão habilitados os municípios.

O estado do Rio de Janeiro possuía, em 2007, 23 municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), a saber: Angra dos Reis; Arraial do Cabo; Barra Mansa; Belford Roxo; Carmo; Duque de Caxias; Guapimirim; Itaboraí; Itaguaí; Itaperuna; Niterói;

---

<sup>67</sup> Para efeitos desta dissertação, a rede conveniada não será considerada.

Nova Friburgo; Nova Iguaçu; Paracambi; Petrópolis; Piraí; Resende; Rio de Janeiro; São João de Meriti; Sumidoro; Teresópolis; Vassouras e Volta Redonda. Os demais 69 municípios do estado encontravam-se habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA).

Vale lembrar que como já explicitado no capítulo 2, item 2.3, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo de atenção escolhido pelo MS para a reorganização da atenção básica no país. Tomando este fato como verdadeiro, a presente dissertação considerará este nível de atenção a partir da ESF<sup>68</sup>.

Neste sentido o estado possuía, em dezembro de 2007, 8.511 equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) distribuídas em 87 (94,6%) municípios e 1.302 equipes de saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) em 85 municípios dos municípios do estado (93,5%). Até esta data, o número de equipes de Saúde Bucal na ESF nas Modalidades I e II contabilizava respectivamente 436 e 45 unidades. Portanto, na ESF em 2007, existiam 488 equipes de saúde bucal com um percentual de cobertura de 17,43% da população do estado.

O quadro 7 mostra a distribuição de ACSs, ESFs e Equipes e ESBs, implantados até dezembro de 2007 no estado do Rio de Janeiro.

**Quadro 7 N° de ACSs, ESFs e ESBs e seus percentuais de cobertura no estado do RJ**

	Número de Municípios	Percentual de Municípios	Número de Equipes Implantadas	População Acompanhada
<b>ACSs</b>	87	94,6%	8.511	4.784.101 (30,73%)
<b>ESFs</b>	85	92,4%	1.302	4.377.805 (28,12%)
<b>ESBs</b>	62	67,4%	481 (Mod. I = 436) Mod. II = 45)	2.713.975 (17,43%)

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do MS / DAB

Como mostra o quadro acima, ainda que a Estratégia de Saúde da Família esteja atendendo a 85 municípios dos existentes no estado, ela cobre somente 28,12% da população. Considerando o percentual de cobertura das Equipes de Saúde Bucal, somente 17,43% da população, tem este serviço assegurado.

<sup>68</sup> O MS considera que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é parte da Estratégia Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o ACS, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família ( DAB /MS- disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencabasica.php#acs> ).

Em outras palavras, sete municípios do estado não contavam com equipes de Saúde da Família para a reorganização e resolução da atenção básica em seus territórios até dezembro de 2007. São eles: Japeri, Queimados, Rio das Ostras, Itatiaia, São Fidélis, Cardoso Moreira e Trajano de Moraes. Contudo, os municípios de Japeri, Itatiaia, Cardoso Moreira e São Fidelis contavam, até esta data, com a atuação de equipes de ACSs.

Os sete municípios mencionados estão distribuídos nas regiões da seguinte maneira: Japeri e Queimados encontram-se na Metropolitana I e os demais, nas regiões da Baixada Litorânea, Médio Paraíba, Norte, Noroeste e Serrana respectivamente.

Desta forma, apenas duas regiões do estado possuem ESFs em todos os municípios que as compõem: Baía da Ilha Grande e Centro Sul.

No tocante a atenção à saúde bucal, segundo a leitura dos dados disponibilizados pelo MS correspondentes a dezembro de 2007, 30 municípios do estado não apresentavam ESBs conforme exposto no quadro abaixo. Além dos 07 citados anteriormente como não possuidores de ESFs, mais 23 municípios distribuídos em 7 das 9 regiões de saúde, ainda não dispunham ou não informavam este tipo de cobertura. A região da Baía da Ilha Grande é a única região que apresenta ESB's em todos os seu municípios.

Entretanto, segundo dados da SESDEC<sup>69</sup>, onze dos 23 municípios citados acima possuem ESBs habilitadas pelo MS, porém sem produzir e/ou informar a produção ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Estes municípios são: São João de Meriti, Nilópolis, Queimados, Tanguá, Trajano de Moraes, Teresópolis, São Sebastião do Alto, Macuco, Barra Mansa, Miguel Pereira e Itaperuna. De forma divergente dos dados fornecidos pelos *sites* do MS, segundo o documento produzido pela SESDEC, os municípios de Quissamã, Guapirimirim e Japeri são informados como existentes.

Vale registrar que de acordo com o referencial teórico que embasa essa dissertação, consideramos como existentes as ESBs que possuem atuação com produção informada aos bancos de dados do MS. Enfatizamos ainda que a habilitação ou qualificação (termo utilizado pela SESDEC no documento em questão) de uma ou mais ESBs não garante a operacionalização da assistência à população adscrita a ESF a qual esta ou estas equipes pertençam. Portanto, afirmamos mais uma vez que para efeitos desse estudo, “equipe

---

<sup>69</sup> Leitura de dados do documento “Situação da Estratégia da Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro” competência de dezembro de 2007 do SIAB. SESDEC / SAS / SABGC. Este documento, conhecido na SESDEC como “Tabelão” é produzido mensalmente pelos técnicos da SABGC com o intuito de acompanhar a implantação e implementação da atenção básica no estado.

existente” significa equipe com atuação assistencial. Assim, em compatibilidade com os dados MS, ainda que os municípios listados acima tenham equipes habilitadas, estes foram contabilizados como municípios que não contam com atuação de ESBs.

A distribuição dos municípios que não contavam com atuação de ESBs em dezembro de 2007 está representada no quadro abaixo.<sup>70</sup>

#### **Quadro 8 Municípios do estado do RJ sem cobertura das ESBs**

<b>Região</b>	<b>Total de municípios da região</b>	<b>Municípios que não contam com ESBs</b>
Baixada Litorânea	09	Rio das Ostras
Metropolitana I	12	São João de Mereti, Japeri, Nilópolis, Queimados e Itaguaí
Metropolitana II	07	Niterói, Tanguá e São Gonçalo
Médio Paraíba	12	Barra Mansa, Itatiaia e Quatis
Centro Sul	11	Miguel Pereira e Paracambi
Noroeste	14	Italva , Itaocara , Cardoso Moreira e Itaperuna
Serrana	16	Trajano de Moraes, Teresópolis, São Sebastião do Alto, Macuco, Nova Friburgo, Duas Barras, Carmo e Guapimirim
Norte	08	Carapebus, São Fidelis , São João da Barra e Quissamã

Fonte: Elaboração própria a partir do cruzamento de dados MS / DAB; DATASUS e FNS

Vale ainda registrar que deste total de municípios que não contam com ESBs, três oferecem serviços especializados através dos CEOs, a saber: Barra Mansa (Região do Médio Paraíba), Niterói (Metropolitana II) e Itaperuna (Noroeste).

### **3.4 A rede municipal de saúde na cidade do Rio de Janeiro**

Conforme já explicitado nos itens 3.2 e 3.3 deste capítulo, o Rio de Janeiro é o município que concentra o maior número de equipamentos da rede própria do SUS no Brasil. Esses equipamentos têm natureza jurídica nos três níveis de governo: federal, estadual e municipal e

<sup>70</sup> Até julho de 2007, apenas a região da Baía de Ilha Grande possuía ESBs em todos os seus municípios e na mesma proporção das ESFs.

atendem aos três níveis de atenção.

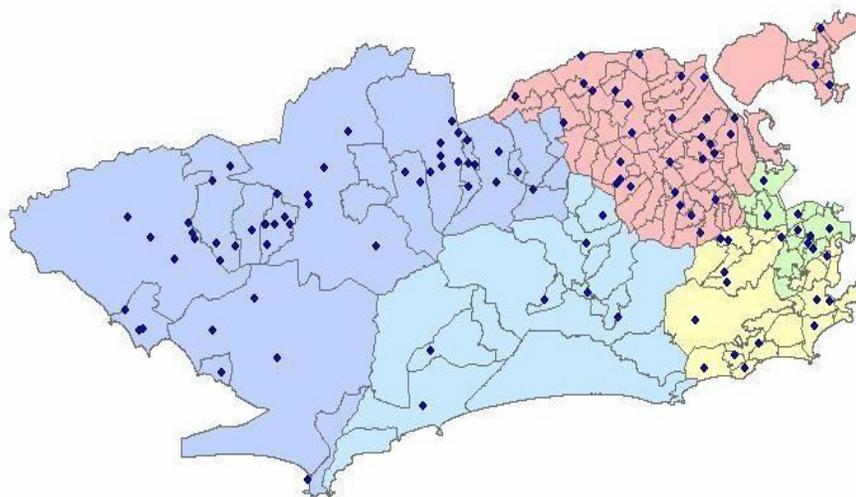
Vale lembrar que no tocante a forma de gestão, o município do Rio de Janeiro está habilitado em GPSM. Nesta perspectiva, a seguir veremos como estão dispostos os serviços municipais de saúde na cidade do Rio de Janeiro.

A rede municipal dispõe de: 01 Casa de Parto; 03 Maternidades; 09 Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs); 01 Centro Municipal de Reabilitação (CMR); 18 Centros Municipais de Saúde; 17 Hospitais Municipais; 07 Institutos Municipais; 12 Postos de Assistência Médica (PAM); 02 Policlínicas; 57 Postos de Saúde; 03 Unidades Integradas de Saúde e 25 equipes de PSF.

Para efeitos de planejamento e administração dos serviços públicos, o município do Rio de Janeiro está dividido em cinco subáreas geográficas denominadas em Áreas de Planejamento ou Áreas Programáticas (APs). Estas, por sua vez são formadas por Regiões Administrativas (RAs) e seus respectivos bairros.

O mapa abaixo mostra como estão distribuídos os equipamentos de saúde no interior do município do Rio de Janeiro.

**Figura 2 Mapa do município do Rio de Janeiro de acordo com distribuição territorial da rede de saúde**



Fonte: SESDEC /SAS/ Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado, 2007

Apesar do Rio de Janeiro ser o município que concentra a maior rede de serviços de saúde do estado, como podemos ver no mapa acima esta rede encontra-se distribuída de forma

heterogenia pelo território municipal, configurando áreas de vazios assistenciais.

Se por um lado esta concentração de equipamentos existente na cidade do Rio de Janeiro é responsável pela migração da população de outros municípios (principalmente da região Metropolitana I) em busca de atendimento, por outro lado, este fato compromete o planejamento municipal e aponta para a necessidade de um planejamento regional.

Conforme explicitado acima, com exceção do Rio de Janeiro, Niterói, Duque de Caxias, Itaboraí, São Gonçalo, Araruama, Carmo e Casimiro de Abreu, nos demais municípios do estado, independentemente da forma de gestão habilitada, a oferta de serviços assistenciais se dá através de rede própria municipal e/ou rede conveniada. No próximo capítulo, que se ocupará da pesquisa realizada para subsidiar esta dissertação, os equipamentos municipais próprios de saúde dos demais 91 municípios do estado serão descritos quantitativamente, com foco na oferta de serviços no âmbito da saúde bucal.

Vale registrar que se trata de um esforço pioneiro de quantificação, dado que o exame da bibliografia existente em saúde bucal e em estudos de saúde sobre o Rio de Janeiro, não apresentam nenhum esforço de quantificação semelhante (KORNIS *et al*, 2006). Vale também observar que essa quantificação considera especialmente a heterogeneidade do estado do Rio de Janeiro como uma característica central para uma compreensão adequada da estrutura dinâmica do sistema de saúde desta unidade da federação.

#### **4. UMA ANÁLISE DO PERFIL DA OFERTA DE SERVIÇOS EM SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DA PNSB**

Para melhor entender o presente e planejar o futuro é importante conhecer um pouco do passado e buscar o aprendizado com as experiências, erros e acertos ocorridos.

João Werner Falk

No capítulo II desta dissertação vimos que a partir de 2000, com a publicação das Portarias GM/MS nº 1.444 e GM/MS nº 267/01 -que tratam ambas da inserção das ESBs na ESF- houve por parte do Ministério da Saúde (MS), uma tentativa de reorganização das práticas assistenciais e de ampliação dos serviços em saúde bucal. Entretanto, foi somente a partir do ano de 2004 que a saúde bucal passou a fazer parte da agenda do governo federal, através da publicação do documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”. Esse fato deu início a um progressivo e significativo aumento no volume de recursos federais para esta área de atenção à saúde.

Assim, considerando o eixo referencial teórico já mencionado no primeiro capítulo desta dissertação, a saúde bucal é aqui tomada não apenas como uma oferta de bens e serviços específicos, mas também como uma resposta às necessidades dos indivíduos e dos coletivos. Ademais, conhecidas e entendidas as peculiaridades da conformação do sistema de saúde do estado do Rio de Janeiro, procuramos estabelecer uma metodologia de pesquisa que permitisse construir uma primeira visão crítica do recente desenvolvimento das ações da PNSB no âmbito estadual.

##### ***4.1: Metodologia da Pesquisa***

A metodologia em questão buscou identificar em que medida e de que maneira a política de incentivo do MS aplicada a PNSB imprimiu características à reorganização do modelo e atenção à saúde bucal no estado do Rio de Janeiro. Essa metodologia, ainda,

deveria ser capaz de ser expandida para o conjunto das demais unidades da federação. Desta forma passamos, a seguir, a descrever a metodologia desta pesquisa.

A pesquisa envolveu as seguintes bases de dados: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Ministério da Saúde /Departamento de Atenção Básica (DAB); Fundo Nacional de Saúde (FNS); Associação Estadual dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro (AEMERJ); Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro (Fundação CIDE); Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro (SESDEC-RJ) e do Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

A partir dos dados disponíveis no *site* do IBGE foram selecionadas as informações sobre a população dos municípios e do banco de dados Cidades@ relativos as informações estatísticas “Serviços de Saúde 2005” (<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>). Através desta ferramenta do IBGE foram extraídos dados acerca da rede própria do SUS, no que tange a natureza jurídica do prestador e as características da assistência prestada.

No *site* do MS, a partir do *link* do Departamento de Atenção Básica - DAB ([http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza\\_cadastro.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza_cadastro.php)) foram extraídos os dados referentes à “Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família”, do estado do Rio de Janeiro, assim como os dados referentes à habilitação e implantação dos CEOs e LRPDs (<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/>).

No *site* do Fundo Nacional de Saúde (<http://www.fns.saude.gov.br/>) foram capturados os dados referentes aos repasses de recursos federais aos municípios no segundo semestre de 2007.

Do *site* da AEMERJ (<http://www.aemerj.org.br/aemerj/intro.asp>) foram extraídos os valores referentes ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do ano de 2000 e valores demográficos dos 92 municípios do estado.

Foram utilizados também os dados do Anuário Estatístico 2006, contidos no *cd-rom* homônimo da Fundação CIDE.

A pesquisa também considerou o levantamento bibliográfico de textos publicados em livros e em periódicos especializados, tanto na área de saúde coletiva quanto na área de saúde bucal, assim como documentos institucionais do MS e da SESDEC – RJ, tais como: Plano Diretor de Regionalização (PDR/2001), Deliberação CIB-RJ n° 92, que trata da “Alteração da configuração regional para o planejamento da atenção à saúde” (CIB/2001); Modalidade

de Gestão nos municípios do estado; Notas Técnicas da Gerência de Saúde Bucal, assim como, outros Documentos das Superintendências de Atenção Básica e Gestão do Cuidado (SABGC) e da Rede Própria.

Do *site* do DATASUS (<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>) foram extraídos os seguintes dados: “Série Histórica da Produção Ambulatorial”, no período entre janeiro de 1998 a dezembro de 2007, assim como dados correspondentes “Metas dos Indicadores da Atenção Básica” referente ao estado do Rio de Janeiro e seus 92 municípios, o que configura uma década de pesquisa. Neste período ocorreram vários fatos de grande relevância para o campo da saúde e em especial para a saúde bucal tais como:

- 1- implantação do Piso de Assistência Básica (PAB), a partir de janeiro de 1998
- 2- implantação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2001
- 3- inserção das ESBs na ESF em 2001
- 4- implantação das NOASs (2001/02)
- 5- início da vigência da PNSB a partir de 2004
- 6- promulgação do Pacto pela Saúde 2006

Vale registrar que para o período selecionado, os dados encontram-se dispostos em duas variáveis: “Procedimentos até 10/1999 e Procedimentos após 10/1999”. Os procedimentos estão discriminados entre os que “fazem parte ou não do PAB” e essa categorização abrange tanto a tabela em vigor até outubro/1999 como a tabela vigente a partir de novembro/1999, quando ocorreram mudanças nos códigos de alguns procedimentos (In: Nota Técnica DATASUS,<sup>71</sup>). Essas mudanças ocorreram somente na denominação do procedimento uma vez que o procedimento em si permaneceu inalterado, como pode ser visto na Portaria nº 1.230 MS de outubro de 1999.

Com o objetivo de construir um conjunto de informações sobre a produção ambulatorial em saúde bucal nos municípios do estado no período referido, foram selecionados os seguintes procedimentos:

Nos anos 1998 e 1999 foram vistos:

“Procedimentos até 10/ 1999”

- consulta odontológica-1ª consulta

---

<sup>71</sup> Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sia/padescr.htm>. Acessado em fevereiro de 2008

- remoção de cálculo e polimento dentário
- endodontia trirradicular
- exodontia de elemento permanente

A escolha de procedimentos específicos se justifica pelo fato de que esses se apresentam com maior sensibilidade para a avaliação/repercussão das ações da PNSB dentro de um curto período de tempo. Para esta avaliação, foi escolhida a ferramenta “quantidade aprovada”.

Além do quantitativo dos procedimentos acima listados, foram vistos também, no conjunto, o total de procedimentos odontológicos “PAB” e “não PAB” realizados pelos municípios. Para este conjunto, também foi considerada a ferramenta “quantidade aprovada”.

No período de janeiro de 2000 a dezembro de 2007 foram vistos:

“Procedimentos após 1999”

**Atenção Básica:**

- 1ª consulta odontológica programática (“1ª consulta programática”)
- exodontia de elemento permanente (“exodontia elem.permanente”)
- curetagem subgengival e polimento dentário/hemiarçada (“curetagem sub/pol. dentário”)

**Atenção Especializada:**

- curetagem subgengival por indivíduo (“Atenção espec. Periodontia curetagem sub/ indivíduo”)
- tratamento endodôntico permanente multirradicular (“endodontia trirradicular”)

No período 2000 a 2007, da mesma forma que para o período anterior, foi visto o global dos procedimentos definidos como “ações básicas” e “ações especializadas” através das ferramentas: “quantidade apresentada”; “quantidade aprovada”.

Convém registrar que os valores apresentados correspondem às bases de dados nacionais até dezembro de 2007.

O conjunto de todos os procedimentos realizados pelos municípios nos permite uma visão global do desempenho da assistência odontológica ofertada tanto no âmbito da atenção básica como na especializada.

Vale registrar que o procedimento, “consulta odontológica - 1ª consulta”

(procedimentos até 10/1999) é compatível com o procedimento “1ª consulta programática” (procedimento após 10/1999), e ambos expressam o acesso à atenção a saúde bucal, pois representam a primeira consulta do tratamento odontológico, não considerando aquelas de caráter emergencial<sup>72</sup>. A mesma compatibilidade ocorre para os procedimentos (até 10/1999): remoção de cálculo e polimento dentário; endodontia trirradicular e exodontia de elemento permanente em relação aos seguintes procedimentos (após 10/1999) respectivamente: curetagem subgingival e polimento dentário/hemiarcada; tratamento endodôntico; tratamento endodôntico permanente trirradicular e exodontia de elemento permanente.

Em relação à categoria “exodontia de elemento permanente”, procedimento de atenção básica, em tese, é sempre esperado e desejável que ocorra queda no seu volume. No tocante às localidades que possuem CEO ou outra forma de atenção odontológica especializada, uma queda no número de exodontias pode ser associada ao encaminhamento/referência dos usuários para a clínica especializada. Por outro lado, um aumento de volume é admissível temporariamente, caso ocorra um aumento do acesso no período estudado.

A categoria “Curetagem/pol. dentário” (procedimento de atenção básica), além da assistência clínica, é interpretada aqui, como uma oportunidade de acesso à informação em saúde bucal, permitindo aos usuários conhecer recursos para praticar o auto cuidado. Ademais, este procedimento pode ser interpretado como a alta do tratamento clínico, marcando o intervalo entre consultas para revisão e /ou acompanhamento. Neste sentido, esse procedimento deve ser analisado em conjunto com o procedimento “1ª consulta programática”. Convém lembrar que esse procedimento é contabilizado por hemi arcada, o que pode gerar um volume de produção de até quatro vezes por indivíduo.

No tocante aos procedimentos após 1999, no âmbito da “Atenção Especializada” foi considerado o procedimento: curetagem subgingival por indivíduo. A respeito desse procedimento, vale dizer que, ainda que seja compatível com o procedimento “Curetagem/pol. dentário”, ele é contabilizado por indivíduo (e não por hemi arcada) e, em

---

<sup>72</sup> A Portaria 493 GM de 13 de março de 2006 interpreta da seguinte forma o emprego do indicador 1ª consulta odontológica programática: “Estima o acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual no âmbito do SUS, como o objetivo de elaboração e execução de um plano preventivo-terapêutico estabelecido a partir de uma avaliação/exame clínico odontológico, tendo esse plano resolução completa na atenção básica ou inclua ações de média e alta complexidade. Considera, portanto, que a equipe tem a intenção de dar seguimento ao plano preventivo-terapêutico para atender as necessidades detectadas. Ou seja, não se refere a atendimentos eventuais como os de urgência/emergência que não tem seguimento previsto. Este indicador aponta a tendência de inserção das ações odontológicas nos programas de saúde como parte de cuidados integrais, a exemplo do que ocorre em programas de saúde: mental, da mulher, do trabalhador, do adolescente, do idoso, etc.”

tese, deve ser realizado naqueles usuários portadores de patologia periodontal, diagnosticada na atenção básica, e referenciados para a clínica especializada. Desta forma, vale registrar ainda que esse procedimento deve apresentar um volume de produção inferior àquele compatível realizado na atenção básica.

Para o procedimento “Endodontia Trirradicular”, em tese, deve ser esperado um desempenho inversamente proporcional ao volume de “exodontias de elementos permanentes”, já que este se configura como um procedimento conservador que deve ser oferecido em lugar da exodontia (tratamento mutilador).

O aumento no volume de “ações básicas” é aqui interpretado como uma ampliação do acesso. Isso pode ocorrer tanto pela oferta de novos serviços como pelo incremento dos já existentes, sejam estes através da ESF ou não. Ademais, quando da implantação ou ampliação de ESB’s consideramos também que, em tese, ocorre uma tentativa de reorganização do modelo de atenção à saúde bucal ofertado aos usuários tal como pretendido pela PNSB. Portanto, a implantação de ESBs deve implicar no aumento do volume da produção das ações básicas dos municípios que as implantarem.

Nos locais, onde a atenção básica é oferecida de forma adequada e contínua é esperado que ocorra, a médio e longo prazo, uma redução no volume das “ações especializadas”. Dito de outra forma é coerente que um melhor desempenho em atenção básica resulte em uma menor necessidade assistencial na clínica especializada.

No que diz respeito à “Série Histórica e Meta dos Indicadores”, foram vistos os dados relativos atenção à saúde bucal referentes ao estado do Rio de Janeiro assim como aqueles referentes os seus 92 municípios (<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>).

Os Indicadores de saúde bucal disponíveis são:

“Cobertura de primeira consulta odontológica programática”; “cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada”; “média de procedimentos odontológicos básicos individuais” e “proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais”. Estes dados, conforme explicitado pelo DATASUS, refletem a situação das bases de dados nacionais em 24 de agosto de 2007.

Embora esses dados estejam disponíveis para consulta e contabilizados na pesquisa, eles não foram considerados para a análise, pois os mesmos não permitem parâmetros de comparabilidade ao longo do período da pesquisa. Esse fato é decorrente das diversas

alterações que vêm sendo produzidas desde 1999, quando da implantação do processo de “Pactuação dos Indicadores da Atenção Básica”. Vale registrar que essas alterações vêm ocorrendo tanto na forma de condução desse processo, quanto na descrição e/ou seleção dos indicadores (BRASIL, 2001, 2002 e 2006). Ademais, o MS não atualizou os dados correspondentes ao ano de 2007.

#### ***4.2 Análise dos dados da pesquisa a partir das Regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro***

Começamos pelo registro de que 97% dos municípios do estado realizavam procedimentos odontológicos básicos já em 1998. Em outras palavras, somente três municípios (Mesquita na Região Metropolitana I; Tanguá na Região Metropolitana II e Cantagalo na Região Serrana) não ofereciam atenção odontológica, no início do período pesquisado, aos seus munícipes. Entretanto, em relação a esses municípios, convém lembrar que a instalação de Mesquita ocorreu somente em 01 de janeiro de 2001, ano no qual é iniciada a oferta em ações de saúde bucal. Ademais, ressaltamos que Cantagalo iniciou seus serviços em saúde bucal em 2000 enquanto que Tanguá somente ofereceu ações básicas em saúde bucal durante os anos 2002 e 2003.

Portanto, antes mesmo da entrada das ESBs na ESF em 2001 e da vigência da PNSB em 2004, 89 municípios do estado já ofereciam assistência básica em odontologia.

Vale ainda registrar que a partir de 2001, tomando por base os preceitos das NOAS respeitados e contidos no “Plano Diretor de Regionalização do Estado do Rio de Janeiro”, toda a programação assistencial assim como os seus respectivos investimentos devem ser elaborados de acordo com “uma proposta de hierarquização e territorialização da assistência em microrregiões, com formação de redes intermunicipais resolutivas e funcionais, para diferentes níveis de complexidade nas diversas regiões do Estado” (PDR/RJ, 2001 pg 5). Entretanto, a leitura mais detalhada do referido documento revela a ausência da menção das ações em saúde bucal na organização da assistência à saúde no âmbito supramunicipal.

Apesar da omissão da saúde bucal no PDR/RJ, para efeitos desta dissertação, discutiremos os dados ambulatoriais relativos à atenção à saúde bucal no âmbito do estado de acordo com as 09 regiões de saúde como veremos a seguir.

Cabe ainda registrar, que tal como as regiões, os municípios estão dispostos na mesma seqüência de apresentação do referido PDR.

#### **4.2.1 Região Baía de Ilha Grande**

Esta região é composta por três municípios: Angra dos Reis; Parati e Mangaratiba. Segundo o Censo de 2000 (IBGE), a região possuía então 173.692 habitantes representando 1 % da população total do estado do Rio de Janeiro. O IDH médio da região neste mesmo período era de 0,779 sendo Angra dos Reis o município com menor valor (0,772) e Mangaratiba o município com o maior valor (0,790).

De acordo com as normas assistenciais do SUS, ano de 2007, somente Angra dos Reis estava habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Os demais municípios estavam habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA).

Na região o município que recebe o maior volume de recursos do SUS para atenção a saúde é Angra dos Reis. Noutros termos, Angra dos Reis, por ser o município com maior população, recebe o maior volume de repasses federais correspondentes ao PAB-fixo. No tocante a atenção à saúde bucal, novamente Angra dos Reis por ser o município da região com maior número de ESBs na ESF, recebe um volume maior de recursos federais.

Quanto à natureza jurídica, os estabelecimentos de saúde existentes na região são todos municipais. Dos 3 municípios da região, Angra dos Reis concentra o maior número de estabelecimentos de saúde (38) dos quais 17 possuem assistência ambulatorial odontológica. Em Parati existe somente 1 serviço e em Mangaratiba existem 9 estabelecimentos que realizam assistência odontológica. No tocante a assistência emergencial em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial<sup>73</sup> (CTBMF) somente o município de Mangaratiba, através de 1 estabelecimento de saúde oferece este serviço. Vale lembrar que a distância que separa os municípios de Parati e Mangaratiba é maior do que 70 km.

No tocante a atenção básica através da ESF, o quadro 9 mostra a implantação das ESBs nos municípios da região.

---

<sup>73</sup> Embora o IBGE através de suas informações estatísticas “Serviços de Saúde 2005” utilize o termo “Cirurgia Buco Maxilofacial” (CBMF), optamos aqui por substituí-lo por “Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial” (CTBMF), já que esta é a denominação aceita e utilizada pelo CFO.

**Quadro 9** N° de ESBs implantadas na Região da Baía da Ilha Grande

Região Baía da Ilha Grande	Mês/ano inserção ESBs	N° atual de ESBs implan- tadas	Mod.	Pop. Total dez/ 2007	% cob. da Pop/ ESBs	N° atual ESFs	% cob.da Pop/ ESF
Angra dos Reis	12/05	13	M I	144.137	62,23%	29	69,41%
Parati	09/03	03	M I	33.721	61,39%	07	71,62%
Mangaratiba	01/06	01	M I	30.060	22,95%	07	80,34%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DAB/ MS

De acordo com o quadro acima, todos os municípios da região possuem ESBs implantadas na modalidade I, ou seja, cada equipe conta com 1 CD e 1 ACD. O município de Angra dos Reis possui o maior número de ESBs enquanto Mangaratiba é o município que apresenta os menores valores tanto em número de equipes quanto em percentual de cobertura populacional. Chama-nos a atenção o fato de que apesar do município de Mangaratiba possuir o percentual de cobertura populacional na ESF mais alto da região (80,32 %), este é também o município com o mais baixo percentual no tocante a cobertura das ESBs (22,95 %). Estes dados apontam para a necessidade de um maior equilíbrio relativo entre as ESBs e ESFs especialmente no município de Mangaratiba.

Até dezembro de 2007 nenhum LRPD foi habilitado na região. No tocante à atenção especializada, foi habilitado somente um CEO em Mangaratiba. Entretanto, segundo informações da Gerência de Saúde Bucal da SESDEC (2007), em Angra dos Reis existe uma policlínica de especialidades odontológicas, porém fora dos padrões da PNSB e, portanto sem se beneficiar dos incentivos federais.

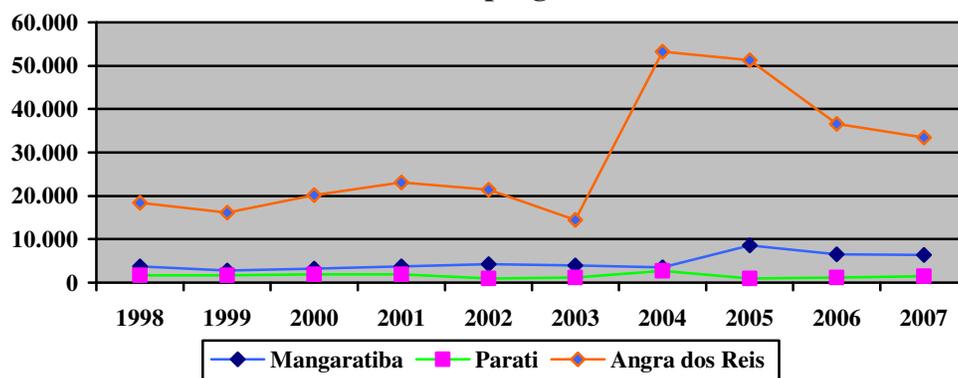
No tocante à produção ambulatorial, o gráfico 1 mostra que houve, em Angra dos Reis em 2004, ampliação do acesso que se manteve estável em 2005, porém com uma tendência descendente nos anos de 2006 e 2007. Vale lembrar que em dezembro de 2005 teve início à atuação das ESBs no município o que em tese, a princípio, deveria ter aumentado o número de 1<sup>as</sup> consultas. Entretanto, o gráfico abaixo mostra que em Angra dos Reis apesar da adição das ESBs, o número de “1<sup>as</sup> consultas programáticas” decresceu nos anos subsequentes.

Mangaratiba apresentou para esta categoria uma tendência estável até 2004 sendo que

em 2005 ocorreu uma elevação do volume deste procedimento. Em 2006 a curva apresentou-se de forma descendente, mas manteve-se estável no ano de 2007. No que se refere à atuação da saúde bucal na ESF, cabe registrar que o município de Mangaratiba conta com somente 1 ESB habilitada em janeiro de 2006. Portanto, a estabilidade da curva é compatível com a baixa cobertura populacional (22,95%) oferecida no município.

Parati apresentou uma discreta ascendência em 2004 que se manteve nos anos subsequentes. Esse aumento de volume de 1<sup>as</sup> consultas no ano de 2004 é compatível com o início da atuação das ESBs em setembro de 2003.

**Gráfico 1- Reg. Baía da Ilha Grande  
1<sup>a</sup> consulta programática**



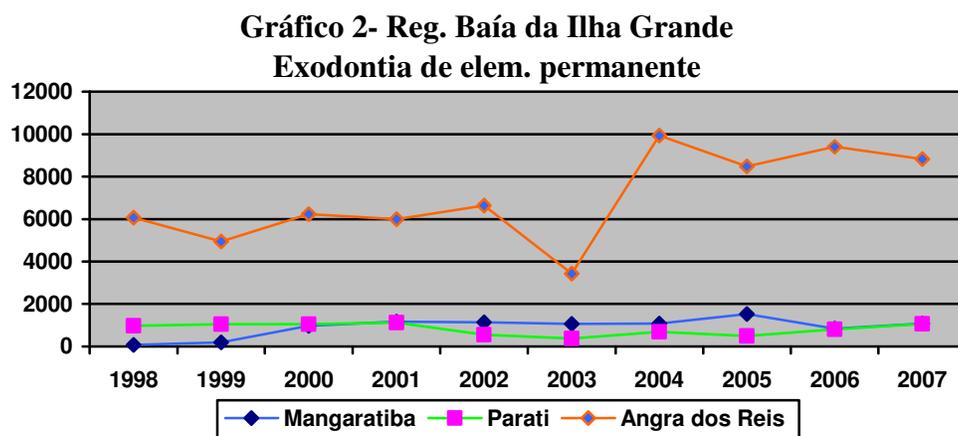
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

No âmbito da atenção básica, quanto à categoria “exodontia”, apesar do município de Angra dos Reis ter apresentando uma discreta diminuição deste procedimento em 2003, o gráfico 2 mostra uma curva ascendente em 2004, a qual se estabiliza em 2005. Porém os anos de 2006 e 2007 apresentam uma tendência descendente no número de exodontias, que pode ser relacionada ao concomitante aumento no volume do procedimento “endodontia trirradicular” como pode ser visto no gráfico 5.

Mangaratiba apresentou um discreto aumento do número de exodontias em 2005, porém o gráfico 2 mostra que ocorreu uma estabilidade no volume deste procedimento nos anos de 2006 e 2007. Considerando-se que no município só existe uma ESB em atuação, o que conseqüentemente resulta na baixa cobertura populacional (22,95%) do programa em Mangaratiba, a estabilidade no volume de exodontias praticadas pode estar relacionada tanto ao limite de atendimentos realizados por esta equipe quanto pelo aumento do volume de

tratamentos endodônticos trirradiculares a partir de 2005, como pode ser visto no gráfico 5.

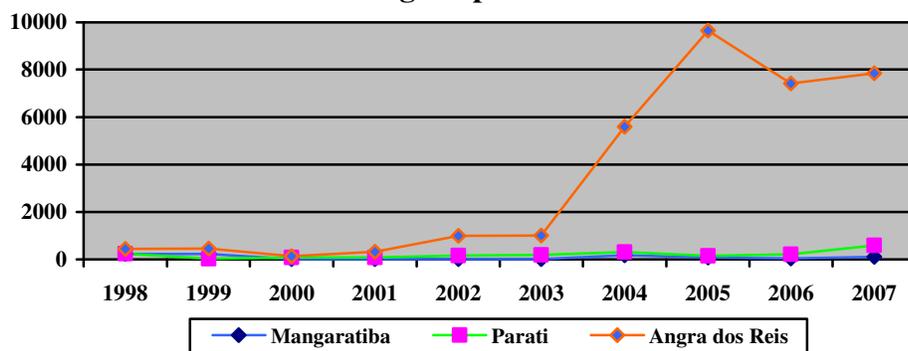
Ainda segundo o gráfico 2, a curva correspondente a Parati apresentou uma discreta ascendência em 2004, mas apresenta-se estável em relação aos anos seguintes. Convém lembrar que as ESBs existentes no município iniciaram suas atividades em setembro de 2003. Ademais este município passou a realizar a partir de 2004, em maior volume, o procedimento “endodontia trirradicular”, como pode ser evidenciado no gráfico 5.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

Em referência a categoria “curetagem/pol. dentário” (Periodontia na clínica básica), o gráfico 3 mostra que em Angra dos Reis ocorreu um aumento significativo desse procedimento nos anos de 2004 e 2005. Para o ano de 2006, os dados mostram uma curva descendente, porém com tendência de estabilidade em 2007. A leitura dos dados sugere que há compatibilidade entre o volume deste procedimento e o de “1ª consulta programática”. Vale lembrar que, é coerente que o volume apresentado para esse procedimento tenha sido significativamente superior ao volume praticado de “Atenção espec. Periodontia (curetagem sub/indivíduo)”.

**Gráfico 3- Reg. Baía da Ilha Grande  
Curetagem/ pol. dentário**



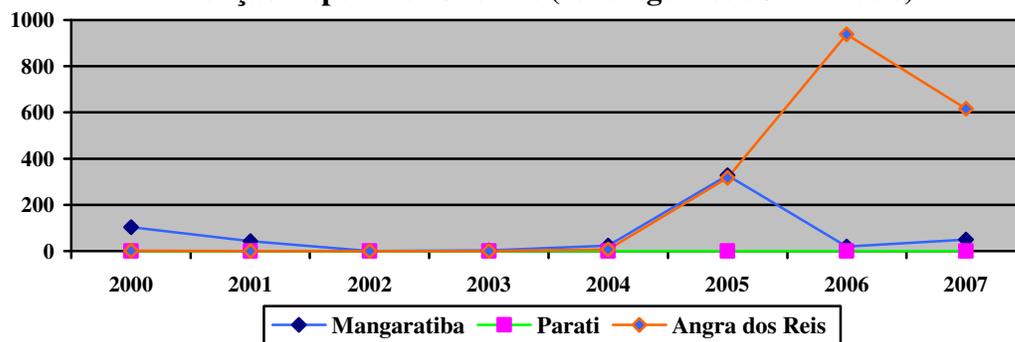
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

Em relação à assistência odontológica especializada é oportuno informar que o município de Parati não oferece aos seus munícipes este tipo de serviço.

Em Angra dos Reis esse tipo de procedimento passou a ser realizado com maior frequência a partir de 2004 atingindo um volume maior em 2006, e com tendência decrescente em 2007. Essa curva decrescente é compatível com o aumento do volume dos procedimentos realizados na clínica básica de periodontia em 2005 e sua estabilidade nos anos subsequentes. Em outras palavras, existe uma tendência esperada de que uma maior oferta de procedimentos de periodontia na clínica básica resulte, num futuro próximo, numa menor necessidade assistencial na clínica especializada.

Em Mangaratiba, o maior volume desse procedimento ocorreu no ano de 2005. O gráfico abaixo mostra uma curva decrescente em 2006 e uma discreta ascendência em 2007. Vale lembrar que neste município encontra-se habilitado desde março de 2006, um CEO tipo II. Para este tipo de CEO o MS, através da PNSB, estipula uma produção mínima de 90 procedimentos a serem realizados nesta especialidade.

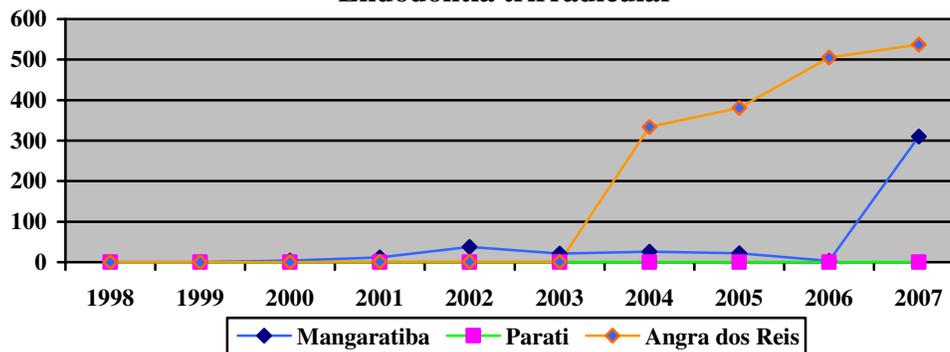
**Gráfico 4 - Reg. Baía da Ilha Grande**  
**Atenção Espec. Periodontia (curetagem sub./indivíduo)**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

No tocante a categoria “Endodontia trirradicular” o gráfico 5, mostra que o volume de tratamentos endodônticos em molares, realizados em Angra dos Reis e Mangaratiba, apresenta-se em ascendência. Em Mangaratiba, este fato pode estar relacionado à existência, desde 2006 do CEO, e a conseqüente abertura de acesso ao nível secundário de atenção em odontologia. No município de Angra dos Reis, aonde ainda não existe CEO habilitado conforme as exigências da PNSB, fica evidenciada a disposição do gestor municipal em ofertar uma assistência clínica odontológica de forma ampliada.

**Gráfico 5- Reg. Baía da Ilha Grande**  
**Endodontia trirradicular**



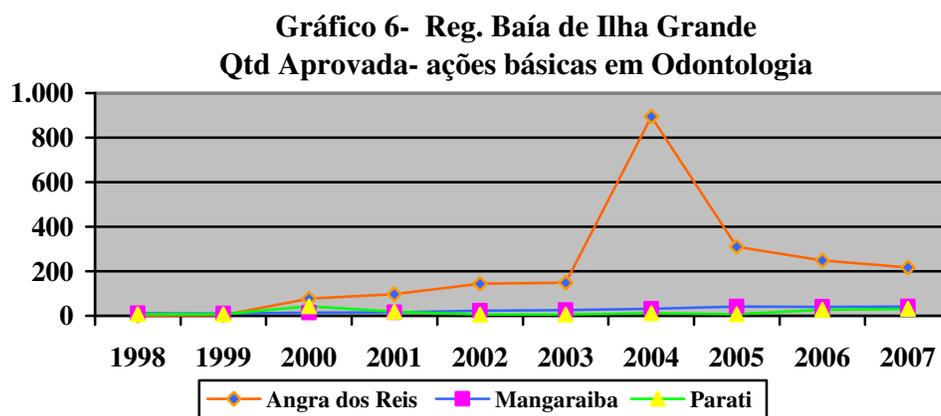
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

O gráfico 6 mostra o conjunto da produção ambulatorial das ações correspondentes à atenção básica em odontologia na região da Baía de Ilha Grande.

Angra apresentou desempenho ascendente no volume de ações básicas até 2004, tendo apresentado pico neste ano e tendência descendente a partir de 2005. Essa tendência não é compatível com a habilitação em dezembro de 2005 de ESBs.

A curva correspondente ao município de Mangaratiba apresentou-se estável de 1998 até 2002, quando teve início uma elevação progressiva do número dessas ações até o ano de 2005. Entretanto, em 2006, ano em que foi introduzida a ESB na ESF, ocorreu um decréscimo desses valores que se mantiveram em 2007. Ainda que seja cedo para se avaliar o desempenho da ESB (cerca de 2 anos de atuação) causa-nos estranheza o decréscimo de procedimentos na categoria “ações básicas”. Entretanto, este fato merece ser estudado mais atentamente já que também pode ter ocorrido um decréscimo no número de profissionais e/ou serviços oferecidos fora da ESF.

Em relação à Parati, os dados revelaram que no período de 2000 a 2005 ocorreram oscilações na produção do conjunto de ações básicas. Entretanto, nos anos de 2006 e 2007 o comportamento da curva passou a ser ascendente. No entanto a habilitação das ESBs ocorreu desde 2003, podendo haver outros fatores relacionados a este desempenho positivo recente.



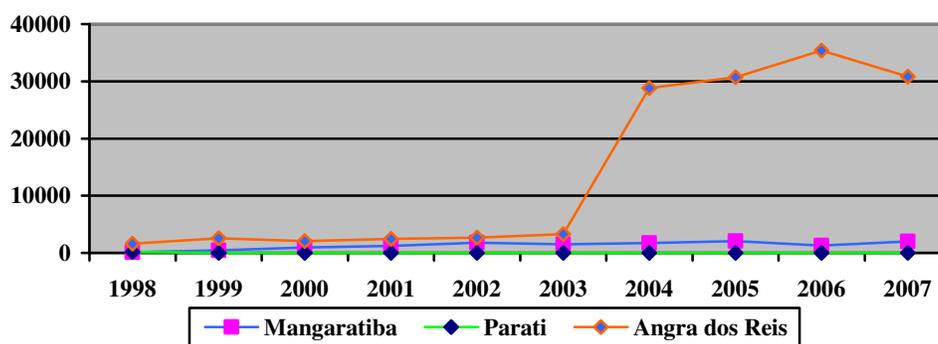
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

Os dados do DATASUS referentes ao conjunto das “ações especializadas” indicam que no município de Parati não existe ainda este tipo de assistência.

Em Mangaratiba a clínica especializada cresceu de maneira progressiva desde o início do período pesquisado até o ano de 2005. Causa-nos estranheza o fato de que em 2006, ano que teve início (março) o CEO, o volume de ações especializadas foi reduzido a valores cerca

de 30% mais baixos do que os praticados no ano anterior. Entretanto, em 2007, a curva tomou novamente uma direção ascendente. O gráfico 7 mostra que em Angra dos Reis ocorreu, em 2003, um aumento significativo destes procedimentos. Entretanto, nos anos subsequentes o gráfico mostra uma tendência estável. Vale ressaltar que essa tendência é esperada uma vez que os procedimentos realizados na clínica básica encontram-se em descendência neste município desde o ano de 2004.

**Gráfico 7- Reg. Baía da Ilha Grande**  
**Qtd. Aprovada - ações especializadas em Odontologia**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

#### 4.2.2 Região Baixada Litorânea

Esta região é composta por 09 municípios: Saquarema, Araruama, Iguaba Grande, São Pedro da Aldeia, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Armação de Búzios, Casimiro de Abreu e Rio das Ostras. Segundo o resultado do Censo do IBGE-2000, a região possuía um total de 443.060 habitantes representando 3% da população total do Estado do Rio de Janeiro.

O IDH médio da região neste mesmo período era de 0,780 sendo Iguaba Grande o município detentor do maior valor de IDH (0,796). O menor valor de IDH foi atribuído ao município de Araruama (0,756) sendo que três outros municípios também apresentaram índices inferiores à média da região. São eles: Saquarema; São Pedro da Aldeia e Rio das Ostras, com IDHs iguais a 0,762; 0,780 e 0,775, respectivamente.

De acordo com as normas do SUS, até 2007, somente o município de Arraial do Cabo encontrava-se habilitado em GPSM. Todos os demais municípios da região estavam habilitados em GPABA.

Na região, o município com maior contingente populacional é Cabo Frio e conseqüentemente esse é município que recebe o maior volume de recursos do SUS referentes ao PAB-fixo. Em relação ao PAB variável, novamente Cabo Frio recebe o maior aporte financeiro do MS, já que este município possui o maior número de ESFs (19) da região.

No tocante a atenção à saúde bucal, São Pedro da Aldeia é o município que recebe o maior volume de incentivos financeiros federais, pois conta com maior número de ESBs (12) na ESF.

Quanto à natureza jurídica, na região existiam então 150 estabelecimentos de saúde municipais, 2 estabelecimentos estaduais e 3 estabelecimentos federais. Dos 9 municípios da região, Cabo Frio concentrava o maior número de estabelecimentos de saúde - 32, todos municipais. O segundo município em número de estabelecimentos de saúde é Araruama, que conta com 1 estabelecimento estadual e 23 municipais. Em seguida aparecem São Pedro da Aldeia, com 21 estabelecimentos municipais e 01 federal, e Rio das Ostras com 18 estabelecimentos, todos municipais. Os municípios que contavam com menor número de estabelecimentos de saúde são: Armação de Búzios, com 8 unidades municipais e 01 federal, e Arraial do Cabo com 9 estabelecimentos, todos municipais. Ressaltamos ainda que Casimiro de Abreu é o único município da região que possui estabelecimentos dos três níveis de governo assim dispostos: 1 federal, 1 estadual e 11 municipais.

No tocante a atenção ambulatorial odontológica, novamente Cabo Frio é o município que concentra o maior número deste tipo de assistência, contando com 21 estabelecimentos. Da mesma forma, na seqüência, a pesquisa apontou para Araruama, São Pedro da Aldeia e Rio das Ostras que contavam respectivamente com 17, 14 e 12 unidades destes serviços.

Em relação à assistência emergencial em CTBMF, de acordo com a leitura dos dados, somente os municípios de São Pedro da Aldeia (1) e Cabo Frio (2) oferecem este tipo de serviço na região. Nesta perspectiva de escassez e considerando-se ainda as distâncias que separam os municípios e os “altos índices de acidentes automobilísticos” ocorridos na região<sup>74</sup> faz-se necessário e urgente o incremento desse tipo de serviço assistencial na região

---

<sup>74</sup> De acordo com o documento final do 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região da Baixada Litorânea do Rio de Janeiro, os municípios da região conseguiram recentemente recursos adicionais do SUS para a assistência hospitalar, “em virtude dos altos índices de mortalidade por acidentes automobilísticos, predominante no período de alta temporada, quando aumenta a circulação de pessoas das demais regiões do estado” para aquela região. BRASIL, 2007

Litorânea.

No âmbito da atenção básica oferecida através da ESF, o quadro 10 mostra o número de equipes das ESBs existentes na região até dezembro 2007, assim como os seus percentuais de cobertura populacionais.

**Quadro 10 Situação das ESBs e ESFs na Região Baixada Litorânea em dez/07**

<b>Região Baixada Litorânea</b>	<b>Mês/ ano inserção ESBs</b>	<b>Nº atual de ESBs implantadas</b>	<b>Mod.</b>	<b>Pop. Total dez/ 2007</b>	<b>% cob. da Pop/ ESBs</b>	<b>Nº atual ESFs</b>	<b>% cob.d a Pop/ ESF</b>
Saquarema	04/04	09	8 M I 1 M II	63.232	98,21 %	12	65,47 %
Araruama	08/07	03	3 M I	100.378	20,62 %	07	24,06 %
Iguaba Grande	05/02	03	3 M I	20.177	100%	07	100%
São Pedro da Aldeia	12/03	12	12 M I	78.849	100%	14	61,26 %
Arraial do Cabo	01/03	01	M I	26.842	25,71 %	05	64,26 %
Cabo Frio	07/04	05	M I	166.043	20,78 %	19	39,48 %
Armação de Búzios	08/07	03	M I	23.874	86,71 %	06	86,71 %
Casimiro de Abreu	02/06	02	M I	27.136	50,85 %	09	100%
Rio das Ostras	-	-	-	50.267	-	-	-

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DAB/ MS

De acordo com o quadro 10, Rio das Ostras é o único município da região que ainda não possui equipes de Saúde da Família. Conseqüentemente, neste município também não existem ESBs em atuação.

Os municípios de Iguaba Grande e São Pedro da Aldeia apresentam 100% de cobertura populacional para as ações de saúde bucal realizadas na ESF. Chama-nos a atenção o fato de que em São Pedro da Aldeia, 12 ESBs cobrem a totalidade da população enquanto que 14

ESFs cobrem somente 61,26% desta população.

Ainda no tocante aos percentuais de cobertura, seguem os municípios de Saquarema e Armação de Búzios com valores iguais a 98,21% e 86,71% respectivamente. De forma oposta, Araruama (20,62%), Cabo Frio (20,78%) e Arraial do Cabo (25,71%) são os municípios da região que apresentam a menor cobertura populacional em relação as ESBs.

Quanto à modalidade de inserção, somente o município de Saquarema, possui equipes na modalidade II. Ou seja, contando com a presença de THDs, além dos CDs e ACDs.

No tocante ao nível secundário de atenção em saúde bucal, de acordo com a pesquisa existiam até dezembro de 2007, 4 CEOs habilitados na região distribuídos pelos seguintes municípios: Arraial do Cabo, Casimiro de Abreu, Saquarema e São Pedro da Aldeia. Desses municípios, Saquarema é o único que possui também 1 LRPD habilitado.

Considerando-se que a produção dos LRPDs é quantitativamente limitada, ou seja, o MS institui um limite máximo mensal de próteses a ser pago, é evidente que a região necessita que mais municípios habilitem outros LRPDs.

A análise da produção ambulatorial da região permite-nos emitir algumas considerações, tais como:

Quanto ao número de 1<sup>as</sup> consultas programáticas, o gráfico 8 mostra que o município de Araruama apresentou uma tendência ascendente no volume desse procedimento de 1999 a 2003. Em 2004 ocorreu uma retração no volume desse procedimento que foi acentuada em 2006. Entretanto, em 2007 a curva correspondente a esse procedimento mostra uma discreta recuperação. Esta recuperação pode estar relacionada à recente habilitação (agosto de 2007) de 3 ESBs da modalidade I, neste município.

O município de São Pedro da Aldeia vem aumentando de forma progressiva o volume deste procedimento. Convém aqui lembrar que São Pedro da Aldeia possui ESBs habilitadas desde dezembro de 2003 cobrindo 100% da população. Este fato pode estar diretamente relacionado com a alta produção de 1<sup>as</sup> consultas programáticas realizadas neste município, representando a ampliação do acesso à atenção em saúde bucal.

Iguaba Grande apresentou uma tendência ascendente de 2002 a 2005 para o volume de 1<sup>as</sup> consultas programáticas. Entretanto, nos anos de 2006 e 2007, a trajetória da curva representativa desse procedimento indica uma tendência recessiva. A pesquisa mostra que em maio de 2002 teve início a atuação das ESBs na ESF. Este fato pode ter influenciado o

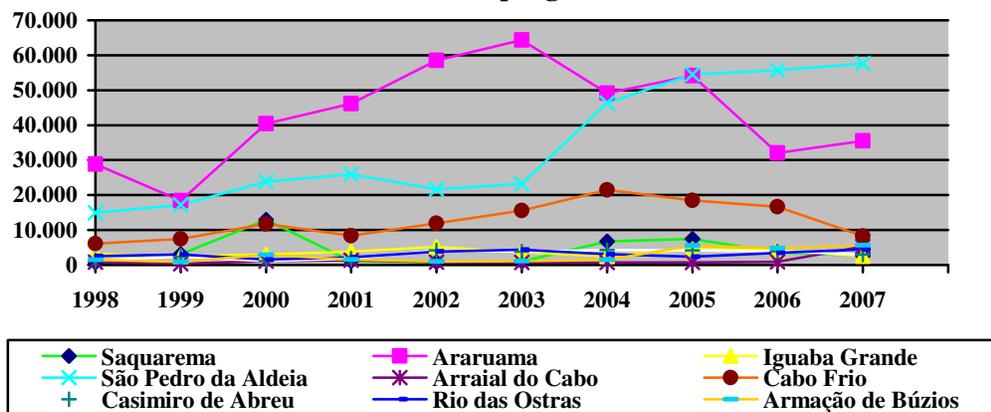
volume da produção naquele ano, já que o acesso às ações de saúde bucal foi ampliado às famílias adscritas às equipes habilitadas. Entretanto, causa-nos estranheza a persistente tendência descendente do volume de 1<sup>as</sup> consultas programáticas em Iguaba Grande, já que este município conta com 100% de cobertura populacional das ESBs.

Da mesma forma, a análise da produção dessa categoria em Saquarema mostra uma tendência descendente a partir de 2005. Os dados revelam que a quantidade desse procedimento realizada pelo município em 2007 corresponde a menos do que dois terços dos valores praticados em 2005. Considerando-se que Saquarema conta com ESBs desde 2004, assistindo a cerca de 65% da população, parece-nos estranho que o município tenha reduzido desta forma o número de 1<sup>as</sup> consultas programáticas. Portanto estes dois municípios, Saquarema e São Pedro da Aldeia precisam ser, num futuro próximo, analisados mais atentamente.

O município de Cabo Frio apresenta uma tendência ascendente nesse procedimento entre os anos de 1998 até 2004, com uma única exceção no ano de 2001. A partir de 2005 a curva representativa dessa categoria apresenta uma queda progressiva, sendo que em 2007 o volume de 1<sup>a</sup> consulta programática caiu acerca de 50% dos valores praticados em 2006. Esse decréscimo ocorrido, a partir de 2005, merece uma análise mais detalhada, uma vez que desde de julho de 2004 o município conta com a atuação de ESBs, ainda que perfazendo uma baixa cobertura populacional (20,78%).

Os demais municípios da região (Arraial do Cabo, Armação de Búzios, Casimiro de Abreu e Rio das Ostras) apresentaram, no período estudado, uma tendência estável para esse procedimento. Com exceção de Casimiro de Abreu, que em 2007 teve sua produção reduzida, todos os outros apresentam curvas ascendentes neste ano.

**Gráfico 8- Baixada Litorânea**  
**1ª consulta programática**



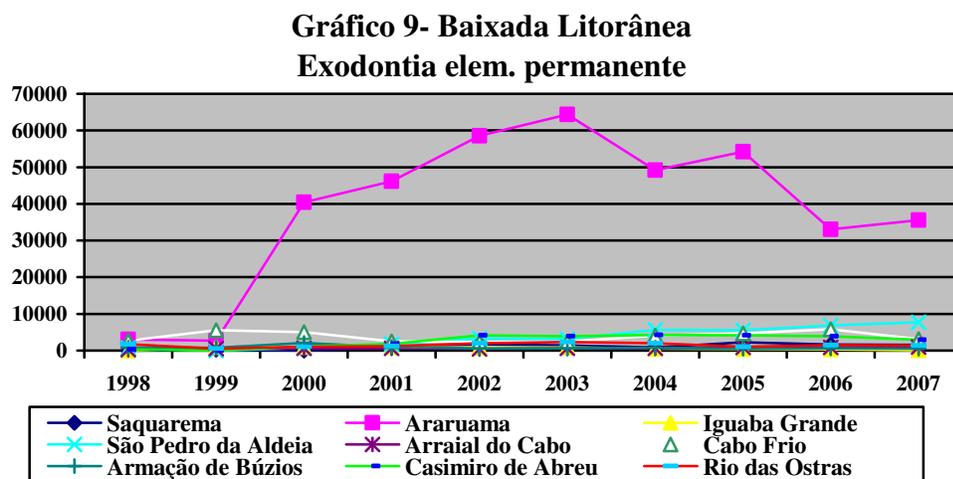
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

Na atenção básica, quanto à categoria “exodontia de dente permanente”, a curva correspondente ao município de Araruama mostra que em 2004 ocorreu uma retração da produção que foi retomada progressivamente nos anos de 2005 e 2006. Os dados revelam que, em 2007, ocorreu no município um aumento de cerca de 40% do volume de exodontias em relação aos valores praticados no ano anterior. Convém lembrar que o município passou a contar com ESBs somente em agosto de 2007, cobrindo cerca de 20% da população. Este fato, apesar do pouco tempo decorrido da data de implantação até dezembro, pode ter contribuído para o aumento da demanda deste tipo de procedimento. Entretanto, o aumento do número de exodontias no município no ano de 2007 merece ser analisado mais atentamente, pois outros fatores não evidenciados nesta pesquisa podem ter influenciado o aumento ocorrido.

O município de Cabo Frio apresentou no período estudado oscilações até ano de 2003. Em 2004 inicia-se um aumento progressivo no número de exodontias, que se manteve até 2006. Entretanto, os dados mostram que em 2007 ocorreu uma queda de cerca de 50% no volume desse procedimento. Vale registrar que o aumento ocorrido em 2004 é compatível com o início de atuação das ESBs no município, ainda que a cobertura dessas equipes seja limitada a apenas 20,78% da população. Da mesma forma, a retração ocorrida no ano de 2007, muito provavelmente pode estar relacionada com a atuação dessas equipes.

Os demais municípios apresentaram desempenho estável no período estudado, com

discreta ascendência no ano de 2007, com exceção de Iguaba Grande e Casimiro de Abreu, que apresentaram retração deste procedimento no último ano estudado.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

Quanto ao procedimento “curetagem/ pol. dentário”, o gráfico 10 mostra que o município de Araruama passou a ter um desempenho significativo deste procedimento apenas a partir do ano 2000. Ainda que no período de 2001 a 2004 tenham ocorrido oscilações, a partir de 2005, vem ocorrendo um aumento progressivo do volume desse tipo de procedimento. É esperado que essa tendência ascendente seja mantida uma vez que o município passou a contar desde agosto de 2007 com a atuação de ESBs na ESF.

Arraial do Cabo, em 2007, apresentou um volume de “curetagem/ pol. dentário” correspondente a mais de 50% do total da sua produção durante todo o período pesquisado. Vale registrar que em maio de 2007 foi habilitado um CEO tipo II nesse município, o que pode ter contribuído para este considerável aumento de volume. Consideramos ainda que em Arraial do Cabo existe apenas com 1 ESB habilitada na modalidade I sendo responsável pela cobertura de cerca de 25% da população local.

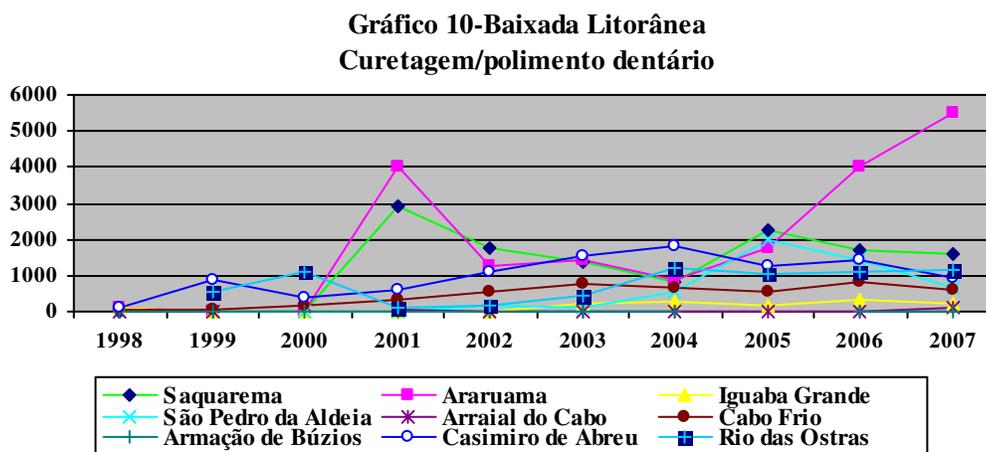
Saquarema só passou a produzir um volume considerável deste procedimento a partir de 2001. No entanto, já em 2002 iniciou-se uma queda progressiva confirmada em 2007, ano em que praticamente deixou de realizar esse procedimento. Uma única exceção ocorreu em 2005, coincidentemente após a introdução das ESBs em abril de 2004. Entretanto, a breve recuperação se mostrou insuficiente para modificar esta tendência recessiva. Portanto, seria

válido analisar mais atentamente a atuação das ESBs em Saquarema.

São Pedro da Aldeia inicia a produção deste procedimento em 2002 e passou a apresentar uma curva de ascendência significativa entre os anos 2004 e 2005. Entretanto, em 2006 apresentou uma curva descendente para esse procedimento que foi acentuada em 2007. Vale ressaltar, que este, é o município que detém o maior número de ESBs em toda a Região Litorânea, habilitadas a partir de dezembro de 2003. Da mesma forma de que em Saquarema, é necessário analisar mais atentamente a atuação dessas equipes.

O gráfico 10 mostra que em Casimiro de Abreu a partir de 2005 vem ocorrendo uma tendência recessiva deste procedimento. Essa tendência recessiva não parece ser compatível com a cobertura populacional de 50,85% oferecida pelas ESBs.

Vale registrar ainda, que a pesquisa aponta para fato de que o município de Armação de Búzios, durante todo o período pesquisado, não apresentou produção para esta categoria de procedimento, apesar de contar com ESBs desde agosto de 2007.



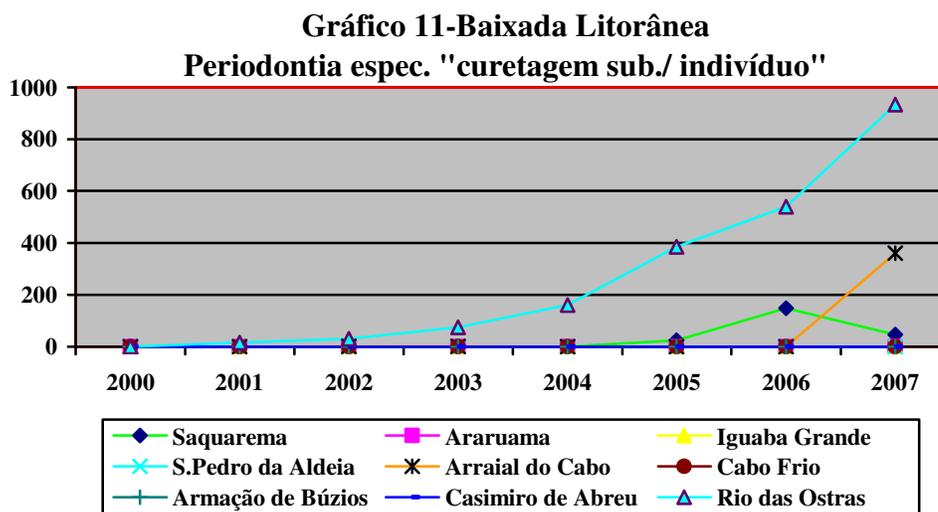
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

Quanto à atenção especializada em Periodontia, que nesta pesquisa está sendo analisada através do procedimento “curetagem subgengival por indivíduo”, podemos verificar que, durante o todo o período pesquisado somente três municípios da região realizaram este tipo de procedimento. São eles: Saquarema, Arraial do Cabo e Rio das Ostras.

Saquarema começou a produzir esta categoria de procedimento em 2005, fato que é coincidente com o início da atuação (fevereiro de 2005) do CEO daquele município. Contudo, os dados revelam que em 2007 ocorreu redução de cerca de um terço dos valores praticados pelo município no ano de 2006.

Arraial do Cabo começou a produzir esta categoria de procedimentos em 2007, ano inicial das atividades do CEO habilitado naquele município.

O gráfico 11 mostra que a curva correspondente a Rio das Ostras encontra-se em ascensão progressiva desde 2004. Vale ressaltar que Rio das Ostras é o único município da região que não recebe incentivos federais para a sustentação das ações de saúde bucal já que não possui ESBs e tampouco CEOs ou LRDPs.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

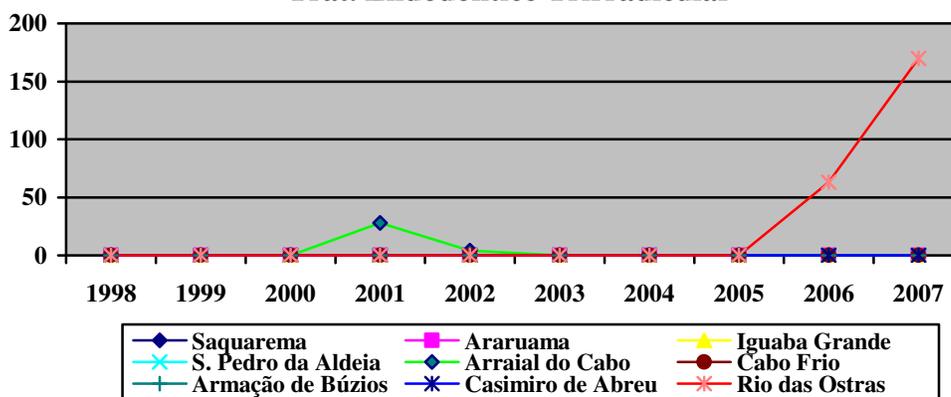
Ainda em relação à clínica especializada, o procedimento “tratamento endodôntico trirradicular”, até dezembro de 2007, foi realizado em apenas 2 dos 9 municípios existentes na região. Arraial do Cabo e Rio das Ostras

Arraial do Cabo iniciou a produção deste procedimento em 2001 e nos anos subsequentes não realizou mais tratamentos de canais trirradiculares. Vale lembrar que em maio de 2007, conforme já explicitado neste capítulo, Arraial do Cabo habilitou 1 CEO tipo II. Portanto, é esperado que a produção desta categoria reinicie num futuro próximo, já que este procedimento faz parte do rol de procedimentos obrigatórios que esta especialidade contempla.

Rio das Ostras começou a produzir esse tipo de procedimento em 2006, e já em 2007, aumentou o volume desta produção. Vale lembrar mais uma vez, que este município não recebe incentivos federais extra-orçamentário para a sustentação das ações de saúde bucal.

Chama-nos a atenção o fato de que os municípios de São Pedro da Aldeia e Casimiro de Abreu, ambos possuidores de CEOs tipo I não realizarem esse procedimento em seus serviços de atenção especializada. Este fato além de ter implicações na produção mensal mínima cobrada pelo MS, não contribui para a mudança do modelo de atenção odontológica tal como desejado pela PNSB.

**Gráfico 12 - Reg. Baixada Litorânea  
Trat. Endodôntico Trirradicular**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

O gráfico 13 representa o conjunto da produção das ações de atenção básica. Em relação a esta categoria, podemos perceber que em São Pedro da Aldeia, a produção encontra-se em ascendência progressiva desde 2003. Esta ascendência é compatível e coincidente com a inserção das ESBs na ESF. São Pedro da Aldeia é o município que conta com o maior número de equipes de saúde bucal (12) na região.

Ao longo do período pesquisado, Araruama foi o município que apresentou uma maior estabilidade no volume de procedimentos básicos.

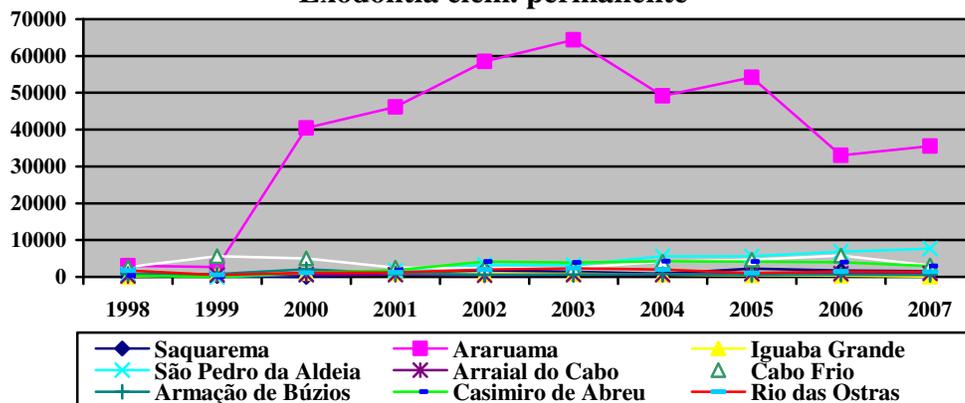
No município de Armação de Búzios, embora tenham ocorrido oscilações entre 2000 e 2004, a produção desse tipo de procedimentos permaneceu estável nos últimos três anos do período da pesquisa. A tendência futura esperada, é que estes valores possam ser aumentados, já que em agosto de 2007 foram habilitadas 4 ESBs naquele município.

Saquarema aumentou a produção de ações de atenção básica em aproximadamente quatro vezes em 2005. Entretanto, em 2006 teve início uma curva descendente confirmada em 2007, quando a produção do município atingiu um patamar equivalente a um terço da

produção praticada em 2005. Convém lembrar novamente que Saquarema introduziu ESBs na ESF em abril de 2004 e contava em 2007 com uma cobertura populacional de 98,21%. Este fato, em tese, explica o significativo aumento da produção ocorrido no município em 2005. Contudo, tanto a tendência regressiva iniciada em 2006 como a atuação dessas equipes, merecem ser analisadas mais atentamente.

A curva correspondente ao município de Cabo Frio mostra uma tendência ascendente e progressiva entre os anos de 2000 e 2006. Entretanto, os dados revelaram que, em 2007, ocorreu uma importante redução no volume do conjunto destes procedimentos. Essa redução no volume de ações básicas precisa ser investigada de forma mais detalhada.

**Gráfico 13- Baixada Litorânea**  
**Exodontia elem. permanente**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

No tocante a atenção especializada, convém mencionar que Armação de Búzios não informou ou não produziu ações especializadas em Odontologia durante todo o período pesquisado.

Com exceção de Araruama, São Pedro da Aldeia, Casimiro de Abreu e Rio das Ostras, todos os outros municípios da região só começaram a realizar ações especializadas a partir de 2001.

O município de Arraial do Cabo apesar de ter deixado de produzir ou informar este tipo de ações em 2003, retomou a produção em 2007, ano em que habilitou um CEO tipo II. De forma semelhante, Araruama parou de informar ou não realizou mais ações especializadas a partir de 2005. Entretanto, este município ao contrário do primeiro, não conta com CEO.

Mais uma vez chama-nos a atenção o município de Rio das Ostras que apresentou uma

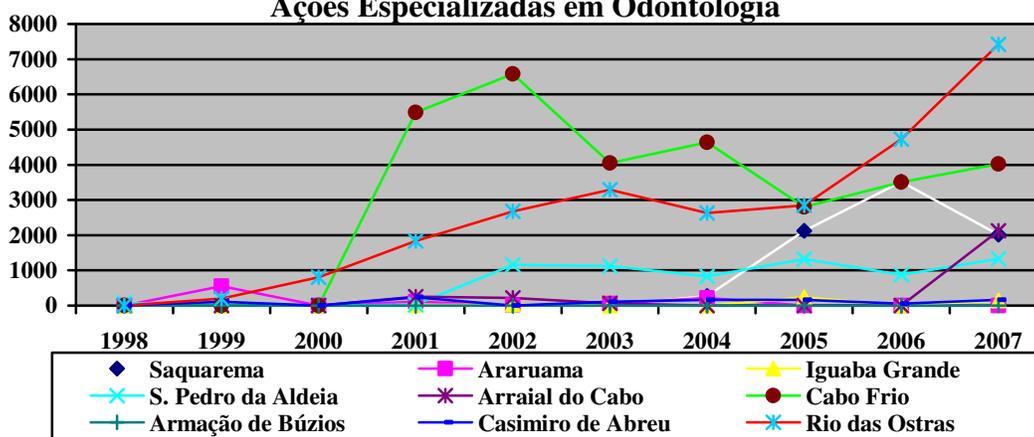
tendência ascendente entre os anos de 1998 e 2003. Apesar da curva correspondente a esse procedimento ter tomado uma posição regressiva em 2004, a partir do ano seguinte, ela voltou a ser ascendente. Voltamos a lembrar que este município não possui ESBs nem CEOs.

Casimiro de Abreu apresentou uma produção ascendente entre os anos de 2003 e 2005. Após uma retração ocorrida em 2006, os dados indicam que o município retomou, em 2007, aos valores praticados anteriormente. Lembramos que esse município conta com um CEO tipo I desde de março de 2006.

Squarema passou a realizar procedimentos especializados a partir do ano de 2000. Nos anos subseqüentes até 2004, apresentou um decréscimo significativo do volume de sua produção. Apesar de uma tentativa de recuperação ocorrida em 2005, nos anos seguintes a tendência decrescente foi confirmada. Vale registrar que o município habilitou um CEO tipo II em fevereiro de 2005. Portanto, consideramos que a persistente tendência de retração de procedimentos especializados em Squarema merece ser melhor avaliada.

São Pedro da Aldeia passou a produzir ações especializadas em 2001, apresentando uma tendência estável até 2005. Apesar de apresentar uma discreta queda em 2006, o município mostrou recuperação deste tipo de ações em 2007. Esta recuperação sugere relação com a habilitação, em agosto de 2006, de um CEO tipo II naquela cidade.

**Gráfico 14- Reg. Baixada Litorânea**  
**Ações Especializadas em Odontologia**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

### ***4.2.3 Região Centro Sul***

Esta região conta com onze municípios, a saber: Três Rios, Areal, Comendador Levy Gasparian, Sapucaia, Paraíba do Sul, Vassouras, Miguel Pereira, Paty de Alferes, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes e Paracambi. De acordo com o Censo de 2000 (IBGE), a região possuía então 264.578 habitantes representando 2% da população do estado do Rio de Janeiro. O IDH médio da região naquele período era de 0,762 sendo Paty de Alferes o município que apresentava o menor valor (0,718) e Três Rios o município com o maior valor (0,782). Ainda em relação ao IDH, além de Três Rios, outros seis municípios concentravam valores acima da média da região: Areal, Paraíba do Sul, Vassouras, Miguel Pereira, Mendes e Parati. Todos os demais municípios apresentavam valores inferiores a essa média.

De acordo com as normas assistenciais do SUS, ano de 2007, somente os municípios de Vassouras e Paracambi estavam habilitados em GPSM. Todos os demais municípios estavam habilitados em GPABA.

Na região o município que recebe o maior volume de repasses federais do SUS correspondentes ao PAB-fixo é Três Rios, por ser este o município com maior população da Região. No tocante a atenção à saúde bucal, novamente Três Rios por ser o município da região com maior número de ESBs na ESF, recebe um volume maior de recursos federais.

Quanto à natureza jurídica, todos os 180 estabelecimentos de saúde existentes na região são municipais. Dos municípios da região, Paraíba do Sul concentra o maior número de estabelecimentos de saúde (27). Do total de estabelecimentos de saúde, 131 prestam assistência odontológica. No tocante a assistência emergencial em CTBMF, somente dois municípios nessa Região (Três Rios e Vassouras) oferece este serviço. Fica evidente diante desta escassez a necessidade de se instituir um maior número de serviços com este tipo de atendimento na Região Centro Sul.

No tocante a atenção básica através da ESF, o quadro 11 mostra a situação de implantação das ESBs, em dezembro de 2007, nos municípios da região.

**Quadro 11 Situação das ESBs e ESFs na Região Centro SUL em dez/07**

Região Centro Sul	Mês/ ano inserção ESBs	Nº atual de ESBs implan- tadas	Mod.	Pop. Total dez/ 2007	% cob. da Pop/ ESBs	Nº atual ESFs	% cob.da Pop/ ESF
Três Rios	06/02	19	I	76.422	100%	21	94,80 %
Areal	03/02	4	I	11.147	100%	4	100%
Comendador Levy Gasparian	01/02	3	I	8.551	100%	3	100%
Sapucaia*	07/04	2	I	18.434	74,86 %	2	37,43 %
Paraíba do Sul	07/02	16	I	39.988	100%	16	100%
Vassouras	11/02	11	I	33.522	100%	13	100%
Miguel Pereira	-	-	-	27.311	-	8	100%
Paty de Alferes	09/03	7	I	27.766	100%	8	99,40 %
Engenheiro Paulo de Frontin	03/02	4	I	12.240	100%	5	100%
Mendes	05/5	6	I	17.800	100%	7	100%
Paracambi**	04/02	0	-	43.715	-	9	71,03

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DAB/ MS

De acordo com o quadro acima, Miguel Pereira e Paracambi são os dois únicos municípios da região que não possuem ESBs. Entretanto, segundo a SESDEC, Paracambi, até agosto de 2007, contava com 3 ESBs da modalidade II.

Na região, oito dos onze municípios apresentam 100% de cobertura populacional para as ações de saúde bucal realizadas na ESF. São eles: Três Rios, Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul, Vassouras, Paty de Alferes, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes e Areal. O quadro 12 mostra ainda que de todos municípios que contam com atuação das ESBs, Sapucaia é o único que não oferece cobertura total a sua população (74,86%). Vale registrar que a Região Centro Sul é a que concentra a maior cobertura do estado em ESBs na ESF. Quanto à modalidade de inserção, todos os nove municípios que possuem ESBs estão

habilitados na modalidade I.

Chama-nos a atenção o fato de que Miguel Pereira apesar de oferecer aos seus municípios 100% de cobertura na ESF, ainda não tenha incluído à esta oferta, a atenção à saúde bucal.

No tocante ao nível secundário de atenção em saúde bucal, segundo os dados da pesquisa, existiam até dezembro de 2007, três CEOs habilitados na região e distribuídos pelos seguintes municípios: Areal (CEO Tipo II), Paraíba do Sul (CEO Tipo I) e Vassouras (CEO Tipo II). Os municípios de Paraíba do Sul e Vassouras contam também com LRPDs. Considerando-se que a produção dos LRPDs é quantitativamente limitada pelo MS a um limite máximo de próteses a ser pago por mês, é evidente que a região Centro Sul necessita que outros LRPDs sejam habilitados.

A análise da produção ambulatorial da região permite-nos emitir algumas considerações, tais como:

Em relação à categoria “1ª consulta programática”, os municípios de Três Rios, Engenheiro Paulo de Frontin, Paty de Alferes, Paracambi, Vassouras, Mendes e Areal, no ano de 2007, apresentaram uma queda importante no volume da produção. Vale notar que Vassouras, Mendes e Areal apresentam 100% de cobertura pelas ESBs.

Paraíba do Sul, Miguel Pereira, Levy Gasparian, também apresentaram uma tendência decrescente para esse procedimento, porém menos acentuada. Todos esses municípios contam também com 100% de cobertura para as ESBs.

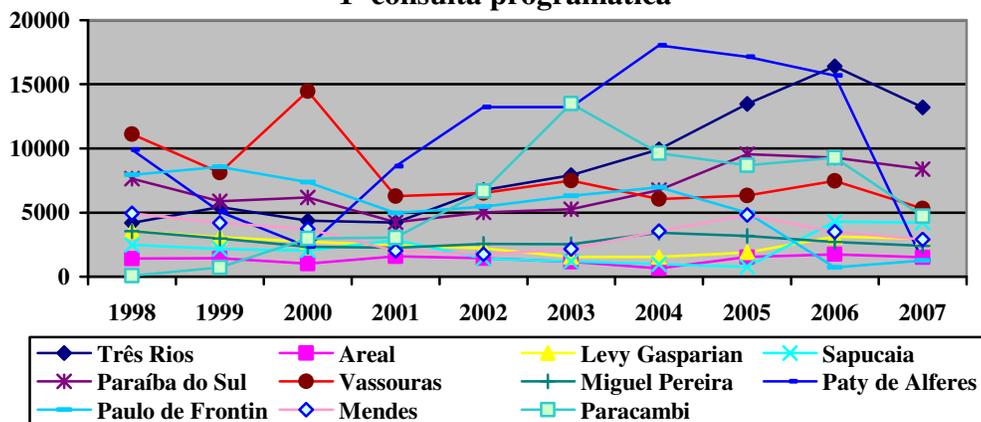
Ressaltamos que, em tese, municípios com 100% de cobertura, não devem apresentar redução de 1ª consultas programáticas uma vez que, segundo o MS é recomendável<sup>75</sup> uma consulta/ano por pessoa.

Sapucaia aumentou o volume deste tipo de produção em 2006 e manteve-se estável no ano de 2007. Neste município as ESBs iniciaram suas atuações em julho de 2004 e cobrem atualmente 74,66% da população.

---

<sup>75</sup> De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 95 de 14 de fevereiro de 2006.

**Gráfico 15: Reg. Centro Sul**  
**1ª consulta programática**

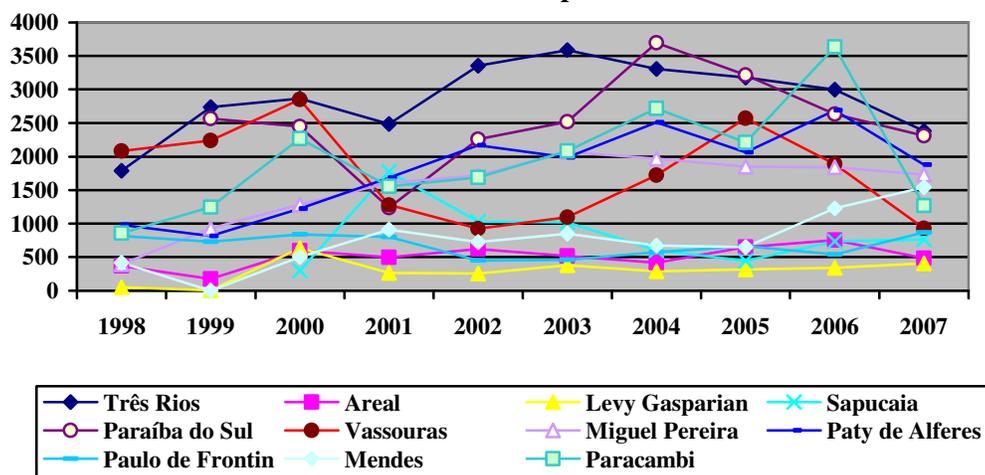


Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

O procedimento “Exodontia de dentes permanentes” representado no gráfico 16 apresenta queda no seu volume de produção nos seguintes municípios: Três Rios, Paraíba do Sul, Areal, Vassouras, Miguel Pereira, Paracambi e Paty do Alferes.

Nos municípios de Paulo de Frontin, Mendes e Levy Gasparian, este procedimento apresentou uma tendência ascendente. Este aumento de volume da produção de exodontias, se acompanhado por ampliação ou manutenção do acesso, expresso pelo volume de 1ªs consultas programáticas, poderá ser interpretado como positivo. Segundo a leitura dos gráficos, isto parece ter acontecido nos municípios de Engenheiro Paulo de Frontin e Sapucaia.

**Gráfico 16: Reg. Centro Sul**  
**Exodontia de elem. permanente**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

Em relação à categoria “curetagem sub/ pol. dentário”, consideramos que o aumento desse procedimento de forma concomitante à queda ou manutenção do volume de “1ª consulta programática” (acesso) pode sugerir a adesão dos usuários ao tratamento proposto.

Vale notar que este procedimento apresentou aumento em cinco municípios: Engenheiro Paulo de Frontin, Três Rios, Sapucaia, Paraíba do Sul e Mendes.

Em Engenheiro Paulo de Frontin, este fato pode estar relacionado à tentativa de recuperação do acesso em 2007 como visto no gráfico 15. Nos municípios de Três Rios, Paraíba do Sul e Mendes este aumento de volume acontece de forma concomitante a uma queda no volume de “1ªs consultas programáticas”, o que sugere adesão ao tratamento por parte dos usuários.

Paty de Alferes também apresentou aumento de produção, porém observamos neste município uma queda drástica no volume de 1ªs consultas programáticas em 2007. Essa queda é incompatível com os 100% de cobertura de das ESBs em ambos os municípios.

Os municípios de Paracambi, Vassouras e Areal apresentaram um decréscimo no volume da produção deste procedimento. Este decréscimo também é observado em relação ao acesso.

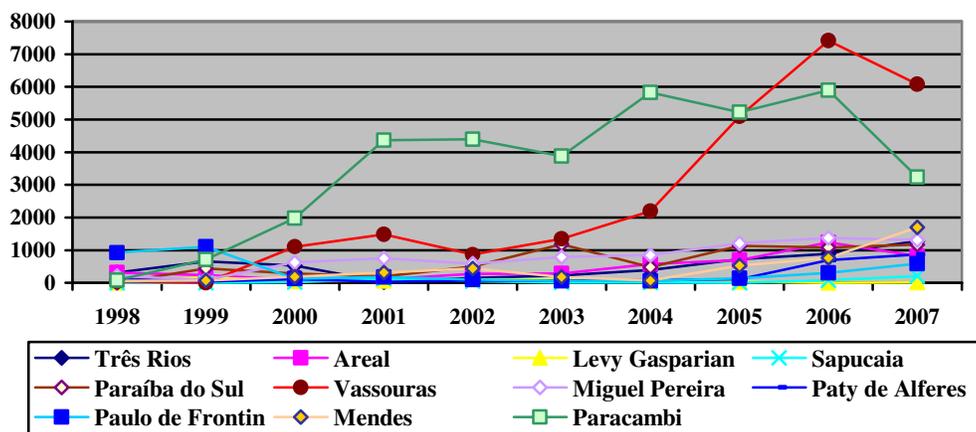
Em Paracambi, este fato provavelmente está relacionado à suspensão da atuação das ESBs em junho de 2007. Entretanto, nos municípios de Areal e Vassouras esta queda deve

investigada mais atentamente uma vez que ambos apresentam 100% de cobertura para as ESBs.

Em Miguel Pereira e Sapucaia, o volume deste procedimento vem sendo mantido de forma estável, o que ocorreu também com o número de 1<sup>as</sup> consultas programáticas.

O município de Levy Gasparian não apresentou produção significativa para esta categoria.

**Gráfico 17: Reg. Centro Sul  
Curetagem/pol. dentário**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

No tocante a atenção especializada em Periodontia, os dados revelam que nessa região oito dos onze municípios não oferecem esse procedimento aos seus municípes: Três Rios, Areal, Comendador Levy Gasparian, Sapucaia, Vassouras, Miguel Pereira, Paty de Alferes, Engenheiro Paulo de Frontin. Vale lembrar que destes, Areal e Vassouras possuem CEOs habilitados.

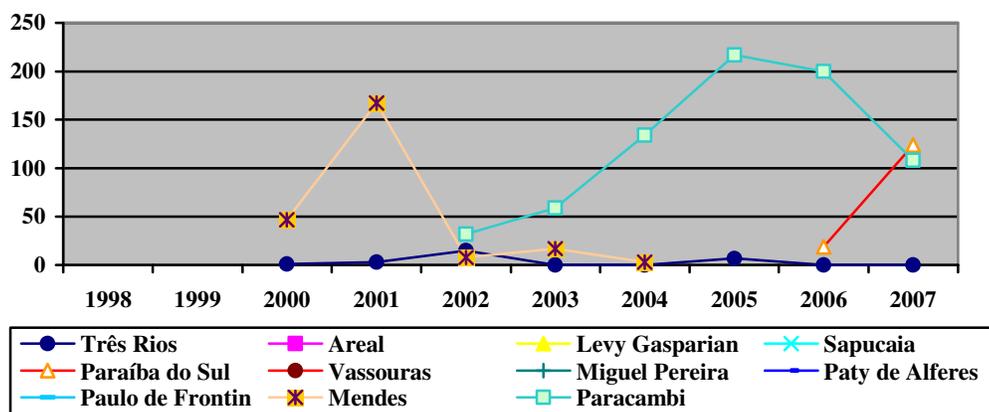
Paraíba do Sul começou a realizar esse tipo de procedimento em 2006, aumentando o volume em 2007. Convém registrar que este município habilitou um CEO em outubro de 2005. Neste município, maior acesso ao tratamento periodontal também foi visto na clínica básica (“curetagem/pol. dentário”).

Mendes realizou esse procedimento apenas no período entre 2000 e 2004, apresentando um volume significativo em 2001. Por outro lado, vem realizando volume ascendente e progressivo do procedimento compatível na clínica básica nos últimos três anos,

concentrando, provavelmente, a resolução dos problemas dessa ordem no nível básico de atenção.

Na região Centro Sul, ao longo do período pesquisado, Paracambi foi o município que apresentou o maior volume deste procedimento. Entretanto, desde 2005 este volume vem decrescendo. Seria válido estudar a possibilidade de implantação de um CEO neste município a fim de dinamizar este tipo de oferta.

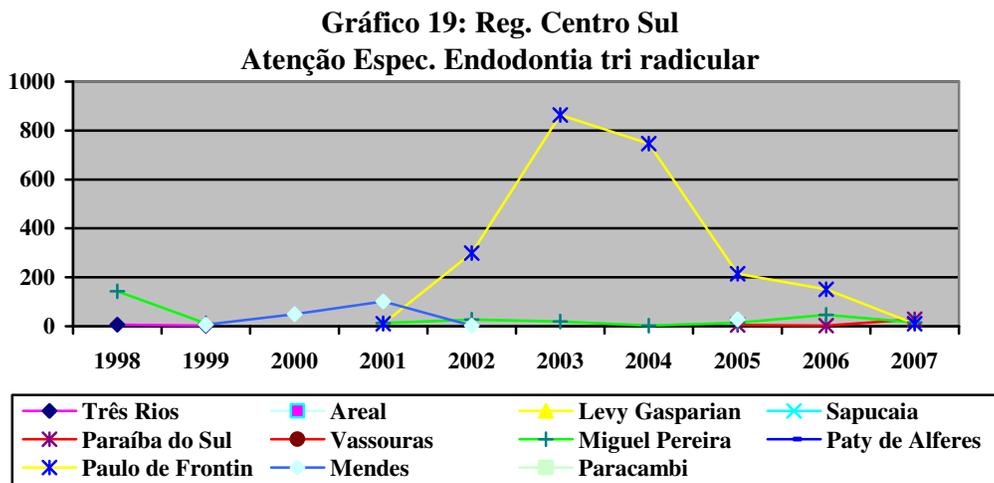
**Gráfico 18: Reg. Centro Sul**  
**Atenção Espec. Perio (curet. sub/indivíduo)**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

Quanto à categoria “endodontia trirradicular”, na região apenas quatro municípios oferecem este tipo de procedimento: Paraíba do Sul, Miguel Pereira, Engenheiro Paulo de Frontin e Mendes. Destes, apenas Paraíba do Sul possui um CEO tipo I habilitado.

Mais uma vez, chama-nos a atenção os municípios de Areal e Vassouras por não apresentarem produção neste procedimento uma vez que os mesmos possuem CEOs habilitados.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

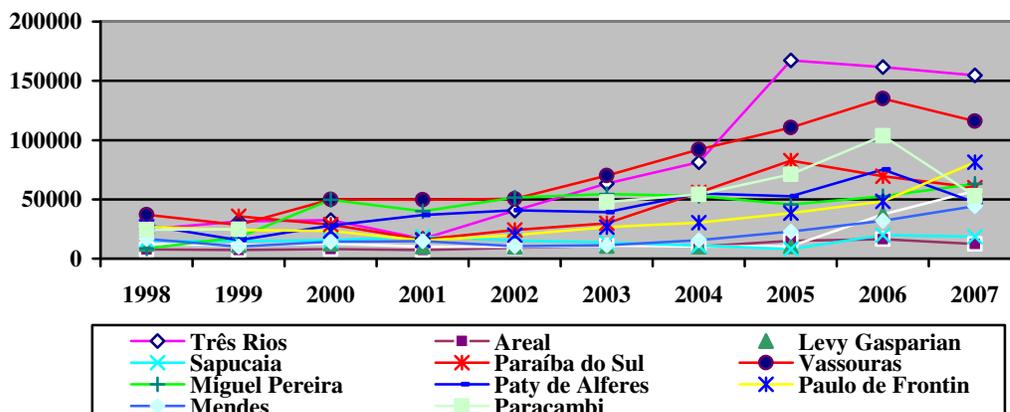
No conjunto das ações de atenção básica, sete municípios tiveram queda em seu volume: Três Rios, Areal, Paraíba do Sul, Vassouras, Paty de Alferes, Paracambi e Sapucaia. Destes, Três Rios, Areal, Paraíba do Sul e Vassouras, contam com 100% de cobertura em ESBs, enquanto que Sapucaia apresenta 74,86% desta mesma cobertura. Portanto o decréscimo na produção destas ações parece ser contraditório ao percentual de cobertura atingido de ESBs atingidos nestes municípios.

Vale enfatizar que Paracambi deixou de informar e/ou produzir este tipo de ação em julho de 2007.

Os dados mostram que todos os demais municípios, desde 2005, vêm apresentando uma tendência ascendente para o conjunto de ações básicas.

Vale notar que Miguel Pereira ainda que não apresente ESBs vem aumentando seu volume de ações básicas de maneira significativa desde 2001, o que indica que a rede própria municipal vem demonstrando desempenho positivo independentemente das políticas de incentivo do MS.

**Gráfico 20: Reg. Centro Sul**  
**Qtd. Aprovada - ações básicas em Odontologia**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

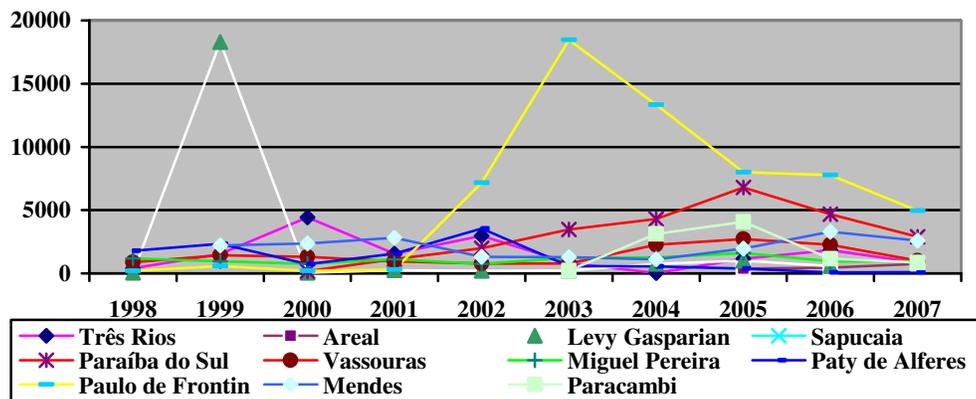
Quanto ao conjunto de ações especializadas, o gráfico 21 mostra que o município de Sapucaia não oferece procedimentos especializados aos seus usuários.

Areal vem ofertando este tipo de serviço desde 2005, ano anterior à habilitação do seu CEO, e vem demonstrando um volume ascendente.

Paraíba do Sul (10/2005) e Vassouras (11/2005) são os dois outros municípios que possuem CEO na região. Porém, de forma contrária a Areal, estes dois municípios vêm apresentando, nos últimos três anos, um volume decrescente de ações de especializadas. Vale lembrar que estes dois municípios possuem ESBs habilitadas desde 2002 contando com 100% de cobertura populacional. Como dissemos no início deste capítulo, é esperado que ocorra a médio e longo prazo uma redução das necessidades em ações odontológicas especializadas nos locais onde é oferecida uma maior cobertura das ações básicas. Contudo, a redução no volume da produção de ações especializadas ocorrida nestes dois municípios necessita ser melhor avaliada.

Os demais municípios desta região, ainda que não possuam CEOs, oferecem ações especializadas aos seus munícipes. Porém, desde 2002, ainda que em diferentes proporções, todos apresentam queda no volume da produção. É válido destacar aqui o papel da SESDEC em estimular e dar suporte aos gestores locais no sentido destes se beneficiarem da PNSB e seus incentivos, numa perspectiva regionalizada, dinamizando a atenção especializada já existente.

**Gráfico 21: Reg. Centro Sul**  
**Qtd. Aprovada - ações espec. em Odontologia**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

#### 4.2.4 Região Médio Paraíba

Esta região é composta por doze municípios: Piraí, Pinheiral, Volta Redonda, Barra do Piraí, Valença, Rio das Flores, Rio Claro, Barra Mansa, Quatis, Porto Real, Resende e Itatiaia. Segundo o Censo de 2000 (IBGE), a região possuía 785.292 habitantes representando 5 % da população total do estado do Rio de Janeiro. Naquela época, o valor do IDH médio da região correspondia a 0,780. O município que apresentou o menor valor de IDH foi Rio Claro (0,737) enquanto Volta Redonda apresentou o maior valor (0,815). Ainda em relação ao IDH, a pesquisa aponta que apenas quatro municípios apresentaram valores abaixo da média da região: Piraí (0,776) Valença (0,776), Rio das Flores (0,739) e Porto Real (0,743).

De acordo com as normas vigentes do SUS, na região, no ano de 2007, quatro municípios estavam habilitados em GPSM. São eles: Piraí; Volta Redonda; Barra Mansa e Resende. Todos os demais municípios estavam habilitados em GPABA.

O município que conta com maior contingente populacional da região é Volta Redonda e conseqüentemente este é o município que recebe o maior volume de recursos do SUS correspondentes à atenção básica (PAB-fixo). De maneira oposta, o município que recebe o

menor volume de recursos do governo federal é Rio das Flores, pois este é também o município que conta com a menor número de população na região.

No tocante a atenção à saúde bucal, novamente Volta Redonda por ser o município da região com maior número de ESBs na ESF, recebe um volume maior de recursos federais para esta área específica da saúde. Quatis é o município da região que recebe o menor volume de incentivos do SUS para a atenção à saúde bucal, pois este município conta apenas com 1 ESB.

De acordo com os dados do IBGE, existem na região 298 estabelecimentos de saúde próprios do SUS dispostos da seguinte forma: 3 federais, 2 estaduais e 293 municipais. Do total de estabelecimentos da região 196 prestam serviço ambulatorial em odontologia. O município de Valença é o único na região que conta com estabelecimentos de saúde de responsabilidade dos três níveis governamentais.

Volta Redonda é o município que concentra o maior número de estabelecimentos de saúde (81) dos quais 31 possuem assistência ambulatorial odontológica. Ainda quanto o número de estabelecimentos de saúde, Barra Mansa e Resende aparecem em segundo lugar contando respectivamente com 52 e 36 unidades. Em relação à assistência odontológica, ambos os municípios possuem 36 estabelecimentos prestando este tipo da atenção.

No tocante a assistência emergencial em CTBMF, a região conta com 8 serviços distribuídos assim: 3 em Volta Redonda, 3 em Resende e 1 em cada um dos municípios de Valença e Barra Mansa.

No que diz respeito à atenção básica através da ESF, o quadro 12 mostra a situação, em dezembro de 2007, das ESBs existentes na região assim como o seu percentual de cobertura.

**Quadro 12 Situação das ESBs e ESFs na Região Médio Paraíba em dez/07**

Região Médio Paraíba	Mês/ ano inserção ESBs	Nº atual de ESBs implan- - tadas	Mod.	Pop. Total dez/ 2007	% cob. da Pop/ ESBs	Nº atual ESFs	% cob.d a Pop/ ESF
Piraí	06/02	10	I	24.363	100%	10	100%
Pinheiral	10/05	4	I	23.014	100%	7	100%
Volta Redonda	01/04	35	25 M I 10 M II	258.145	93,55%	51	68,16 %
Barra do Piraí	04/05	3	I	95.380	21,70%	4	14,27 %
Valença	03/06	3	I	70.537	29,35%	6	29,35 %
Rio das Flores	04/05	3	I	8.493	100%	3	100%
Rio Claro	10/07	3	I	18.181	100%	9	100%
Barra Mansa	-	-	-	176.349	-	21	41,08 %
Quatis	-	-	-	12.182	-	3	84,96 %
Porto Real	04/02	4	I	15.309	100%	5	100%
Resende	09/04	12	I	119.729	69,16%	22	63,39 %
Itatiaia	-	-	-	31.144	-	-	-

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DAB/ MS

Segundo a leitura dos dados, do total de municípios da região somente Itatiaia ainda não possui equipes habilitadas na ESF. No tocante a saúde bucal, além de Itatiaia, dois outros municípios não contam com ESBs. São eles: Barra Mansa e Quatis. Chama-nos a atenção o fato de que este último município conta com cobertura de 85,0% na ESF.

Do total de municípios que possuem ESBs habilitadas, Barra do Piraí é que oferece a menor cobertura populacional da região (21,70%). No entanto, segundo informações da SESDEC /RJ, até junho de 2007 este município possuía além das 3 equipes modalidade I em atuação, 1 ESB habilitada na modalidade II. Conseqüentemente, a perda desta equipe refletiu na cobertura oferecida pelo programa.

No que tange a modalidade de implantação, todos os municípios tem ESBs habilitadas em modalidade I. A única exceção é Volta Redonda que, além de equipes tipo I, possui

também, equipes na modalidade II.

No tocante a atenção especializada em saúde bucal existe, na região 7 CEOs e 4 LRPDs habilitados de acordo com as diretrizes da PNSB. Os municípios que possuem CEOs são: Barra do Piraí (tipo II); Barra Mansa (tipo III); Pinheiral (tipo I); Piraí (tipo I); Porto Real (tipo II); Resende (tipo II) e finalmente, Valença (tipo II). Além de CEOs, os municípios de Piraí, Porto Real, Resende e Valença possuem também cada um, 1 LRPD.

Convém registrar que o município de Barra Mansa apesar de ter habilitado um CEO, não possui ainda ESBs. De acordo com as diretrizes da PNSB, os CEOs devem ser unidades de referência para a atenção básica, preferencialmente através da ESF.

Quanto à produção ambulatorial produzida na região, os dados da pesquisa revelaram que no tocante ao procedimento 1ª consulta programática, somente quatro, dos doze municípios desta região, apresentaram curvas ascendentes para esta categoria. São eles: Piraí, Pinheiral, Rio das Flores, e Porto Real. Enfatizamos que estes municípios contam com ESBs com atuação em 100% de suas populações. Este fato certamente está relacionado com o incremento ocorrido no volume de 1ªs consultas programáticas nestes municípios.

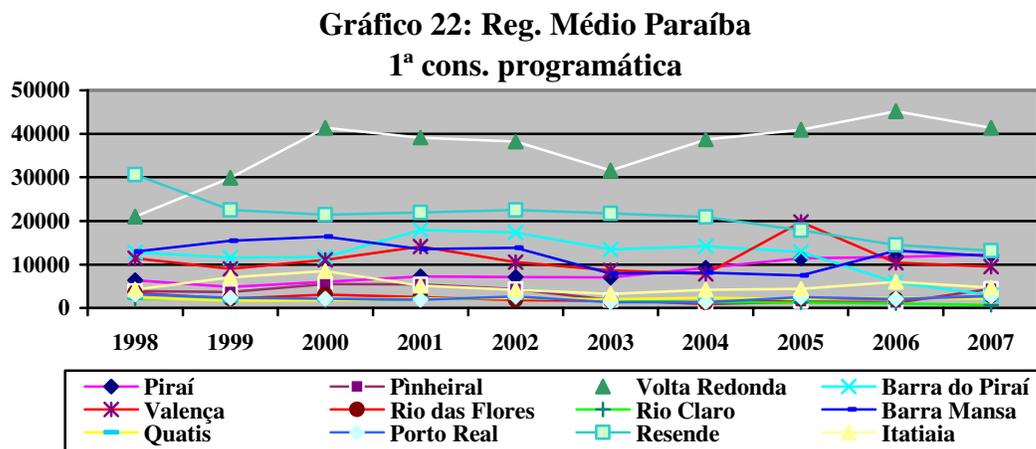
Os municípios de, Volta Redonda, Barra Mansa e Itatiaia, apesar de apresentaram no ano de 2006 picos de produção para este procedimento, realizaram em 2007 um volume decrescente. Vale registrar que Itatiaia e Barra Mansa não possuem ESBs enquanto que Volta Redonda conta com cobertura de 93,55% dessas equipes. Neste último município, a retração do volume de 1ªs consultas programáticas deve ser avaliada mais atentamente.

Outros municípios que apresentaram curvas descendentes para este procedimento foram: Barra do Piraí, Valença, Rio Claro e Resende. Destes municípios, Barra do Piraí (21,70%) e Valença (29,35%) apresentam baixos valores percentuais de cobertura para as ESBs enquanto que em Resende o percentual de cobertura é de 69,16% para este tipo de oferta. Causa-nos espanto que este último município tendo ampliado o acesso para quase 70% da população e não tenha minimamente mantido o volume de produção de 1ªs consultas programática.

O município de Rio Claro apesar de contar com 100% de cobertura para as ESBs, estas iniciaram suas atividades recentemente (outubro de 2007) não permitindo ainda que se estabeleça qualquer correlação com a referida queda de produção.

O município de Quatis, a despeito de não possuir ESBs habilitadas vem mantendo, ao

longo do período pesquisado, a sua produção de 1<sup>o</sup>-as consultas programáticas.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

No tocante a categoria “exodontia de elem. permanente” os dados revelaram que os municípios de Pirai, Pinheiral, Porto Real, Volta Redonda, Barra do Pirai, Valença, Rio Claro, Barra Mansa e Quatis apresentaram curvas descendentes no desempenho dessa categoria em 2007.

O município de Pirai vem apresentando queda na produção de exodontias desde 2005, fato que é coincidente e coerente com o início de atuação e cobertura de 100% das ESBs.

O gráfico 23 mostra que apesar de Volta Redonda ter apresentado aumento na produção de exodontias nos anos de 2004 e 2006, a curva correspondente a esse município em 2007 apresenta-se em posição descendente. Lembramos que esse município aumentou em quase 6 vezes o contingente de ESBs, desde o início em 2004. Este fato sugere que, o aumento da produção conforme relatado, relaciona-se com o início de atuação das ESBs, e com o incremento do seu contingente.

Barra do Pirai vem apresentando uma tendência descendente e progressiva desde 2002, portanto antes mesmo da habilitação das ESBs naquele município. O mesmo ocorreu em Barra Mansa, porém nesse município não existem ainda ESBs habilitadas. Como relatado anteriormente, Barra Mansa diminuiu o volume de 1<sup>as</sup> consultas programáticas, mas vem aumento a oferta do procedimento “curetagem pol/dentário” como pode ser visto no gráfico

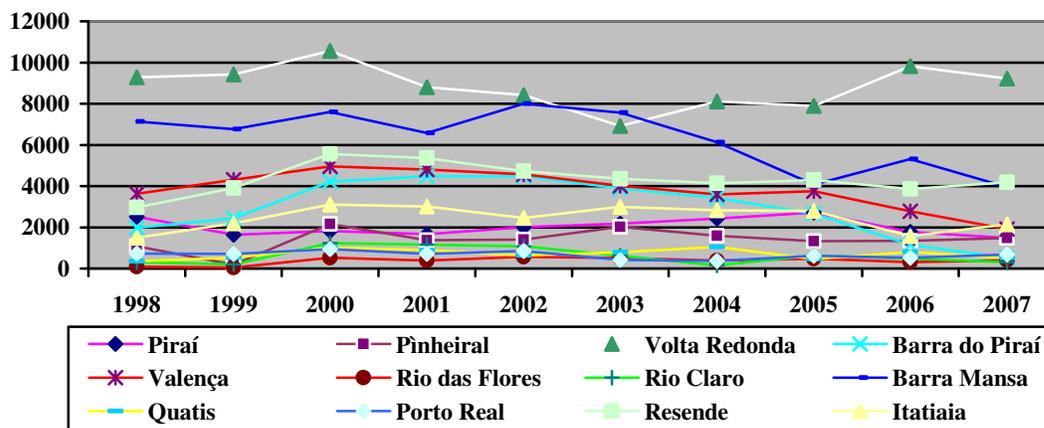
24. A análise conjunta dessas categorias sugere que nesse município vem ocorrendo adesão dos usuários aos tratamentos propostos.

O município de Quatis, ao longo do período pesquisado vem apresentando um desempenho bastante oscilatório, porém em 2007 apresentou valores menores do que os apresentados no ano anterior. Ressaltamos que esse município também não conta ainda com a atuação de ESBs.

Ainda em relação ao procedimento “exodontia de elem. permanente”, o município de Porto Real apresenta uma tendência ascendente desde de 2004. Essa tendência necessita ser avaliada de forma mais atenta já que esse município conta com a atuação de ESBs desde abril de 2002, hoje cobrindo 100% da sua população.

Rio das Flores, Resende e Itatiaia apresentaram ao longo do período estudado, uma tendência estável no volume de suas produções de “exodontias de elem. permanentes”. Vale registrar que desses três municípios, Itatiaia é o único que ainda não conta com a atuação de ESBs. Rio das Flores conta com cobertura de 100% dessas equipes, enquanto que em Resende a cobertura das ESBs é de 69,16%.

**Gráfico 23: Reg. Médio Paraíba  
Exodontia de elem. permanente**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

Quanto ao procedimento “curetagem pol/ dentário” o gráfico 24 mostra que os municípios de: Pinheiral, Volta Redonda, Valença, Rio das Flores, Barra Mansa, Quatis, Porto Real e Resende, apresentaram curvas ascendentes para esse procedimento.

Nos municípios de Pinheiral, Rio das Flores e Porto Real esse aumento de volume na produção de “curetagem pol/ dentário” foi acompanhado do aumento de 1<sup>as</sup> consultas programáticas o que sugere adesão dos usuários ao tratamento proposto. Convém lembrar que esses três municípios contam com 100% das ESBs.

Volta Redonda e Resende contam com coberturas de 93,55% e 61,16% respectivamente.

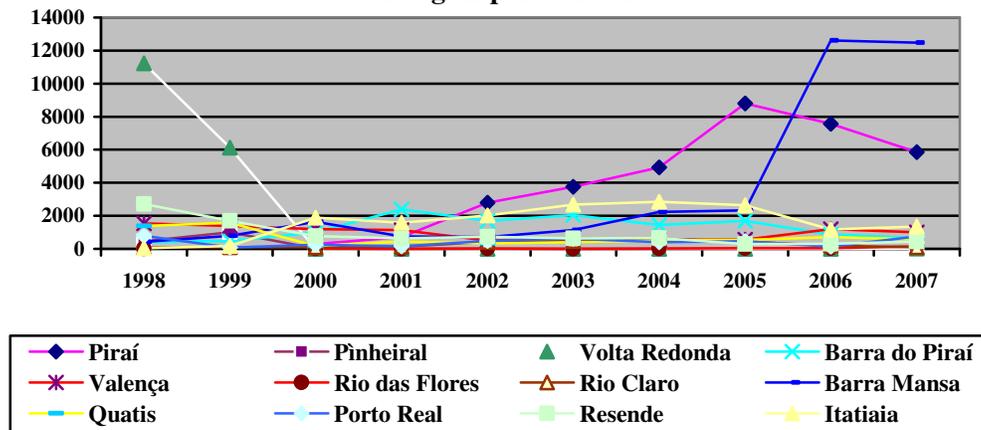
O município de Barra Mansa, apesar de ter apresentando, uma discreta redução no último ano pesquisado, no ano de 2006 apresentou valores correspondentes a 5 vezes a produção do ano anterior.

Destacamos que o desempenho ascendente de Quatis nessa categoria foi acompanhado da diminuição do volume de exodontias e da estabilidade de 1<sup>as</sup> consultas programáticas. Lembramos novamente que esse município ainda não conta com atuação de ESBs.

Os municípios de Piraí (100%), Barra do Piraí (21,70%) Rio Claro (100%) e Itatiaia tiveram desempenho descendente para esse tipo de produção. Desses quatro municípios o único que não possui ESB habilitada é Itatiaia.

A redução do volume desse procedimento em Piraí merece ser melhor avaliada, pois ela ocorreu apesar do município ter apresentado maiores valores na produção de 1<sup>as</sup> consultas programáticas e menores valores na produção de exodontias.

**Gráfico 24: Reg. Médio Paraíba  
Curetagem/pol. dentário**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

No tocante ao procedimento correspondente à atenção especializada em Periodontia, destacamos que os municípios de Pinheiral, Valença, Rio das Flores, Rio Claro e Quatis não oferecem este tipo de procedimento aos seus munícipes.

Na Região, os seguintes municípios apresentaram, no período pesquisado, curvas ascendentes no volume dessas ações: Piraí; Volta Redonda; Barra do Piraí; Barra Mansa e Resende. Desses municípios somente Volta Redonda ainda não possui CEO habilitado.

Barra do Piraí apesar de apresentar o referido aumento, vem reduzindo desde 2005 a produção de “curetagem pol/ dentário” assim como o volume de 1<sup>as</sup> consultas programáticas. Ainda que a cobertura das ESBs no município seja baixa (21,79%), parece-nos estranho que a referência para a clínica especializada (CEO) venha aumentando naquele município. Portanto, as razões para que este fato esteja ocorrendo precisam ser conhecidas.

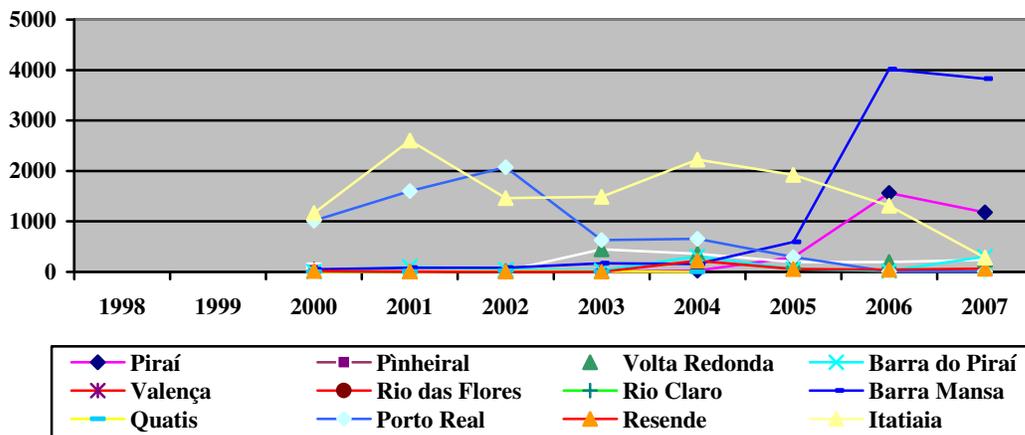
Barra Mansa apesar de apresentar uma discreta redução no último ano pesquisado apresenta uma tendência ascendente desde 2004, com pico em 2006, no volume desse procedimento. O gráfico 25 mostra que o mesmo ocorreu no município de Piraí, porém neste último município a retração ocorrida em 2007 foi mais acentuada.

Porto Real e Itatiaia apresentaram uma tendência descendente para o volume de produção dessa categoria.

Porto Real por outro lado, aumentou o volume das ações de periodontia oferecidas na clínica básica, assim como o volume de 1<sup>as</sup> consultas programáticas. Portanto a referida redução de volume das ações especializadas em periodontia pode estar relacionada à resolução de problemas dessa ordem na clínica básica. Lembramos ainda que esse município conta com 100% de cobertura para as ESBs.

No tocante ao município de Itatiaia destacamos que, apesar da redução no volume da produção, esse município vem oferecendo a sua população, ações especializadas em periodontia, mesmo sem contar com a presença de CEO e de ESBs. Assim, consideramos relevante o papel da SESDEC em apoiar e incentivar o município a se beneficiar dos incentivos do MS concedidos a PNSB, no sentido de manter esse tipo de assistência no local.

**Gráfico 25: Reg. Médio Paraíba**  
**Atenção espec. Periodontia (curetagem sub/indivíduo)**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

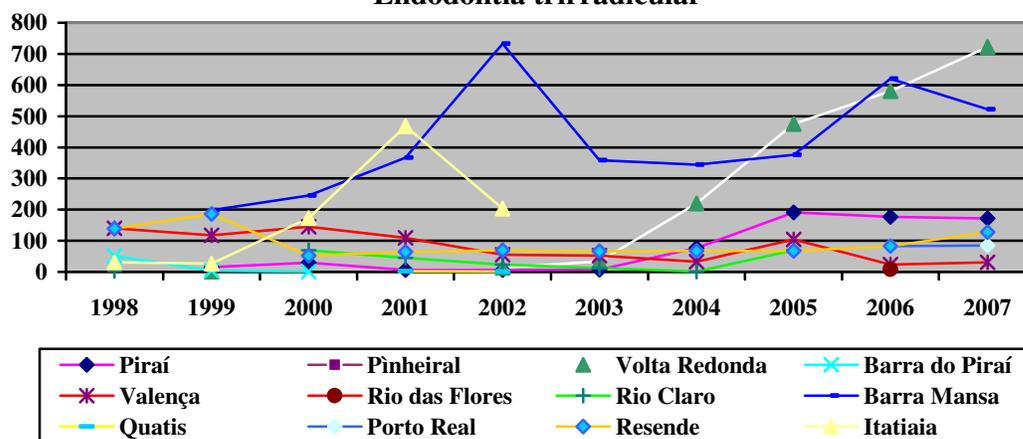
Em relação ao procedimento “Endodontia trirradicular”, destacamos que seis municípios dos doze existentes na região não oferecem esse tipo de assistência. São eles: Pinheiral, Barra do Pirai, Rio das Flores, Rio Claro, Quatis e Itatiaia. Vale lembrar que desses municípios Pinheiral e Barra do Pirai possuem CEOs habilitados.

Os municípios de Volta Redonda e Resende apresentaram curvas ascendentes para o volume de tratamento de canal em molares. Lembramos que Resende possui CEO habilitado, mas em Volta Redonda não existe ainda esse serviço.

Em relação a Valença e Barra Mansa o gráfico 26 aponta que ocorreu uma redução no volume da produção desse procedimento. Os dois municípios possuem CEOs habilitados. Vale registrar ainda que ambos os municípios também apresentaram retração de valores para os procedimentos “1ª consulta programática” e “Exodontia de elem. permanentes”, o que sugere diminuição no acesso. Assim consideramos relevante um estudo mais atento para conhecermos as razões para tais reduções.

Porto Real começou a realizar esse tipo de procedimento em 2006 e manteve estável a sua produção em 2007. Da mesma forma, o município de Pirai aumentou a sua produção em 2004 e desde de então vem apresentando um desempenho estável para esse tipo de procedimento.

**Gráfico 26: Reg. Médio Paraíba  
Endodontia trirradicular**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

No tocante ao conjunto das ações básicas o desempenho dos municípios da região foi o seguinte:

Pirai, Pinheiral, Volta Redonda, Barra Mansa Porto Real e Resende apresentaram curvas ascendentes para essas ações. Exceto para Volta Redonda, Resende e Barra Mansa, essa tendência de elevação do número de ações básicas é coerente e compatível com o maior volume de 1ª consultas programáticas praticado pelos municípios de Pirai, Pinheiral e Porto Real. Em outras palavras a abertura de acesso propicia um maior volume de ações na clínica básica. Vale lembrar que todos esses municípios possuem ESBs em atuação.

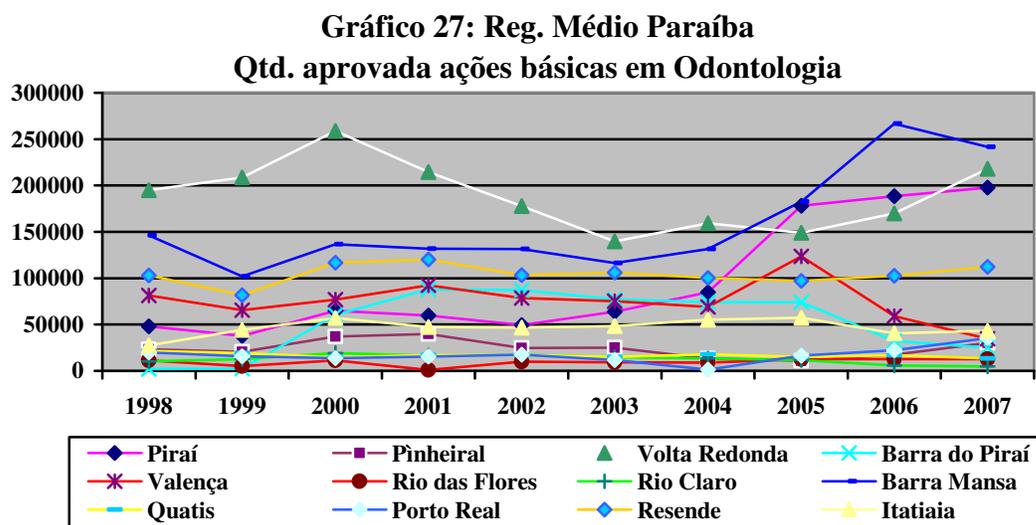
O município de Resende aumentou a produção dessas ações em 2005, ano seguinte a implantação das ESBs e vem mantendo desde então o volume dessas ações.

Os municípios de Barra do Pirai, Valença, Rio Claro e Quatis tiveram a produção de ações básicas reduzida. Dos quatro, o único município que não possui ESBs habilitadas é Quatis.

Rio Claro reduziu pela metade em 2006 e não mostrou sinais de recuperação em 2007. Este fato chama-nos a atenção e merece observação no futuro próximo já que esse município passou a contar em outubro de 2007 com ESBs com atuação para 100% de cobertura populacional.

Rio das Flores vem desenvolvendo um comportamento estável desde 2005 na produção dessas ações e essa data é coincidente com o início da atuação das ESBs naquele

município. O município de Itatiaia como já foi dito, não possui ainda ESBs habilitadas.

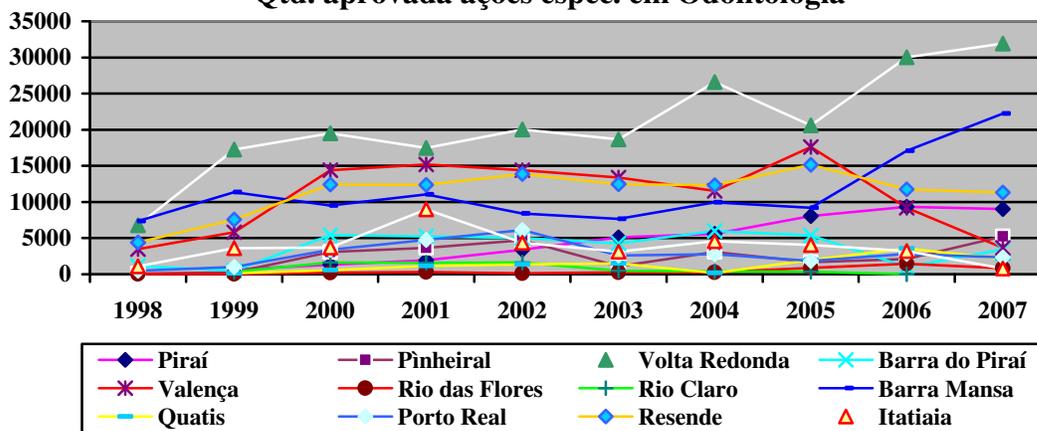


Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

Em relação ao conjunto das ações especializadas, os municípios de Pirai, Pinheiral, Volta Redonda, Barra Mansa, apresentaram curvas ascendentes para o volume dessas ações. Como pode ser visto no gráfico 28, chama-nos a atenção o desempenho de Barra Mansa que vem, desde 2005, aumentando substancial e progressivamente o seu volume de ações especializadas. Esse município possui CEO habilitado desde de junho de 2005, sendo que, em 2006 foi realizada uma alteração de modalidade, passando de II para III. Este fato é coincidente e coerente com o aumento de volume de ações especializadas realizadas naquele município.

Barra do Pirai, Valença, Rio das Flores, Rio Claro, Quatis, Porto Real, Resende e Itatiaia apresentaram volumes reduzidos na sua produção de ações especializadas. Desses municípios, quatro possuem CEOs. São eles: Barra do Pirai, Valença, Porto Real e Resende. A retração no volume de ações especializadas nessas unidades de CEO necessita ser avaliada de forma mais atenta e individualizada.

**Gráfico 28: Reg. Médio Paraíba**  
**Qtd. aprovada ações espec. em Odontologia**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

#### 4.2.5 Região Metropolitana I

A região é composta por doze municípios: Rio de Janeiro, Itaguaí, Seropédica, Duque de Caxias, Magé, Nova Iguaçu, Japeri, Queimados, Mesquita, São João de Meriti, Belford Roxo e Nilópolis.

Segundo o Censo de 2000 (IBGE), a região possuía então 9.146.985 habitantes representando 64 % da população total do estado do Rio de Janeiro. Entretanto, convém lembrar que o município de Mesquita, segundo o próprio IBGE, só foi instalado em 2001. Assim, se somarmos a população residente a este município no seu ano de instalação ao total da população informada pelo referido Censo para a região, chegaremos a um valor igual a 9.315.026 habitantes. Entretanto, apesar deste aumento, o percentual correspondente à população do estado não é alterado.

O IDH médio da região neste mesmo período era de 0,762 sendo que o Rio de Janeiro foi município que apresentou o valor mais alto (0,842). São João de Meriti foi, aquela época, o município com o menor IDH da região (0,724).

De acordo com as normas assistenciais do SUS, ano de 2007, seis municípios da região estavam habilitados em GPABA. São eles: Seropédica, Magé, Japeri, Queimados, Mesquita e Nilópolis. Os outros seis municípios da região estavam habilitados em GPSM.

O Rio de Janeiro é sem sombra de dúvida, o município que recebe o maior volume de recursos do SUS para atenção básica no âmbito do estado. A discrepância populacional existente entre o Rio de Janeiro e os demais municípios do estado nos permite considerá-lo à parte, não só no interior da região Metropolitana I, como também no âmbito do estado. Por esta razão, o estudo desta região conta com gráficos em separado para o município do Rio de Janeiro. Assim sendo, podemos considerar os municípios de Nova Iguaçu e Duque de Caxias como os maiores recebedores de recursos federais da região. De forma oposta, os municípios que recebem os menores valores do SUS para este tipo de atenção são: Seropédica e Itaguaí.

No tocante a atenção à saúde bucal, o Rio de Janeiro por ser o município com maior número de ESBs na região, recebe um volume maior de recursos federais.

Quanto à natureza jurídica, na região existem estabelecimentos de saúde de responsabilidade dos três níveis de governo. Segundo os resultados da pesquisa estes estabelecimentos estão distribuídos da seguinte forma: 32 unidades federais; 41 unidades estaduais e 338 municipais. Os dados revelam ainda que existem na região 526 unidades de serviço que prestam atenção ambulatorial em odontologia.

Conforme já foi explicitado no capítulo anterior, o município do Rio de Janeiro concentra o maior número de estabelecimentos de saúde. Em relação às unidades federais, localizam-se neste município 94% do total destas unidades da região. De forma semelhante, 90% dos serviços da região sob gestão estadual encontram-se no município do Rio de Janeiro. Quanto ao total das unidades municipais da região, 69% delas localizam-se na cidade carioca.

No tocante a assistência emergencial em CTBMF, existe 36 estabelecimentos na região que realizam este tipo de atendimento. Deste total de unidades, 30 estão localizadas no município do Rio de Janeiro, enquanto que as demais unidades estão distribuídas da seguinte forma: 4 em Nova Iguaçu, 1 em Duque de Caxias e 1 em Itaguaí.

No tocante a atenção básica oferecida através da ESF, o quadro 13 reflete a situação das ESBs na região em dezembro de 2007.

**Quadro 13 Situação das ESBs e ESFs na Região Metropolitana I em dez/07**

<b>Região Metropolitana I</b>	<b>Mês/ ano inserção ESBs</b>	<b>Nº atual de ESBs implantadas</b>	<b>Mod.</b>	<b>Pop. Total dez/ 2007</b>	<b>% cob. da Pop/ ESBs</b>	<b>Nº atual ESFs</b>	<b>% cob.da Pop/ ESF</b>
Rio de Janeiro	01/05	50	35 M I 15 M II	6.136.652	5,62%	131	7,36%
Itaguaí	03/07	-	-	95.757	-	6	21,62%
Saropédica	01/06	5	I	76.831	44,90%	10	44,90%
Duque de Caxias	09/03	42	I	835.063	33,89%	66	26,63%
Magé	12/04	40	I	237.000	100%	45	65,51%
Nova Iguaçu	05/05	7	II	844.590	5,72%	50	20,42%
Japeri	-	-	-	96.496	-	-	-
Queimados	02/07	-	-	139.118	-	-	-
Mesquita	10/07	1	I	185.552	3,72%	10	18,59%
São João de Meriti	-	-	-	466.966	-	21	15,51%
Belford Roxo	08/06	8	II	489.002	11,29%	27	19,05%
Nilópolis	-	-	-	150.475	-	18	41,27%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DAB/ MS

Conforme visto no quadro acima os municípios Rio de Janeiro, Mesquita e Nova Iguaçu possuem as menores coberturas populacionais da região, sendo estas inferiores a 10%.

Magé é o único município na região que apresenta 100% de cobertura das ESBs. Entretanto, causa-nos estranheza o fato de 40 ESBs cobrirem a totalidade da população enquanto 45 ESFs só atingem a 65,51% de cobertura populacional.

Quanto à modalidade de implantação, somente os municípios do Rio de Janeiro, Nova Iguaçu e Belford Roxo possuem ESBs habilitadas em modalidade II. Os outros quatro municípios só possuem ESBs na modalidade I.

No âmbito da atenção secundária em saúde bucal, existem na região 23 CEOs e 2

LRPDs habilitados. Os Centros de Especialidades Odontológicas estão localizados nos seguintes municípios: Rio de Janeiro<sup>76</sup> (16 CEOs tipo II e 2 CEO tipo I); Belford Roxo (1 CEO tipo II); Duque de Caxias (1 CEO tipo I e 1 CEO tipo III) e Magé (1 CEO tipo II e 1 CEO tipo III). Em relação aos LRPDs, as cidades de Duque de Caxias e Magé também possuem, cada uma, um desses laboratórios.

Quanto à produção ambulatorial de região na região Metropolitana I, o gráfico 29 mostra que os municípios de Itaguaí, Duque de Caxias, Magé, Japeri, Mesquita, Belford Roxo e Nilópolis apresentaram tendência ascendente no volume de suas produções da categoria “1ª consulta programática”.

As curvas correspondentes aos municípios de Itaguaí e Duque de Caxias mostram-se em crescimento desde 2003 sendo que em 2007, esse último município aumentou cerca de 3 vezes sua produção em relação àquela realizada no ano anterior. Lembramos que Duque de Caxias conta com 33,89% de cobertura das ESBs e que segundo os dados do DAB/MS, em Itaguaí, a atuação das ESBs foi suspensa em agosto de 2007.

Magé, Japeri e Belford Roxo e Mesquita iniciaram curvas ascendentes no ano de 2004. Magé multiplicou em 4 vezes o volume de sua produção neste mesmo ano, e conta com 100% de cobertura para as ESBs, o que provavelmente contribuiu para esse desempenho. Já Belford Roxo (cobertura de 11,29% em ESBs), e Mesquita (3,72%), demonstraram desempenho positivo apesar de suas baixas coberturas. Japeri, em 2007, mesmo na ausência de equipes habilitadas, produziu o dobro do volume de “1ªs consultas programáticas” correspondentes ao ano anterior. O resultado positivo nesses municípios está possivelmente relacionado a outras iniciativas locais.

O município de Nilópolis, ainda que tenha apresentado uma discreta redução da sua produção no último ano pesquisado, vem aumentando substancialmente desde 2004 o volume desse procedimento. Vale registrar que nesse município não existem ESBs habilitadas.

De forma oposta, os municípios do Rio de Janeiro, Seropédica, Nova Iguaçu, Queimados e São João de Meriti apresentaram curvas descendentes para esse tipo de procedimento.

O município do Rio de Janeiro vem reduzindo, de forma progressiva, o volume de “1ªs

---

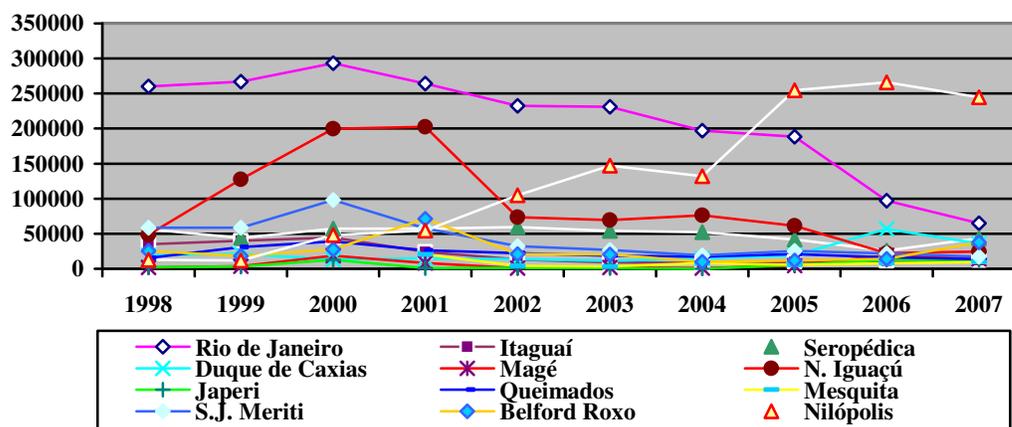
<sup>76</sup> Segundo o MS existem no município do Rio de Janeiro 18 CEOs habilitados no pela Pt nº 2192/GM, de 08 de outubro de 2004. Entretanto, segundo dados da Gerência de Saúde Bucal da SESDEC/RJ (2007) no município do RJ existe, em atividade, apenas 17 CEOs (16 tipo II e 1 tipo I).

consultas programáticas” desde 2000. Os dados revelam que em 2007 essa redução atingiu a valores correspondentes a menos que um terço dos praticados em 2004. Vale registrar que as ESBs habilitadas nesse município iniciaram suas atividades em 2005 e cobrem hoje somente 5,62% da população carioca. Ainda que a cobertura seja desta ordem, causa-nos estranheza a persistente tendência negativa apresentada por este município, sobretudo se considerarmos a significativa ampliação do quantitativo de recursos humanos na área de saúde bucal neste período<sup>77</sup>.

A curva correspondente a o município de Seropédica apresentou um comportamento decrescente de 2002 a 2006. Entretanto, em 2007, demonstrou sinais de recuperação. Da mesma forma, Nova Iguaçu apresenta uma tendência declinante desde 2004, ainda que no último ano pesquisado tenha mostrado valores ascendentes em relação a 2006. Nesses municípios a tendência ascendente registrada a partir de 2006 esta provavelmente relacionada à introdução das ESBs, ainda que essa resposta positiva tenha ocorrido com algum atraso.

Queimados e São João de Meriti vêm diminuindo progressivamente suas produções de “1ª consulta programática” desde 2005. Registramos que enquanto em Queimados, segundo os dados do DAB/MS, a atuação das ESBs foi suspensa em julho de 2007, em São João de Meriti, ainda não existem equipes habilitadas.

**Gráfico 29: Reg. Metropolitana I  
1ª cons. programática**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

<sup>77</sup> Segundo o *site* SMS/RJ, em nota da assessoria de comunicação social de junho de 2003, “um dos principais avanços foi aprovação e contratação de 1017 profissionais entre cirurgiões-dentistas, técnicos de higiene dental, técnico de prótese dentária e auxiliares de consultório dentário...”. “Atualmente 490 novos dentistas já estão atendendo à população”. O programa “Dentescola responsável pelo atendimento de cerca de 163 mil alunos cobrindo 402 escolas e 182 creches...” também é citado neste informe.

No tocante a categoria “Exodontia de elem. permanente”, a leitura do gráfico 30 nos permite dizer que os municípios do Rio de Janeiro, Seropédica, Duque de Caxias, Japeri e Queimados apresentaram curvas ascendentes para esse tipo de intervenção.

No período pesquisado o município do Rio de Janeiro apresentou uma curva descendente até 2005. Entretanto, em 2006 a curva tomou uma posição ascendente que foi confirmada em 2007 com valores 14% mais altos do que os praticados no ano anterior.

Vale lembrar que conforme o gráfico 29 esse município vem apresentando desde 2000, valores decrescentes para o procedimento de 1ª consulta programática. Desta forma, o aumento no volume de exodontias ocorrido nos dois últimos anos pesquisados parece estar mais relacionado com o modelo de saúde bucal oferecido pelo município do que com o atendimento de um maior contingente de usuários. Portanto esse acréscimo no volume de exodontias precisa ser melhor avaliado.

Seropédica iniciou a produção desse procedimento em 2005 e desde então vem aumentando substancialmente o volume de exodontias. Esse município possui ESBs desde de janeiro de 2006 com cobertura de 44,90%. Portanto esse maior número de exodontias pode estar relacionado a esta ampliação de acesso.

O aumento no volume desse procedimento nos município de Duque de Caxias e Japeri acontece de forma coincidente e coerente com o aumento de 1ªs consultas programáticas ocorrido em ambos os municípios. Portanto a ampliação do acesso sugere um maior número de usuários assistidos. Como já foi dito no início do presente capítulo, é admissível e, em tese, até esperado que seja aumentado o volume de exodontias nestes casos.

O município de Queimados começou a ofertar esse tipo de procedimento em 2004 e apresentou uma tendência ascendente até 2006. Entretanto, em 2007, já apresentou valores decrescentes. Este fato deve ser avaliado mais atentamente no sentido de averiguar a possibilidade de sua relação com a breve atuação das ESBs naquele município. Segundo dados do DAB/MS as equipes foram habilitadas em fevereiro de 2007, e tiveram suas atividades suspensas em agosto do mesmo ano.

Os municípios de Itaguaí, Magé, Nova Iguaçu, Mesquita, São João de Meriti, Belford Roxo e Nilópolis apresentaram um desempenho descendente no período final da pesquisa.

Itaguaí apresentou, ao longo de todo o período pesquisado, uma tendência descendente

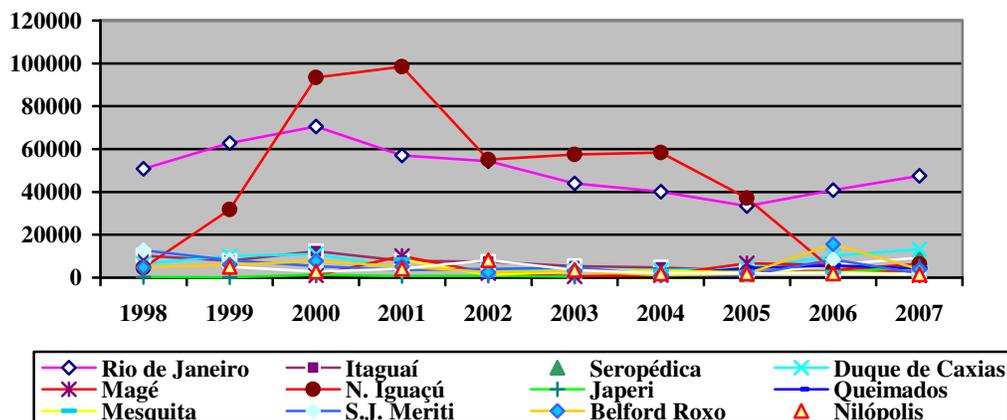
para essa categoria. Ao longo do mesmo período, esse município apresentou ampliação do acesso (expresso por 1<sup>as</sup> consultas odontológicas) e do volume de “curetagem/pol. dentário”. Esse perfil de desempenho sugere que em Itaguaí ocorreu uma mudança positiva no modelo de atenção à saúde bucal, ainda que esse município não conte com a atuação de ESBs.

São João de Meriti, Magé e Belford Roxo, apesar de apresentarem aumentos de produção em 2006, todos apresentaram valores decrescentes de exodontias em 2007. Desses, Magé e Belford Roxo tiveram ampliação do acesso neste período. Por outro lado São João de Meriti vem apresentando valores decrescentes em 1<sup>as</sup> consultas odontológicas de modo progressivo desde 2005.

Magé, em 2007, reduziu a sua produção de exodontias cerca de seis vezes o valor praticado em 2005, enquanto que Belford Roxo diminuiu, neste mesmo período, a produção desse procedimento em cerca de quatro vezes em relação aos valores praticados em 2006. Vale lembrar que Magé conta, desde dezembro de 2004, com a atuação de ESBs com cobertura de 100% enquanto que Belford Roxo possui ESBs habilitadas, desde agosto de 2006, contando com cobertura de somente 11,29%.

Os municípios de Mesquita e Nilópolis vêm diminuindo progressivamente a produção de exodontias desde 2003 e 2004 respectivamente. Registramos que a cobertura das ESBs em Mesquita ainda é muito baixa (3,72%) e que Nilópolis ainda não conta com atuação dessas equipes.

**Gráfico 30: Reg. Metropolitana I  
exodontia de elem. permanente**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

No tocante ao procedimento “curetagem e pol./dentário” o gráfico 31 mostra que nos municípios de Rio de Janeiro, Itaguaí, Seropédica, Duque de Caxias, Magé, Mesquita e Belford Roxo apresentaram curvas ascendentes em 2007.

No município de Rio de Janeiro os valores de produção desse procedimento foram aumentados progressivamente nos anos de 2006 e 2007, sem, contudo, atingir àqueles praticados em 1999. Considerando-se que esse município diminuiu o acesso, aumentou o volume de exodontias e possui um programa assistencial direcionado a escolares (“Dentescola”), o aumento do volume de “curetagem e pol./dentário” pode estar relacionado diretamente com esse programa, confirmando a opção desse município pela manutenção do modelo sespiano<sup>78</sup>. Entretanto essa possível relação necessita ser melhor investigada.

O desenho correspondente ao município de Duque de Caxias indica que aumento de volume desse procedimento teve início em 2004. Esse aumento de volume pode ser relacionado a atuação das ESBs, que naquela cidade, iniciaram suas atividades em outubro de 2003.

A mesma relação não pode ser feita no tocante aos municípios de Seropédica e Magé, pois nesses municípios a tendência ascendente teve início antes da habilitação das ESBs. Em Seropédica a curva começa sua trajetória ascendente em 2005 enquanto as ESBs foram habilitadas em janeiro de 2006. Em Magé o início da trajetória é datado de 2002 enquanto o início da atuação das ESBs foi em dezembro de 2004.

Mesquita apresentou nos anos de 2005 e 2006 uma produção irrisória desse tipo de procedimento. Em 2007 aumentou consideravelmente o volume de sua produção sem, contudo alcançar os valores praticados em 2004. Como a habilitação das ESBs nesse município só ocorreu em outubro de 2007, esse aumento de volume parece estar relacionado com o modelo de atenção oferecido aos seus munícipes. Ademais lembramos que esse município além de diminuir o volume de exodontias, vem aumentando o acesso desde 2005. O mesmo pode ser dito em respeito ao município de Belford Roxo.

De forma inversa, os municípios de Queimados e Nova Iguaçu tiveram um desempenho descendente na produção de “curetagem e pol./dentário”. Nova Iguaçu vem apresentado

---

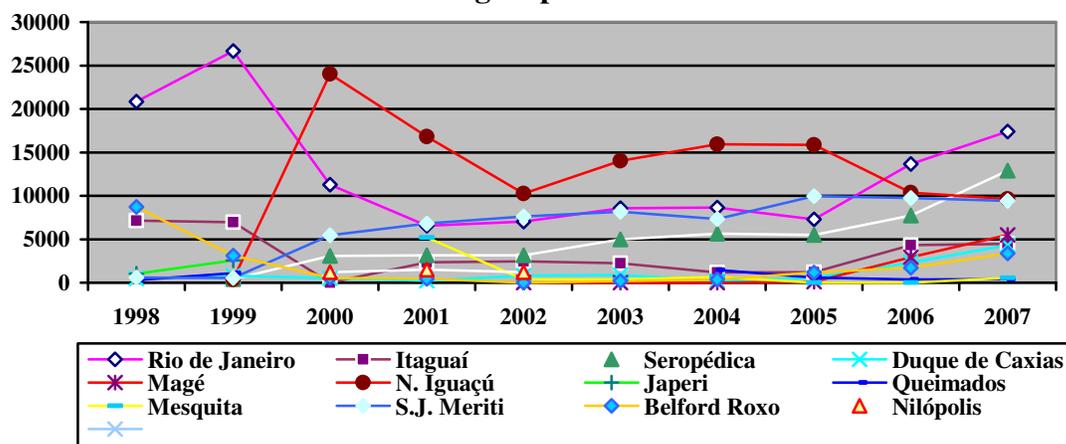
<sup>78</sup> O Modelo de atenção odontológico “Sespiano” ou Odontologia Científica Escolar Sespiana foi implementado e praticado nos serviços públicos brasileiros por influência da Fundação de Serviços Especiais em Saúde Pública (Fundação SESP) em 1951. Esse modelo que manteve a sua hegemonia por mais de 40 anos, privilegiava escolares de 6 a 14 anos matriculados nas escolas públicas de 1º grau da área geográfica correspondente ao programa (ZANETTI, 1993).

queda progressiva desde 2004 desse procedimento, mesmo ano que tem início queda no volume de 1<sup>as</sup> consultas odontológicas. Mesmo tendo iniciado a atuação de ESBs em maio de 2005, o perfil do desempenho de Nova Iguaçu nessas categorias não demonstra tendência de ampliação do acesso à atenção a saúde bucal.

Queimados passou a oferecer o procedimento “curetagem e pol./dentário” em 2005 e desde então vem apresentando uma tendência recessiva. Em 2007, a produção teve um acréscimo sem, contudo, chegar a um terço dos valores praticados em 2005. Vale lembrar que esse município diminuiu acesso e aumentou o volume de exodontias praticadas (gráficos 29 e 30). Ademais, as EBSs habilitadas nesse município tiveram suas atividades interrompidas em agosto de 2007. Portanto parece oportuno que a SESDEC ofereça apoio técnico ao município de Queimados, no sentido de ajudá-lo a recuperar os benefícios da PNSB, e sobretudo manter a assistência aos seus munícipes.

São João de Meriti, vem mantendo estável a produção de “curetagem e pol./dentário” desde 2005 enquanto que os municípios de Japeri e Nilópolis não oferecem aos usuários esse procedimento.

**Gráfico 31: Reg. Metropolitana I  
curetagem/pol.dentário**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

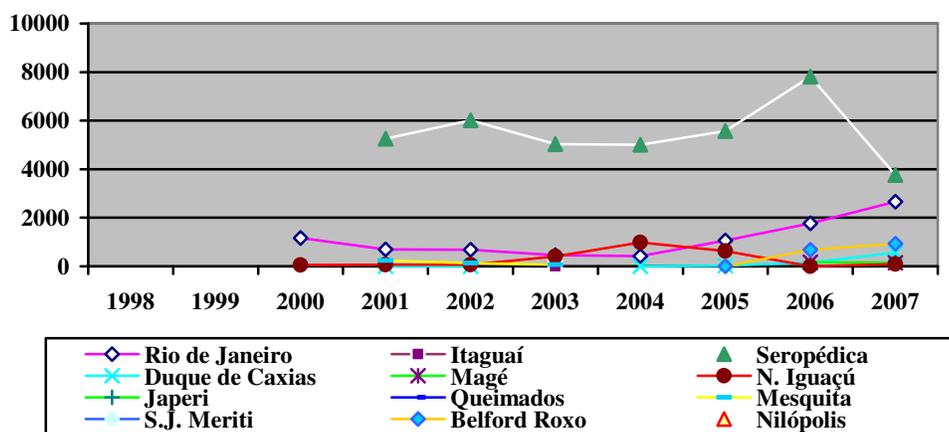
Quanto à categoria “Atenção espec. Periodontia”(curetagem sub/indivíduo) o resultado da pesquisa aponta para o fato de que os municípios de, Itaguaí, Japeri, Queimados, Mesquita, São João de Meriti e Nilópolis não possuem este tipo de oferta.

Rio de Janeiro, Duque de Caxias e Belford Roxo apresentaram curvas ascendentes para esse procedimento. No Rio de Janeiro esse aumento de volume teve seu início em 2005 e, portanto, é coincidente com a implantação dos 17 CEOs em outubro de 2004 nesse município. O mesmo pode ser dito em relação ao desempenho positivo a partir de 2006 de Duque de Caxias e a data de implantação (janeiro de 2006) do primeiro CEO daquela cidade.

As curvas correspondentes aos municípios de Nova Iguaçu e Seropédica apresentam uma tendência declinante desde os anos de 2004 e 2005 respectivamente. No gráfico 32, chama-nos a atenção, ao longo do período pesquisado, o desempenho de Seropédica. A despeito da tendência declinante, este é sem dúvida o município da região Metropolitana I que mais produz esse tipo de intervenção.

Magé iniciou a produção desse procedimento em 2006, fato coincidente e coerente com a implantação, em março de 2006, do CEO naquela cidade.

**Gráfico 32: Reg. Metropolitana I**  
**Atenção espec. Periodontia (curetagem sub/indivíduo)**



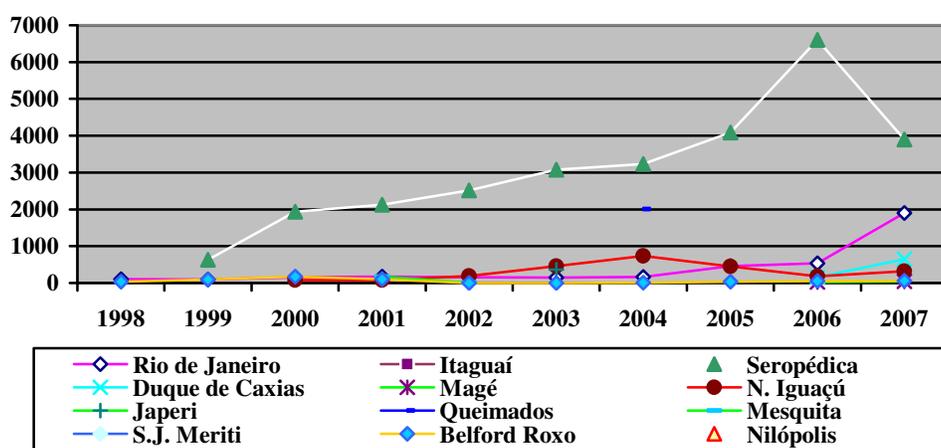
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

No tocante ao procedimento “Endodontia trirradicular” a leitura dos dados indicam que somente seis dos doze municípios da região oferecem esse tipo de assistência aos seus municípes. São eles: Rio de Janeiro, Seropédica, Duque de Caxias, Magé, Nova Iguaçu e Belford Roxo. Desses, Rio de Janeiro, Duque de Caxias e Belford Roxo apresentaram aumento de volume de tratamento de canais de molares. Vale lembrar que esses três municípios possuem CEOs. Contudo, registramos que os municípios do Rio de Janeiro e

Belford Roxo já produziam esse procedimento antes da implantação dos seus respectivos CEOs.

Duque de Caxias e Magé começaram a oferecer esse tipo de tratamento após a data de implantação de seus CEOs, ou seja, a partir de 2006. Diferentemente de Duque de Caxias, Magé não aumentou em 2007 o volume de sua produção, mantendo-o estável.

**Gráfico 33: Reg. Metropolitana I  
Endodontia trirradicular**

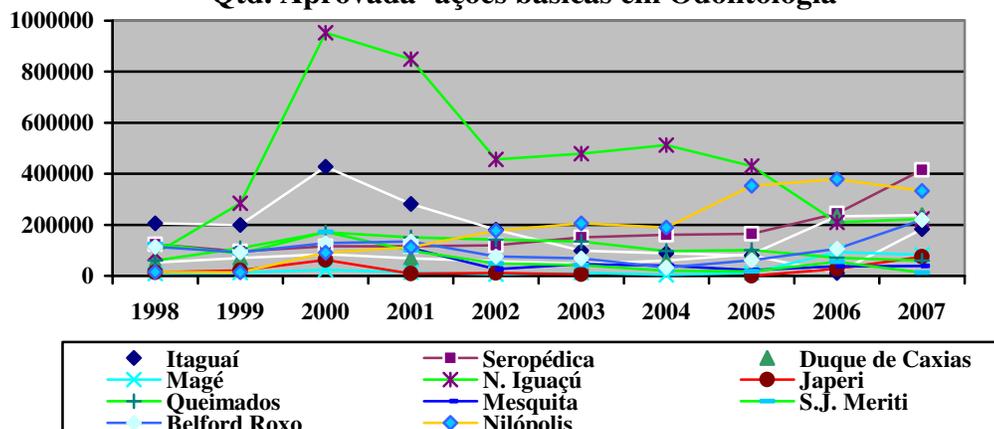


Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

Na análise do conjunto das ações de atenção básicas e especializadas na região Metropolitana I, os dados relativos ao município do Rio de Janeiro foram dispostos e analisados em gráficos à parte daqueles usados na análise dos demais municípios da região. Como já mencionado no início deste capítulo, isso foi necessário uma vez que a escala do volume do conjunto das ações de atenção odontológicas realizadas na cidade carioca não permite estabelecer parâmetros de comparação com nenhum outro município da região. Nesse sentido, os gráficos 34.1 e 35.1 foram dispostos em seqüência com o objetivo de facilitar a interpretação e comparação dos dados dessas categorias.

Assim, a análise dos dados do conjunto de ações básicas revela que sete municípios da região Metropolitana I apresentaram desempenho ascendente na produção dessas ações. São eles: Seropédica, Duque de Caxias, Magé, Japeri, Mesquita, Belford Roxo e Nilópolis. Destacamos que desses, somente os municípios de Japeri e Nilópolis não são beneficiados pela atuação de ESBs.

**Gráfico 34: Reg. Metropolitana I**  
**Qtd. Aprovada- ações básicas em Odontologia**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

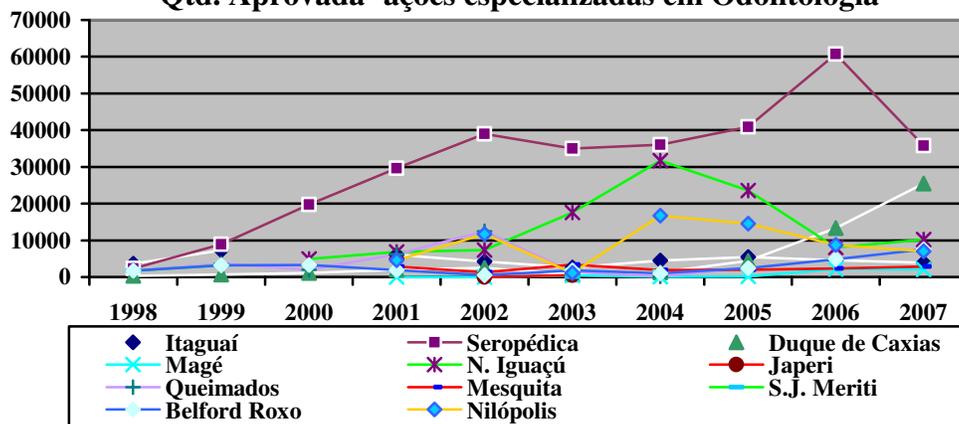
No tocante ao conjunto das ações especializadas, o gráfico 35 mostra que o desempenho dos municípios de Duque de Caxias, Magé, Mesquita e Belford Roxo foi ascendente. Desses municípios somente Mesquita não possui CEOs implantado. Portanto o aumento de volume gradual e progressivo que vem ocorrendo nesse desde 2004 em Mesquita, demonstra um esforço deste município no sentido de ampliar a qualidade da oferta assistencial aos seus munícipes.

Os municípios de Itaguaí, Seropédica, Nova Iguaçu e Nilópolis apresentaram tendências descendentes no volume das ações especializadas oferecidas em seus serviços.

Japeri e Queimados deixaram de realizar esse tipo de ações em 2003 e 2005 respectivamente enquanto que São João de Meriti realizou uma quantidade irrisória somente em 2003.

Na região vale destacar o desempenho de Magé no tocante ao modelo de atenção à saúde bucal que vem ofertando aos seus munícipes. Os resultados da pesquisa mostram que até 2006 esse município aumentou o volume de 1<sup>as</sup> consultas programáticas, diminuiu o número de exodontias, aumentou o volume de curetagem/pol.dentário, mantendo a oferta de ações especializadas de periodontia e tratamento de canal em molares. Entretanto, em 2007, o município reduziu acerca de um quarto o volume de 1<sup>as</sup> consultas programáticas. Ademais, reduziu também o volume de procedimentos de periodontia especializada assim como o volume das ações básicas. O conjunto das ações especializadas em 2007 permaneceu estável.

**Gráfico 35: Reg. Metropolitana I**  
**Qtd. Aprovada- ações especializadas em Odontologia**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

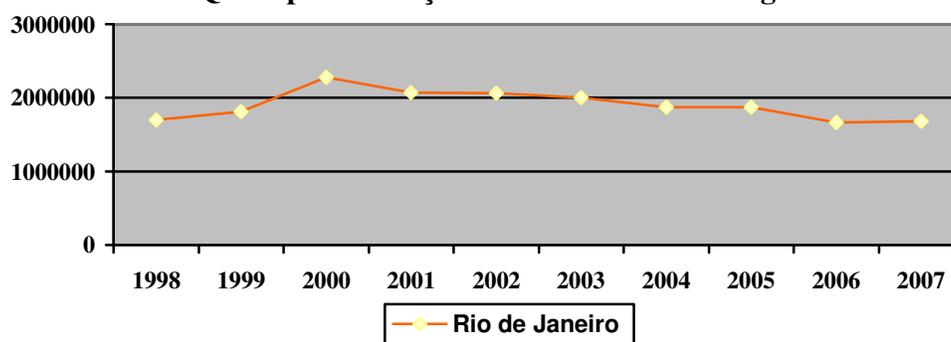
O gráfico 34.1 representa o volume da produção das ações de atenção básicas realizadas no município de Rio de Janeiro durante o período estudado.

Como pode ser visto no referido gráfico, após uma ascensão em 2000, a curva seguiu uma direção descendente e progressiva até 2006. Em 2007 configura-se uma tendência estável. Apesar dos altos valores numéricos atingidos na produção dessas ações no município do Rio de Janeiro, a trajetória da curva sugere que neste município o acesso a estas ações vem sendo reduzido gradualmente desde 2000.

No tocante ao volume de ações especializadas, o gráfico 35.1 mostra uma tendência ascendente que tem início em 1999. Portanto muito antes da implantação, em outubro de 2004, dos 18 CEOs existentes neste município. Entretanto, em 2005 ocorreu um acréscimo no volume da produção dessas ações o que certamente está relacionado à implementação desses serviços especializados. Entretanto, essa tendência ascendente não se manteve, pois em 2006 já ocorre uma queda no volume deste tipo de procedimento. Em 2007 a curva mostra tendência de recuperação sem, no entanto, atingir os valores praticados no ano de 2005. Em comparação ao conjunto das ações básicas, que, como já dito, apresenta queda no volume da produção desde 2000, é possível deduzir que o perfil do modelo assistencial adotado por esse município tende a concentrar um maior volume das ações na clínica especializada, priorizando este nível de atenção. Esse perfil intervencionista é ainda agravado pelo aumento das exodontias nos dois últimos anos pesquisados.

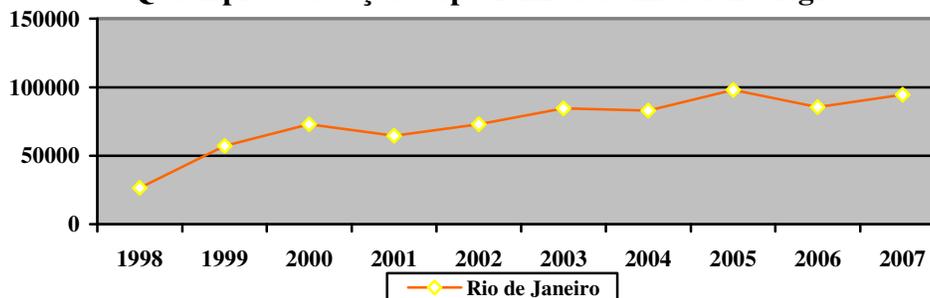
A queda no volume total de ações básicas num município de porte populacional, heterogeneidade social e complexidade sanitária tal como ocorre no Rio de Janeiro seria justificável apenas se numa situação ideal onde houvesse estabilidade ou regressão da demanda em ações em saúde bucal, fato esse muito longe da realidade. Sendo assim não nos parece que haja real integração entre os serviços de atenção básica e especializada neste município.

**Gráfico 34.1 Reg. Metropolitana I  
Município do Rio de Janeiro  
Qtd. Aprovada ações básicas em Odontologia**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

**Gráfico 35.1 Reg. Metropolitana I  
Município do Rio de Janeiro  
Qtd. Aprovada ações especializadas em Odontologia**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

#### **4.2.6 Região Metropolitana II**

Esta região é composta por sete municípios: Niterói, Maricá, São Gonçalo, Itaboraí, Tanguá, Silva Jardim e Rio Bonito. Segundo o Censo do IBGE de 2000, a região possuía aquela época 1.711.799 habitantes representando 12 % da população total do estado do Rio

de Janeiro. O IDH médio da região neste mesmo período era de 0,773 sendo Tanguá o município que apresentava o menor valor (0,722) e Niterói o município com o maior valor (0,886). Vale registrar que de acordo com o Censo, Niterói ocupou a terceira posição entre as cidades brasileiras e a primeira no Estado.

De acordo com as normas assistenciais do SUS, ano de 2007, existiam na região apenas dois municípios habilitados em GPSM (Niterói e Itaboraí) e cinco habilitados em GPABA (Maricá, São Gonçalo, Tanguá, Silva Jardim e Rio Bonito).

Na região Metropolitana II o município que recebe o maior volume de recursos do SUS para atenção a saúde é São Gonçalo seguido de Niterói e Itaboraí. Entretanto, a diferença de valores financeiros e número de habitantes entre estes três municípios é cerca de 100% respectivamente. Ou seja, São Gonçalo, por ter o maior contingente populacional da região, recebe repasses federais correspondentes ao PAB-fixo equivalentes ao dobro do volume de recursos recebidos por Niterói. Este por sua vez recebe o correspondente ao dobro do volume recebido por Itaboraí. Ainda em relação ao volume de repasses federais, Silva Jardim é o município da região que recebe os menores valores para o custeio do SUS.

No tocante a atenção à saúde bucal, o município da região com maior número de ESBs na ESF é Rio Bonito e, sendo assim, recebe um volume maior de recursos federais equivalente e estes incentivos.

Quanto à natureza jurídica, na região existem 211 estabelecimentos de saúde pertencentes aos três níveis de governo assim distribuídos: 7 federais, 11 estaduais e 193 municipais. De todos os municípios da região, São Gonçalo concentra o maior número de estabelecimentos de saúde (63). Seguem a este, Niterói e Itaboraí com respectivamente, 44 e 43 estabelecimentos. Deste total de estabelecimentos existente na região, 156 prestam assistência ambulatorial odontológica.

No tocante a assistência emergencial em CTBMF existe, na região, 10 estabelecimentos de saúde que oferecem este serviço. Deste total, 6 estão localizados em Niterói. Os demais estão distribuídos assim: 2 em São Gonçalo, 1 em Itaboraí e 1 em Maricá.

No que diz respeito à atenção básica, o quadro 14 mostra a implantação das ESBs nos municípios da região em 2007.

**Quadro 14 Situação das ESBs e ESFs na Região Metropolitana II em dez/07**

<b>Região Metropolitana II</b>	<b>Mês/ano inserção ESBs</b>	<b>Nº atual de ESBs implantadas</b>	<b>Mod.</b>	<b>Pop. Total dez/2007</b>	<b>% cob. da Pop/ ESBs</b>	<b>Nº atual ESFs</b>	<b>% cob.da Pop/ ESF</b>
Niterói	-	-	-	476.669	-	-	-
Maricá	04/06	5	I	99.052	34,83 %	12	41,80 %
São Gonçalo	-	-	-	973.372	-	-	-
Itaboraí	04/05	3	I	220.981	9,37%	42	65,57 %
Tanguá	-	-	-	30.097	-	6	68,78 %
Silva Jardim	01/03	1	I	23.703	29,11 %	8	100%
Rio Bonito	01/03	9	I	53.039	100%	12	78,06 %

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DAB/ MS

Segundo o quadro acima, Niterói, São Gonçalo e Tanguá não possuíam, até dezembro de 2007 ESFs. Conseqüentemente, estes três municípios não possuíam também ESBs.

Silva Jardim conta com 100% de cobertura da estratégia saúde da família, no entanto, a cobertura das ESBs é de apenas 29,11%.

Rio Bonito é o único município da região que oferece 100% de cobertura das ESBs. No que se refere à modalidade de implantação, todos os municípios que possuem ESBs as habilitaram na modalidade I.

Em atenção à clínica especializada, na região existe somente 1 CEO tipo II habilitado na cidade de Niterói. Quanto aos LRPDs, nenhum município da região oferece este serviço. Vale enfatizar que o município de Niterói apesar de possuir um CEO em atuação, não possui ESBs habilitadas. No entanto, possui programa municipal similar a ESF.

Quanto à produção ambulatorial em saúde bucal na região Metropolitana II, podemos registrar algumas observações tais como:

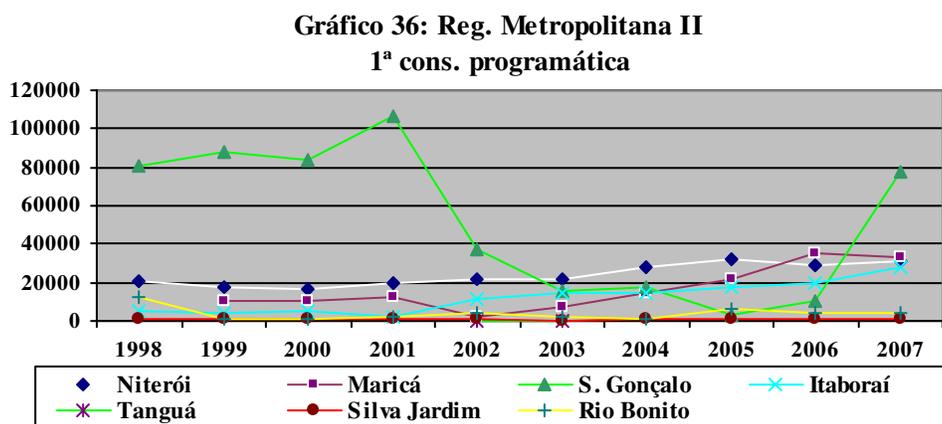
No tocante à 1ª consulta programática, é válido destacar o desempenho do município de São Gonçalo, que apresentou produção elevada, com pico em 2001, porém seguido de queda significativa até o ano de 2006, tendo em 2005 produzido cerca de 3% da produção de 2001. Este município não conta com ESBs. Consideramos importante conhecer os motivos dessa

queda tão acentuada no volume da produção, assim como as razões que propiciaram a recente recuperação em 2007. Talvez a introdução de ESBs na ESF, possa dinamizar esta retomada no acesso às ações em saúde bucal.

Tanguá apresentou um volume irrisório deste procedimento, apenas nos anos 2002 e 2003. Este município não conta com ESBs, ainda que tenha cobertura de 68,78% pela ESF. Considerando que é o município com pior IDH da região, seria interessante ampliar a ESF, habilitando ESBs, com o fim de promover o acesso da população a este tipo de atenção à saúde.

Niterói, Maricá, Itaboraí, Silva Jardim e Rio Bonito vêm apresentando desempenho regular para este procedimento, com algumas oscilações, e tendência ascendente desde 2005, exceto em Rio Bonito, que tem apresentado desempenho estável. Itaboraí e Maricá habilitaram ESBs entre 2005 e 2006, enquanto Silva Jardim e Rio Bonito habilitaram ESBs em 2003. A entrada das ESBs nestes municípios pode ter contribuído para o maior acesso à atenção à saúde bucal, ainda que o discreto desempenho de Rio Bonito mereça ser estudado mais de perto.

Niterói, como dito anteriormente, possui um programa similar a ESF, porém não presta atenção à saúde bucal. Em 2007 demonstrou tendência ascendente em 1ªs consultas programáticas.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

No que tange ao procedimento “Exodontia de dente permanente”, São Gonçalo mostrou desempenho semelhante ao identificado no gráfico 36, apresentando volume significativo do

procedimento e pico em 2001, com queda importante em 2002, mas neste caso sem sinais de recuperação.

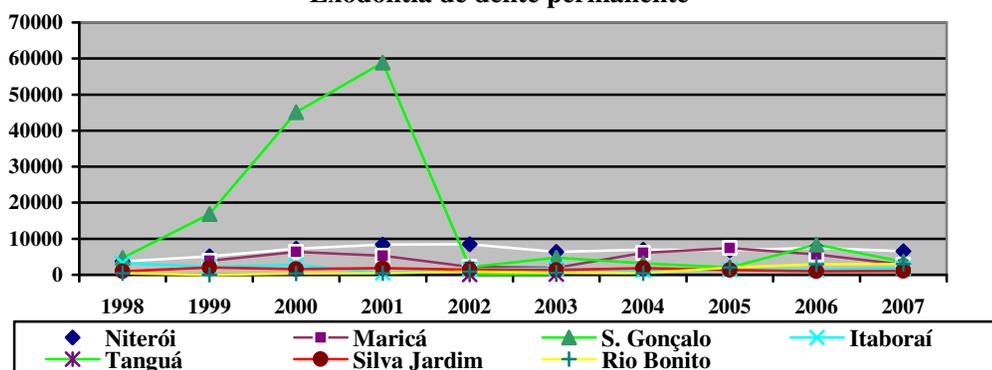
Tanguá, também apresentou desempenho irrisório para este procedimento, ocorrido somente nos anos 2002 e 2003.

Niterói e Silva Jardim vêm mantendo estável a produção de exodontias.

O município de Maricá mostra, no período estudado, oscilações no seu desempenho para exodontias de dentes permanentes, porém há tendência de queda em 2007, que não vem sendo acompanhada da oferta de endodontias trirradiculares. Considerando a habilitação, em 2006 de apenas 1 ESB, oferecendo cobertura de apenas 34,83% da população, seria válido avaliar a possibilidade de ampliação desta cobertura.

Itaboraí e Rio Bonito vêm mostrando desempenho estável com tendência ascendente, ainda que discreta, desde 2005. Vale lembrar que Itaboraí oferece cobertura populacional de 9,37% em ESBs desde 2005 e Rio Bonito de 100%, desde 2003. Considerando o momento da habilitação das ESBs, e que a tendência ascendente no volume de exodontias não é um resultado desejável a longo prazo, seria válido avaliar a importância da ampliação da cobertura em ESBs em Itaboraí. Da mesma forma, é válido estudar a possibilidade de habilitação regionalizada de CEO que atenda a ambos os municípios, a fim de oferecer aos usuários a opção de realizar tratamento endodôntico.

**Gráfico 37: Reg. Metropolitana II  
Exodontia de dente permanente**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

Em relação ao procedimento de atenção básica: “curetagem/pol.dentário”, podemos observar que, São Gonçalo mais uma vez apresenta o desempenho característico dos demais

procedimentos vistos anteriormente, onde tem trajetória ascendente até 2001, com pico neste ano, e queda importante da produção, e neste caso, também sem sinais significativos de recuperação até 2007.

Tanguá também repete o desempenho dos procedimentos anteriores, com volume irrisório durante todo o período estudado, e neste caso, acompanhado pelos municípios de Itaboraí e Silva Jardim. Vale notar que estes últimos municípios, ao contrário de Tanguá, apresentam cobertura por ESBs de 9,37% e 29,11% , respectivamente.

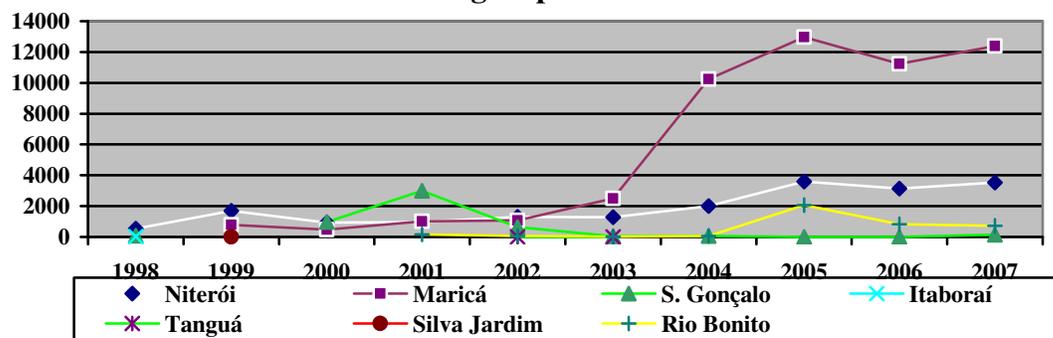
Enfatizamos que a não realização ou a informação em números irrisórios deste procedimento em localidades em que existem ESBs pode sugerir má orientação do gestor quanto ao perfil da assistência oferecida pelas ESBs e/ou má qualidade da informação.

O desempenho de Niterói neste procedimento é compatível com o desempenho que vem apresentando nas categorias vistas anteriormente, mostrando certa estabilidade no volume e uma discreta e progressiva ascensão a partir de 2005.

O desempenho de Maricá mostra um aumento significativo do volume deste procedimento, entre 2003 e 2005, com tendência a se manter estável desde então. Note-se que este município inseriu ESBs apenas em abril de 2006, o que indica que este salto tem relação com outros aspectos que fogem ao escopo desta pesquisa.

O município de Rio Bonito passa a ter desempenho considerável neste procedimento apenas em 2005. Este município habilitou ESBs em 2003, e conta hoje com 100% de cobertura.

**Gráfico 38: Reg. Metropolitana II  
Curetagem/pol. dentário**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

O procedimento “Atenção espec. Periodontia” foi oferecida por apenas quatro dos sete municípios desta região, a saber: Niterói, Maricá, São Gonçalo e Itaboraí. Mais uma vez,

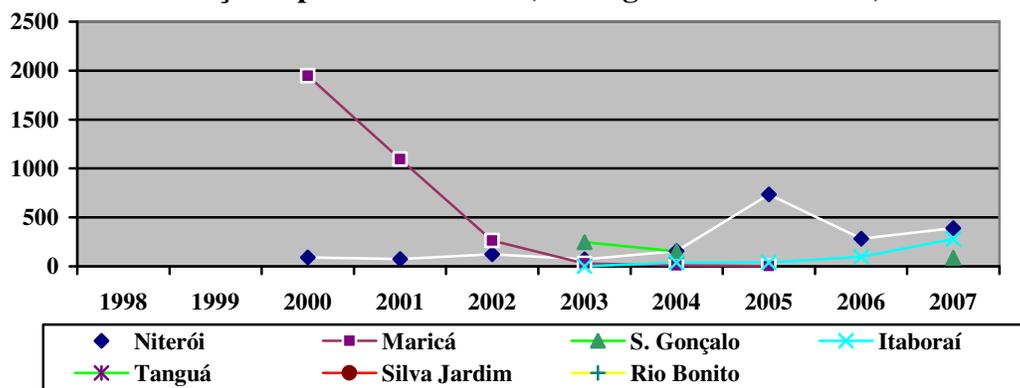
Niterói tem desempenho estável. Maricá inicia a oferta deste procedimento em 2000, com volume considerável, porém apresenta a seguir uma curva descendente e progressiva que resulta no encerramento desta oferta em 2005.

São Gonçalo realizou “Atenção espec. Periodontia” apenas nos anos 2003 e 2004 e em volume discreto, frente à sua população, não permitindo uma análise mais detalhada sobre este dado.

Itaboraí apresentou volume extremamente discreto na produção desse procedimento até 2006, seguindo-se uma considerável elevação em 2007.

Vale registrar que nesta região apenas Niterói possui um CEO habilitado, desde abril de 2007. Desta forma, não é possível estabelecer relação entre o desempenho desse procedimento com os incentivos da PNSB.

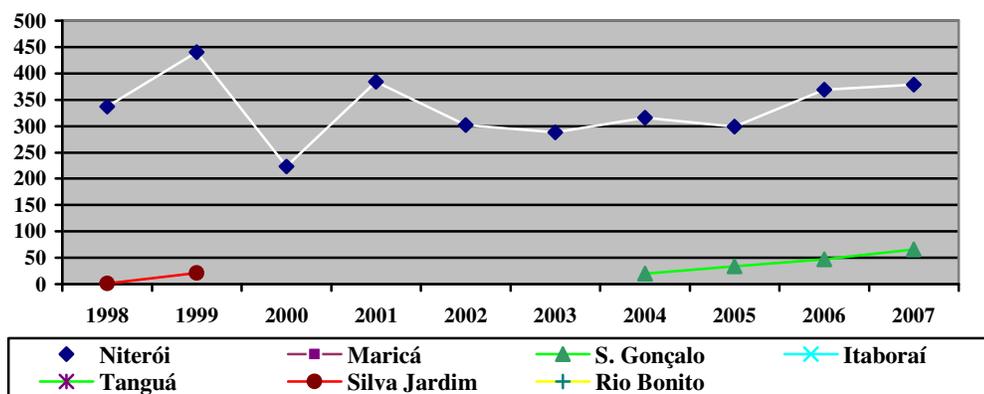
**Gráfico 39: Reg. Metropolitana II**  
**Atenção espec. Periodontia (curetagem sub/indivíduo)**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

Quanto ao tratamento endodôntico trirradicular, na região Metropolitana II apenas o município de Niterói apresenta volume estável deste procedimento durante o período pesquisado. Silva Jardim, além da baixíssima produção, encerrou esta oferta em 1999. São Gonçalo apresenta produção desde 2004, em curva ascendente, porém com valores irrisórios em consideração a sua população. Os demais municípios não oferecem este tipo de procedimento.

**Gráfico 40: Reg. Metropolitana II**  
**Endodontia trirradicular**

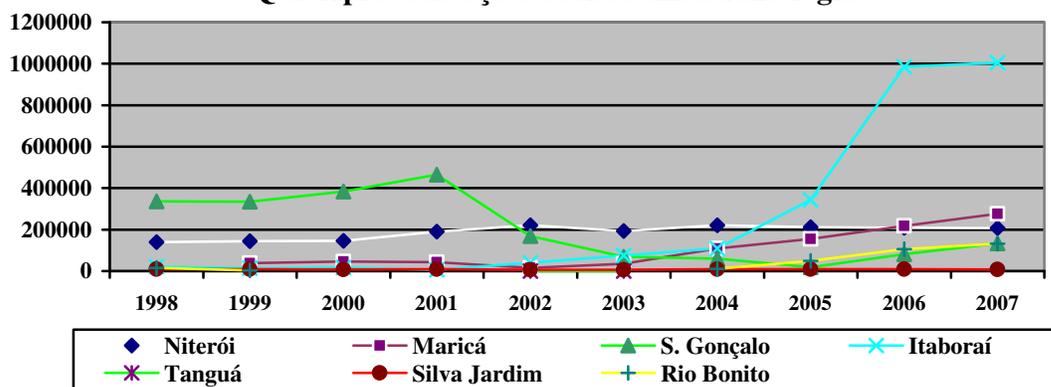


Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

No tocante ao conjunto das ações básica, São Gonçalo repete o desempenho dos procedimentos anteriores, apresentando pico em 2001 e queda progressiva até 2005, com discreto sinal de recuperação a partir de 2006.

Niterói apresentou uma tendência estável dessas ações durante todo o período pesquisado. Maricá e Rio Bonito apresentam curva ascendente e progressiva desde 2004. Enfatizamos que Rio Bonito habilitou ESBs em 2003, e cobre atualmente 100% da sua população. Já Maricá habilitou ESBs em 2006. Portanto, antes mesmo desta habilitação já havia interesse do município de Maricá em ampliar a oferta de ações básicas em saúde bucal.

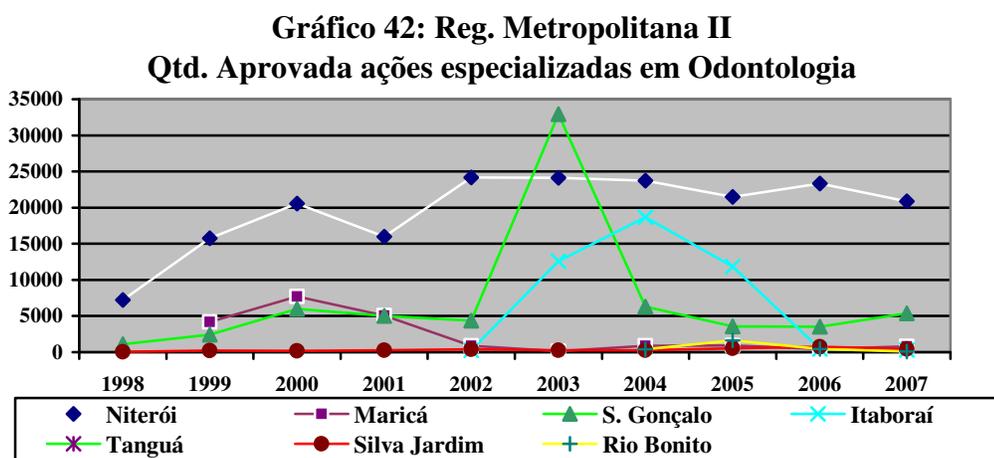
**Gráfico 41: Reg. Metropolitana II**  
**Qtd. Aprovada ações básicas em Odontologia**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

Em relação ao conjunto de ações especializadas, São Gonçalo, tal como ocorreu para os outros procedimentos estudados, apresentou desempenho irregular, porém deslocando o pico para o ano de 2003. Da mesma forma, o pico foi seguido de queda brusca, neste caso com sinais de recuperação em 2007. Destacamos a importância deste município ser mais detalhadamente estudado, sobretudo a respeito da sua não adesão às modalidades de incentivo para o desenvolvimento de estratégias de atenção à saúde bucal como oferecidas pela PNSB.

O município de Niterói, apesar de uma oscilação negativa em 2001, apresenta estabilidade no volume de procedimentos especializados no período pesquisado. A análise do desempenho do município na oferta de ações em saúde bucal confirma sua independência em relação às políticas de incentivo do MS nesta área específica.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

#### **4.2.7 Região Noroeste**

Esta região é composta por 14 municípios: Bom Jesus de Itabapoana, Itaperuna, Santo Antônio de Pádua, Natividade, Varre e Sai, Porciúncula, Laje do Muriaé, São José do Ubá, Italva, Cardoso Moreira, Aperibé, Itaocara, Cambuci, e Miracema. O IDH médio da região nesta época era de 0,734, sendo Varre e Sai o município que apresentava o menor valor (0,679) e Itaperuna o município com o maior valor (0,787). Mais cinco municípios encontravam-se acima da média da região: Bom Jesus de Itabapoana (0,746), Santo Antônio de Pádua (0,754), Natividade (0,736), Aperibé (0,756) e Itaocara (0,771).

De acordo com as normas assistenciais do SUS, ano de 2007, somente Itaperuna estava habilitado em GPSM. Os demais municípios da região estavam habilitados em GPABA.

O município da região que recebe o maior volume de recursos do SUS correspondentes ao PAB-fixo é Itaperuma. De forma oposta, o município de Varre e Sai, por ser o município com menor contingente populacional da região, recebe o menor volume de repasses federais. No tocante a atenção à saúde bucal, Bom Jesus de Itabapoana, por ser o município da região com maior número de ESBs na ESF, recebe um volume maior de recursos para atenção a saúde nesta área específica.

Quanto à natureza jurídica, não existem estabelecimentos sob responsabilidade federal na região Noroeste. Entretanto, a região conta com 2 estabelecimentos de origem estadual, situados nos municípios de Aperibé e Itaperuna e com 147 estabelecimentos municipais.

Bom Jesus de Itabapoana (27) e Itaperuma (24) concentram o maior número desses estabelecimentos. Os dois municípios que têm menor número de estabelecimentos são Varre e Sai (5) e São José do Ubá (5). Segundo a pesquisa do IBGE na região existem 87 estabelecimentos que oferecem assistência ambulatorial odontológica. Entretanto, no tocante à assistência emergencial em CTBMF, somente três municípios prestam este tipo de assistência. São eles: Bom Jesus de Itabapoana (2), Santo Antônio de Pádua (1) e Itaocara (1).

No tocante a atenção básica através das ESF, o quadro 15 mostra a implantação das ESBs nos municípios da região em 2007.

**Quadro 15 Situação das ESBs e ESFs na Região Noroeste em dez/ 07**

Região Noroeste	Mês/ano inserção ESBs	Nº atual de ESBs implantadas	Mod.	Pop. Total dez/ 2007	% cob. da Pop/ ESBs	Nº atual ESFs	% cob.da Pop/ ESF
Bom Jesus de Itabapoama	09/05	9	I	36.450	100%	9	85,19 %
Itaperuna	06/05	-	-	93.165	-	16	59,25 %
S. Antônio de Pádua	07/04	4	I	42.686	64,66 %	8	64,66 %
Natividade	12/04	5	4 M I 1 M II	15.485	100%	7	100%
Varre e Sai	05/06	3	1 M I 2 M II	8.391	100%	3	100%
Porciúncula	07/05	7	I	16.980	100%	7	100%
Laje do Muriaé	01/04	3	I	8.238	100%	3	100%
S. José de Ubá	09/03	2	I	6.739	100%	3	100%
Italva		-	-	12.515	-	2	55,13 %
Cardoso Moreira		-	-	12.718	-	-	
Aperibé	03/05	3	I	9.279	100%	3	100%
Itaocara	-	-	-	23.055	-	3	44,89 %
Cambuci	01/03	1	I	22.055	47,92 %	6	100%
Miracema	01/04	5	I	28.522	100%	5	60,48 %

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DAB/ MS

De acordo com o quadro acima, somente o município de Cardoso Moreira não possui ESFs. Conseqüentemente este município também não conta com ESBs. Além de Cardoso Moreira, mais três municípios não oferecem este tipo de cobertura. São eles: Itaperuna, Italva e Itaocara.

Na região, sete municípios oferecem a seus municípios, cobertura de 100% na ESF. São eles: Natividades, Porciúncula, Varre e Sai, Laje do Muriaé, São José do Ubá, Aperibé e Cambuci. Desse total de municípios, o único município que não conta também com 100% de cobertura para atuação das ESBs é Cambuci ( 47,92%). Ainda em relação à cobertura populacional das ESBs, além dos municípios já mencionados, Miracema e Bom Jesus de

Itabapoana, também oferecem 100% desse tipo de cobertura.

Quanto à modalidade de implantação, com exceção de Natividade e Varre e Sai que têm equipes implantadas nas modalidades I e II, todos os demais municípios só possuem ESBs na modalidade I.

No tocante a atenção especializada, na região existem 5 CEOs habilitados nos seguintes municípios: Bom Jesus de Itabapoana (tipo II), Itaperuna (tipo III), Natividade (tipo II), Porciúncula (tipo II) e Santo Antônio de Pádua (tipo I). Deste total de municípios, Itaperuna, Natividade e Santo Antônio de Pádua também possuem cada um, 1 LRPD.

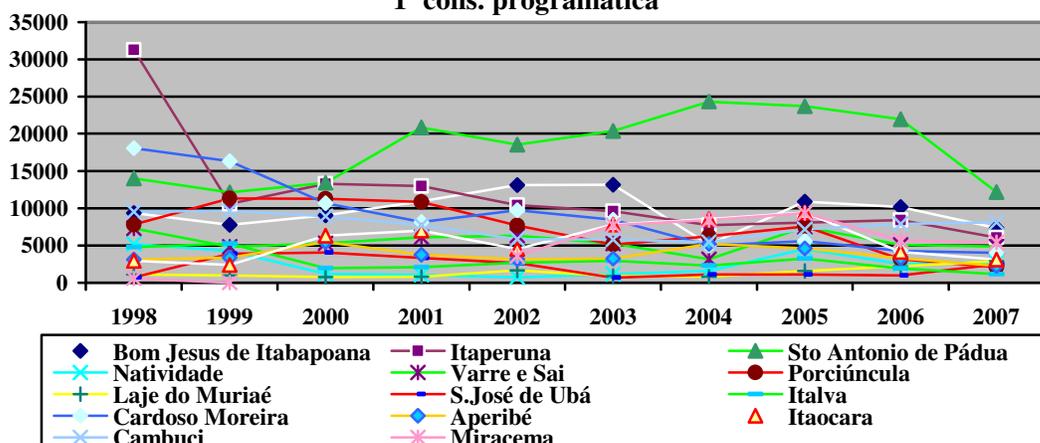
Chama-nos a atenção o fato de Itaperuna possuir um CEO tipo III e não ter habilitado ainda ESBs.

Quanto à produção ambulatorial, para a categoria 1ª consulta programática podemos observar que:

Dos 14 municípios da região apenas 4 apresentaram tendência ascendente ainda que discreta, no volume desse procedimento. São eles: São José de Ubá, Cambuci, Natividade, Laje do Muriaé. Entretanto este desempenho expressa uma tentativa de recuperação de valores obtidos entre os 2000 e 2005. Todos esses municípios apresentam 100% de cobertura em ESBs, com exceção de Cambuci, que apresenta um valor de apenas 47,92% desta cobertura.

Os 10 municípios restantes tiveram desempenho descendente ao longo do período estudado, ainda que com oscilações variáveis. Destes, Itaperuna, Italva, Cardoso Moreira e Itaocara não possuem ESBs habilitadas. Causa-nos estranheza que os demais tenham apresentado valores decrescentes nesta categoria já que possuem ESBs. Este fato é ainda mais relevante para aqueles que têm 100% de cobertura, a saber: Bom Jesus de Itabapoana, Varre e Sai, Porciúncula, Aperibé e Miracema. Santo Antonio de Pádua tem cobertura de 64,66%.

**Gráfico 43: Reg. Noroeste**  
**1ª cons. programática**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

Em relação à “exodontia de dente permanente” 9 municípios da região, apresentaram curva descendente para esta categoria. São eles: Bom Jesus de Itabapoana, Itaperuna, Santo Antônio de Pádua, Natividade, Varre e Sai, Laje de Muriaé, Aperibé, Itaocara e Miracema.

Santo Antônio de Pádua (64,66% cobertura em ESBs), apresentou uma redução no volume de exodontias que, quando relacionada com a sua significativa redução no volume de 1ªs consultas programáticas, sugere uma retração do acesso à atenção em saúde bucal naquele município.

Em Itaperuna a redução no volume de exodontias pode estar relacionada à suspensão das atividades das ESBs em 08/2007.

Itaocara não possui ESBs, não permitindo uma análise sobre este desempenho negativo.

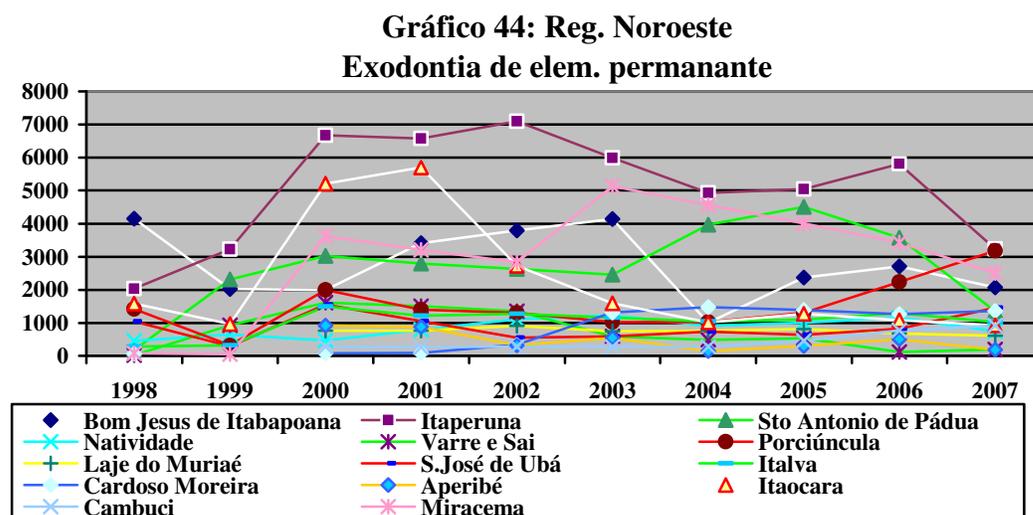
Causa-nos estranhamento que os municípios de Bom Jesus de Itabapoana, Varre e Sai, Laje de Muriaé, Aperibé e Miracema que contam com 100% de cobertura em ESBs, tenham apresentado esta queda, uma vez que a mesma não pode ser relacionada nem com ampliação do acesso (expresso pelo volume ascendente de 1ªs consultas programáticas), nem tampouco com o referenciamento para atenção especializada, nestes municípios. Exceção deve ser feita a Laje de Muriaé, que apresentou aumento do acesso.

Em Natividade, que também conta com 100% de cobertura em ESBs, esta queda no volume de exodontias pode ser relacionada com um maior volume tanto de endodontias trirradiculares, como de periodontia especializada, ambos procedimentos referenciados para

o CEO.

Porciúncula, São José do Ubá, Italva, Cardoso Moreira e Cambuci, elevaram seus volumes de exodontias. Destes, municípios, São José do Ubá e Cambuci tiveram também aumento no volume de 1<sup>as</sup> consultas programáticas. Este fato sugere ampliação do acesso o que pode justificar um maior número de exodontias.

Causa-nos estranheza que Porciúncula, ainda que conte com um CEO e tenha 100% de cobertura para as ESBs, tenha apresentado redução no número de 1<sup>as</sup> consultas e um considerável aumento no volume de exodontias. Este fato pode indicar a manutenção de um modelo assistencial mutilador que vem de encontro com a proposta atual expressa pela PNSB.



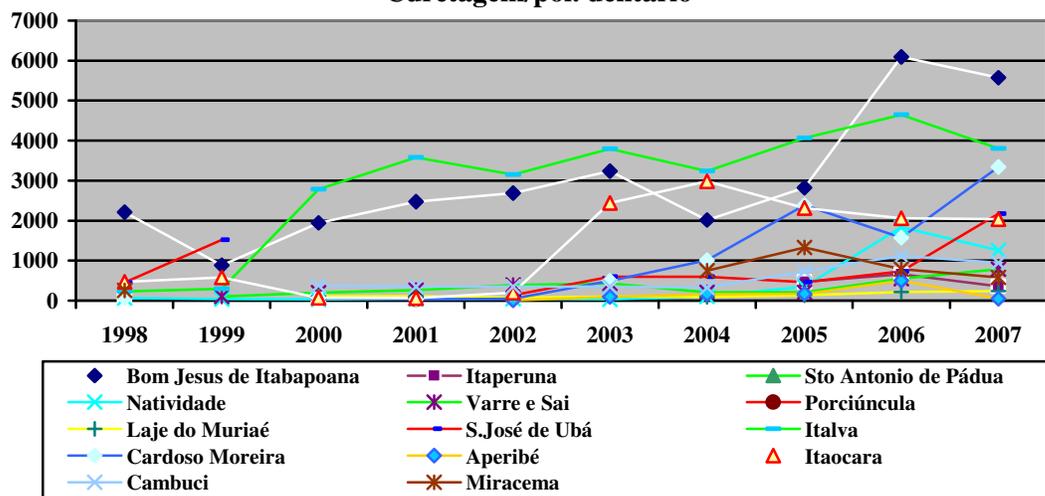
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

A leitura dos dados relativos ao procedimento “Curetagem/pol.dentário” nos permite dizer que dos 14 municípios desta região, apenas 5 tiveram incremento no volume deste procedimento, a saber: Varre e Sai, Laje de Muriaé, São José do Ubá, Cardoso Moreira e Itaocara. Vale registrar que os dois últimos municípios citados não possuem ESBs habilitadas, indicando o interesse do gestor local na oferta de atenção à saúde bucal. Ademais destacamos que Laje de Muriaé também teve aumento no procedimento 1<sup>a</sup> consulta programática, o que sugere ampliação do acesso.

Os municípios de Bom Jesus de Itabapoana, Itaperuma, Natividade, Italva, Aperibé, Cambuci, e Miracema apresentaram uma curva descendente no que tange este procedimento.

Todos estes municípios tiveram queda no volume de 1ªs consultas programáticas. Interessante notar que Bom Jesus de Itabapoana e Natividade possuem ESBs com cobertura populacional de 100%.

**Gráfico 45: Reg. Noroeste  
Curetagem/pol. dentário**



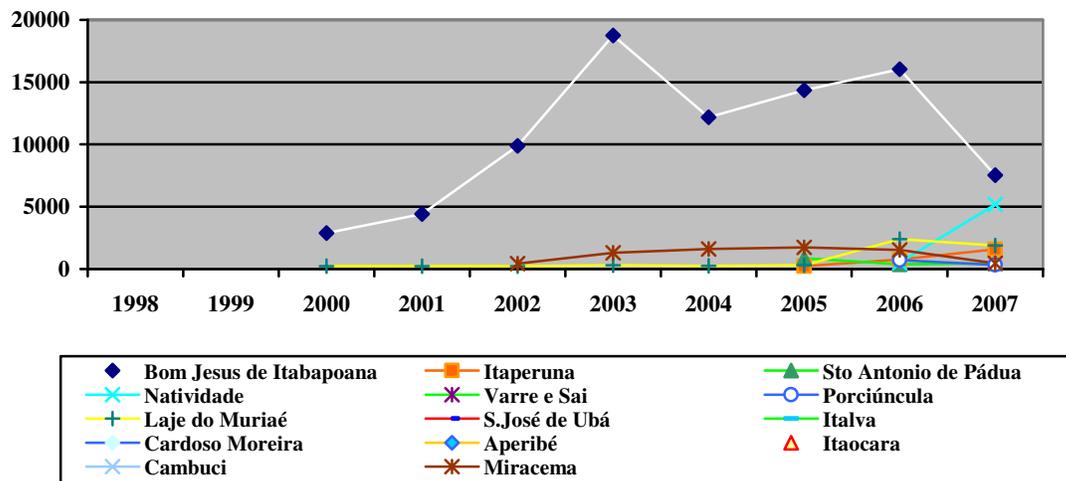
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

Em relação ao procedimento “Atenção especializada de Periodondia” o gráfico 46 expressa que, 6 municípios da região Noroeste, não oferecem este tipo e procedimento especializado: Varre e Sai, São José do Ubá, Italva, Cardoso Moreira, Aperibé, Itaocara e Cambuci. Nenhum destes possui CEO.

Dentre os municípios que oferecem este procedimento, somente 3 apresentaram desempenho ascendente: Itaperuma, Santo Antônio de Pádua e Natividade. Todos estes possuem CEOs.

Porciúncula, Laje do Muriaé, Miracema e Bom Jesus de Itabapoana demonstraram desempenho descendente no procedimento em questão. Destes, causa-nos estranheza o fato de que Porciúncula e Bom Jesus de Itabapoana possuem CEO em seu território e terem reduzido o volume da produção deste tipo de procedimento.

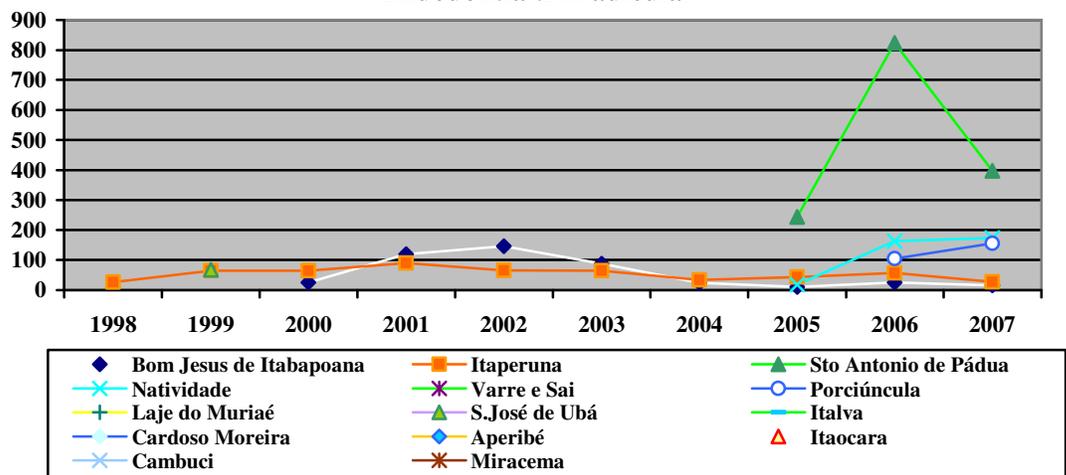
**Gráfico 46: Reg. Noroeste**  
Atenção espec. Periodontia (curetagem sub/ indivíduo)



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

O procedimento Endodontia trirradicular é oferecido nos 5 municípios da região Noroeste que possuem CEOs: Bom Jesus de Itabapoana, Itaperuna, Santo Antônio de Pádua, Natividade e Porciúncula. Portanto, nesta região não existe este tipo de oferta assistencial fora dos padrões da PNSB.

**Gráfico 47: Reg. Noroeste**  
Endodontia trirradicular



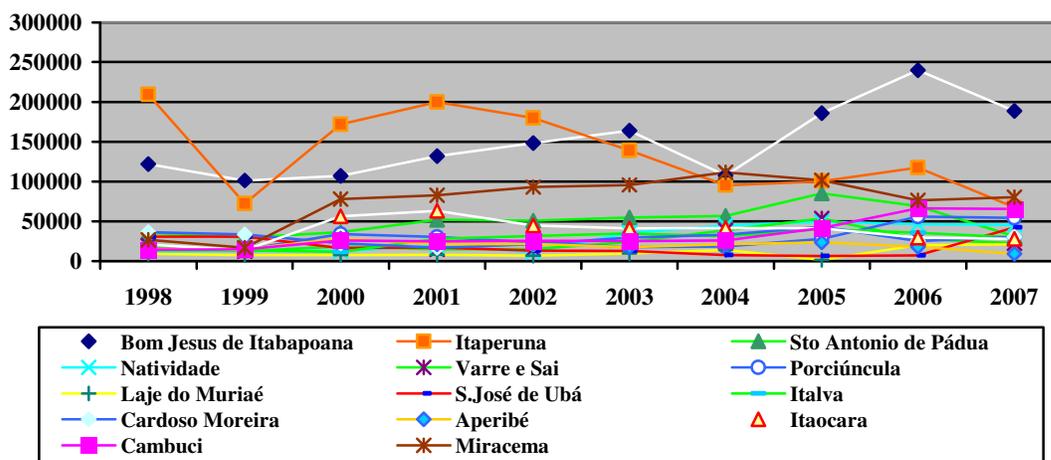
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

Em relação à totalidade de ações em Atenção Básica, os municípios de Bom Jesus de Itabapoana, Itaperuna, Santo Antônio de Pádua, Natividade, Varre e Sai, Porciúncula, Italva,

Aperibé, Itaocara e Cambuci tiveram queda no desempenho desta categoria. Convém lembrar que desse conjunto de municípios, somente Itaocara e Italva não possuem ESBs. Santo Antônio de Pádua (64,66%) e Cambuci (47,92%) apresentam coberturas parciais em relação a atuação das ESBs, enquanto que os demais municípios apresentam 100% desse tipo de cobertura. Vale notar que, nesses municípios que apresentam 100% de cobertura pelas ESBs, não é esperado que ocorra queda no volume da produção em Atenção Básica, já que o modelo proposto pela ESF vai além da assistência, e considera também a promoção e a prevenção em saúde.

Laje do Muriaé, São José do Ubá, Cardoso Moreira e Miracema apresentaram curvas ascendentes para esse tipo e procedimento. À exceção de Cardoso Moreira, que não conta com ESF, todos estes municípios apresentam 100% de cobertura para a ação das ESBs. Nessa perspectiva vale destacar o desempenho do município de Cardoso Moreira, que apresentou um maior volume de ações em atenção básica, mesmo sem contar com os benefícios da PNSB.

**Gráfico 48: Reg. Noroeste**  
**Qtd. Aprovada - ações básicas em Odontologia**

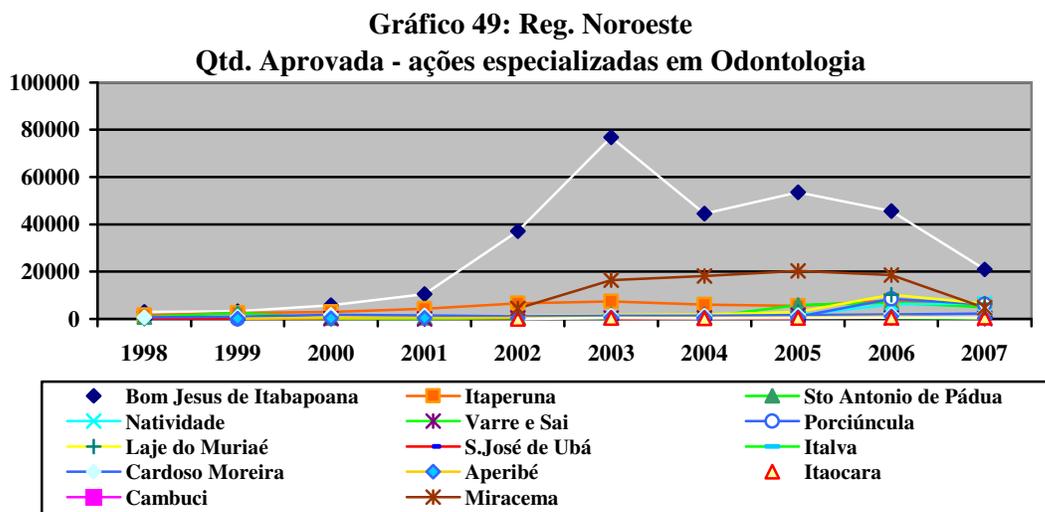


Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

Em relação ao conjunto das ações especializadas, Italva e Cambuci, durante o período estudado, não realizaram nenhum procedimento deste tipo.

Natividade, São José do Ubá e Cardoso Moreira foram os únicos municípios da região que apresentaram curva ascendente para essa categoria. Desses três municípios, vale registrar

que Cardoso Moreira é o único que não possui CEO, e mesmo assim apresentou um desempenho positivo para ações especializadas (ainda que não sejam os procedimentos escolhidos para esta pesquisa), tal como ocorreu com o conjunto das ações de atenção básica.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

#### 4.2.8 Região Norte

Compõem esta região oito municípios: São Francisco de Itabapoana, São João da Barra, São Fidelis, Quissamã, Conceição de Macabu, Macaé, Campos dos Goytacazes e Carapebus.

Em 2000, segundo o Censo do IBGE, a região possuía 686.188 habitantes representando 5 % da população total do estado do Rio de Janeiro. O IDH médio da região neste mesmo período era de 0,737. Aquela época, Macaé foi o município que apresentou o maior valor (0,790) enquanto São Francisco de Itabapoana registrou o menor valor (0,688). Outros municípios que apresentaram valores de IDH abaixo da média da região foram São João da Barra e Quissamã.

De acordo com as normas assistenciais do SUS, ano de 2007, todos os municípios desta região estavam habilitados em GPABA. Portanto está é a única região do estado que

não possuía municípios habilitados em GPSM.

Na região o município que recebe o maior volume de recursos do SUS para atenção a básica é Campos dos Goytacazes. Na seqüência, aparece Magé, mas como este ultimo município apresenta um contingente populacional menor que o primeiro, o volume de recursos federais que recebe é cerca de 2 vezes e meia o valor correspondente a Campos dos Goytacazes. Por outro lado, Carapebus é o município que o menor volume de recursos correspondentes ao PAB-fixo.

No tocante a atenção à saúde bucal, novamente Campos dos Goytacazes por ser o município da região com maior número de ESBs na ESF, recebe um volume maior de recursos federais.

Quanto à natureza jurídica, vale registrar que não existem estabelecimentos estaduais nesta região. Dos estabelecimentos de saúde existentes, 255 são municipais enquanto que 2 são de responsabilidade federal (São João da Barra). Deste total, 125 estão localizados em Campos dos Goytacazes e 53 em Macaé. Estes dois municípios juntos concentram cerca de 60% dos estabelecimentos existentes na região.

No tocante a assistência ambulatorial odontológica, a região conta com um total de 208 estabelecimentos que realizam este tipo de atenção. Novamente, Campos dos Goytacazes (112) e Macaé (30) concentram 68 % destes estabelecimentos.

Em relação à assistência emergencial em CTBMF, somente os municípios de Campos dos Goytacazes (1) e Macaé (1) oferecem este tipo de serviço.

No que diz respeito à atenção básica através da ESF, o quadro 16 mostra a situação de implantação das ESBs nos municípios da região em 2007.

**Quadro 16 Situação das ESBs e ESFs na Região Norte em dez/07**

Região Norte	Mês/ano inserção ESBs	Nº atual de ESBs implantadas	Mod.	Pop. Total dez/2007	% cob. da Pop/ ESBs	Nº atual ESFs	% cob.da Pop/ ESF
São Francisco de Itabapoama	01/06	2	I	47.006	29,36%	2	14,68%
São João da Barra	-	-	-	28.775	-	1	11,99%
São Fidelis	-	-	-	38.494	-		
Quissamã	-	-	-	16.044	-	1	21,50%
Conceição de Macabu	01/07	2	I	20.251	68,14%	3	51,11%
Macaé	07/04	8	I	160.831	34,32%	25	5,63%
Campos dos Goytacazes	04/02	9	I	493.020	14,41%	9	7,20%
Carapebus	-	-	-	11.174	-	4	100%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DAB/ MS

Segundo a leitura dos dados, somente quatro municípios possuem ESBs em atuação: São Francisco de Itabapoana, Conceição de Macabu, Macaé e Campos dos Goytacazes. Entretanto, segundo a SESDEC, o município de Quissamã possui duas ESBs habilitadas, ainda que sem produção e/ou sem informar ao sistema.

Conceição de Macabu é o município que oferece o maior percentual de cobertura para as ESBs (68,14%), enquanto que em Campos dos Goytacazes este percentual é o mais baixo da região (14,41%).

Vale notar que apesar de Carapebus oferecer 100% de cobertura para as ESFs, este município ainda não possui ESBs habilitadas.

Quanto à modalidade de implantação, todos os municípios que possuem ESBs, as têm, implantadas nas modalidades I.

No que diz respeito à atenção especializada, esta é a única região do estado que ainda não possui CEOs e/ou LRPDs habilitados.

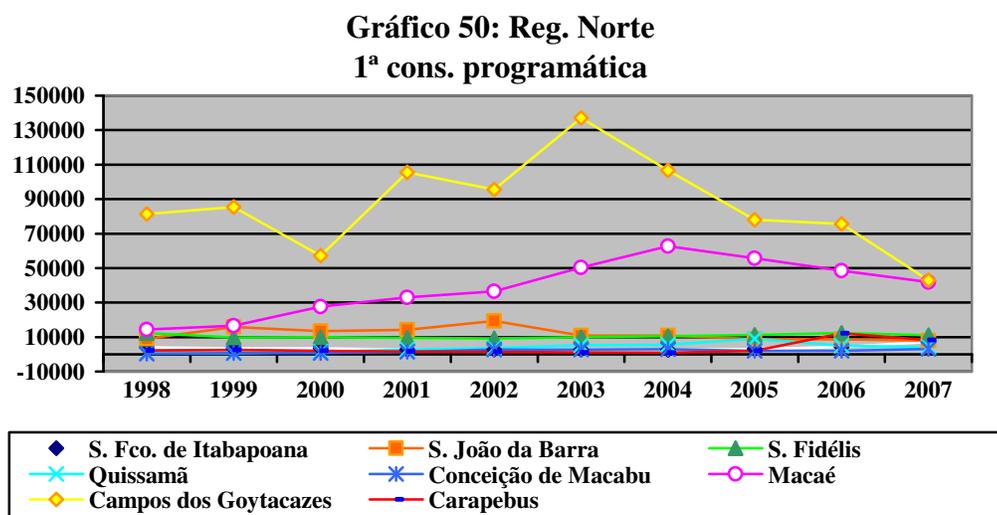
Os gráficos 50 a 57 são representativos da produção ambulatorial dos municípios da região Norte.

No tocante à “1ª consulta programática”, dos 8 municípios da Região Norte, 4

apresentaram queda no volume da produção desse procedimento. São eles: São João da Barra, Quissamã, Macaé e Campos dos Goytacazes. Destes, apenas os dois últimos apresentam cobertura ainda que parcial para ESBs (34,32% e 14,41% , respectivamente).

Por outro lado, a tendência ascendente deste procedimento demonstrada pelos municípios de São Francisco de Itabapoana e Conceição de Macabu pode ter sido favorecida pela habilitação recente de ESBs (janeiro de 2006 e janeiro 2007 respectivamente).

Carapebus ainda que não conte com atuação de ESBs, vem demonstrando curva ascendente neste procedimento, apresentando, inclusive, um pico em 2006.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

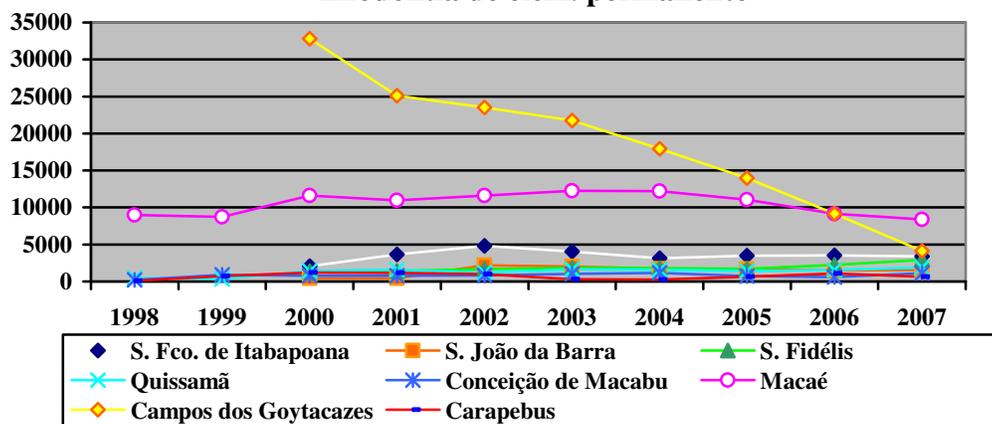
No que diz respeito ao procedimento “exodontia de elem. permanente”, três municípios da Região Norte apresentaram redução no volume desse procedimento, a saber: Macaé, Campos dos Goytacazes e Carapebus.

Macaé e Campos dos Goytacazes, como visto anteriormente, além da baixa cobertura das ESBs, apresentaram um decréscimo no volume de 1ªs consultas durante o mesmo período. Este fato sugere que a queda do volume de exodontias esta relacionada com o menor acesso à atenção em saúde bucal, nestes municípios. Em Carapebus ocorreu o inverso, ou seja, a redução do volume de exodontias ocorreu ao mesmo tempo em que o acesso foi ampliado. Este município, mesmo sem contar com ESBs ou CEOs, pode estar minimizando a realização de procedimentos mutiladores em saúde bucal.

Quissamã, São Fidelis e Conceição de Macabu vêm realizando maiores volumes de exodontias ao longo do período estudado. Destes, São Fidelis e Conceição de Macabu, apresentaram de forma concomitante a esse aumento, uma ampliação no acesso à atenção em saúde bucal.

Quissamã aumentou o volume deste procedimento, ao mesmo tempo em que apresentou volumes decrescentes de 1<sup>as</sup> consultas. Este fato sugere um perfil assistencial menos conservador. O mesmo comentário pode ser feito em relação a São João da Barra, onde ocorreu uma estabilidade no volume de exodontias, mesmo com queda no acesso à 1<sup>as</sup> consultas.

**Gráfico 51: Reg. Norte**  
**Exodontia de elem. permanente**



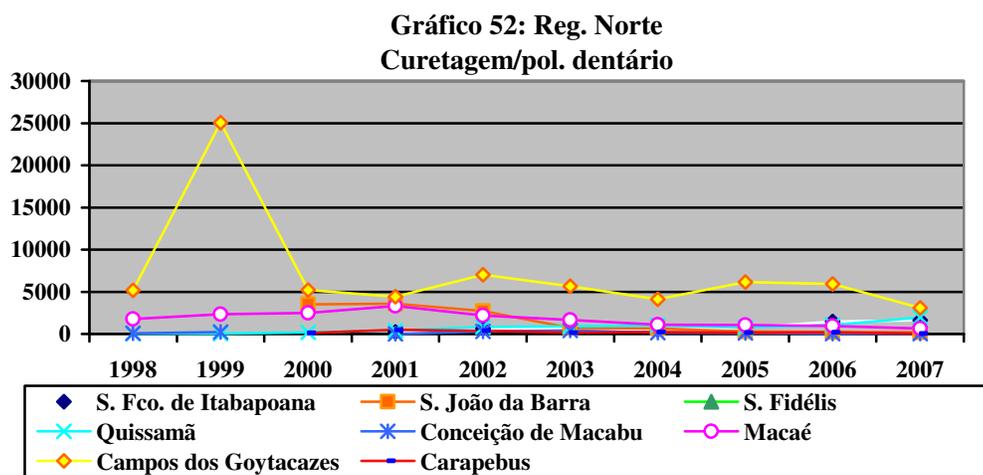
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

No tocante ao procedimento “curetagem/pol. dentário”, dos oito municípios desta região, cinco apresentaram volumes descendentes para esse procedimento básico de Periodontia. São eles: São João da Barra, Conceição de Macabu, Macaé, Campos dos Goytacazes e Carapebus. Do total desses municípios, Conceição de Macabu, Macaé e Campos dos Goytacazes têm cobertura populacional parcial em relação à atuação das ESBs, sendo a maior cobertura encontrada em Conceição de Macabu (68,14%). Nesses municípios, consideramos a possibilidade de ampliação da cobertura das ESBs.

São Francisco de Itabapoana e Quissamã aumentaram o volume de “curetagem/pol.

dentário”. Vale registrar que o primeiro município conta com cobertura de 29,36% para as ESBs enquanto que o segundo ainda não possui este tipo de estratégia assistencial. Em São Francisco de Itabapoana ocorreu também aumento do acesso e estabilidade no volume de exodontias. Ao contrário em Quissamã ocorreu aumento do número de exodontias mesmo tendo apresentado uma redução no acesso.

São Fidélis não informou ou não realizou este procedimento no período estudado.



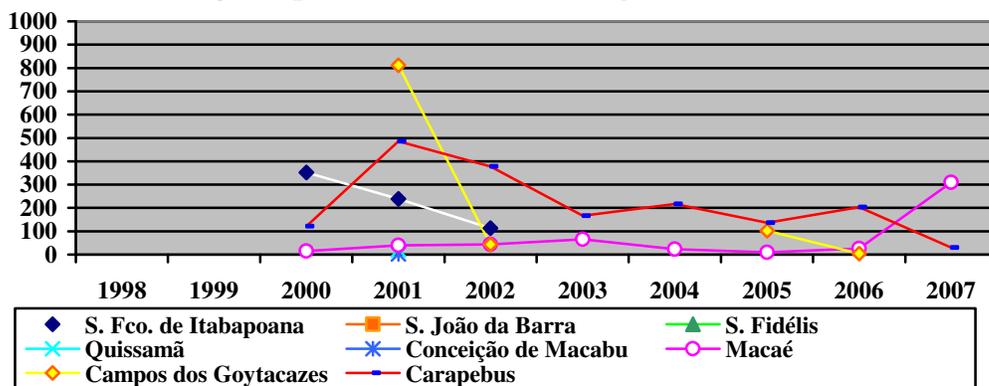
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

Em relação à categoria “Atenção espec. Periodontia” os dados revelam que cinco municípios da Região Norte não oferecem aos seus munícipes procedimentos especializados em Periodontia. São eles: São Francisco de Itabapoana, São João da Barra, São Fidélis, Quissamã, Conceição de Macabu.

Campos dos Goytacazes e Carapebus apresentaram desempenhos descendentes na produção destas ações.

Macaé foi o único município da região que ampliou em 2007 as ações especializadas em periodontia. Este fato indica um esforço do município no sentido de ampliar a assistência odontológica ofertada aos seus munícipes. Vale lembrar que esta região é a única que ainda não conta com CEOs e LRPDs.

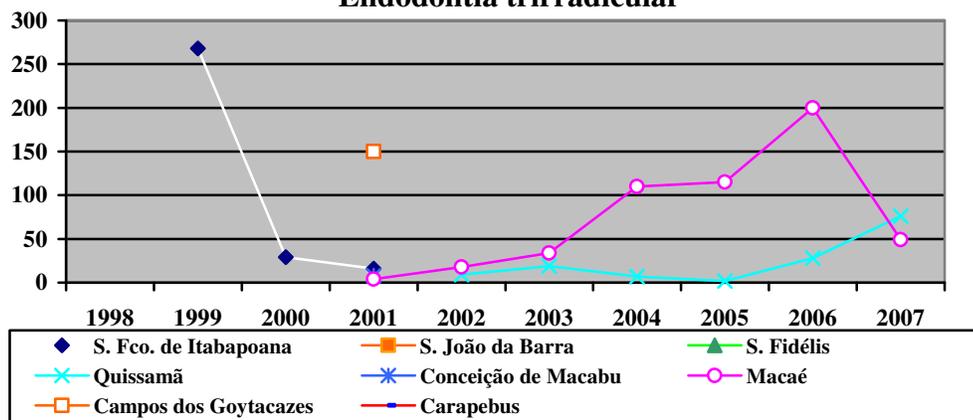
**Gráfico 53: Reg. Norte**  
**Atenção espec. Periodontia (curetagem sub/indivíduo)**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

Em relação à categoria “Endodontia trirradicular”, destacamos que somente dois municípios na região Norte oferecem este tipo de tratamento. São eles: Quissamã e Macaé, sendo que esse último município reduziu drasticamente o volume de tratamento de canal de molares em 2007.

**Gráfico 54: Reg. Norte**  
**Endodontia trirradicular**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

A análise do conjunto das “ações básicas em Odontologia” na região permite-nos, dizer que apenas dois municípios apresentaram desempenho descendente para esse tipo de ações: Campos dos Goytacazes e Carapebus. Convém lembrar que Carapebus não conta ainda com cobertura de ESBs e que em Campos a atuação dessas equipes cobre somente 14,41% da

população.

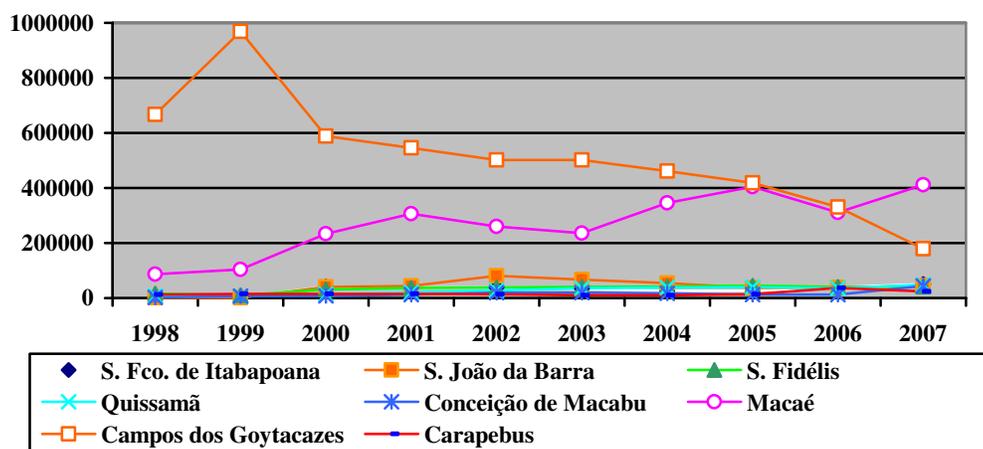
São Fidelis vem mantendo desempenho estável na produção de ações básicas, repetindo o perfil demonstrado em 1ªs consultas programáticas.

Os municípios de São Francisco de Itabapoana, São João da Barra, Quissamã, Conceição de Macabu e Macaé apresentaram curvas ascendentes para o conjunto dessas ações. Vale registrar que desses municípios somente São João da Barra não possui ESBs habilitadas. Em São Francisco de Itabapoana as ESBs passaram a atuar em janeiro de 2006 com uma cobertura de 29,36%. Ainda que a cobertura seja baixa, ocorreu no município uma ampliação de acesso que é coincidente com o aumento de volume das ações básicas praticadas por esse município nos dois últimos anos da pesquisa.

Em 2007, Conceição de Macabu triplicou o volume de sua produção de ações básicas fato que também é coincidente e coerente com a implantação, em janeiro de 2007, das ESBs com cobertura de 68,14 %.

O município de Macaé possui ESBs desde julho de 2004 com cobertura de 34,32% da sua população. De forma coincidente, desde 2004 esse município vem apresentando uma tendência ascendente para o volume da produção de ações básicas.

**Gráfico 55: Reg. Norte**  
**Qtd. Aprovada - ações básicas em Odontologia**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

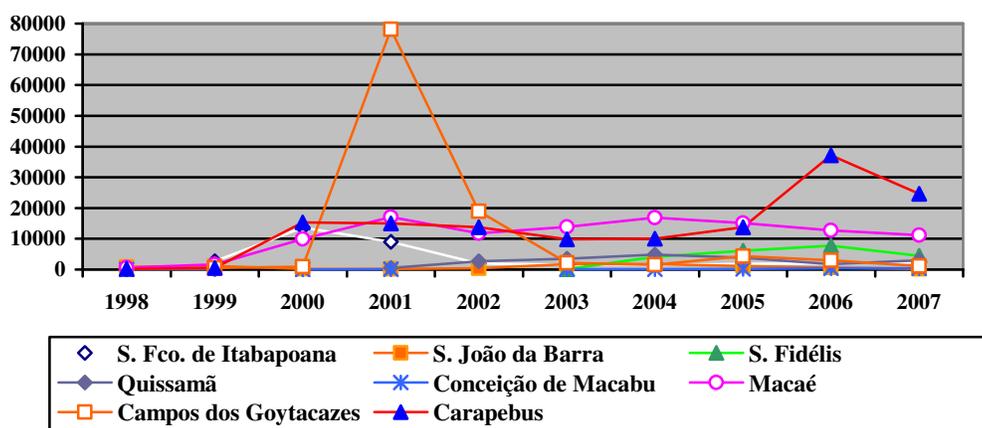
No tocante ao conjunto das ações especializadas, ainda que não existam CEOs nesta região, apresentaram aumento no conjunto deste tipo de ação os seguintes municípios: São Francisco de Itabapoana, Quissamã, Conceição de Macabu e Carapebus.

São João da Barra, São Fidelis, Macaé e Campos dos Goytacazes apresentaram retração de volume no conjunto destas ações.

Considerando a ausência de CEOs na Região Norte, vale destacar que as ações especializadas realizadas nestes municípios não foram estimuladas pelos incentivos inseridos na PNSB.

Diante da análise da região Norte, destacamos que os municípios de Campos dos Goytacazes e Macaé precisam ser estudados mais detalhadamente, pois Campos dos Goytacazes, apresentou retração em todas as categorias pesquisadas. De forma semelhante, Macaé somente apresentou aumento de volume nos procedimentos especializados em Periodontia e no conjunto das ações básicas. Ainda que estes municípios contem com baixas coberturas das ESBs e não possuam CEOs habilitados, seria válido investigar mais atentamente outras razões que justifiquem esses desempenhos descendentes.

**Gráfico 56: Reg. Norte**  
**Qtd. Aprovada - ações especializadas em Odontologia**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

#### **4.2.9 Região Serrana**

Esta região é composta por dezesseis municípios: Teresópolis, Petrópolis, Guapimirim, São José do Vale do Rio Preto, Sumidouro, Carmo, Nova Friburgo, Cachoeiras de Macacu, Bom Jardim, Duas Barras, Cordeiro, Macuco, Cantagalo, São Sebastião do Alto, Trajano de Moraes e Santa Maria Madalena.

Segundo o Censo de 2000 (IBGE), a região possuía então 835.586 habitantes representando 6 % da população total do estado do Rio de Janeiro. O IDH médio da região neste mesmo período era de 0,747 sendo Nova Friburgo o município com maior valor (0,810) e os municípios de Duas Barras e Sumidouro que apresentaram o menor valor (0,712). Além desses dois, mais seis municípios apresentaram valores de IDH abaixo da média. São eles: Guapimirim, São José do Vale do Rio Preto, Bom Jardim, São Sebastião do Alto, Trajano de Moraes e Santa Maria Madalena.

De acordo com as normas assistenciais do SUS, ano de 2007, os municípios de Teresópolis, Petrópolis, Guapimirim, Sumidouro, Carmo e Nova Friburgo estavam habilitados GPSM. Os demais municípios estavam habilitados em GPABA.

No tocante ao repasse de recursos federais, Petrópolis é o município que recebe o maior volume de recursos do SUS correspondentes ao PAB-fixo. Seguem-se os municípios de Nova Friburgo e Teresópolis, já que estes são os três municípios com maiores contingentes populacionais da região. Em situação oposta encontram-se Macuco, São Sebastião do Alto e Trajano de Moraes, pois estes são os municípios que recebem os menores volumes de recursos na região.

No tocante a atenção à saúde bucal, novamente Petrópolis por ser o município da região com maior número de ESBs na ESF, recebe um volume maior de recursos federais.

Quanto à natureza jurídica, segundo o IBGE, existem na região 250 estabelecimentos de saúde municipais, 2 estaduais (Carmo e Nova Friburgo) e 8 federais (7 em Petrópolis e 1 em Carmo). Portanto na região o município de Carmo é o único que conta com estabelecimentos de saúde pertencentes aos três níveis de governo.

Ainda de acordo com a pesquisa, existem na região 173 estabelecimentos de saúde que oferecem assistência ambulatorial odontológica. Novamente Petrópolis é o município de concentra o maior número desses estabelecimentos. No tocante a assistência emergencial em

CTBMF, na região existe 7 serviços que oferecem este tipo de assistência localizados nos seguintes municípios: Nova Friburgo (4), Teresópolis (1), Petrópolis (1) e São Sebastião do Alto (1). No tocante a atenção básica através da ESF, o quadro 17 mostra a situação de implantação das ESBs nos municípios da região em 2007.

**Quadro 17 Situação das ESBs e ESFs na Região Serrana em dez/07**

Região Serrana	Mês/ano inserção ESBs	Nº atual de ESBs implantadas	Mod.	Pop. Total dez/2007	% cob. da Pop/ ESBs	Nº atual ESFs	% cob.da Pop/ ESF
Teresópolis	-	-	-	150.924	-	14	32,00%
Petrópolis	01/06	10	I	310.216	22,24%	38	42,26%
Guapimirim	-	-	-	45.251	-	4	30,50%
S. José do Vale do Rio Preto	07/02	7	I	21.375	100%	7	100%
Sumidouro	06/06	6	I	15.062	100%	6	100%
Carmo	-	-	-	15.866	-	3	65,23%
Nova Friburgo	-	-	-	178.102	-	15	29,06%
Cachoeiras de Macacu	01/05	3	I	54.782	37,79%	6	37,79%
Bom Jardim	06/03	5	I	24.145	100%	6	85,73%
Duas Barras	-	-	-	10.673	-	2	64,65%
Cordeiro	04/02	3	2 M I 1 M II	10.973	100%	5	86,37%
Macuco	-	-	-	4.405	-	1	78,32%
Cantagalo	05/02	6	I	20.876	100%	6	99,16%
S. Sebastião do Alto	-	-	-	8.809	-	1	39,16%
Trajano de Moraes	-	-	-	9.616	-	-	-
S. Maria Madalena	06/03	3	I	10.200	100%	3	100%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DAB/ MS

Segundo os dados da pesquisa, nesta região, somente Trajano de Moraes ainda não aderiu a ESF. Conseqüentemente este município não conta com a atuação de ESBs. Nesta situação ainda se encontram mais seis municípios, a saber: Teresópolis, Guapimirim, Carmo, Nova Friburgo, Duas Barras, Macuco, São Sebastião do Alto e Trajano de Moraes.

Portanto esta é a região que possui ao menor oferta do estado no tocante as ESBs.

Do total de municípios que contam com ESBs, Petrópolis é o município que oferece a menor cobertura populacional (22,24%). Entretanto na região, seis outros municípios oferecem cobertura de 100% nesta área específica: São José do Vale do Rio Preto, Sumidouro, Bom Jardim, Cordeiro, Cantagalo e Santa Maria Madalena.

Quanto à modalidade de implantação, com exceção de Cordeiro que tem equipes implantadas nas modalidades I e II, todos os demais municípios só possuem ESBs na modalidade I.

No tocante a atenção especializada, existe na região 2 CEOs habilitados nos seguintes municípios: Cachoeiras de Macacu (tipo II) e Petrópolis (tipo II). Registramos ainda que o município de São José do Vale do Rio Preto possui 1 LRPD habilitado.

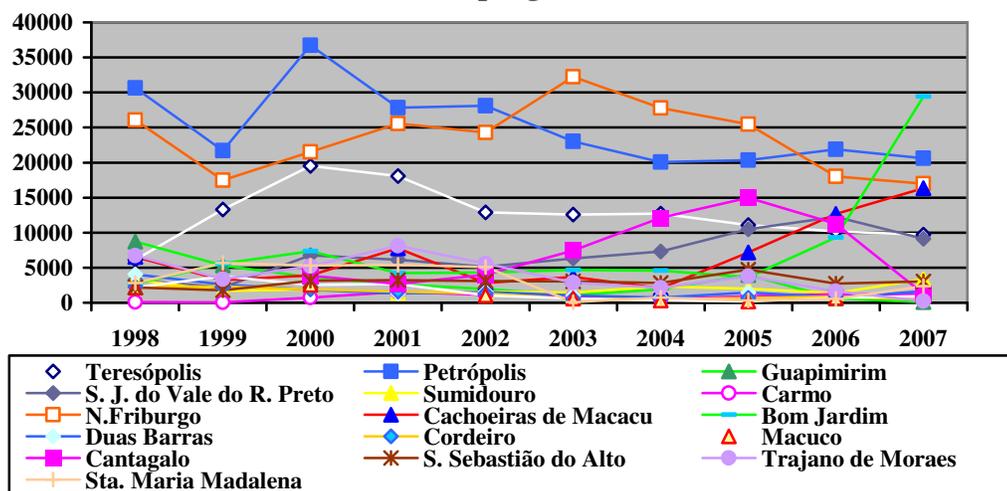
Quanto à produção ambulatorial da Região Serrana, destacamos as seguintes observações:

Dos 16 municípios existentes nessa região, 7 apresentaram curva ascendente em 1ª consulta programática, a saber: Sumidouro, Cachoeiras de Macacu, Bom Jardim, Duas Barras, Macuco, São Sebastião do Alto e Santa Maria Madalena. Destes municípios, Sumidouro, Bom Jardim e Santa Maria Madalena apresentam 100% de cobertura para as ESBs. Cachoeiras de Macacu apresenta 37,79% de cobertura nesta estratégia, enquanto que Duas Barras, Macuco e São Sebastião do Alto não possuem ainda ESBs.

Os demais municípios apresentaram desempenho descendente para este procedimento, ainda que São José do Vale do Rio Preto, Cordeiro, e Cantagalo tenham cobertura de 100% em ESBs.

Guapimirim, Carmo, Nova Friburgo e Trajano de Moraes também apresentaram desempenho descendente, porém, estes municípios não contam ainda com ESBs habilitadas.

**Gráfico 57: Reg. Serrana  
1ª cons. programática**



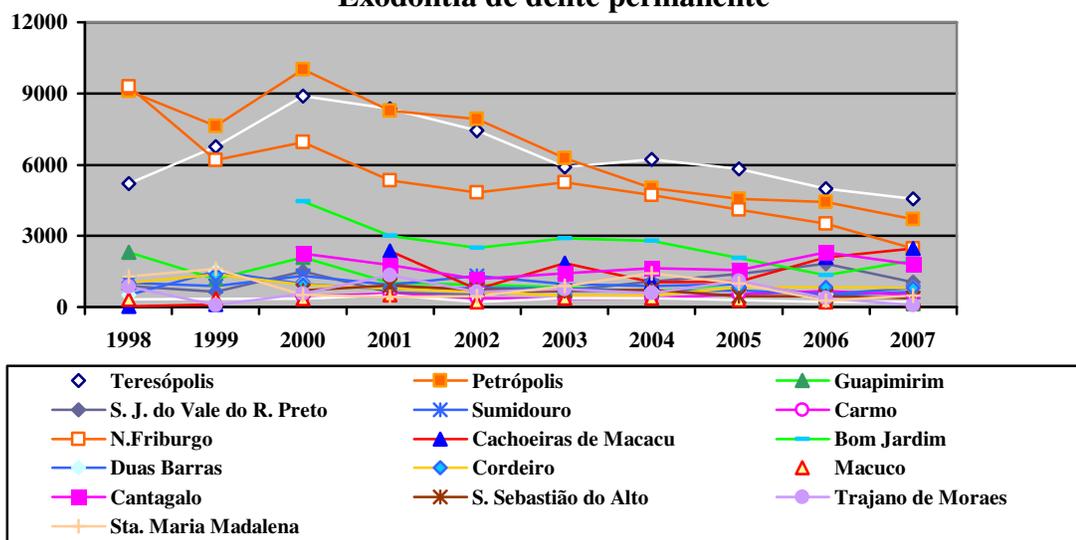
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

Em relação ao procedimento exodontia de dente permanentes, apenas 4 municípios aumentaram seus volumes de produção nesta categoria: Cachoeiras de Macacu, Bom Jardim, Duas Barras e Santa Maria Madalena. Todos tiveram também aumento no acesso através do maior volume de 1ªs consultas programáticas.

Teresópolis, Petrópolis, Guapimirim, São José do Vale do Rio Preto, Sumidouro, Nova Friburgo e Trajano de Moraes apresentaram curva descendente nesta categoria. Todos estes municípios, exceto Sumidouro, tiveram neste período redução de 1ªs consultas programáticas o que pode explicar o menor volume de exodontias.

Os 5 municípios restantes (Cordeiro, Macuco, Cantagalo, São Sebastião do Alto e Carmo) apresentaram tendência estável neste procedimento.

**Gráfico 58: Reg. Serrana**  
**Exodontia de dente permanente**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

Os municípios de Cordeiro, Macuco e Cantagalo não oferecem o procedimento “Curetagem /pol.dentário” aos seus munícipes.

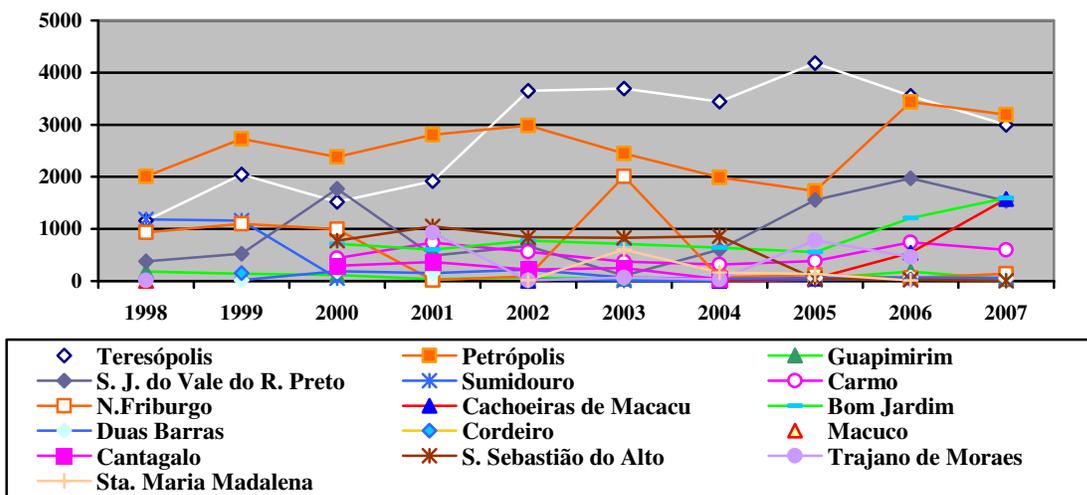
Sumidouro, Nova Friburgo, Cachoeiras de Macacu e Bom Jardim tiveram desempenho ascendente neste procedimento. Todos esses municípios, exceto Nova Friburgo, apresentaram também aumento no volume de 1<sup>as</sup> consultas programáticas, sugerindo ampliação do acesso à atenção à saúde bucal.

Em Nova Friburgo, onde houve queda no volume de 1<sup>as</sup> consultas programáticas, o aumento do procedimento básico em Periodontia pode indicar a adesão dos pacientes já inseridos na atenção. Vale registrar que Nova Friburgo não conta ainda com a atuação de ESBs.

Os municípios de Teresópolis, Petrópolis, Guapimirim, São José do Vale do Rio Preto, Carmo, Duas Barras, São Sebastião do Alto, Trajano de Moraes e Santa Maria Madalena apresentaram valores descendentes para esse procedimento. Destes, Petrópolis apresenta 22,24% de cobertura em ESBs, enquanto que os municípios de São José do Vale do Rio Preto e Santa Maria Madalena apresentam 100% de cobertura para as ESBs.

Teresópolis, Guapimirim, Carmo, Duas Barras, São Sebastião do Alto e Trajano de Moraes não possuem ESBs. Todos esses municípios, exceto Duas Barras e Sebastião do Alto, reduziram também 1<sup>as</sup> consultas programáticas.

**Gráfico 59: Reg. Serrana  
Curetagem/pol. dentário**



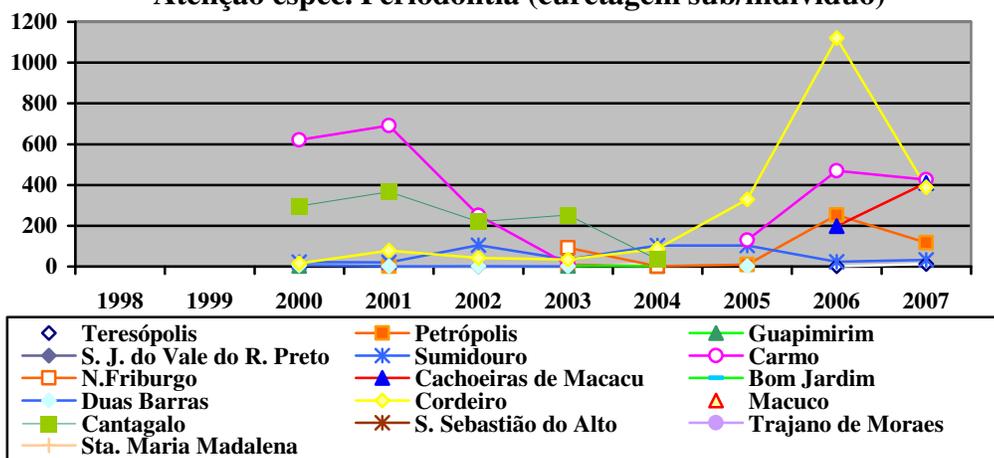
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

Em relação à categoria “Atenção espec. Periodontia”, os municípios de Guapimirim, São José do Vale do Rio Preto, Nova Friburgo, Bom Jardim, Duas Barras, Macuco, Cantagalo, São Sebastião do Alto, Trajano de Moraes e Santa Maria Madalena não realizaram este tipo de procedimento no período estudado.

Teresópolis, Carmo e Cachoeiras de Macacu tiveram desempenho ascendente nesse tipo de procedimento, o que pode ser atribuído à presença de CEO, apenas em Cachoeiras de Macacu.

Petrópolis, Sumidouro e Cordeiro apresentaram curvas descendentes nesta categoria, ainda que Petrópolis possua um CEO tipo II, porém recentemente implantado (maio de 2007).

**Gráfico 60: Reg. Serrana**  
**Atenção espec. Periodontia (curetagem sub/indivíduo)**

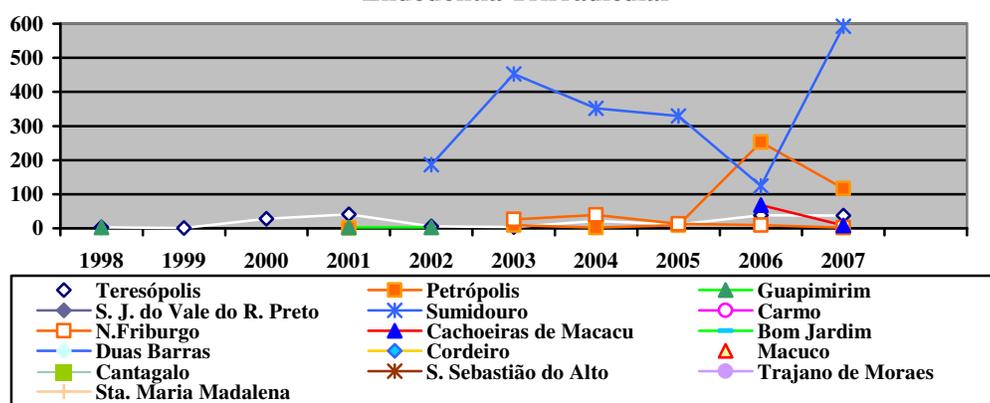


Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

No que diz respeito à realização de Endodontia trirradicular, apenas 5 municípios desta região realizam este tipo de procedimento. São eles: Teresópolis, Petrópolis, Sumidouro, Nova Friburgo e Cachoeiras de Macacu. Entretanto, somente Sumidouro apresentou curva ascendente para este procedimento sendo que Teresópolis apresentou uma tendência estável. Vale registrar que Petrópolis e Cachoeiras de Macacu possuem CEOs habilitados desde maio de 2007 e agosto de 2006 respectivamente.

Causa-nos estranheza o fato de São José do Vale do Rio Preto, ainda que possua CEO desde janeiro de 2007, não realizou ou não informou este tipo de tratamento no último ano do período pesquisado.

**Gráfico 61: Reg. Serrana  
Endodontia Trirradicular**



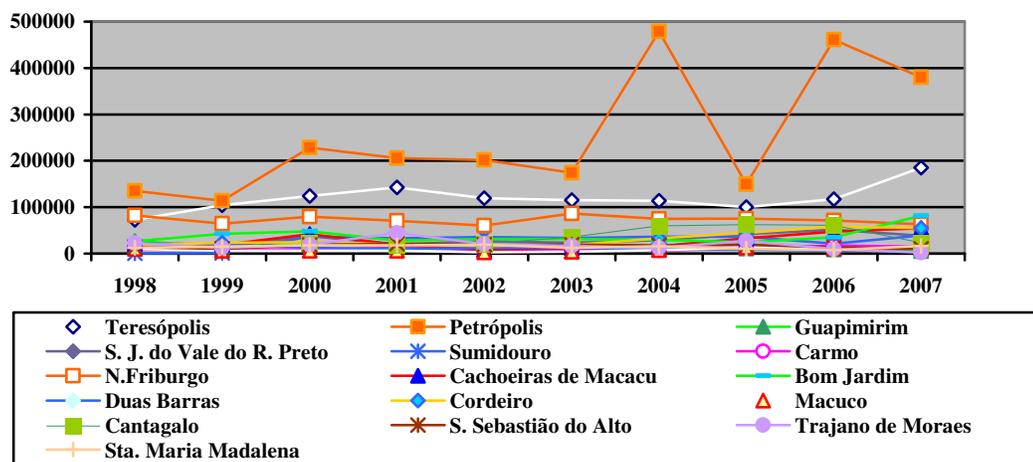
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

No tocante ao “Conjunto de ações de Atenção Básica”, os municípios de Teresópolis, Sumidouro, Cachoeiras de Macacu, Bom Jardim, Duas Barras, Macuco e Santa Maria Madalena, apresentaram, no período pesquisado, volumes decrescente na produção de ações de Atenção Básica. Vale registrar que destes, Teresópolis, Duas Barras e Macuco não possuem ainda ESBs habilitadas. Os demais todos contam com 100% de cobertura para as ações das ESBs, exceto Cachoeiras de Macacu que conta com 37,79% de cobertura.

Petrópolis, apesar de importantes oscilações e queda no último ano, ao longo do período estudado, foi o município que aumentou em maior intensidade o total destas ações, ainda que conte com cobertura por ESBs de apenas 22,24%, desde janeiro de 2006.

Todos os demais municípios tiveram queda no conjunto de ações básicas: Guapimirim, São José do Vale do Rio Preto, Carmo, Nova Friburgo, Cordeiro, Cantagalo, São Sebastião do Alto e Trajano de Moraes. Causa-nos surpresa que São José do Vale do Rio Preto Cordeiro e Cantagalo tenham 100% de cobertura de suas populações por ESBs e ainda assim tenham apresentado volumes decrescentes de procedimentos de atenção básica.

**Gráfico 62: Reg. Serrana**  
**Qtd. Aprovada - ações básicas em Odontologia**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

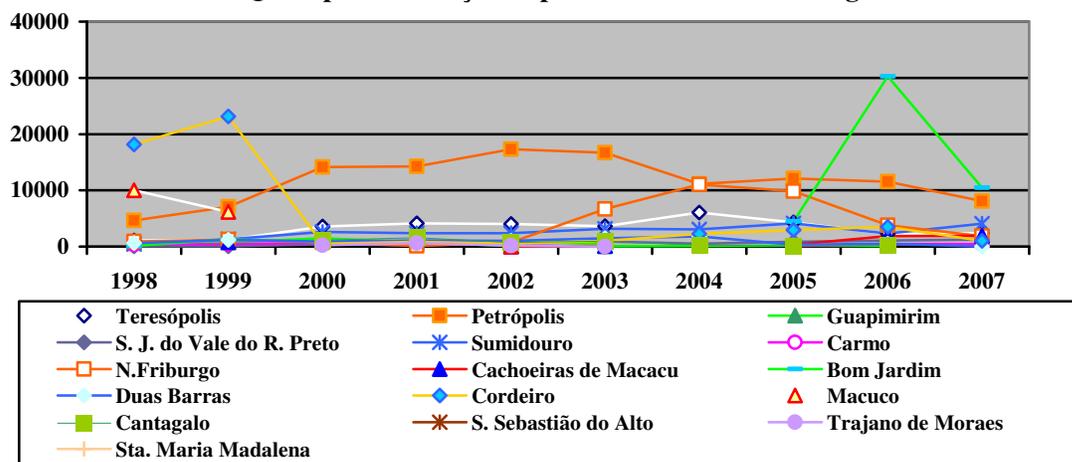
No tocante à atenção especializada, os municípios de Macuco, São Sebastião do Alto, Trajano de Moraes e Santa Maria Madalena não oferecem, aos seus munícipes, este tipo de atenção em saúde bucal.

Dentre os municípios que oferecem este tipo de atenção, São José do Vale do Rio Preto, Sumidouro e Cachoeiras de Macacu, aumentaram o volume da sua produção durante o período estudado. Destes três municípios apenas Sumidouro não conta com CEO habilitado.

Teresópolis, Petrópolis, Guapimirim, Carmo, Nova Friburgo, Duas Barras, Cordeiro e Cantagalo apresentaram desempenho negativo para este tipo de ação. Desses municípios, apenas Petrópolis possui um CEO, habilitado em 2007, no entanto sua queda vem ocorrendo progressivamente desde 2002.

Bom Jardim vem apresentando um desempenho oscilatório desde 1998, tendo apresentado um pico nesta produção em 2006. Entretanto, ao longo do período estudado, apresentou aumento no volume global destas ações.

**Gráfico 63: Reg. Serrana**  
**Qtd. Aprovada - ações especializadas em Odontologia**



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

## 5. A GUISA DE UM EPÍLOGO

Todo ponto de vista é a vista de um ponto.

Ler significa reler e compreender, interpretar. Cada um lê com os olhos que tem. E interpreta a partir de onde os pés pisam.

Todo ponto de vista é a vista de um ponto. Para entender como alguém lê, é necessário saber como são seus os olhos e qual é a sua visão de mundo. Isso faz da leitura sempre uma releitura.

A cabeça pensa a partir de onde os pés pisam. Para compreender, é essencial conhecer o lugar social de quem olha. Vale dizer: como alguém vive, com quem convive, que experiências tem, em que trabalha, que desejos alimenta, como assume os dramas da vida e da morte e que esperanças o animam. Isso faz da compreensão sempre uma interpretação.

Sendo assim, fica evidente que cada leitor é co-autor. Porque cada um lê e relê com os olhos que tem. Porque compreende e interpreta a partir do mundo que habita.

Leonardo Boff

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) está intimamente ligado aos aspectos relativos à descentralização do sistema, à reorganização da atenção à saúde e às inovações nas formas de financiamento do setor instituídas pelas Normas Operacionais e pelo conjunto de portarias que as complementam.

Neste sentido a década de 1990 foi marcada pela priorização e reorientação da atenção básica, impulsionada pela implantação do Piso de Atenção Básica (PAB) o que representou uma mudança qualitativa na participação dos recursos federais no financiamento do SUS. Ademais a opção do MS em eleger o Programa de Saúde da Família como a estratégia preferencial de reorganização da lógica assistencial, possibilitou um maior aporte de recursos financeiros transferidos para os níveis subnacionais sob a forma de incentivos financeiros (PAB variável).

Nessa perspectiva, em 2000, o MS instituiu um incentivo financeiro para a reorganização da atenção básica em saúde bucal através da inserção das equipes de saúde bucal na ESF. Desta forma, os municípios que incorporaram ESBs na ESF passaram a contar

com um adicional *per capita* ao valor do seu PAB fixo, além do recebimento de incentivos para implantação e de custeio mensal destas equipes (PAB variável).

Em 2004, a saúde bucal entra para a agenda de governo através da publicação da PNSB, que além de reafirmar a importância da atenção básica e da ESF, amplia a atenção especializada em saúde bucal no âmbito do SUS. Hoje é possível identificar as seguintes linhas de incentivos para o financiamento público da atenção à saúde bucal: implantação e custeio para ESBs e CEOs; recursos do FAEC para a remuneração da produção dos LRPDs; da Ortodontia; do Programa de Especialidades Odontológicas em Radioterapia e Quimioterapia; das Cirurgias de Deformidades Craniofaciais e de Programa Similar ao PSF. Vale ainda registrar que para as ações especializadas através dos CEOs, há também remuneração por procedimentos informados através do SIA a serem contabilizados nos tetos municipais e/ou estaduais.

Portanto, no balanço da última década, a prestação pública de serviços em saúde bucal avança de um panorama de oferta limitada de procedimentos de baixa complexidade com reduzida realização de procedimentos especializados, em direção à ampliação do acesso na atenção básica e na média/alta complexidade. Essa ampliação se deu tanto no sentido da universalização quanto da integralidade das ações.

No estado do Rio de Janeiro, entre 2001 e 2007, no âmbito da atenção básica, ocorreu a implantação de 481 ESBs, distribuídas em 62 municípios das nove regiões de saúde do estado. No tocante a atenção especializada, de 2004 até dezembro de 2007, foram implantados no estado 46 CEOs, dos quais 18 se encontram na capital. Ressaltamos que, independentemente da forma de gestão, todos os CEOs existentes no estado encontram-se sob gestões municipais. Ainda no tocante aos CEOs, segundo notícia do portal saúde do MS, foram destinados de 2004 a maio de 2006, R\$ 6,5 milhões para este fim apenas no estado do Rio de Janeiro (BRASIL, 2006).

Em relação aos LRPDs, existem hoje 12 unidades distribuídas em 12 municípios. Ressaltamos que no município do Rio de Janeiro não existe LRPD habilitado. O mesmo acontece em relação à Região Norte, onde também não existem CEOs implantados.

Diante da constatação das evidentes mudanças na perspectiva da oferta de atenção à saúde bucal para os usuários do SUS contidas na PNSB, e considerando-se particularmente as características da assistência a saúde no estado do Rio de Janeiro, foi elaborada uma ampla

pesquisa para levantamento de dados relativos a este campo temático.

Temos consciência de que a coleta dos dados relativos às séries históricas dos procedimentos selecionados está sujeita a erros de informação e/ou alimentação dos dados por parte dos gestores locais. Ademais outras variáveis podem incorrer em falhas nas informações selecionadas, como aquelas ocorridas nos municípios de pequeno porte, tais como: variações circunstanciais nos quadros de recursos humanos decorrentes de aposentadorias, licenças ou férias, ou ainda aquelas sazonais, para qualquer que seja o porte do município. Consideramos ainda que eventuais mudanças de cargos importantes na gestão podem influenciar a qualidade da oferta assistencial em saúde bucal. Esses são apenas alguns fatos que, dentre outros, nos permitem justificar dados oscilantes, e muitas vezes incoerentes como os encontrados em alguns municípios ao longo da pesquisa.

Contudo, algumas constatações foram possíveis de serem feitas a partir da observação do comportamento dos dados. Assim, a seguir, passamos a destacar os fatos que chamaram nossa atenção, e que possibilitaram algumas interpretações a partir da análise das categorias de procedimentos pesquisadas.

De uma forma geral constatou-se que, de fato, no âmbito do estado, houve ampliação do acesso e da oferta de serviços, tanto quantitativa quanto qualitativamente. No entanto, a interpretação dos dados sugere que esta ampliação ocorreu muito mais pela existência dos incentivos federais, sobretudo na adoção de ações de visibilidade política, do que pela existência de um planejamento ou programação que considerasse as necessidades da população. Observamos que, se por um lado a obtenção dos recursos para implantação e custeio são atrativos para o gestor local, a demanda reprimida e a falta de planejamento trazem a tona a dificuldade de manutenção desta oferta. Vale ressaltar que o incentivo federal de custeio não é, e nem pretende ser, suficiente para manter os custos de material e manutenção técnica dos equipamentos. Por outro lado, a oferta de atenção especializada se traduz num aumento do volume de procedimentos contabilizados no SIA o que representa um desafio financeiro a ser enfrentado pelo gestor municipal pelo menos até que esse custo possa ser incorporado aos tetos municipal e/ou estadual.

A pesquisa mostrou que em alguns municípios a implantação inicial de ESBs ocorreu em quantidades maiores que os números atuais, fato sugestivo de que a manutenção desta oferta não foi sustentada pelo gestor local. Isso parece ter ocorrido em Natividade, Sapucaia,

Cabo Frio e Armação dos Búzios, municípios que diminuíram o número inicial de equipes e/ou alteraram a modalidade de habilitação, “retroagindo” da categoria II para I. Neste sentido, vale lembrar que no âmbito do estado, assim como no resto do país, há deficiência numérica no quadro profissional dos Técnicos de Higiene Dental, profissional este exigido na modalidade II de habilitação.

Segundo a metodologia desta pesquisa, dos 62 municípios do estado que contam com a atuação de ESBs, 30, ou seja, 48% diminuíram o acesso às ações em SB, identificado pela queda no volume de 1<sup>as</sup> consultas programáticas. Esses municípios e seus respectivos percentuais de coberturas de ESBs estão listados a seguir: Saquarema (98,21%); Cabo Frio (20,78%); Três Rios (100%); Areal (100%); Comendador Levy Gasparian (100%); Paraíba do Sul (100%); Vassouras (100%); Paty de Alferes (100%); Engenheiro Paulo de Frontin (100%); Mendes (100%); Barra do Piraí (21,70%); Valença (29,35%); Rio Claro (100%); Resende (69,16%); Volta Redonda (93,55%); Rio de Janeiro (5,62%); Seropédica (44,90%); Nova Iguaçu (5,72%); Bom Jesus de Itabapoana (100%); Santo Antônio de Pádua (64,66%); Varre e Sai (100%); Porciúncula (100%); Aperibé (100%); Miracema (100%); Macaé (34,32%); Campos dos Goytacazes (14,41%); Petrópolis (22,24%); São José do Vale do Rio Preto (100%); Cordeiro (100%) e Cantagalo (100%). Ainda no tocante ao procedimento “1<sup>a</sup> Consulta Programática” lembramos que a Portaria SAS/MS nº 95 de fevereiro de 2006 recomenda que seja realizada uma consulta /ano por pessoa. Desta forma, ainda nos casos onde a cobertura das ESBs é baixa, consideramos que a diminuição do volume deste procedimento como verificada nestes municípios é incompatível e incoerente com a proposta de ampliação de acesso inerente a PNSB.

Ainda no tocante aos 62 municípios que contam com a atuação de ESBs, a análise para o conjunto das ações de atenção básica em saúde bucal revelou que 26 desses municípios, ou seja, 42%, apresentaram queda no volume dessas ações. São eles: Angra dos Reis; Saquarema; Iguaba Grande; Cabo Frio; Três Rios; Paraíba do Sul; Areal; Vassouras; Paty de Alferes; Valença; Rio Claro; Barra do Piraí; Nova Iguaçu; Silva Jardim; Bom Jesus de Itabapoana; Porciúncula; Aperibé; Santo Antônio de Pádua; Cambuci; Natividade; Varre e Sai; Campos dos Goytacazes; Cantagalo; Petrópolis; São José do Vale do Rio Preto e Cordeiro. Considerando ainda que o modelo de atenção à saúde preconizado pela ESF inclui visita domiciliar, e portanto não assiste apenas à demanda espontânea, mais uma vez não nos parece

admissível que em localidades que possuam com ESBs habilitadas nessa estratégia, ocorra queda no volume da produção de ações de atenção básica.

No tocante aos 27 municípios que contam com CEOs habilitados, 11 isto é, 41% desses municípios, apresentaram queda na produção total de ações especializadas. Entretanto, vale registrar que desse total, 2 municípios, apesar de terem apresentado valores reduzidos para o volume dessas ações, nestes casos, a natureza dessa redução parece estar relacionada com o percentual de cobertura e desempenho das ESBs locais. Lembramos que de acordo com os critérios dessa pesquisa, é esperada uma tendência decrescente na necessidade de ações especializadas naquelas localidades onde a assistência na atenção básica é suficiente e adequada. Nesta situação enquadraram-se Porto Real e Paraíba do Sul. Destacamos abaixo para cada um deles, o início da atuação das ESBs, suas respectivas coberturas, bem como o início de atuação dos CEOs:

- Porto Real (ESBs desde 2002 com 100% e CEO desde 01/06)
- Paraíba do Sul (ESBs desde 2002 com 100% e CEO desde 10/2005)

Em relação ao município de Porto Real essa constatação decorre do seu desempenho positivo para os procedimentos de 1ª consulta programática, periodontia básica e conjunto das ações básicas. Os dados referentes a esse município revelaram ainda estabilidade para os procedimentos de endodontia trirradicular e um decréscimo no volume de exodontias e de periodontia especializada. Já em consideração a Paraíba do Sul, a pesquisa revelou que apesar desse município apresentar uma discreta redução no número de 1ªs consultas programáticas, e no volume das ações básicas, ocorreu também uma considerável redução no volume de exodontias. Ademais os procedimentos de periodontia básica e especializada assim como aqueles referentes à endodontia trirradicular apresentaram curvas ascendentes.

Nessa perspectiva, não podemos concordar com o estabelecimento, por parte do MS, de metas padronizadas para os procedimentos especializados realizados nos CEOs. No nosso entendimento essas metas deveriam ser revistas e consideradas em conjunto com o desempenho do município nas ações de atenção básica em saúde bucal. Ressaltamos ainda que a não revisão implica no risco de indução de volume de procedimentos especializados com vistas ao cumprimento de metas. E acrescentamos que, nesses casos, a regra de

suspensão de repasses financeiros para o custeio de CEOs que não atinjam tais metas, pode ser considerada injusta para com os usuários, uma vez que esses podem ser paradoxalmente penalizados com a suspensão da oferta de serviços justamente por estarem melhorando suas condições básicas de saúde bucal.

Na seqüência, os 9 municípios listados abaixo também apresentaram queda no volume das ações especializadas.

- Saquarema (ESBs desde 2004 com 98,21% e CEO desde 02/2005)
- Porciúncula (ESBs desde 2005 com 100% e CEO desde 08/2006)
- Bom Jesus de Itabapoana (ESBs desde 2005 com 100% e CEO desde 10/06)
- Vassouras (ESBs desde 2002, com 100% e CEO desde 11/2005),
- Valença (ESB desde 2006 com 29,35% e CEO desde 05/07),
- Resende (ESB desde 2004 com 69,16% e CEO desde 02/05),
- Petrópolis (ESB desde 2006 com 22,24% e CEO desde 05/07)
- Santo Antônio de Pádua (ESB desde 2004 com 64,66% e CEO desde 10/2004)
- Itaperuna (início ESBs em 2005 com 29,62% (até agosto/07) e CEO desde abril de 2005)

Vale registrar que em relação ao município de Itaperuna, segundo dados do DAB/MS, a atuação das ESBs foi suspensa em agosto de 2007. Portanto, a queda no volume de ações especializadas, neste ano, além de outros fatores, pode também ser relacionada a um menor número de usuários referenciados para este nível de atenção.

Contudo, em todos esses casos, independentemente do percentual de cobertura das ESBs praticados em cada um desses municípios, o desempenho descendente apresentado na produção do conjunto de ações especializadas, além de não ser justificável é incoerente e incompatível com a proposta inserida na PNSB.

Do ponto de vista da análise regional, enfatizamos que a grande heterogeneidade existente tanto inter como intra-regiões, não permite que sejam estabelecidos os parâmetros comparativos desejáveis e necessários para estudos dessa ordem. Assim sendo, no conjunto da análise da oferta de serviços e ações de saúde bucal nas regiões do estado, destacamos alguns municípios que demonstraram desempenhos peculiares e, portanto, merecem ser discutido

individualmente. São eles:

#### 1-Rio das Ostras (Região Baixada Litorânea):

Esse município não conta com ESBs nem com CEOs. A leitura dos dados mostra que neste município ocorreu queda no volume de todas as categorias pesquisadas. No tocante a categoria endodontia trirradicular, esta prática sequer é oferecida por esse município. Esse desempenho é totalmente indesejável, sobretudo frente às propostas de atenção em saúde bucal contidas na PNSB. Vale destacar o papel da SESDEC no sentido de avaliar os motivos da não adesão do gestor municipal aos incentivos inerentes a PNSB e garantir a oferta dessas ações específicas aos usuários do SUS em Rio das Ostras.

#### 2. Barra Mansa (Região Médio Paraíba):

Nesse município não existem ESBs, entretanto existe um CEO habilitado desde junho de 2005. A leitura dos dados referentes ao município indica que com exceção do conjunto das ações especializadas, todas as demais categorias apresentaram valores de produção decrescentes. Neste sentido, podemos inferir que outras ações especializadas diferentes das pesquisadas estão sendo oferecidas em Barra Mansa.

O perfil de desempenho da produção ambulatorial do município demonstra ênfase na atenção especializada e, portanto, sem indícios de mudança no modelo de atenção à saúde bucal tal como pretendido pela PNSB.

#### 3- Japeri (Região Metropolitana D):

Destacamos que esse município ainda não aderiu a ESF e, por conseguinte não conta com ESBs. Também não existem CEO habitado neste local. A análise dos seus dados ambulatoriais referentes a Japeri demonstra que o número 1<sup>as</sup> consultas programáticas vem sendo mantido embora tenha ocorrido um aumento significativo no volume de exodontias. Ademais, de acordo com os critérios da pesquisa, esse município não oferece os procedimentos de periodontia básica e especializada, assim como endodontia trirradicular.

Embora esse município não ofereça ações especializadas em saúde bucal, a análise do conjunto das ações básicas demonstrou um aumento importante. Contudo, ainda que Japeri tenha aumentado o conjunto das ações básicas, nas quais se incluem as exodontias, o perfil do

seu desempenho indica a manutenção do caráter mutilador de uma assistência odontológica não mais aceitável.

Portanto, a importância da orientação técnica da SESDEC ao município de Japeri, nos parece além de oportuna, urgente, no sentido de garantir aos usuários locais uma assistência mais adequada e próxima dos parâmetros adotados por ambas as políticas de atenção básica e saúde bucal.

#### 4- Rio de Janeiro (Região Metropolitana I):

O município carioca conta, desde janeiro de 2005, com uma cobertura de atuação das ESBs de apenas 5,62%. Entretanto, no tocante a atenção especializada, o município conta com uma alta concentração de CEOs, possuindo 18 desses centros habilitados em outubro de 2004.

Quanto ao desempenho da produção ambulatorial, os dados revelam que ocorreu queda no montante de 1<sup>as</sup> consultas programáticas, indicando que o acesso não foi ampliado como desejado pela PNSB. Ainda que se leve em conta a baixa cobertura das ESBs, entendemos que, o volume do acesso as ações de saúde bucal, deveria ser no mínimo mantido, e jamais reduzido.

O volume da produção de exodontias foi aumentado, fato que, analisado frente à redução do acesso, indica persistência de um modelo assistencial mutilador.

Os procedimentos de periodontia básica apresentaram aumento no volume da produção, o que provavelmente está relacionado à atenção oferecida a escolares através do programa “Dentescola”.

Os procedimentos especializados pesquisados, tanto de Periodontia quanto de Endodontia também apresentaram volumes ascendentes. No entanto, nesses casos específicos podemos atribuir esse aumento a dois fatores que ocorreram de forma concomitante no município do Rio e Janeiro: um aumento substancial do quadro de profissionais e a excepcional implantação de 18 CEOs habilitados pela mesma Portaria de nº 2192 GM de 08/10/2004 (BRASIL, 2004).

No tocante ao conjunto de ações de atenção básica, a produção apresentou oscilações ao longo do período pesquisado. Entretanto, a partir de 2004, instala-se uma tendência descendente que no último ano pesquisado apresentou uma discreta recuperação sem, no entanto, atingir os valores de produção praticados em 2005. Esse desempenho é convergente

com o encontrado para a categoria “1<sup>as</sup> consultas programáticas”, e ambos sugerem uma desvalorização da atenção básica em saúde bucal nesse município.

Da mesma forma, a análise do conjunto das ações especializadas demonstrou desempenho oscilante tendo apresentado um pico em 2005, seguido de queda no ano seguinte, e uma discreta recuperação em 2007. Entretanto, também em relação a ações especializadas, a tentativa de recuperação não alcançou os valores praticados em 2005. Portanto, consideramos que esse desempenho não mostra compatibilidade com o número significativo de CEOs em atuação neste município.

Por fim, ressaltamos que a análise do conjunto de todos os dados relativos ao município nos permite dizer que não há indícios de mudança no modelo de atenção no município do Rio de Janeiro, ao contrário, parece estar ocorrendo uma ênfase na atenção especializada em detrimento da atenção básica em saúde bucal.

#### 5- Niterói (Região Metropolitana II):

Esse município, embora possua um programa considerado pelo MS como similar a ESF, não conta com a atuação de ESBs. Entretanto, em Niterói existe um CEO tipo II, habilitado desde abril de 2007.

A análise da série histórica de produção ambulatorial de Niterói nos permite dizer que ocorreu aumento de volume dos seguintes procedimentos: 1<sup>as</sup> consultas programáticas, periodontia básica e especializada, e endodontia trirradicular. Em outras palavras, o município ampliou o acesso, vem realizando tratamentos e referenciando para atenção especializada os casos necessários. Ademais, o volume das ações de atenção básica vem sendo mantido, enquanto que o número das ações especializadas e de exodontias sofreu redução.

Portanto, pelos critérios adotados nesta pesquisa consideramos que o município de Niterói vem apresentando um desempenho desejável e indicando êxito na reorganização no modelo de atenção à saúde bucal tal como pretendido pela PNSB, ainda que tenha optado por não ser beneficiado pelos incentivos financeiros do MS no tocante à atenção básica.

#### 6- Campos dos Goytacazes (Região Norte):

Esse município conta com 14,41% de cobertura das ESBs, e não possui CEO habilitado. O desempenho da sua produção ambulatorial apresenta curva decrescente em relação a todas

as categorias pesquisadas, sendo que os procedimentos de endodontia trirradicular e periodontia especializada, não são sequer oferecidos.

A análise do conjunto das ações básicas e especializadas revelou que, em 2007 houve redução de aproximadamente 50% no volume produzido no ano anterior.

Destacamos aqui, mais uma vez, o papel orientador e indutor da SESDEC no sentido de estimular a ampliação da cobertura da atenção básica através da ESF e conseqüentemente de novas ESBs e de apoiar a gestão municipal no sentido da ampliação da oferta de atenção especializada em saúde bucal através dos benefícios oferecido pela PNSB.

#### 7- Petrópolis (Região Serrana):

Esse município conta com cobertura de 22,24% das ESBs e um CEO habilitado desde maio de 2007. O estudo do desempenho da produção ambulatorial desse município revela que, exceto na categoria de Periodontia especializada, todas as outras categorias pesquisadas apresentaram volumes de produção decrescentes.

Portanto, o perfil de desempenho apresentado por Petrópolis, sobretudo considerando a existência do CEO, ainda que recente, sugere que a mudança do modelo de atenção em saúde bucal, como desejado pela PNSB, ainda não está em curso nesse município.

Realizado esse mapeamento das condições reais do desenvolvimento da PNSB no conjunto dos 92 municípios de integram a unidade federativa do Rio de Janeiro, consideramos ainda, que outras variáveis não incluídas nesta pesquisa possam ter contribuído para o desempenho negativo ou positivo desses municípios nas categorias estudadas. Nessa perspectiva, entendemos ser necessário que a SESDEC bem como as Secretarias Municipais de Saúde (SMSs) promovam estudos de cada um dos casos apontados por esta pesquisa como sendo particularmente problemáticos. Reforçamos este pensamento lembrando que entre as funções das Secretarias Estaduais de Saúde encontram-se a “formulação de políticas, planejamento, financiamento, regulação e normatização, garantia e regulação do acesso aos serviços de saúde, organização regionalizada da rede de serviços de saúde, monitoramento e avaliação do sistema estadual e articulação e cooperação técnica com as secretarias municipais de saúde” (Brasil, CONASS, 2007 p.26-27). Na seqüência dessa lembrança não podemos desconsiderar que cabem aos municípios responsabilidades no tocante a provisão de ações e serviços de atenção básica em saúde.

Ressaltamos ainda a importância dos sistemas de informação, não apenas do ponto de vista do financiamento, faturamento e da prestação de contas, mas, sobretudo como subsídio concreto para programação e planejamento da atenção a saúde. Reforçamos tanto a necessidade de capacitação dos profissionais e gestores no tocante a operacionalização e análise dos bancos de dados disponíveis, quanto à insuficiência quantitativa de equipamentos de informática sabidamente existente nos municípios menores e com reduzida viabilidade de recursos financeiros. No tocante a atenção à saúde bucal, consideramos também, a importância estratégica da ação do Ministério da Saúde, tendo em vista o aprimoramento necessário dos sistemas de informação orientando-os para um melhor acompanhamento e planejamento da atenção a saúde bucal.

Por último gostaríamos de enfatizar que essa dissertação de mestrado que tem o ônus do pioneirismo pretende ter desdobramentos futuros. Portanto, o encerramento desse texto marca o início de um processo de investigação que está orientado para uma maior efetividade da PNSB. Esse processo de investigação pode e deve ser desenvolvido simultaneamente na Universidade e nas unidades responsáveis pela execução programática da PNSB. Assim, o presente texto espera ter encontrado um horizonte de pesquisa, reflexão e debate para o enfrentamento de uma dimensão tão importante da saúde como é a saúde bucal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO ESTADUAL DE MUNICÍPIOS DO RIO DE JANEIRO. AEMERJ  
<http://www.aemerj.org.br/aemerj/intro.asp>

BARROS, ALUÍSIO J.D; BERTOLDI, ANDRÉA D.: Desigualdades na utilização e no acesso de serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 7(4): 709- 717, Rio de Janeiro, 2002.

BARROS, S.G; CHAVES, S.C.L: A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Rev.Epidemiologia e Serviços de Saúde* vol.12 n.1 jan/março, 2003

BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Vol 11 nº I jan/ março, 2006 ABRASCO- RJ

BOTAZZO, C.; NARVAI ,P.C. Editorial. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* vol.11 n.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2006

BRASIL, Ministério da Saúde. *Conferência Nacional de Saúde, 7a*, Brasília, 1980. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1980. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/7\\_CNS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/7_CNS.pdf)

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Bucal, Fundação Serviços de Saúde Pública. *Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986*. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988

\_\_\_\_\_,Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm)> Acesso 03 de março de 2007

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde: *Política Nacional de Saúde Bucal. Princípios, objetivos, prioridades*. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Bucal, 1989, 24p (Série A. Documentos Técnicos DNSB, 5)

\_\_\_\_\_,Lei n.8080, de 19 de setembro de 1990 Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ListaReferencias.action?codigoBase=2&codigoDocumento=134561>> Acesso em 02 de março 2007

\_\_\_\_\_,Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei8142.htm>>

Acesso em 03 de março de 2007.

\_\_\_\_\_, Emenda Constitucional nº 29, setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <<http://www.dgp.eb.mil.br/normas/ec29.htm>> Acesso, 03 de março de 2007.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde*/ NOB/ SUS 01/1993. Anexo Único Sobre as CIB e CIT. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/Nova%20Home/CIB/nob93.pdf>> Acesso, 03 de março de 2007

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde*/ NOB/ SUS 96. Gestão Plena com responsabilidade pela saúde cidadão. Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, DO [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 17 de novembro de 1998, p. 8. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria3925\\_13\\_11\\_98.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria3925_13_11_98.pdf) . Acesso em 24 de janeiro de 2008.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.230, de 14 de outubro de 1999. Implanta no SIA/SUS, a Tabela de procedimentos com estrutura de codificação de 8 dígitos, constante do anexo desta Portaria. Diário Oficial de União nº 199-F, Seção 1. Brasília, p. 12-158, 18 de outubro de 1999.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 723 de 14 de maio de 2001. Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Indicadores a serem Pactuados pelos estados.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, 2001. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. *Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde: Emenda Constitucional n.º 29/2000*. Cadernos de Economia da Saúde; 1 / Série J. Cadernos; n.4. Brasília: 36p.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, SAS: *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS- SUS 01/01 SAS- BRASILIA: MS, 2001.*

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria GM/ MS nº 267, de 06 de março de 2001. Define as Diretrizes e Normas da inclusão das ações de saúde bucal no PSF. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria GM/ MS nº 1.121 de 17 de junho de 2002. Estabelece os mecanismos, fluxos e prazos para a avaliação de desempenho em relação às metas municipais e estaduais definidas no Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2001 e aprovar a relação dos indicadores a serem pactuados no ano de 2002, por estados e municípios.

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. *A Implantação da EC 29: Apresentação dos dados do SIOPS, 2000 a 2003*. Texto elaborado pela Equipe SIOPS/ DES/ SCTIE/ Ministério da Saúde. Brasília, julho de 2005. Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Implanta%C3%A7%C3%A3o\\_EC\\_29\\_dados\\_SIOPS.PDF](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Implanta%C3%A7%C3%A3o_EC_29_dados_SIOPS.PDF)> Acesso em 12 de março de 2007.

\_\_\_\_\_,*Projeto de Lei Complementar Nº 1 2003 do Deputado Roberto Gouveia (PT-SP)*. Aprovado na Comissão de Seguridade Social de Família na forma do substitutivo do relator deputado Guilherme Menezes (PT-BA) Regulamenta o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal, 2003. Disponível em: <[http://www.pastoraldacrianca.org.br/imprensa/noticias/projeto\\_ec29.doc](http://www.pastoraldacrianca.org.br/imprensa/noticias/projeto_ec29.doc) > Acesso em 20 de março de 2007.

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 673, de 03 de junho de 2003. Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família e dá outras providências. Brasília. Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde, 2003. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Banco de dados da pesquisa *Condições de Saúde Bucal da População Brasileira - Projeto SB Brasil 2003*. Disponível em <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)> . Acesso 15 de agosto de 2006.

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003. Disponível em : < <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Reso322.doc> > Acesso em 19 de março de 2007.

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. Pacto dos Indicadores da Atenção Básica: Instrumento de Negociação Qualificador do Processo de Gestão do SUS. Informes Técnico Institucionais. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. N.3 (2) pág 2221-224. Recife, Abr/jun 2003.

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 74 de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, inclui procedimentos de moldagem para prótese e dá outras nprovidências. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1570 de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação dos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1572 em 29 de julho de 2004. Estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, 2004. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica/ Coordenação Nacional de Saúde Bucal: *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 283 de 22 de março de 2005. Antecipa do incentivo financeiro para Centros de Especialidades Odontológicas - CEO em fase de implantação, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 95 de 14 de fevereiro de 2006. Art 1º - Excluir, da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde- SIA/SUS, o procedimento de código 03.011.01-1- Procedimentos Coletivos (paciente/mês)

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>> Acesso em 20 de fevereiro de 2007.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 493 de 13 de março de 2006. Aprova a relação de Indicadores da Atenção Básica- 2006 cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e o Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Assessoria de Imprensa do Ministério da Saúde Notícia de 01/09/2006. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias\\_detalhe.cfm?co\\_seq\\_noticia=28034](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=28034). Acessado em 24/03/2007

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 493 de 13 de março de 2006: Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e o Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 599 de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, 2006. Portaria GM/MS nº 600 de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Ministério da Saúde (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2006.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 17. Saúde Bucal. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006 a

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde Vol 1. Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006. b

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde Vol 4. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006 c

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. Programa Brasil Sorridente –A Saúde Bucal Levada a Sério. Sub – Componente Fluoretação Da Água. Cartilha do Gestor. Brasília, 2006 d

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde, 2006. Portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 649, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de Unidades Básicas de Saúde para as equipes Saúde da Família, como parte da Política Nacional de Atenção Básica.

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 650, de 28 de março de 2006 Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde.Portaria GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde.

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.133, de 11 de setembro de 2006. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica - PAB, para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos municípios e ao Distrito Federal, e divulga os valores anuais/mensais da parte fixa do PAB, por município e Distrito Federal.

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 750, de 10 de outubro de 2006. Normas de cadastramento das equipes da Estratégia de Saúde da Família, nos tipos: Equipe de Saúde da Família - ESF, Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal - ESFSB e Equipe de Agentes Comunitários de Saúde - ACS, no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES.

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. MS/SAS/DAB. Brasília, 2006, e 63 p

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007. 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.

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1696, de 17 de Julho de 2007 Atualiza os valores do Piso da Atenção Básica - (PAB) para Municípios e o Distrito Federal para o ano de 2006, constante da Resolução nº 2, de 28 de agosto de 2006, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acrescida do quantitativo de população assentada entre os anos 2000 e 2005.

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A gestão do SUS nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais*. Brasília. CONASS, 2007 a

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2298, de 19 de setembro de 2007. Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes ao número de equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal de Municípios com irregularidades no cadastro de profissionais no SCNES.

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 1.º *Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região da Baixada Litorânea do Rio de Janeiro*. Série D. Reuniões e Conferências. Série Cadernos Regionais. Editora do MS, Brasília, 2007 b, 84 p.

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 1.º *Seminário de Gestão Participativa em Saúde das Regiões Médio-Paraíba, Centro-Sul e Baía da Ilha Grande do Rio de Janeiro*: Região da Baía da Ilha Grande. Série D. Reuniões e Conferências. Série Cadernos Regionais. Editora do MS, Brasília 2007 c, 76p.

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 1.º *Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Noroeste do Rio de Janeiro*. Série D. Reuniões e Conferências. Série Cadernos Regionais. Ed. do MS, Brasília 2007 d, 80 p.

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 1.º *Seminário de Gestão Participativa em Saúde das Regiões Médio-Paraíba, Centro-Sul e Baía da Ilha Grande do Rio de Janeiro*: Região Centro Sul. Série D. Reuniões e Conferências. Série Cadernos Regionais. Editora do MS, Brasília 2007 e, 80 p.

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 1.º *Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Norte do Rio de Janeiro*. Série D. Reuniões e Conferências. Série Cadernos Regionais. Editora do MS, Brasília 2007 f, 78 p.

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Plano regional – reorganização do SUS na Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro* Série D. Reuniões e Conferências. Série Cadernos Regionais. (Cadernos Metropolitanos). Editora do MS, Brasília 2007, 86 p.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. (BVS). Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Termo Saúde Bucal, 2007. BIREME /OPAS /OMS. Disponível em:

[http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IsisScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&task=exact\\_term&previous\\_page=homepage&interface\\_language=p&search\\_language=p&search\\_exp=Saúde%20Bucal&show\\_tree\\_number=T](http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IsisScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&task=exact_term&previous_page=homepage&interface_language=p&search_language=p&search_exp=Saúde%20Bucal&show_tree_number=T)

CAMPELLI, M. G. R.; CALVO, M. C. M.: O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. *Cad. Saúde Pública* vol.23 n.7. Rio de Janeiro, julho 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/12.pdf> . Acesso em fevereiro de 2008.

CAMPOS, G.W.S. *A saúde pública e a defesa da vida*. HUCITEC. São Paulo: 1992

CANDEIAS, J.A.N.: Assistência e Atenção. Editorial. *Rev.Saúde Pública*, São Paulo, 26:215-6,1992

CECÍLIO, L. C.: As necessidades de Saúde na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. IN: PINHEIRO, ROSENI; MATTOS, RUBEN ARAÚJO (Org.). *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Instituto de Medicina Social-UERJ-ABRASCO, 2001

CYPRIANO, S; SOUSA, M. DA L. R; WADA, R. S.: Avaliação de índices CPOD simplificados em levantamentos epidemiológicos de cárie dentária. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 39, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n2/24054.pdf>. Acesso em: 01 Jan 2008.

CHAVES, M. M.: *Odontologia Social*. 2ª Edição. Editorial Labor do Brasil. Rio de Janeiro, 1977

CHAVES, S.C.L; SILVA, L.M.V.: Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(5): 1119-1131, maio, 2007

CRO. *Revista do Conselho Regional de Odontologia do Rio de Janeiro*. Ano XXIV- nº 9- setembro de 2007, pág 11

DAVIDOVICH, F. R.: *Estado do Rio de Janeiro; singularidades de um contexto territorial*. Revista Território. Rio de Janeiro: LAGET/UFRJ, n.9, p09-24. Jul/Dez, 2000 a  
Disponível em: [http://146.164.23.131/pdf/N\\_09/v-9-davidovich.pdf](http://146.164.23.131/pdf/N_09/v-9-davidovich.pdf)

DAVIDOVICH, F.R.: *Metrópole e Território: Metropolização do Espaço no Rio de Janeiro*. XXIV Encontro Anual Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (ANPOCS) Petrópolis, 2000 b  
Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/anpocs00/gt07/00gt0712.doc>

DAIN, S.; FAVERET, A.C. de S. C.: Entre o Neo Federalismo e o Ornitórrinco: relações intergovernamentais no Brasil. *Rev. Inteligência*. V.2, 10 set. 1999. Rio de Janeiro.

DAIN, S.: *O Financiamento da Atenção Básica no Contexto do Financiamento da Saúde e das Relações Intergovernamentais no Brasil*, 2006 a (mimeo-16 pgs).

DAIN, S.: Apontamentos de aula da disciplina de *Financiamento do Setor Público de Saúde* ministrada no curso de mestrado do Instituto de Medicina Social- UERJ, no segundo semestre de 2006 b.

DAIN, S.: Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Rev Ciências & Saúde Coletiva* , 12 (Sup): 1851-1864, 2007

DAL POZ, M.; LEVCOVITZ, E.; VIANA, A.L.: O Sus no Estado do Rio de Janeiro. *PHYSIS. Rev. de Saúde Coletiva* Vol.11, n.1. Instituto de Medicina Social - UERJ, 2001

FAUSTO, B.: *História do Brasil*. 11ª edição. Editora da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003

FAVERET, A. C. de S. C.: *Federalismo fiscal e descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000*. Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social - UERJ, 2002.

FAVERET, A.C. de S. C.: Apontamentos de aula sobre o SIOPS e a EC 29 da disciplina de *Financiamento do Setor Público de Saúde* ministrada no curso de mestrado do Instituto de Medicina Social- UERJ, no segundo semestre de 2006.

FERNANDES, L. S; Peres, M. A.: Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores sociais municipais. *Rev.Saúde Pública*. 39 (6): 930-936, 2005

FERNANDES, R. M. C.: *Do municipalismo urbano ao municipalismo democrático-popular: debates e discussões sobre as tendências do municipalismo no Brasil e no Ceará nas décadas de 1940 e 1980*. Trabalho apresentado no XXIII Congresso Brasileiro de Sociologia. UFPE, Recife (PE) 2007. Disponível em: <http://www.sbsociologia.com.br/congresso>

FIGUEREDO, G.de O; Brito, D.T. de S.; Botazzo, C.: Ideologia, fetiche e utopia na saúde: uma análise a partir da saúde bucal. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (3): 753-763, 2003

FIGUEIREDO, L.F.: *O processo de regulamentação dos planos e seguros de saúde*. Oficina Imaginando e Operando a Gestão da Assistência no Âmbito da Saúde Suplementar: Textos de Apoio. ANS /DIPRO /GGTAP. Rio de Janeiro, 2002

FLEURY, S. (Org.): *Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil & Espanha*. Editora FGV, 2006.508p.

FORTUNA, R. F P.: *A saúde bucal no SUS: Possibilidades e limites do Programa de Saúde da Família*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social - UERJ, RJ, 2003

FRANCO, T; MERHY, E: PSF: Contradições e novos desafios. In: *Conferência Nacional de Saúde*. Conferência Nacional de Saúde *On-Line*. Tribuna Livre Belo Horizonte / Campinas, março de 1999 Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.ht>

FURTADO, C.: *Formação Econômica do Brasil*. 32ª Edição. Companhia Editorial Nacional. São Paulo, 2003

GARCIA, D. do V. *A construção da política nacional de saúde bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação*. Dissertação de Mestrado Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 2006.

GARCIA, D. do V; SOUZA, D. S.; LIMA, K.S.: Sobre as diretrizes da política nacional de saúde bucal: algumas considerações. IN: Garcia, D. do V.(org.). *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade*. Rio de Janeiro. ABO-RJ/ ANS/ UNESCO, 2005

GARRAFA, V.; MOYSÉS, S.J.: Odontologia Brasileira: Tecnicamente Elogiável, Cientificamente discutível, Socialmente caótica. *Rev. Divulgação em Saúde para Debate* nº 13, julho/1996

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 22 (6): 1171-1181, jun, 2006.

GOMES, A.C.; PANDOLFI, D.C.; ALBERTI, V.: *A República no Brasil*. Editora Nova Fronteira. FGV/CPDOC, 2002.

GOMES, G.M.; DOWELL, M.C.M.: *Descentralização Política, Federalismo Fiscal e Criação de Municípios: O que É Mau para o Econômico nem sempre é Bom para o Social*. Texto para discussão nº 706. IPEA Brasília, 2000 Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/pub/td/td\\_2000/td\\_706.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2000/td_706.pdf)

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2000: Características da População e dos Domicílios: Resultados do universo*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 1998. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>

IYDA, M.: Saúde Bucal: uma prática social. IN: BOTTAZO, & S.F.T FREITAS (Org.) *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. EDUSC- UNESP, São Paulo, 1998

KRIGER, L. (coord.): ABOPREV. *Promoção de Saúde Bucal*. Artes Médicas. Divisão odontológica. 2ª Edição, 1999.

KORNIS, G. E. M. *A Crise do Estado de Bem-Estar: Problemas e Perspectivas da Proteção Social*. Tese Doutorado. Instituto de Economia Industrial - UFRJ. RJ 1994.

KORNIS, G. E. M.; MAIA, L S.; FORTUNA, R. F. P.: A Produção Intelectual em Saúde Bucal na Perspectiva Coletiva: uma análise da experiência brasileira de 1990 a 2006. Artigo em vias de publicação na *Rev. Série: Estudos em Saúde Coletiva*, Instituto de Medicina Social- UERJ, 2006.

KORNIS, G. E. M.; MAIA, L S.; FORTUNA, R. F. P.: O SUS no estado do Rio de Janeiro: uma análise da produção intelectual em saúde coletiva no período de 1990 a 2006. Artigo em vias de publicação na *Rev. Série: Estudos em Saúde Coletiva*, Instituto de Medicina Social- UERJ, 2006.

LESSA, C.: *O Rio de todos os Brasis. [Uma reflexão em busca de auto-estima]* Editora Record. Rio de Janeiro. São Paulo, 2000.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V: Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Rev. Ciências & Coletiva*, Rio de Janeiro, 6 (2): 269-291, 2001.

LIMA, L. D.: *O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: um estudo das relações intergovernamentais na CIB do RJ*. 1999. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social - UERJ, Rio de Janeiro.

LIMA, L. D.: A Comissão Intergestores Bipartite – a CIB do Rio de Janeiro. In: O SUS no Estado do Rio de Janeiro. *PHYSIS: revista de saúde coletiva*. Vol. 11, nº 1 (2001) p.199-252. Rio de Janeiro, 2001.

LIMA, L. D.: *Federalismo, Relações Fiscais e Financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais*. Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social- UERJ. Rio de Janeiro, 2006.

LOUREIRO, A.C.N.S.: *Rio de Janeiro: Uma análise da Perda de Centralidade* . Dissertação de Mestrado. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. Faculdade de Ciências Econômicas. UFMG. Belo Horizonte, MG, 2006.

MACHADO, C. V.: *Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas e muitas lições*. *Rev. Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health* 20 (1), 2006.

MACHADO, C. V.: *Direito universal, política nacional: O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social., UERJ Rio de Janeiro, 2005

MACIEL, S. M.: *A promoção da equidade na triagem de usuários da clínica ortodôntica da UFJF: Elementos para uma política pública renovada de saúde bucal*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social. UERJ, Rio de Janeiro, 2003

MANSUR, M. C.: *O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990*. Dissertação (mestrado em saúde coletiva) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro, 2001.

MARAFON, G.J. *et al. Regiões de Governo do Estado do Rio de Janeiro: uma contribuição geográfica*. Rio de Janeiro. Gramma, 2005

MARQUES, R.M; MENDES, A.: A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 18 (suplemento): 163-170, 2002

MARQUES, R.M; MENDES, A.: Atenção Básica e o Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (2):403-415, 2003

MATTOS, R. A. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/AIDS: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. S. (Org.). *Saúde, Desenvolvimento e a política: respostas frente à AIDS no Brasil*. 1ª ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: Ed. 34 / ABIA, 1999, v. 1, p. 29-87.

MATTOS, R. A.: Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Instituto de Medicina Social-UERJ-ABRASCO, 2001.

MATTOS, R. A.: Integralidade e Formulação de políticas Específicas de Saúde. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. IMS-UERJ-ABRASCO, 2003.

MENDES, E V.. *Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02*. Segunda versão 2004. Disponível em <<http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/noas.doc>> Acesso em agosto e 2006.

MERHY, E. E.; Cecílio L.C.O. & Nogueira R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida. *Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde*. Descentralizando e Democratizando o Conhecimento. Vol. 1. Brasília, 1992.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: Os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. IN: L. C. O. CECÍLIO (Org) *Inventando a Mudança na Saúde*, pp. 113-160, São Paulo: Ed. Hucitec, 1994

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: Contribuição para as conferências de saúde. *Saúde em Debate*, 33:83-89, 1991

MOYSÉS, S.J.: *Os Dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis*. Rio de Janeiro: CEBES, 2002. 193 p. Disponível em:[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_curitiba.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_curitiba.pdf). Acesso novembro 2007.

NARVAI, P. C.: et al: Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev. Panamericana de salud Pública/ Pan American Journal of Health*. Vol 19 (6) June 30, 2006 p. 385-393

NARVAI, P. C.: *Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*. Editora Hucitec. Humanismo, Ciência e tecnologia. São Paulo, 1994

NARVAI, P. C.: Saúde Bucal Coletiva: um Conceito. *Revista Odontologia e Sociedade* 2001a 3 (1-2): 47-52. Disponível em: [http://www.fo.usp.br/revistas/odontologiaesociedade/od\\_sociedade\\_arquivos/Volume\\_3\\_n\\_1\\_2\\_2001.pdf](http://www.fo.usp.br/revistas/odontologiaesociedade/od_sociedade_arquivos/Volume_3_n_1_2_2001.pdf)

NARVAI, P.C.: *Saúde Bucal e Incapacidade bucal*. *Jornal do site*. Ano III -nº 45, Out, 2001b. Disponível em: <http://www.dentmail.com.br/arquivo/anteriores/capel/artcapel10.htm>. Acesso em dezembro 2007

NARVAI, P. C.: *Saúde bucal: Assistência ou Atenção?* Escrito com a finalidade de subsidiar a *Oficina* do Grupo de Trabalho “Odontologia em SILOS - Sistemas Locais de Saúde” da Rede CEDROS. SP, 1992. Disponível em: [http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art\\_saucol/assisate.pdf](http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_saucol/assisate.pdf)

NARVAI, P.C; C. Botazzo: Editorial. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Vol 11 nº I jan/ março, 2006 ABRASCO- RJ

NARVAI, P.C: Saúde bucal coletiva, bucalidade e antropofagia. *Revista Ciência & Saúde*

*Coletiva*. Vol 11 nº I jan/ março, 2006 ABRASCO- RJ

NICKEL, D.A. *et al*: Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 24 (2): 241-146, fev. 2008.

OPAS. *Declaração De Alma-Ata*. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários De Saúde. Alma-Ata, Urss, 6-12 de Setembro de 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso fevereiro de 2008

OPAS & BRASIL. Ministério da Saúde/ SAS/ DAB/ Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Série Temática. Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde: *A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: Registro de uma Conquista Histórica*. Brasília, 2006.

PAIM, J. S.: A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z & ALMEIDA FILHO. *Epidemiologia & Saúde*, 5ª edição, MEDSI, Rio de Janeiro, 1999, p. 473-487.

PARADA, R.: *Sistema Estadual de Saúde. Descentralização e Relações Intergovernamentais: Um estudo sobre o Estado do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social. UERJ, 1997

PARADA, R.: *Federalismo e o SUS: Um estudo sobre as mudanças dos padrões de governabilidade no Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social. UERJ, 2002.

PASTRANA, R. M S.: *Decentralização da Política de Saúde no Estado do Rio de Janeiro: uma Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal (1998 e 2000)*. Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social. UERJ, 2003.

PESTANA, M.; MENDES, E.V. SES/ MG.: *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte, 2004.

PINTO, V.G: *Saúde Bucal Coletiva*.Ed. Santos 4ª Edição. São Paulo, 2000

PUCCA Jr, G.A.: A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Rev. Ciências & Saúde Coletiva*, 11 (1): 243-246, 2006

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro. (SESDEC/RJ). *site*:< <http://www.saude.rj.gov.br/> >

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro. (SESDEC/RJ). *Relação de CEOs e LRPDs existentes no estado do Rio de Janeiro*. Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado. Gerência de Saúde Bucal. RJ, dezembro de 2007.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro. (SESDEC/RJ). *Plano Diretor de Regionalização*. Rio de Janeiro, dezembro de 2001

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro. (SESDEC/RJ). Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ N°92 10 de agosto de 2001. *Altera a configuração regional que servirá de base territorial para o planejamento da atenção à saúde, como pressuposto para o processo de regionalização da assistência no Estado do Rio de Janeiro, conforme a Portaria n° 95, de 26 de janeiro de 2001 do Ministério da Saúde*, RJ, 2001

RIO DE JANEIRO (Prefeitura). Saúde -Rio/ Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.(SMS/RJ). *site*: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/>

RIO DE JANEIRO (Prefeitura). Saúde -Rio/ Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.(SMS/RJ). *site*: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/> Nota da assessoria de comunicação social. Imprensa, janeiro de 2003.Acesso março 2008.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Planejamento e de Integração Governamental (SEPLANIG). Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro – Fundação CIDE. *Anuário Estatístico do Estado do Rio de Janeiro*. 2006. Volume 22- Edição Eletrônica.

RONCALLI, A. G. *et al*: Modelos Assistenciais em Saúde Bucal no Brasil: Tendências e Perspectivas. *Rev. Ação Coletiva*: vol II (1) Jan/mar, 1999

RONCALLI, A. G.: *A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: Universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva*. Tese Doutorado em Odontologia, Odontologia Preventiva e Social. F.O. de Araçatuba, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araçatuba, 2000

RONCALLI, A. G.: Epidemiologia e saúde Bucal Coletiva: um caminhar compartilhado. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (1): 105-114, Rio de Janeiro, 2006

SANTOS, A. M. S. P.: *Economia, Espaço e Sociedade no Rio de Janeiro*.Ed. FGV.RJ, 2003

SERRA, C G.: *A saúde bucal como política de saúde: análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba*. Dissertação de mestrado em saúde coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 1998

SOUZA, E.C.F. Bucalidade: conceito ferramenta de religação entre a clínica e saúde bucal coletiva. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* vol.11 n.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2006

SOUZA, R R.: Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. IN: PIERANTONI, Célia; VIANA, Cid Manso de M. (Orgs.): *Gestão de Sistemas de Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2003 p. 15-59.

STARFIELD, B.: *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TEIXEIRA, A. H.: *Saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: Conhecendo a atual das equipes do município de Sobral –CE no período de 2001 a 2003*. Monografia apresentada a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia como requisito parcial para a obtenção de título de Especialista em Saúde da Família. Sobral –CE, 2004

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G.: Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8 (2): 379-391, 2003

TOMIO, F.R. L.: A criação de municípios após a Constituição de 1988. *Rev. Brasileira de Ciências Sociais*. Vol. 17 nº 48, 2002 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010269092002000100006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269092002000100006&lng=pt&nrm=iso)> Acesso 20 de fevereiro de 2007.

VALPATO, L.E.R.; SCATENA, J.H. Análise da política de saúde bucal do Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, a partir do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatórias do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). *Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde* vol. 15 n.2 abril/junho 2006 p. 47-55

VIANA, A.L. D' A.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D.: Política de saúde e Equidade. *Rev. São Paulo em Perspectiva*. São Paulo v 17, n 1, p. 58-68, 2003. Disponível em : <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88392003000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100007) > Acesso em 10 de março de 2007.

VIANA, A.L. D' A.: Descentralização: uma política (ainda) em debate. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (2):292-318, 2001

VIANA, A.L. D' A.; LIMA, L. D; OLIVEIRA, R. G.. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto-lições do caso brasileiro. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7 (3): 493-507, 2002.

VALLADARES, L.do P; SANT'ANNA, M.J.G.: *O Rio de Janeiro em Teses. Catálogo Bibliográfico 1960-1990*. URBANDATA/CEP: Rio de Janeiro. UERJ,1992.

WERNECK, M.A.F.: *A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança*. Tese de Doutorado em Odontologia (OdontologiaSocial) Universidade Federal Fluminense, UFF, Brasil. 1994.

WERNECK, M.A.F.: Bucalidade e existência. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* vol.11 n.1 Rio de Janeiro. Jan./Mar. 2006

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) *What Is Oral Health?* 2007

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/index.html>

ZANETTI, C. H. G.: *As marcas de mal-estar social no sistema nacional de saúde tardio: o caso das políticas de saúde bucal no Brasil dos anos 80*. Dissertação Departamento de Ciências Sociais. ENSP Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1993

ZILBOVICIUS, C.: *A Saúde Bucal e o SUS: Integralidade seletiva em uma conjuntura neoliberal*. Dissertação (mestrado em odontologia). Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, São Paulo, 2005