Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Alessandra Valle Salino

Política Nacional de Saúde Bucal e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: uma análise da experiência no estado do Amazonas

Rio de Janeiro

2019

Alessandra Valle Salino

Política Nacional de Saúde Bucal e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: uma análise da experiência no estado do Amazonas

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

Orientador: Prof. Dr. George Edward Machado Kornis

Coorientadora: Dr.ª Leila Senna Maia

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S165 Salina, Alessandra Valle

Política Nacional de Saúde Bucal e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: uma análise da experiência no estado do Amazonas / Alessandra Valle Salina – 2019.

232 f.

Orientador: George Edward Machado Kornis

Coorientadora: Leila Senna Maia

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social e Universidade do Estado do Amazonas.

1. Política de saúde – Teses. 2. Saúde bucal – Teses. 3. Pessoas com deficiência – Teses. 4. Assistência odontológica para pessoas com deficiência – Teses. 5. Serviços de saúde bucal. 6. Amazonas. I. Kornis, George Edward Machado. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Universidade do Estado do Amazonas. IV. Título.

CDU 616.31-083(811.3)

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

_____ _____

Assinatura Data

Alessandra Valle Salino

Política Nacional de Saúde Bucal e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: uma análise da experiência no estado do Amazonas

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

Aprovada em 20 de março de 2019.

Coorientadora: Dr.ª Leila Senna Maia.

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. George Edward Machado Kornis (Orientador)

Instituto de Medicina Social - UERJ

_____

Prof.ª Dra. Roseni Pinheiro

Instituto de Medicina Social - UERJ

_____

Prof. Dr. Paulo Henrique Almeida Rodrigues

Instituto de Medicina Social - UERJ

_____

Prof.ª Dra. Renata Ferraiolo Gueiros

Universidade Federal Fluminense

_____

Prof.ª Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Universidade Federal de Juiz de Fora

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais pelo amor, valores, exemplos, conselhos e pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha vida. Minha eterna gratidão pelo que fizeram e continuam fazendo por mim. Sem vocês eu não teria chegado até aqui. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida, saúde, força e por iluminar e abençoar o meu caminho.

Ao Magnífico Reitor da Universidade do Estado do Amazonas Prof.º Dr. Cleinaldo de Almeida Costa pelo convênio firmado em parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro que possibilitou a realização do Doutorado Interinstitucional – DINTER CAPES UERJ/UEA.

Ao Magnífico Reitor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro Prof.º Dr. Ruy Garcia Marques por ter consolidado o convênio e parceria com a Universidade do Estado do Amazonas para a realização do Doutorado Interinstitucional – DINTER CAPES UERJ/UEA.

Ao Prof.º MSc. Darlisom Sousa Ferreira diretor, à época, da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESA responsável pela concretização do convênio do Doutorado Interinstitucional – DINTER CAPES UERJ/UEA.

A Prof.ª Dr.ª Roseni Pinheiro, Coordenadora do DINTER CAPES UERJ/UEA, pela dedicação, empenho, apoio em todas as horas e por ser a pessoa responsável pelo sucesso deste doutorado. A Sr.ª foi extremamente importante durante todo o curso e imprescindível no período em que estivemos no Rio de Janeiro para o estágio doutoral, sem sua força e determinação este curso não teria sido possível. Meus sinceros agradecimentos e profundo respeito pela profissional competente e leal aos princípios acadêmicos, científicos e humanos.

Ao meu Orientador Prof.º Dr. George Edward Machado Kornis por ter aceito me orientar mesmo estando em um momento delicado da sua vida e por jamais ter desistido de mim apesar dos contratempos e da distância. Meus sinceros agradecimentos pela sua dedicação, empenho, pelo exemplo de integridade, compromisso e competência e pelos puxões de orelha que foram cruciais para minha formação e realização deste trabalho.

A minha Co-orientadora Dr.ª Leila Senna Maia pesquisadora competente, dedicada, responsável e extremamente detalhista, não poderia ter tido uma co-orientação melhor, suas considerações foram fundamentais para minha formação e realização deste trabalho.

Ao Prof.º Dr. Diego Ferreira Regalado diretor da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESA pelo exemplo profissional, por me incentivar a ingressar na carreira acadêmica, pelo apoio e atenção.

Aos Prof.º Dr. Evandro da Silva Bronzi, Coordenador do Curso de Odontologia da UEA e Prof.ª Myrian Salles Vieira, Vice Coordenadora do Curso de Odontologia da UEA, pelo apoio e atenção.

Ao Prof.º Dr. Eduardo Jorge Sant'Ana Honorato, Coordenador local, no início do processo do DINTER CAPES UERJ/UEA pela dedicação e disposição em nos ajudar sempre que necessário.

A Prof.ª Dr.ª Sâmia Feitosa Miguez, Coordenadora Local do DINTER CAPES UERJ/UEA pelo suporte e ajuda quando necessário.

Ao Lucas Manoel da Silva Cabral, Secretário Executivo DINTER CAPES UERJ/UEA, pela dedicação, atenção, ajuda e organização impecável. Sem você os trâmites burocráticos seriam muito complicados devido à distância.

A Tirza Almeida, Secretária Local, no início do processo do DINTER CAPES UERJ/UEA, pela atenção e ajuda com os trâmites burocráticos no período de seleção e das disciplinas em Manaus.

A Tânia, Secretária da Direção - ESA, e Renilde, Secretária da Coordenação de Odontologia - UEA, pela atenção e ajuda sempre que precisei.

As secretárias do IMS Eliete, Aline e Sílvia Regina pela atenção e ajuda quando necessário.

Aos Professores do DINTER CAPES UERJ/UEA e também aos Professores do IMS que conheci durante o estágio doutoral – George Kornis, Roseni Pinheiro, André Mendonça, Rosângela Caetano, Tânia França, Felipe Asensi, Elaine Teixeira, Kenneth Camargo, Cid Manso, Fabiano Saldanha, Paulo Henrique Rodrigues e Ruben Mattos, meus sinceros agradecimentos pela oportunidade de assistir as brilhantes aulas, pelo conhecimento dividido e exemplo de docência a ser seguido. Vocês são fontes de inspiração para o meu caminhar na docência.

A todos os meus colegas de curso, que compartilharam "as dores e delícias" do percurso trilhado – Isabela, Fátima, Shirley, Pedro, Giuseppe, Nilson, Sônia, André, Fernando, Nathália, Vilma, Rita, Renata, Munique, Taciana, Márcio e Érica. Que excelente oportunidade o doutorado nos deu de vivenciar a interdisciplinaridade. Temos que desdobrar essa experiência para a ESA.

Aos amigos que fiz no doutorado, Gláucia e Vinícius foi um prazer construir essa amizade, muito obrigado pelo carinho e que continuemos seguindo juntos.

As minhas parceiras de equipe na disciplina "Clínica Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais" Keuly, Eliane e Gimol, por segurarem a "barra" durante a minha ausência.

A D. Alice, minha "mãe manauara" que cuidou da minha casa enquanto estive no Rio de Janeiro. Muito obrigado pelo carinho e cuidado de sempre.

Aos meus familiares e amigos do Rio e de Manaus que sempre me apoiaram e me deram força, muito obrigado pelo amor e carinho. Me desculpem a ausência, foi por uma boa causa.

Aos meus pais e minha irmã, só vocês sabem o quanto foi árduo o meu percurso, e como nunca, precisei de vocês por perto. Agradeço todo amor, carinho, colo e a oportunidade única que o doutorado me deu de ficar juntinho de vocês. Me desculpem as preocupações e as noites sem dormir. Amo vocês!

Admito que o deficiente seja vítima do destino, porém não posso admitir que seja vítima também da nossa indiferença.

Jonh F. Kennedy

RESUMO

SALINO, Alessandra Valle. *Política Nacional de Saúde Bucal e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: uma análise da experiência no estado do Amazonas.* 2019. 232f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Esta tese tem como objeto analisar a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e a sua conexão com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no estado do Amazonas. Para compreender a configuração da Política e a transversalidade com a Rede nessa localidade, os processos de pesquisa foram delineados para o cerne dessa questão e o enfoque dos referenciais teóricos e levantamento de dados obtidos a partir desse direcionamento. Os encaminhamentos metodológicos partiram de duas frentes de busca - configuração da Política e atenção à saúde bucal às pessoas com deficiência (PcD) no Amazonas, nos três níveis de atenção. Desta forma os dados foram coletados através dos bancos de dados oficias do governo federal - Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), todos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), através das ferramentas TABNET e TABWIN. Os resultados das pesquisas verificaram que este estado possui os mesmos problemas de ordem nacional que os demais estados brasileiros, somados ao desfavorecimento regional e aos problemas locais, a falta de infraestrutura associada ao isolamento geográfico e político, a grande dispersão populacional e a dificuldade de locomoção são características peculiares desse estado. Além de existirem grandes desigualdades socioeconômicas entre os municípios amazonenses, expressas pela desigualdade de renda no Amazonas (maior que no Brasil) e pelos indicadores sociais insatisfatórios (40,3% dos municípios têm Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo e o estado possui o progresso social baixo – Índice de Progresso Social IPS/54,92). Essas adversidades não podem ser tratadas de maneira singular e, por consequência, esse estado demanda atenção diferenciada com necessidade de investimentos em diversos setores, incluindo a saúde. A configuração da PNSB está fortemente concentrada na cidade de Manaus, principalmente no que diz respeito a atenção terciária, pois os dois hospitais aderidos à RCPD estão localizados nessa cidade. A atenção à saúde bucal, na atenção básica (AB), no Amazonas, apresenta baixa cobertura populacional tanto no estado (36,1%) quanto na capital (14,0%), refletindo em baixo acesso à saúde bucal individualizada. E a lógica do SIA/SUS não permite separar a população individualmente, o que prejudica o planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria dos serviços ambulatoriais de saúde bucal para as PcD na AB. Na média complexidade, constatamos que dos 62 municípios amazonenses apenas nove (14,5%) possuem oferta da atenção à saúde bucal especializada, sendo 13 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no estado, o que significa que 35% da população do Amazonas (1.427.527 habitantes), encontra-se desassistida da atenção à saúde bucal nesse nível de atenção. Sendo assim apresentamos algumas sugestões com o intuito de aprimorar a PNSB e a atenção à saúde bucal das PcD.

Palavras-chave: Política Nacional de Saúde Bucal. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Saúde bucal. Pessoa com Deficiência. Amazonas.

ABSTRACT

SALINO, Alessandra Valle. *National Oral Health Policy and Care Network for People with Disability: an analysis of the experience in the estate of Amazonas.* 2019. 232f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

This thesis aims to analyze the National Oral Health Policy (PNSB) and its connection to the Care Network for the Disabled Person (RCPD) in the state of Amazonas. In order to understand the configuration of the Policy and the transversality with the Network in that locality, the research processes were delineated to the core of this issue and the focus of the theoretical references and data collection obtained from this targeting. The methodological guidelines started from two fronts of search - configuration of the Policy and Oral Health Care for People with Disabilities (PwD) in Amazonas, in the three levels of attention. In this way the data were collected through the official databases of the federal government - Outpatient Information Systems (SIA/SUS), Hospital Information System (SIH/SUS) and National Registry of Health Establishments (CNES), all from the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS), through the tools TABNET and TABWIN. The results of the surveys verified that this state has the same problems of national order as other Brazilian states, together with regional disadvantage and local problems: the lack of infrastructure associated with the geographical and political isolation, a large population dispersion and the difficulty of locomotion are peculiar characteristics of this state. In addition to the large socioeconomic inequalities between Amazonas municipalities, expressed by income inequality in Amazonas (higher than in Brazil) and by unsatisfactory social indicators (40.3% of municipalities have a low Human Development Index (HDI), and the state has low social progress - Social Progress Index IPS/54,92). These adversities cannot be treated in a singular way and, as consequence, this state demands differentiated attention with the need of investments in several sectors, including health. The configuration of the PNSB is strongly concentrated in the city of Manaus, especially regarding tertiary care, as the two hospitals adhered to RCPD are located in that city. The oral health care in primary care (AB) in Amazonas has low population coverage in both the state (36.1%) and the capital (14.0%), reflecting low access to individualized oral health. And the SIA/SUS logic doesn't allow the separation of the individual population, which impairs the planning, programming, regulation, evaluation, control and audit of outpatient oral health services for the PwD in AB. In terms of complexity, we found that only nine (14.5%) of the 62 municipalities of Amazonas have specialized oral health care, 13 of which are Dental Specialty Centers (CEO) in the state, which means that 35% of the Amazonas population (1.427.527) is disassociated from oral health care at this level of care. Thus, we present some suggestions with the aim of improving the PNSB and the oral health care of PcD.

Keywords: National Oral Health Policy. Care Network for People with Disability. Oral Health People with Disability. Amazonas.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Incentivos financeiros federais (MS) – CEO 38

Quadro 2 – Especificidades dos CEO (Tipo I, II e III) 47

Quadro 3 – Procedimentos de Ortodontia 48

Quadro 4 – Procedimentos de Implantodontia 49

Quadro 5 – Resultados do SB Brasil – 2003 para os índices de CPO-D e necessidade de prótese nas faixas etárias de 15 a 19 anos, 35-44 anos e 65 -74 anos, Brasil 51

Quadro 6 – Faixas de produção/mês dos LRPD 52

Quadro 7 – Classificação dos padrões do GraduaCEO 58

Quadro 8 – Instituições de Ensino Superior (IES) habilitadas pelo GraduaCEO, Brasil 58/59

Quadro 9 – Incentivos financeiros de custeio recebidos pelos CEO aderidos à RCPD 65

Quadro 10– Dimensões e componentes do Índice de Progresso Social (IPS), Amazonas – 2014 80

Quadro 11– Número de municípios e de habitantes, proporção da população e PIB *per capita* das regiões de Saúde, Amazonas 82

Quadro 12– Regiões de Saúde do Amazonas e seus respectivos municípios 83

Quadro 13– Ranking do PIB e valores do PIB *per capita* e IDH-M, cidades, Amazonas 87

Quadro 14– Renda, pobreza e desigualdade de Manaus, IBGE, Censo (1991/2000/2010) 90

Quadro 15– Dimensões e componentes do Índice de Progresso Social (IPS), Manaus – 2014 91

Quadro 16– Distribuição dos Distritos de Saúde urbanos por bairros, Manaus 94

Quadro 17– População, número de eSB implantadas e cobertura populacional estimada, Brasil e regiões – 2017 96

Quadro 18– População, % de municípios com eSB, número de eSB implantadas e cobertura populacional estimada das eSB, estados Região Norte– 2017 96

Quadro 19– População, número de eSB implantadas e cobertura populacional estimada das eSB, capitais Região Norte – 2017 97

Quadro 20– Distribuição dos CEO e RCPD no Brasil, regiões e percentual nacional – ago./2018 109

Quadro 21– Distribuição dos CEO, CEO/RCPD, nº de municípios com CEO e CEO/RCDP, respectivos percentuais estaduais e total dos municípios dos estados da Região Norte – ago./2018 109

Quadro 22– Distribuição dos CEO e RCPD, população e nº de habitantes por CEO nas capitais da Região Norte – ago./2018 110

Quadro 23– Características dos Centros de Especialidades Odontológicas, Amazonas 111

Quadro 24– Distribuição dos LRPD no Brasil, regiões e percentual nacional – ago./2018 113

Quadro 25– Distribuição dos LRPD nos estados da Região Norte, percentual regional e estadual – ago./2018 113

Quadro 26– Características dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), Amazonas – ago./2018 114

Quadro 27– Distribuição dos LRPD nas capitais da Região Norte – ago./2018 115

Quadro 28– Características das unidades hospitalares públicas do Amazonas, exceto Manaus – ago./2018 117

Quadro 29– Características das unidades hospitalares SUS de Manaus – ago./2018. 118

Quadro 30– Hospitais cadastrados no CNES com serviço código – 144 e classificações, Amazonas – ago/2018 118

Quadro 31– Classificação dos pacientes especiais 124

Quadro 32– População residente por tipo de deficiência no Brasil, Região Norte, Amazonas e Manaus - IBGE, Censo Demográfico 2010 128

Quadro 33– Alfabetização, Características de trabalho e Rendimento nominal, das PcD e das pessoas sem deficiência (PsD) no Brasil, região Norte, Amazonas e Manaus 131

Quadro 34– Frequência escolar das PcD no Brasil, região Norte, Amazonas e Manaus 132

Quadro 35– Distribuição percentual da população, de 15 anos ou mais de idade, por existência de pelo menos uma das deficiências investigadas e sem deficiências, quanto o nível de instrução no Brasil, região Norte, Amazonas e Manaus – IBGE, Censo 2010..... 133

Quadro 36– Procedimentos Odontológicos da AB pesquisados nesta tese 148

Quadro 37– Distribuição das médias de cobertura da primeira consulta odontológica programática 151

Quadro 38– Valores do índice de cárie ceo-d e CEO-D nas diversas faixas etárias, participação dos componentes “Cariado” e “Obturado/Cariado” (%), Manaus, (SB Brasil 2010) e classificação OMS 159

Quadro 39– Características dos 13 CEO do estado do Amazonas 162

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução do número de equipes eSF, eSB mod I e eSB mod II implantadas na ESF, Brasil - 2001 a 2017..... 44

Gráfico 2 – Evolução da cobertura populacional (%) de eSF e eSB, Brasil - 2007 a 2017 45

Gráfico 3 – Evolução do número de CEO implantados, Brasil - 2004 a 2017 50

Gráfico 4 – Evolução do número de LRPD implantados no Brasil - 2010 a 2017 ... 53

Gráfico 5 – Distribuição da população urbana e rural, Amazonas – 2010 73

Gráfico 6 – Evolução do IDH do Amazonas - 1991, 2000 e 2010 75

Gráfico 7 – Evolução do IDH-M de Manaus, IBGE - Censos 1991, 2000 e 2010 ... 87

Gráfico 8 – Evolução das eSB, Amazonas e Manaus – 2001 a 2017 98

Gráfico 9 – Distribuição da população de PcD, por região, Brasil – IBGE, Censo 2010 127

Gráfico10– Prevalência da deficiência, por faixas etárias, no Brasil – IBGE, Censo 2010 130

Gráfico11– Descrição do quantitativo de Primeira Consulta Odontológica Programática, Amazonas e Manaus – 2008 a 2017 149

Gráfico12– Cobertura da Primeira Consulta Odontológica Programática (%), Amazonas e Manaus – 2008 a 2017 150

Gráfico13– Evolução do procedimento preventivo Aplicação Tópica de Flúor (individual por sessão), Amazonas e Manaus – 2008 a 2017 152

Gráfico14– Evolução do procedimento restauração dente decíduo, Amazonas e Manaus – 2008 a 2017 153

Gráfico15– Evolução do procedimento restauração de dente permanente anterior, Amazonas e Manaus – 2008 a 2017 154

Gráfico16– Evolução do procedimento restauração de dente permanente posterior, Amazonas e Manaus – 2008 a 2017 155

Gráfico17– Evolução do procedimento de Periodontia, Amazonas e Manaus – 2008 a 2017 156

Gráfico18– Evolução do procedimento exodontia de dente decíduo, Amazonas e Manaus – 2008 a 2017 157

Gráfico19– Evolução do procedimento exodontia de dente permanente, Amazonas e Manaus – 2008 a 2017 158

Gráfico20– Distribuição total dos procedimentos básicos de Prevenção, Dentística, Periodontia e Cirurgia, Amazonas e Manaus – 2008 a 2017 159

Gráfico21– Número procedimentos odontológicos realizados informados por BPA-I, CEO de Boca do Acre – 2013 a 2017 164

Gráfico22– Número de procedimentos odontológicos realizados informados por BPA-I, CEO de Iranduba – 2013 a 2017 165

Gráfico23– Número de procedimentos odontológicos realizados informados por BPA-I, CEO de Itacoatiara – 2013 a 2017 165

Gráfico24– Número de procedimentos odontológicos realizados informados por BPA-I, CEO Manaus UEA – 2014 a 2017 166

Gráfico25A e B – Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano e total geral de todos os anos, CEO de Boca do Acre, Amazonas - 2010 a 2017 169

Gráfico26– Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano, CEO de Iranduba, Amazonas – 2011 a 2017 . 169

Gráfico27A e B – Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano e total geral, CEO de Itacoatiara, Amazonas - 2010 a 2017 171

Gráfico28– Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano, CEO de Lábrea, Amazonas – 2008 a 2017 172

Gráfico29– Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano, CEO Manaus Sul, Amazonas – 2008 a 2017 . 174

Gráfico30– Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano, CEO Manaus Norte, Amazonas – 2008 a 2017 174

Gráfico31– Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano, CEO Manaus Oeste, Amazonas – 2008 a 2017 176

Gráfico32A e B – Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano e total geral de todos os anos, CEO Manaus UEA, Amazonas – 2014 a 2017 177

Gráfico33– Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano, CEO Manaus Leste, Amazonas – 2015 a 2017 179

Gráfico34– Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano, CEO de Maués, Amazonas – 2008 a 2017 180

Gráfico35– Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano, CEO de Parintins, Amazonas – 2008 a 2017 . 182

Gráfico36– Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano, CEO de São Gabriel da Cachoeira – 2008 a 2017 183

Gráfico37– Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano, CEO de Tefé, Amazonas – 2008 a 2017 184

Gráfico38– Evolução da produtividade dos CEO do Amazonas, CEO de Manaus e CEO do Interior do estado - 2008 a 2017 187

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Transversalidade das Ações da PNSB com o Plano "Viver sem Limite" 60

Figura 2 – Organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) . 64

Figura 3 – Posição geográfica do estado do Amazonas, Brasil 68

Figura 4 – Mapa político do estado do Amazonas 69

Figura 5 – Mapa do Amazonas apontando as 43 cidades sem acesso rodoviário ... 70

Figura 6 – Mapa da Região Metropolitana de Manaus 71

Figura 7 – Densidade populacional dos municípios do Amazonas – 2014 72

Figura 8 – Pirâmides Etárias, distribuição por gênero e grupos etários, Amazonas – 2010 e 2018 73

Figura 9 – Mapa das Regiões de Saúde, Amazonas 81

Figura 10 – Mapa do estado do Amazonas com a posição geográfica da cidade de Manaus 84

Figura 11 – Pirâmide Etária por gênero e grupos etários, Manaus, IBGE, Censo 2010 85

Figura 12 – Mapa de Manaus e sua divisão por Distritos de Saúde 93

Figura 13 – Problemas dos serviços de Saúde da cidade de Manaus (PMS – 2014/2017) 107

Figura 14 – Cartograma do percentual de pessoas, com pelo menos uma das deficiências investigadas, na população residente dos municípios do Brasil - IBGE, Censo Demográfico 2010 129

Figura 15 – Pirâmides etárias do Brasil nos anos de 2015 e 2050, por gênero e grupos etários 134

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – IDH-M dos municípios do Amazonas – 2010 76

Tabela 2 – Características demográficas das zonas geográficas de Manaus 86

Tabela 3 – Distribuição da população pelos Distritos de Saúde, por gênero, Manaus 2013 93

Tabela 4 – População, número de equipes e cobertura estimada das eSB e eSF das RS, Amazonas – 2017 99

Tabela 5 – Descrição dos resultados do desempenho das equipes de saúde bucal no 3º ciclo PMAQ-AB, Amazonas e Manaus – set./2018 101

Tabela 6 – Distribuição das eSFRSB, municípios, Amazonas – 2017 103

Tabela 7 – Evolução dos procedimentos odontológicos informados, por ano, total do período estudado e proporção de crescimento ou decréscimo (%), dos 13 CEO, Amazonas - 2008 a 2017 185

Tabela 8 – Quantitativo de AIHs aprovadas para o código: 04.14.02.041-3, nos hospitais SUS que não pertencem à RCPD, Amazonas – maio/2010 a dez./2017 189

Tabela 9 – Quantitativo de AIHs aprovadas para o código: 04.14.02.041-3, nos hospitais SUS aderidos à RCPD, Amazonas – maio/2010 a dez./2017 . 190

Tabela 10 – Quantitativo de AIHs aprovadas para o código: 04.14.02.041-3, nos hospitais SUS Amazonas – maio/2010 a dez./2017 190

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AB	Atenção Básica
BPA-I	Boletim de Produção Ambulatorial Individual
CD	Cirurgião-dentista
CF	Constituição Federal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DS	Distrito de Saúde
eAB	Equipe de Atenção Básica
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
eSFF	Equipe de Saúde da Família Fluvial
eSFFSB	Equipe de Saúde da Família Fluvial Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSFR	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
eSFRSB	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha Saúde Bucal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituições de Ensino Superior
IMS	Instituto de Medicina Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPS	Índice de Progresso Social
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PcD	Pessoas com Deficiência
PES	Plano Estadual de Saúde

PIB	Produto Interno Bruto
PIM	Polo Industrial de Manaus
PMS	Plano Municipal de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMAQ-CEO	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio
PNE	Pacientes com Necessidades Especiais
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PsD	Pessoas sem Deficiência
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RMM	Região Metropolitana de Manaus
RS	Região de Saúde
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica de Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde Fluvial
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
UOM	Unidade Odontológica Móvel

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	20
1	**OPÇÕES METODOLÓGICAS**	27
1.1	**Objetivos**	27
1.2	**Metodologia**	27
2	**A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL**	34
2.1	**Atenção básica**	39
2.2	**Atenção secundária ou média complexidade**	45
2.2.1	Centro de especialidades Odontológicas (CEO)	47
2.2.2	Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)	50
2.3	**Atenção terciária**	53
2.4	**PNSB e suas transversalidades**	56
2.5	**A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)**	61
3	**CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE RECORTE DO ESTUDO: AMAZONAS**	67
3.1	**Estado do Amazonas**	67
3.1.1	Aspectos geográficos – Amazonas	67
3.1.2	Aspectos demográficos – Amazonas	70
3.1.3	Aspectos do desenvolvimento socioeconômico – Amazonas	74
3.1.4	Aspectos relacionados à saúde – Amazonas	81
3.2	**Município de Manaus**	84
3.2.1	Aspectos geográficos e demográficos – Manaus	84
3.2.2	Aspectos do desenvolvimento socioeconômico – Manaus	87
3.2.3	Aspectos relacionados à saúde – Manaus	92
3.3	**A PNSB no Amazonas**	95
3.3.1	Atenção básica – Amazonas	95
3.3.2	Atenção secundária ou média complexidade – Amazonas	108
3.3.3	Atenção terciária – Amazonas	117
4	**CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE INTERESSE**	120
4.1	**Conceitos e classificações**	120
4.1.1	Conceitos e classificações na Odontologia	122

4.2 **Dados demográficos** 125
4.3 **Condições de saúde da PcD e seus determinantes sociais** 135
4.4 **Condições de saúde bucal dos pacientes com necessidades especiais (PNE)** . 138
4.5 **Assistência odontológica aos pacientes com necessidades especiais (PNE)** 141
5 **ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL ÀS PcD NO ÂMBITO DA PNSB NO AMAZONAS** 147
5.1 **Assistência odontológica às PcD na AB – Amazonas** 147
5.2 **Assistência odontológica às PcD na média complexidade – Amazonas** 161
5.3 **Assistência odontológica às PcD na atenção terciária – Amazonas** 188
CONSIDERAÇÕES FINAIS 193
REFERÊNCIAS 203
APÊNDICE A - Evolução do número de equipes eSF, eSB mod I e eSB mod II implantadas na ESF, Brasil - 2000 a 2017 222
ANEXO A - Procedimentos odontológicos transferidos do FAEC para o MAC referentes a Portaria GM/MS nº 3.011/2017 223
ANEXO B - Nota Técnica referente à Portaria GM/MS nº 1.032/2010 224
ANEXO C - Termo de Compromisso – Adesão do CEO a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência..... 228
ANEXO D - Listagem dos centros cirúrgicos adaptados para atendimento à RCPD 231

INTRODUÇÃO

Esta tese é fruto do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Doutorado Interinstitucional (DINTER - CAPES) entre a Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (instituição promotora), através do Instituto de Medicina Social – IMS, e a Universidade do Estado do Amazonas - UEA (instituição receptora). Esse convênio tem o propósito de ampliar a capacidade instalada em pesquisa e docência de pós-graduação na Amazônia e incentivar o estabelecimento de linhas de investigação no campo da saúde coletiva, capazes de contribuir com o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS) na região.

Desta forma, a partir do DINTER, surgiu a oportunidade de unir as linhas de pesquisa já existentes no IMS/UERJ com as áreas de estudos de interesse da UEA, ampliando as bases científicas acerca da região amazônica. Portanto, este trabalho se propôs a dar continuidade à linha de pesquisa sobre a Política Nacional de Saúde Bucal - PNSB, já existente no Departamento de Política, Planejamento e Administração em Saúde do DPPAS/IMS e desenvolvida pelo Prof. Dr. George Edward Machado Kornis[1], orientador desta tese, agregada a área de atuação profissional e científica da autora[2] voltada às pessoas com deficiência (PcD). Em virtude da expertise nessa área a Dr.ª Leila Senna Maia foi convidada a atuar como co-orientadora do presente estudo, sendo de fundamental importância para a concretização do mesmo.

Neste contexto, nasceu esta pesquisa pioneira sobre a PNSB no estado do Amazonas tomando por base a transversalidade dessa Política com a Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência (RCPD), a fim de responder o seguinte questionamento: no Amazonas, a conexão da PNSB com a RCPD está sendo conduzida corretamente, seguindo os princípios e as diretrizes dessa Política, o desenho dessa Rede e os resultados estão sendo satisfatórios?

Decidimos investigar como estão organizados os serviços de atenção à saúde bucal às PcD, no estado do Amazonas, no âmbito da PNSB, segundo as diretrizes dessa política. Buscamos contribuir com a discussão sobre a PNSB e sua operacionalização abordando,

---

[1] Esta linha de pesquisa possui a produção científica de três teses e quatro dissertações advindas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (doutorado e mestrado) do IMS/UERJ, incluindo um MINTER em convênio com a Universidade do Paraná - UNIPAR. Os pesquisadores envolvidos na referida produção são: Sérgio Murta Maciel, Renata Ferraiolo Peixoto Fortuna, Leila Senna Maia e Alexandre Almeida Webber.

[2] Docente do curso de graduação em Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), desde 2006, ministrando a disciplina de Clínica Odontológica de Pacientes com Necessidades Especiais, com atuação em projetos de extensão, pesquisa e pós-graduação (*lato sensu*), voltados para essa população.

especificamente, as configurações no estado do Amazonas. Desta maneira desenvolvemos a nossa linha de raciocínio a partir do tema central desta tese, a PNSB, que é parte integrante da Política Nacional de Saúde - SUS.

A saúde foi integrada à Constituição Federal (CF)[3], de 05 de outubro de 1988, como um direito social institucionalizado a todos os cidadãos brasileiros e em seu artigo 196 fica declarado que: "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988).[4]

Desta forma, o Brasil legitimou o direito à saúde a toda população em um sistema universal, integral e com controle social. Portanto, acreditamos que é necessário introduzir esse assunto para vincular o nosso tema, juntamente a questão da deficiência, a essa premissa importante.

O Programa de Ação Mundial para às Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU) aprovado pela Resolução nº 37/52, em 03 de dezembro de 1982, afirma o direito dessas pessoas "a oportunidades idênticas às dos demais cidadãos; bem como o de usufruir, em condições de igualdade, da melhoria das condições de vida, resultantes do desenvolvimento econômico e social" (ONU, 1982).[5]

Ressaltamos que, segundo este programa, todos os países signatários à ONU devem aplicar os princípios do mesmo com igual alcance e urgência independente do seu nível de desenvolvimento.

A Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (ONU, 2006)[6] é composta por 50 artigos que abordam os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais,

---

[3] A Constituição Federal de 1998 também é chamada de Constituição Cidadã.

[4] Porém o SUS só irá encontrar materialidade a partir de 1990, quando foram promulgadas as Leis Orgânicas (8.080/90 e 8.142/90) que regulamentaram os preceitos constitucionais e estabeleceram novas bases legais para o desenvolvimento desse sistema ditando as diretrizes, normas, formas de financiamento e mecanismos de ação. (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). Nos anos seguintes foram lançadas as Normas Operacionais Básicas (NOB/91/93/96) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS/2001/2002), atuando como instrumentos de regulação, definindo as estratégias de gestão e as orientações de operacionalidade do SUS (BRASIL, 1991; BRASIL, 1993a; BRASIL, 1996; BRASIL, 2001a; BRASIL, 2002a).

[5] Neste Programa, foram estabelecidas diretrizes nas diversas áreas de atenção às PcD tais como: saúde, educação, emprego e renda, seguridade social, legislação etc.

[6] O Protocolo Facultativo dessa Convenção, assinado em 30 de março de 2007, instituiu um sistema de monitoramento internacional da aplicação da Convenção que através do Comitê dos Direitos das Pessoas com Deficiência analisará os progressos de acordo com relatórios nacionais apresentados pelos Estado parte. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/disabilities/resources/general-assembly/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-ares61106.html.

reafirmando o direito à saúde e reiterando que as PcD devem ter acesso a todos os bens e serviços de saúde, sem qualquer tipo de discriminação. Dada a sua importância, ela é utilizada, até os dias de hoje, sendo reconhecida como documento de referência para nortear e balizar as ações destinadas às PcD em diversas áreas nos países signatários.

Vale apontar que esta Convenção foi um marco político de extrema importância, pois colocou o tema "deficiência" no patamar internacional dos direitos humanos quando reconheceu, dentre outros, que as PcD devem ter a oportunidade de participar ativamente das decisões relativas a programas e políticas, inclusive aos que lhe dizem respeito diretamente.

No Brasil ela foi ratificada e incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro como Decreto Legislativo nº 186/08[7], com equivalência de emenda constitucional[8] e promulgada posteriormente, em 2009, através do Decreto nº 6.949 (BRASIL, 2011a).

Entretanto, o direito à saúde a esta população está garantido pela CF-88 no capítulo dedicado à saúde (art. 196), como visto, e transversalmente através do art. 23, inciso II, que prevê como competência comum dos três níveis de governo cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e da garantia dos direitos das PcD (BRASIL, 1988).[9]

Algumas políticas públicas e ações voltadas para garantia dos direitos fundamentais desta população[10] abordam o tema da saúde.

---

[7] O Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, aprovou os textos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e do seu Protocolo Facultativo (BRASIL, 2008a).

[8] O descumprimento de qualquer item desta Convenção é considerado inconstitucional.

[9] Na CF/88 foram formalizados direitos básicos e essenciais que encontram-se dispersos em dispositivos alocados em capítulos distintos conforme artigos a seguir: 3º garante o bem de todos sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação; 5º versa que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo aos brasileiros a inviolabilidade de seu direito à vida, à igualdade, à segurança punindo qualquer discriminação e violabilidade dos direitos e liberdades fundamentais; 7º proíbe qualquer discriminação no que tange a salário e critérios de admissão do trabalhador com deficiência; o 24º define que é responsabilidade da União, dos Estados e do Distrito Federal legislar concorrentemente sobre a proteção e integração social das PcD; a reserva de percentual de cargos e empregos públicos para PcD foi tratada no 37º; o 203º versa sobre a assistência social, garantindo o benefício de um salário-mínimo mensal para as PcD que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção, ou de tê-la provida por sua família; o 208º garante o atendimento educacional especializado às pessoas com deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino; no 227º é abordada a criação de programas de prevenção e atendimento especializado, e de integração social do adolescente com deficiência, por intermédio do treinamento para o trabalho e da convivência, e da facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos (BRASIL, 1988).

[10] Em 1993, foi criada a Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência (CORDE) e este segmento populacional ganhou, pela primeira, vez visibilidade na estrutura do governo federal. Esta Coordenadoria, em 2009, foi elevada à condição de Subsecretaria Nacional e em 2010 alcançou o *status* de Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Paralelamente, em 1999, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE), proporcionando a participação das PcD nas definições, planejamento e avaliação das políticas destinadas a elas (BRASIL, 2012a).

A Lei Federal nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, regulamentada pelo Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, lançou a Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência, com o objetivo de assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais desses indivíduos. Trouxe uma seção destinada à saúde, orientando que o tratamento dos mesmos deve ser prioritário e adequado, enumerando uma série de medidas de saúde a serem adotadas.[11]

A saúde também foi tratada pela II Conferência Nacional sobre os Direitos das PcD[12], em 2008, cujo seu tema central foi "Inclusão, Participação e Desenvolvimento – Um novo jeito de avançar", a partir de três eixos temáticos: **1 - saúde** e reabilitação profissional; 2 - educação e trabalho; e 3 – acessibilidade (BRASIL, 2008a, grifo nosso).

E na III Conferência Nacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência[13], em 2012, com o tema central: "Um olhar através da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU: Novas perspectivas e desafios" e trouxe a saúde como o seu terceiro eixo temático: I – Educação, esporte, trabalho e reabilitação profissional; II – Acessibilidade, comunicação, transporte e moradia; **III – Saúde, prevenção, reabilitação, órteses e próteses;** IV – Segurança, acesso à justiça, padrão de vida e proteção social adequados (BRASIL, 2012a, grifo nosso). A saúde foi abordada como tema prioritário nas edições do Pacto pela Vida (2006-2007/2008-2009/2010-2011): "Fortalecimento da capacidade de resposta do SUS às PcD".

---

[11] Seção I, art. 16: I - promoção de ações preventivas, como as referentes ao planejamento familiar, ao aconselhamento genético, ao acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, à nutrição da mulher e da criança, à identificação e ao controle da gestante e do feto de alto risco, à imunização, às doenças do metabolismo e seu diagnóstico, ao encaminhamento precoce de outras doenças causadoras de deficiência, e à detecção precoce das doenças crônico-degenerativas e a outras potencialmente incapacitantes; II - desenvolvimento de programas especiais de prevenção de acidentes domésticos, de trabalho, de trânsito e outros, bem como o desenvolvimento de programa para tratamento adequado a suas vítimas; III - a criação de rede de serviços regionalizados, descentralizados e hierarquizados em crescentes níveis de complexidade, voltada ao atendimento à saúde e reabilitação da pessoa portadora de deficiência, articulada com os serviços sociais, educacionais e com o trabalho; IV - garantia de acesso da pessoa portadora de deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados e de seu adequado tratamento sob normas técnicas e padrões de conduta apropriados; V - garantia de atendimento domiciliar de saúde ao portador de deficiência grave não internado; VI - desenvolvimento de programas de saúde voltados para a pessoa portadora de deficiência, desenvolvidos com a participação da sociedade e que lhes ensejem a inclusão social; e VII - papel estratégico da atuação dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família na disseminação das práticas e estratégias de reabilitação baseada na comunidade (BRASIL, 1999a).

[12] Disponíveis em: http://www.sdh.gov.br/assuntos/conferenciasdh/4a-conferencia-nacional-dos-direitos-da-pessoa-com-deficiencia/documentos/anais-da-2a-cndpd.

[13] Disponível em: http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_4.pdf.

Em 2015 com a criação do Estatuto da Pessoa com Deficiência, instituído junto a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência[14], trouxe no seu Capítulo III o direito à saúde assegurando atenção integral à saúde da PcD em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido pelo acesso universal e igualitário (BRASIL, 2015a).[15]

Com relação as medidas relacionadas, especificamente, à saúde desses indivíduos foram implementadas a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD)[16], em 2002, e o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, em 2011.

A PNSPD foi lançada com o objetivo de promover a reabilitação dessas pessoas, a proteção à sua saúde e a prevenção dos agravos que determinem o aparecimento de deficiências, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas entre os diversos setores da sociedade e a efetiva participação da sociedade (BRASIL, 2002b).

O Plano Viver sem Limites, elaborado com a participação de mais de 15 ministérios e o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE), ressalta o compromisso do governo brasileiro com as prerrogativas da Convenção da ONU (2006) sobre os direitos das PcD. Lançado com a finalidade de promover, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das

---

[14] Esta Lei foi destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais das PcD, visando à sua inclusão social e cidadania.

[15] Este grupo populacional apresenta outros direitos específicos, tais como: prioridade de atendimento; benefícios de aposentadoria (aposentadoria especial, aposentadoria por invalidez, complemento de 25% na aposentadoria por invalidez e benefício de prestação continuada – BPC); isenção de impostos (ICMS para adaptação do automóvel, IPI e IOF na compra de automóvel e imposto de renda); à educação (BPC na escola, escola acessível, educação bilíngue, sala de recursos multifuncionais, Programa de Complementação ao Atendimento Educacional Especializado às Pessoas com Deficiência (PAED), Pronatec, acessibilidade na educação superior e cota de vagas para ingresso nas universidades); à comunicação; ao trabalho (BPC trabalho, cota de vagas nas empresas privadas, Programa de Inclusão de Pessoas com Deficiência na Presidência da República, redução da carga horária do servidor público da União e reserva de vagas em concursos públicos); à habitação (minha casa minha vida II e residências inclusivas); ao voto; ao transporte (transporte escolar acessível, transporte para acesso à saúde, cão-guia, reserva de vagas e credencial nacional de estacionamento, habilitação, reserva de assentos nos transportes públicos, passe livre federal e transporte aéreo: acessibilidade, atendimento especial e reserva de acentos); entre outros.

[16] A PNSPD instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 05 de junho de 2002, que dispôs: considerando a necessidade de definição, no Setor Saúde, de uma política voltada para a reabilitação da PcD na sua capacidade funcional e desempenho humano, de modo a contribuir para a inclusão plena em todas as esferas da vida social e a necessidade de proteger a saúde deste seguimento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências, aprova essa Política com o objetivo de: reabilitação da PcD, proteção a sua saúde e a prevenção dos agravos que determinem o aparecimento de deficiências, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas entre os diversos setores da sociedade e a efetiva participação da sociedade. Determina que os órgãos e entidades do MS, cujas ações se relacionem com o tema objeto da PNSPD, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 2002b).

PcD, tem como segundo eixo de atuação a atenção à saúde (BRASIL, 2011b). Desta forma, os direitos à saúde dessa população apresentam dupla vinculação: como direito geral de cidadania (comum a todos os cidadãos brasileiros) e direito específico às PcD (qualificado em políticas públicas e ações voltadas às populações com alta vulnerabilidade) e, como visto, garantidos pela jurisdição brasileira.

Neste sentido, a PNSB segue os preceitos do SUS, sendo regida pelos princípios doutrinários - universalidade, integralidade e equidade.

Em termos da estrutura do trabalho, iniciamos o primeiro capítulo com a apresentação dos objetivos e da metodologia que embasam as pesquisas realizadas nesta tese, com o propósito de esclarecer como este estudo foi delineado e planejado.

No segundo capítulo pensamos como ponto de partida o tema central desta tese, a PNSB, com enfoque para o Amazonas. Portanto, começamos apresentando essa Política em uma perspectiva histórica, retratando suas características abrangendo a oferta verticalizada da atenção à saúde bucal nos três níveis de atenção, as suas transversalidades e a interrelação com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Nossa intenção é demonstrar como se configura a PNSB, a fim de nortear os capítulos seguintes. Foi considerado necessário tratar desse assunto tanto para os leitores que são familiarizados como para aqueles que estão querendo se familiarizar com o estudo.

No terceiro capítulo, fizemos a escolha de explicitarmos algumas características do local de recorte deste estudo, com o propósito de situar os leitores no contexto e peculiaridades locais. Para isso demonstramos os aspectos geográficos, demográficos, do desenvolvimento socioeconômico e relacionados à saúde do estado do Amazonas e, também, da cidade de Manaus devido à importância da capital para esse estado. Ainda nesse capítulo, apresentamos a configuração da PNSB, nesse estado, para observarmos o atual estágio de desenvolvimento da Política nos três níveis de atenção.

No quarto capítulo, optamos por contextualizar a população de estudo desta tese - pessoas com deficiência (PcD), abordando determinados aspectos que achamos relevantes para ilustrar a temática que envolve esses indivíduos. Decidimos evidenciar os conceitos e classificações gerais e da Odontologia, para a melhor compreensão sobre quem são essas pessoas. Na sequência, apresentamos os dados demográficos com o intuito de demonstrar a distribuição da população e a sua magnitude, e discorremos sobre as condições de saúde geral, saúde bucal e assistência odontológica às PcD, a fim de demonstrar as vulnerabilidades dessas pessoas e a importância da assistência à saúde bucal.

Por fim, o quinto capítulo consiste no cerne desta tese, quando apresentamos a atenção à saúde bucal voltada para esta população, no âmbito da PNSB, nos três níveis de atenção, abrangendo à RCPD no Amazonas.

Os resultados desta pesquisa são demonstrados no terceiro e no quinto capítulo e juntamente com os dados apresentados nos demais capítulos nos deram subsídios e fundamentaram as argumentações das considerações finais desta tese de doutoramento.

1 **OPÇÕES METODOLÓGICAS**

1.1 **Objetivos**

Os objetivos deste estudo foram pensados no sentido de responder à questão formulada: no Amazonas, a conexão da PNSB com a RCPD está sendo conduzida corretamente, seguindo os princípios e as diretrizes dessa Política, o desenho dessa Rede e os resultados estão sendo satisfatórios? Assim, o objetivo geral desta tese é estudar a PNSB tendo como foco a sua transversalidade com a RCPD no estado do Amazonas.

Os objetivos específicos são:

- Coletar, organizar e analisar os dados sobre a PNSB no estado do Amazonas;
- Fazer um diagnóstico das ações assistenciais da PNSB levadas a termo nos CEO e nas unidades hospitalares que compõem a RCPD no estado do Amazonas;
- Identificar fragilidades e lacunas na PNSB relacionadas à assistência à saúde bucal na RCPD no estado do Amazonas;
- Apresentar considerações prospectivas da PNSB relacionadas à população de pessoas com deficiência no estado do Amazonas.

1.2 **METODOLOGIA**

No tocante a metodologia trata-se de pesquisa de abordagem quali-quantitativa podendo ser classificada como exploratória e, ao mesmo tempo, descritiva. Exploratória porque objetivou familiarizar a autora com várias questões e especificidades que envolvem o objeto de estudo, e descritiva, no que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as variáveis e as técnicas de coleta e levantamento de dados, todos advindos de fontes secundárias, selecionados para responder aos questionamentos da pesquisa.

Vamos descrever, a seguir, as opções escolhidas para as pesquisas realizadas neste trabalho. Os encaminhamentos metodológicos foram delineados a partir do tema central desta tese, a PNSB, com enfoque para o Amazonas e a RCPD. Separamos em dois segmentos – referencial teórico e levantamento dos dados.

Referencial teórico

O referencial teórico abarcou três questões explicitadas no direcionamento dos capítulos desta tese: a PNSB, o local de recorte desta pesquisa – Amazonas e a população de estudo – PcD. Logo, a nossa busca documental foi a respeito das informações relacionadas a esses três assuntos em uma perspectiva histórica até agosto de 2018, marco temporal desta tese. Esse período final foi escolhido em função dos prazos acadêmicos. Portanto, fizemos o levantamento, organização e análise dos seguintes documentos:

=> Documentos governamentais: do Ministério da Saúde (MS)[17] e de outros Ministérios; Secretaria Estadual de Saúde (SES) – Planos Estaduais de Saúde do Amazonas (PES/AM 2012-2015 e PES/AM 2016-2019), Secretarias Municipais de Saúde (SMS) - Planos Municipais de Saúde de Manaus (PMS 2010-2013 e PMS – 2014-2017) e outras Secretarias do estado do Amazonas; documentos oriundos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) bem como de outras fontes governamentais;

=> Documentos de Organizações Internacionais: Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e do Banco Mundial (World Bank);

=> Documentos de associações e entidades de classe da Odontologia internacional e nacional: Special Care Dentistry Association (SCDA) e Conselho Federal de Odontologia (CFO); e

=> Pesquisas censitárias: Censos Demográficos - IBGE (2000/2010), Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio (PNAD – 1998, 2008 e 2018) e levantamentos epidemiológicos nacionais de saúde bucal (SB Brasil 2003 e SB Brasil 2010).

Além disso, realizamos uma busca bibliográfica de textos acadêmicos (teses e dissertações), livros e textos publicados em periódicos especializados na área de Saúde Coletiva, saúde bucal e relacionados às PcD.

---

[17] O MS analisou diversas Portarias referentes ao SUS e consolidou as que considerou de conteúdo normativo e de efeitos permanentes e duradouros em seis Portarias de Consolidação (PRC) sistematizando os seguintes assuntos: PRC nº 1 - Consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS; PRC nº 2 - Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS; PRC nº 3 - Consolida as normas sobre as redes do SUS; PRC nº 4 - Consolida as normas sobre os sistemas e os subsistemas do SUS, PRC nº 5 - Consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do SUS ; PRC nº 6 - Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS. Portanto, algumas Portarias que vamos citar encontram-se revogadas, pois foram incluídas nessas PRC.

Gostaríamos de ressaltar que a apresentação da PNSB foi baseada no que o MS demonstra sobre essa Política, hoje, no portal do Departamento de Atenção Básica (DAB)[18].

Levantamento dos dados

Os dados deste estudo foram obtidos nos bancos de dados oficiais do governo federal através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)[19], do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)[20] e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)[21], todos do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). O período final escolhido para a coleta dos dados foi dezembro de 2017, devido às mudanças ocorridas em 28 de setembro desse referido ano, tanto com relação ao financiamento do SUS, quanto à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Os períodos iniciais variaram de acordo com o nível de atenção estudado e suas especificidades.

O levantamento dos dados desta tese, nos três níveis de atenção (Atenção Básica (AB), Média complexidade e Atenção terciária), seguiu duas frentes de busca, uma sobre a configuração da PNSB e outra sobre a atenção à saúde bucal às PcD. Setorizamos a descrição dos encaminhamentos metodológicos de acordo com os níveis de atenção, a fim de facilitar o entendimento dos leitores.

Atenção Básica (AB)

Para configurar a PNSB, neste nível de atenção, coletamos informações a respeito das Equipes de Saúde Bucal (eSB).[22] A busca dos dados sobre as equipes foi realizada através do

---

[18] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php.

[19] O SIA/SUS foi implantado pelo MS, em 1995, constituindo um instrumento fundamental às gestões federal, estadual e municipal do SUS para registrar os atendimentos/procedimentos/tratamentos realizados em cada estabelecimento de saúde no âmbito ambulatorial. A partir dele, os gestores de cada estado e município podem cadastrar programar, processar a produção e efetivar o pagamento aos prestadores do SUS, tomando por base os valores aprovados em cada competência, de acordo a programação física orçamentária definida no contrato/convênio efetuado com os estabelecimentos de saúde sob sua gestão (BRASIL, 2010h).

[20] O SIH/SUS foi criado pelo MS, em 1990, com o objetivo de qualificar a informação em saúde a partir do registro das internações hospitalares nos estabelecimentos de saúde do SUS e a sua gestão é responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) (BRASIL, 2012b).

[21] O CNES foi criado pelo MS, em 1999, e é a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde auxiliando o planejamento em saúde, em todos os níveis do governo, pois propicia o conhecimento da realidade da rede assistencial existente, sua potencialidade e capacidade instalada.
Disponível em: http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes.

[22] Pesquisamos este tipo de equipe neste nível de atenção, pois a nossa data de corte foi dezembro de 2017 e a nova configuração de equipe da AB (eAB) foi instituída em setembro de 2017, junto a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

site e-Gestor[23], no menu de navegação “Relatórios Públicos”, onde consultamos o histórico de pagamento para verificar o quantitativo das equipes e o histórico de cobertura, para verificar a cobertura populacional das referidas equipes. O período pesquisado para o quantitativo das equipes foi de janeiro de 2001 até dezembro de 2017[24], com o intuito de analisar a evolução das eSB no Brasil, regiões brasileiras, estados da região Norte, capitais da região Norte, mas com o foco voltado para o local deste estudo – Amazonas.

Quanto à busca sobre a cobertura populacional o período foi diferente, pois para essa informação o e-Gestor disponibiliza os dados a partir de julho de 2007. Sendo assim, para analisarmos períodos completos (12 meses) de cada ano pesquisado, buscamos os dados de cobertura de janeiro de 2008 a dezembro de 2017, a fim de analisar a evolução da cobertura das eSB no Brasil, regiões brasileiras, estados da região Norte, capitais da região Norte, mas com o foco voltado para o local deste estudo - Amazonas. Vale ressaltar que os dados coletados foram a respeito das equipes implantadas.

Com relação à pesquisa sobre a atenção à saúde bucal às PcD, buscamos dados de procedimentos odontológicos da AB. Nossa escolha foi baseada nos procedimentos odontológicos mais rotineiros neste nível de atenção. Portanto, de acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS (SIGTAP)[25], os procedimentos odontológicos escolhidos foram os seguintes, conforme os códigos e as descrições do SIGTAP:

- código – 0101020074: aplicação tópica de flúor (individual por sessão);
- código – 0307010023: restauração de dente decíduo;
- código – 0307010031: restauração de dente permanente anterior;
- código – 0307010040: restauração de dente permanente posterior;
- código – 0307030016: raspagem, alisamento e polimento supra gengivais (por sextante);
- código – 0414020120: exodontia de dente decíduo; e
- código – 0414020138: exodontia de dente permanente.

---

[23] O e-Gestor é um *site* de informação e gestão da Atenção Básica (AB) e um espaço para informação e acesso sobre este nível de atenção. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml.

[24] A escolha do início do período ser o ano de 2001 foi devido a esse ter sido o ano de implantação das eSB e o final do período ser o ano de 2017 foi em função dos prazos acadêmicos.

[25] Disponível em: http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp.

Gostaríamos de alertar que como a raspagem, alisamento e polimento supra gengival é contabilizada por sextante os resultados referentes a esse procedimento podem aumentar em até seis vezes por indivíduo.

Escolhemos também, para a análise deste nível de atenção, a primeira consulta odontológica programática (código SIGTAP – 0301010153) pelo fato de o MS utilizá-la para calcular o Indicador de Acesso – "Cobertura de primeira consulta odontológica programática". De acordo com o Sistema de Atenção em saúde para a Atenção Básica (SISAB)[26], esse indicador é empregado para estimar o acesso da população aos serviços odontológicos (assistência individual), na AB. Ele é obtido através do cálculo do número total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em um determinado tempo e período, sobre a população no mesmo local e período, multiplicado por 100.[27]

Os dados sobre os procedimentos odontológicos, incluindo a consulta, foram coletados no SIA/SUS no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2017 para o estado do Amazonas e a cidade de Manaus.[28] Para essa coleta, utilizamos a ferramenta TABNET (DATASUS) com as seguintes variáveis: por local de atendimento a partir de 2008; quantidade aprovada; e ano/mês de atendimento.

Levantamos os dados de outros arranjos organizacionais existentes na AB: Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), as Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) e Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR), as Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). Esses foram coletados no *site* do CNES[29], para o Amazonas e Manaus, pois o *site* do e-Gestor não disponibiliza informações a respeito desses tipos de equipes e unidades da AB.[30]

Média Complexidade

Para configurar a PNSB, neste nível de atenção, buscamos informações a respeito dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese

---

[26] Disponível em: https://sisab.saude.gov.br.

[27] Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf.

[28] O início deste período se deve ao fato de as informações sobre estes procedimentos odontológicos estarem disponíveis a partir de janeiro de 2008 e o final do período foi determinado em função dos prazos acadêmicos.

[29] Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp.

[30] O detalhamento das informações a respeito destes componentes da AB será realizado no decorrer desta tese.

Dentária (LRPD)[31]. A coleta dos dados foi realizada no portal do DAB no menu de navegação "Cidades Atendidas" – CEO e LRPD para o Brasil, regiões brasileiras, estados da região Norte, capitais da região Norte, mas com o foco voltado para o local deste estudo – Amazonas.

Para a pesquisa sobre a assistência à saúde bucal às PcD neste nível de atenção, buscamos os dados no SIA/SUS a respeito dos procedimentos odontológicos mencionados na AB, exceto a primeira consulta odontológica programática, pois aqui a consulta não faz parte dos procedimentos voltados para às PcD elencados no Anexo da Portaria MS/SAS nº 911/2012. Incluímos o procedimento especializado código – 0307020061: obturação em dente permanente unirradicular (SIGTAP).

Os dados sobre os procedimentos odontológicos mencionados neste nível de atenção foram coletados no SIA/SUS utilizando as ferramentas TABNET e TABWIN (DATASUS) onde buscamos a produção ambulatorial por local de atendimento. O período pesquisado foi de janeiro de 2008 a dezembro de 2017, e a nossa busca contemplou todos os CEO do Amazonas.[32] Os dados coletados foram sobre a produção total dos CEO (todos os procedimentos odontológicos realizados), o quantitativo de procedimentos realizados através do Boletim de Produção Ambulatorial – Individual (BPA-I)[33] e a produção dos procedimentos da AB e do procedimento especializado de endodontia escolhidos nesta pesquisa.

Atenção terciária

Nossa pesquisa neste nível de atenção buscou informações sobre as unidades hospitalares existentes no Amazonas com o propósito de analisar a configuração da PNSB nessa localidade. Para isso coletamos as informações a respeito desses estabelecimentos de saúde no *site* do CNES.

Quanto a atenção à saúde bucal às PcD na atenção terciária, a pesquisa se deu através do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) utilizando a ferramenta TABNET (DATASUS), onde buscamos por local de internação; o quantitativo de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) aprovadas para o código - 04.14.02.041-3: Tratamento Odontológico para Pessoas com Necessidades Especiais (SIGTAP); por estabelecimento e ano de

---

[31] A PNSB preconiza a oferta de próteses na AB, mas o portal do DAB apresenta o LRPD junto à atenção especializada, por isso trazemos esse componente neste nível de atenção.

[32] O início deste período se deve ao fato de as informações sobre estes procedimentos odontológicos estarem disponíveis a partir de janeiro de 2008 e o final do período foi determinado em função dos prazos acadêmicos.

[33] As informações sobre este documento de registro serão explicitadas no decorrer desta tese.

processamento; no período de maio de 2010 a dezembro de 2017 nos hospitais do SUS do Amazonas, incluindo os hospitais da RCPD.

Gostaríamos ressaltar que como esta pesquisa trabalhou com dados secundários, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa. Acreditamos que trabalhos como esta tese de doutoramento são extremamente importantes e relevantes, tendo em vista a heterogeneidade da sociedade brasileira, caracterizada por elevada desigualdade, em que diversos grupos populacionais são vulneráveis socialmente, como a população desta pesquisa. E também devido ao fato de ser um estudo pioneiro, pois tanto a região quanto a população desta pesquisa são pouco estudadas.

Desta forma, esperamos contribuir de maneira significativa para o entendimento dos problemas que envolvem às PcD no que diz respeito à PNSB e a transversalidade com a RCPD no contexto do Amazonas.

2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (PNSB)

A saúde bucal entrou na agenda do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política prioritária de governo muito tardiamente. O SUS foi promulgado pela Constituição Federal (CF) de 1988, mas somente após 16 anos, em 2004, a saúde bucal foi incluída no seu âmbito, com a edição da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Programa Brasil Sorridente, como uma política pertencente a esse sistema.

Segundo Narvai & Frazão (2009):

> "[...] desde a criação do SUS, a inserção da saúde bucal foi marcada por conflitos e contradições, apesar da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB, 1986) ter proposto claramente a inserção da saúde bucal no sistema único de saúde por meio de um Programa Nacional de Saúde Bucal com base nas diretrizes da área, respeitando-se as definições que cabem aos níveis federal, estadual e municipal; universalizado, hierarquizado, regionalizado e descentralizado, com a municipalização dos serviços e fortalecimento do poder decisório municipal, os governos que sucederam, desde então, não acataram essa deliberação e só realizaram ações e incentivos isolados relacionados à saúde bucal" (NARVAI & FRAZÃO 2009, p.65).

A inserção da saúde bucal no SUS aconteceu após um longo período de debates, discussões e reivindicações de especialistas, constituindo um marco histórico das políticas públicas no Brasil[34]. Isso ocorreu em um momento político bastante favorável, quando houve uma mudança no posicionamento do Estado, em 2003, no primeiro mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006). A saúde bucal, que vinha sendo historicamente negligenciada, passou a ocupar posição de destaque e priorização na agenda de governo (LUCENA *et al*., 2011; MACHADO, 2011; RONCALLI, 2006).[35]

A saúde bucal e as práticas odontológicas no SUS, durante muitos anos, aconteceram de forma paralela e afastada do processo de organização dos serviços de saúde desse sistema. Neste sentido, a implantação da PNSB, conhecida como Brasil Sorridente, foi muito importante para a saúde bucal pública do Brasil. Antes dela, o acesso dos brasileiros a esse

---

[34] Através da 7ª Conferência Nacional de Saúde – CNS (1980) abrindo espaço para a inserção da odontologia em um programa nacional de saúde, alertando que o modelo de odontologia até então proposto era ineficiente, ineficaz, mal distribuído, de baixa cobertura, com enfoque curativo, de caráter mercantilista e monopolista e com recursos humanos inadequados e da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), que teve como parte integrante a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) pautada por quatro grandes temas: A Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado, Diagnóstico de Saúde Bucal no Brasil, Reforma Sanitária: Inserção da Odontologia no Sistema Único de Saúde e Financiamento do Setor de Saúde Bucal. A 1ª CNSB marcou uma nova postura da categoria diante da sociedade, ao defender os princípios e as diretrizes do SUS e o início de um amadurecimento social técnico e político que teve prosseguimento na 2ª CNSB (1993), com a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país e sua efetiva inserção no SUS, culminando com a implantação da PNSB em 2004 (OPAS, 2006a).

[35] O novo governo empossado tinha como estratégia a superação da exclusão social (OPAS, 2006a).

tipo de assistência era limitado[36] a procedimentos odontológicos básicos, com predominância das exodontias, perpetuando a visão da odontologia mutiladora.[37]

Esta política foi concebida com o propósito de superar o modelo tradicional hegemônico[38], que privilegiava o setor privado, tinha baixa cobertura (excludente, ineficiente e ineficaz) e nenhum compromisso com a saúde bucal da população brasileira (LUCENA *et al.*, 2011; RENDEIRO, 2011). A assistência odontológica pública restrita e excludente era o modelo existente até a implantação da PNSB. Essa política acompanhou o modelo assistencial orientado pelo SUS de promoção de saúde, incorporando a saúde bucal dentro dos princípios doutrinários e organizativos desse Sistema (universalização, equidade, integralidade, descentralização e controle social).

Apesar do atraso, a implantação da PNSB foi rápida e intensa, com crescente financiamento e ampliação da oferta de serviços de saúde bucal. Propõe que a oferta assistencial seja integral e hierarquizada (articulada) nos três níveis de atenção[39]: primário, secundário e terciário -, envolvendo as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e com ações multidisciplinares e intersetoriais.

A PNSB, em suas diretrizes, garante ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal. Dentre as suas metas propõe a reorganização da prática e a qualificação das ações e dos serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades e a ampliação do acesso ao tratamento odontológico por meio do SUS e garantido pela CF-88 (BRASIL, 2004a).

Dentre suas principais linhas de ação, estão a reorganização da atenção básica (AB), principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal (eSB) na Estratégia Saúde da Família (ESF)[40]; a ampliação e qualificação da atenção especializada (com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e Laboratórios Regionais de Próteses

---

[36] Segundo Pinto (1982), a tradição brasileira em políticas de saúde bucal é resultante do modelo assistencial de corte materno infantil e voltada para crianças e gestantes.

[37] Departamento de Atenção Básica (DAB) - PNSB. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnsb.php.

[38] Este modelo hegemônico é baseado no modelo educacional de prática odontológica da escola norte-americana caracterizado como flexneriano ou cientificista com enfoque biomédico e hospitalocêntrico, centrado na doença e não no indivíduo. Na Odontologia caracteriza-se pela maior complexidade e ênfase na prática curativa, privilegiando o biologicismo, a sofisticação da técnica e dos instrumentos, a odontologia privada e tem enfoque nas doenças bucais já instaladas (LIMA, 2017).

[39] Iremos detalhar a assistência à saúde bucal nos três níveis de atenção nos próximos subitens (2.1; 2.2; 2.3).

[40] Cabe lembrar que a eSB foi inserida no PSF, à época, através da Portaria GM/MS nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000a).

Dentárias - LRPD) e assistência na atenção terciária. (BRASIL, 2004a).[41] Essa política apresenta o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo de atenção à saúde bucal voltado para a concepção de saúde, centrado na promoção da qualidade de vida e na intervenção dos fatores de risco à saúde.[42]

A partir da PNSB, o governo federal induziu os gestores locais a oferecer atenção à saúde bucal através da política de incentivos do MS.[43]

Na AB, o financiamento da saúde bucal é através do Piso de Atenção Básica Variável (PAB – Variável), voltado para a implantação[44] e custeio dos diferentes arranjos organizacionais de Equipes de Saúde da Família, que incluem a saúde bucal, para as Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e para a doação de equipos odontológicos, conforme explicitamos a seguir:

- Equipe de Saúde Bucal (eSB) - O MS disponibiliza o incentivo financeiro de implantação[45] das eSB no valor de R$ 7.000,00 (parcela única) destinados para investimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e realização de Curso Introdutório. Os valores do incentivo mensal de custeio[46] são estabelecidos de acordo com as modalidades das equipes: eSB modalidade I – R$ 2.230,00 e eSB modalidade II – R$ 2.980,00. Equipes implantadas em municípios com até 50.000 habitantes da área da Amazônia Legal e/ou aqueles que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos receberão 50% a mais dos valores de custeio.

---

[41] Estas ações serão melhor detalhadas ao longo deste capítulo.

[42] O processo de reorganização da atenção à saúde bucal é norteado pelo documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, lançado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2004 (BRASIL, 2004a). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf.

[43] A política de incentivos do MS teve início com o grande aporte financeiro voltado para a universalização da AB. Posteriormente com a edição das NOB e as NOAS foram criados mecanismos de repasse financeiro direto do fundo federal para o fundo municipal e estadual, separando os recursos destinados para a Média e Alta Complexidades (MAC) e para a AB através do PAB Fixo e/ou Variável e a política de incentivos passa a ser utilizada como indutora da PNS - SUS. Os incentivos financeiros repassados pelo MS são transferidos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS) ou Fundo Estadual de Saúde (FES) dependendo do nível de atenção (BRASIL, 1996; BRASIL, 2001a; BRASIL, 2002a).

[44] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=incentivo.

[45] No portal do DAB, consta a informação sobre o incentivo financeiro de implantação das eSB. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=incentivo. Entretanto, a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, não faz menção a esse tipo de incentivo, só constando a informação sobre o incentivo financeiro de custeio (BRASIL, 2017a).

[46] Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a).

- Equipe de Saúde da Família Ribeirinha Saúde Bucal, (eSFRSB) e Equipes de Saúde da Família Fluvial Saúde Bucal (eSFFSB)[47] – Para essas equipes, o MS não repassa o incentivo financeiro de implantação, somente o incentivo de custeio mensal. O valor estipulado para o custeio das eSFRSB e eSFFSB foi o equivalente a eSB modalidade I - R$ 2.230,00 (BRASIL, 2014a).[48]
- Unidades Móveis Odontológicas (UOM)[49] – Para esse componente da atenção à saúde bucal o MS repassa, em parcela única, o incentivo financeiro para implantação[50] da UOM no valor de R$ 3.500,00 e o incentivo financeiro de custeio mensal no valor de R$ 4.680,00.
- Doação de equipamentos odontológicos[51] – A Portaria GM/MS nº 2.372, de 07 de outubro de 2009, criou o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as eSB implantadas a partir da competência outubro de 2009. Os equipamentos fornecidos compreendem: um equipo odontológico completo (composto por uma cadeira odontológica, um equipo odontológico, uma unidade auxiliar odontológica, um refletor odontológico e um mocho) e um *kit* de peças de mão (composto por um micromotor, uma peça reta, um contra ângulo e uma caneta de alta rotação).

Com relação à média complexidade, a atenção à saúde bucal é financiada por incentivos de implantação e custeio dos CEO através do PAB Variável. Os valores dos incentivos financeiros para os CEO são diferenciados de acordo com a classificação dos tipos I, II e III, conforme demonstrado no Quadro 1.

---

[47] As configurações dessas equipes serão explicitadas no item 2.1.

[48] Portaria GM/MS nº 1.229, 06 de junho de 2014 (BRASIL, 2014a).

[49] A configuração da UOM será apresentada a seguir no item 2.1.

[50] No portal do DAB, consta a informação sobre o incentivo financeiro de implantação da UOM. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=uom. Porém, a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, não faz menção a esse tipo de incentivo só se refere ao incentivo de custeio mensal da UOM (BRASIL, 2017a).

[51] No portal do DAB, há informação referente a doação de equipamentos odontológicos. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=incentivo. A Portaria GM/MS nº 2.372, de 07 de outubro de 2009, foi revogada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, mas essa não faz menção ao incentivo de doação (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2017a).

Quadro 1 – Incentivos financeiros federais (MS) – CEO

Tipos de CEO	Implantação (parcela única)[52]	Custeio (mensal)
I	R$ 60.000,00	R$ 8.250,00
II	R$ 75.000,00	R$ 11.000,00
III	R$ 120.000,00	R$ 19.250,00

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do MS (BRASIL, 2017a).

Segundo ressaltaram Kornis & Maia (2010), o repasse federal representa apenas uma parte dos recursos necessários ao custeio dos CEO, devendo os estados e os municípios complementarem o custeio dos serviços. Iremos explicar as características de cada tipo de CEO nesse capítulo, quando falarmos, especificamente, sobre a média complexidade, no item 2.2.

No que diz respeito a atenção terciária, não há repasse de recursos financeiros como na AB e na média complexidade; entretanto houve a inclusão do procedimento código 04.14.02.041-3 - "Tratamento Odontológico para Pessoas com Necessidades Especiais" na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS a partir de 2010[53] e a distribuição de *kits* odontológicos para adequação de centros cirúrgicos de hospitais em 2012[54]. Esses dois aspectos serão detalhados nos itens 2.3 e 2.5 deste capítulo, quando tratarmos especificamente sobre a atenção terciária e RCPD, respectivamente.

Em 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro, alterou a forma de financiamento da saúde no país. Antes dessa Portaria, o financiamento do SUS se dava através de seis blocos de financiamento, distribuídos da seguinte forma: I - Atenção Básica; II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III - Vigilância em Saúde; IV - Assistência Farmacêutica; V - Gestão do SUS; e VI - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Os valores eram repassados, separadamente, de acordo com o seu destino garantindo o financiamento dos três níveis de atenção e de outras frentes de ações do SUS. A partir de 2017 o financiamento passou a ser por meio de dois blocos de financiamento: I – Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e II – Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. Dessa forma, os incentivos federais não apresentam mais blocos de financiamento independentes, para os diferentes níveis de atenção, bem como, não ficou

[52] O recurso de implantação pode ser utilizado para construção/reforma/ampliação do local que funcionará o CEO e para compra de equipamentos/materiais permanentes (BRASIL, 2017a).

[53] Portaria GM/MS nº 1.032, de 05 de maio de 2010 (BRASIL, 2010a).

[54] Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012c), revogada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b).

estabelecido nos dois novos blocos (custeio e investimento) o montante que deve ser gasto com a saúde bucal. A partir desta mudança, passa a ficar a critério dos gestores locais a decisão do planejamento dos custos com a saúde.

Gostaríamos de ressaltar que, no âmbito do SUS, a única área técnica com incentivos financeiros do MS para implantação e custeio na média complexidade é a saúde bucal (CEO). Nas outras áreas, o repasse financeiro do MS é realizado por série histórica calculada pelo quantitativo de procedimentos realizados.

A PNSB, como vimos, segue a organização hierarquizada do SUS abrangendo os três níveis de atenção - AB, média complexidade e atenção terciária. Nesse sentido, apresentamos a seguir, separadamente, as configurações e respectivas ações assistenciais nos três níveis de atenção dessa política.

2.1 Atenção básica (AB)[55]

A saúde bucal foi incorporada à AB no então Programa de Saúde da Família (PSF)[56], com o objetivo de reorganizar o modelo de atenção à saúde bucal, ampliando o acesso às ações de saúde bucal através das eSB, garantindo a atenção integral aos indivíduos e às famílias. A Portaria GM/MS nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000[57], estabeleceu o incentivo financeiro para essa inserção, sendo posteriormente regulamentada com a Portaria GM/MS nº 267, de 06 de março de 2001[58], que aprovou as diretrizes de inclusão da saúde bucal no PSF (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2001b).

A incorporação da saúde bucal na AB foi extremamente importante, pois possibilitou dar início a mudança de um modelo assistencial excludente. Essa exclusão assistencial foi

---

[55] Nesta tese, vamos utilizar a denominação Atenção Básica (AB) para nos referirmos ao primeiro nível de atenção em saúde bucal, pois em termos de análise política é o termo preconizado pelo MS.

[56] O PSF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família (do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes) de forma integral e contínua. Teve início, em 1991, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e as primeiras equipes foram formadas, em 1994, incorporando e ampliando a atuação dos ACS (STARFIELD, 2002). Sua normatização ocorreu com edição da Norma Operacional Básica (NOB/96) - Portaria GM/MS nº 2.203, de 5 de novembro de 1996 (BRASIL, 1996).

[57] Essa portaria criou o incentivo de saúde bucal para o financiamento de ações e inserção de profissionais, definindo que o trabalho das equipes de saúde bucal (eSB) no PSF estaria voltado para a reorganização do modelo de atenção e ampliação do acesso às ações de saúde bucal, garantindo a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2000a).

[58] Revogada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017c).

confirmada pelos resultados divulgados pela Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio (PNAD) realizada, em 1998, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que evidenciou que 29,6 milhões (18,7%) de brasileiros nunca tinham ido ao dentista. Essa proporção se elevava para 32% na área rural, correspondendo a 10,3 milhões de pessoas sem passagem pelo dentista. Verificou-se também que dentre aqueles que ganhavam até um salário-mínimo, o número de pessoas que nunca tinham estado em um consultório dentário era nove vezes maior do que as que ganhavam mais de 20 salários-mínimos.[59]

Esses resultados demonstraram que uma parcela significativa da população brasileira nunca havia tido acesso aos serviços de saúde bucal[60] e que a camada mais pobre era expressivamente mais afetada.

De acordo com Fortuna, 2011 o lançamento da Portaria GM/MS nº 1.444/2000 foi um marco no rumo da oferta da atenção em saúde bucal no sistema público de saúde, sendo a primeira de uma série de portarias que marcou a entrada da saúde bucal na agenda de governo.

O governo federal, percebendo a expansão e consolidação do PSF como estratégia prioritária para a reorganização da AB e com o intuito de transformar o funcionamento desse programa, emitiu a Portaria GM/MS nº 648, em 28 de março de 2006, aprovando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006a).[61] Desta forma, a PNSB iniciou a sua configuração na AB através das Equipes de Saúde Bucal (eSB) organizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)[62] com Saúde da Família.

As principais ações assistenciais das equipes de saúde bucal neste nível de atenção são: ações de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal; prevenção e controle do

---

[59] Resultados da PNAD/98 (BRASIL, 2000b).
Disponíveis em: ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/saude.pdf.

[60] Os resultados do PNAD/2008 (último levantamento suplementar da série "Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde") demonstraram que em relação ao acesso dos serviços de saúde bucal, o percentual de indivíduos que nunca havia ido ao dentista reduziu na ordem de 7,1%, isso corresponde a uma ampliação do acesso para aproximadamente 14 milhões de pessoas (BRASIL, 2010b).
Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf.

[61] A PNAB foi revisada em 2011 pela Portaria nº GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro e, mais recentemente, em 2017 com a edição da Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, revogadas pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2017c).

[62] O MS recomenda para o ambiente da UBS: "a. consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da AB. Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, é necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo" (BRASIL, 2017c).

câncer bucal; incremento da resolução da urgência; inclusão de procedimentos mais complexos na AB e inclusão da reabilitação protética na AB.[63]

Em 2009, através da Portaria GM/MS nº 2.371, de 07 de outubro, foi instituído o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal denominado Unidade Odontológica Móvel – UOM. A partir de então, as eSB passaram a ser designadas para esse componente da atenção à saúde bucal, além das UBS. As UOM são consultórios odontológicos estruturados em veículos devidamente adaptados e equipados para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal de promoção e prevenção, e o atendimento básico às populações rurais, quilombolas, assentadas e em áreas isoladas ou de difícil acesso (BRASIL, 2009b).[64]

As eSB estão assim configuradas:[65]

- Modalidade I (mod I): Cirurgião-dentista (CD), Auxiliar em saúde bucal (ASB) ou Técnico em saúde bucal (TSB);
- Modalidade II (mod II): Cirurgião-dentista (CD), Técnico em saúde bucal (TSB) e Auxiliar em saúde bucal (ASB) ou outro TSB; e
- Modalidade III (mod III): Profissionais das mod I ou II de saúde bucal que atuam na UOM[66].

Para cada eSB implantada, modalidade I ou II, o gestor local receberá do MS equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los:[67]

- eSB mod I: recebe um equipamento odontológico; e
- eSB mod II: recebe dois equipamentos odontológicos (um deles para uso do TSB).

---

[63] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=equipes.

[64] A UOM deve ser estruturada em veículo adaptado e equipado com compressor odontológico; aparelho de raios-x periapical; aventais de chumbo; conjuntos de baixa e alta rotação; gabinete odontológico; cadeira odontológica completa; autoclave; amalgamador e fotopolimerizador serão adquiridos pelo MS e cedidos aos respectivos gestores municipais. Fica a cargo dos gestores locais adquirirem os instrumentais odontológicos, discriminados na Portaria GM/MS nº 2.371/2009 (BRASIL, 2009b), revogada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b).

[65] As composições destas modalidades encontram-se descritas no portal do DAB. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=equipes.

[66] A Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, descreve a configuração da modalidade III, revogada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2017c).

[67] Os equipamentos odontológicos doados foram descritos anteriormente nessa tese. A Portaria GM/MS nº 2.371, de 07 de outubro de 2009, informa que os instrumentais odontológicos discriminados no Anexo da Portaria ficam a cargo dos gestores locais adquirirem (BRASIL, 2009b). Essa Portaria encontra-se incluída na Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a).

A Portaria GM/MS nº 2.488[68], de 21 de outubro de 2011, criou dois novos arranjos organizacionais da ESF com o propósito de ampliar e qualificar o acesso das populações ribeirinhas, dispersas e distantes localizadas na Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) e no Pantanal Sul Mato-Grossense. As equipes criadas voltadas especificamente para essa população são: Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e Equipe de Saúde da Família Fluvial (ESFF). As mesmas podem ter os profissionais de saúde bucal fazendo parte da sua composição constituído a Equipe de Saúde da Família Ribeirinha Saúde Bucal (eSFRSB) e a Equipe de Saúde da Família Fluvial Saúde Bucal (eSFFSB).

As eSFRSB desempenham suas funções em UBS localizadas em comunidades cujo acesso se dá pelos rios ou estão vinculadas à UBS localizada na sede do município ao qual pertencem. Se necessário, têm apoio de transporte fluvial (embarcações de pequeno porte)[69] para as equipes atenderem as comunidades dispersas pelo território da área adscrita[70].

As eSFFSB estão dispostas nas Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF)[71], que são embarcações destinadas a atender à população ribeirinha e assim responder às especificidades dessas regiões.[72] São constituídas por duas modalidades com conformações diferentes das descritas anteriormente para a eSB:

- eSFRSB e eSFFSB modalidade I (mod I): Cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família; e

---

[68] Esta Portaria aprovou a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), revogada pela PNAB/2017 que foi revogada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2017c; BRASIL, 2017d).

[69] A Portaria GM/MS nº 1.229, 06 de junho de 2014, estabeleceu um incentivo financeiro de custeio mensal para apoiar esta logística de deslocamento, com o limite de até quatro embarcações de pequeno porte. Os valores do incentivo são: uma embarcação – R$ 2.673,75; duas embarcações – R$ 5.347,50; três embarcações – R$ 8.021,25; e quatro embarcações – R$ 10.695,00 (BRASIL, 2014a).

[70] O MS considera população adscrita: "como a que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado" (BRASIL, 2017c).

[71] Para o ambiente da UBSF o MS recomenda: "a. consultório médico; consultório de enfermagem; área para assistência farmacêutica, laboratório, sala de vacina; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo; b. área de recepção, banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha e outro ambientes conforme necessidade (BRASIL, 2017a).

[72] A Portaria GM/MS nº 1.591, de 23 de julho de 2012, estabeleceu os critérios para habilitação das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) e a Portaria GM/MS nº 1.229, 06 de junho de 2014, revisou o incentivo de custeio (mensal) para as UBSF estabelecendo o valor de R$ 90.000,00 para as UBSF que dispuserem de eSBF (BRASIL, 2012d; BRASIL, 2014a).

- eSFRSB e eSFFSB modalidade II (mod II): II – Técnico em saúde bucal ou Auxiliar em saúde bucal (BRASIL, 2014b).

De acordo com a última revisão das diretrizes e normas da PNAB, em 2017, editada pela Portaria GM/MS nº 2.436[73], de 21 de setembro, as equipes da AB passaram a ter as seguintes classificações:

> "- Equipe da Atenção Básica (eAB): As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. **Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal,** agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias.
> - Equipe da Saúde da Família (eSF): composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). **Podendo fazer parte da equipe** o agente de combate às endemias (ACE) e **os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal**. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local" (BRASIL, 2017d, grifo nosso).

Desta forma, as eSB são vinculadas a uma eAB ou eSF, devem estar ligadas à uma UBS ou UOM e têm responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a equipe a qual integra, sendo de 2.000 (dois mil) a 3.500 (três mil e quinhentos) habitantes. A Portaria nº 2.436/2017 informa que podem existir outros arranjos de população adscrita conforme a vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, podendo ser maior ou menor do que esse parâmetro recomendado, variando de acordo com as especificidades do território e assegurando a qualidade do cuidado.[74] Cabe ressaltar que o município com menos de 2.000 habitantes pode optar em diminuir o número de pessoas por equipe (BRASIL, 2017c).[75]

A inserção das eSB é facultativa aos municípios que estabelecem qual o tipo de modalidade (I ou II) será inserida e o quantitativo implantado. O quantitativo é dependente da vinculação de uma eSB para uma eAB ou uma eSF e está limitado a um teto de equipes. Esse teto é calculado da seguinte maneira: População/2.000 (BRASIL, 2017c).[76]

---

[73] Esta Portaria aprovou a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da AB, no âmbito do SUS e foi revogada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017d; BRASIL, 2017c).

[74] A decisão do arranjo populacional maior ou menor fica a cargo do gestor municipal, em conjunto com a equipe e o Conselho Municipal ou Local de Saúde (BRASIL, 2017c).

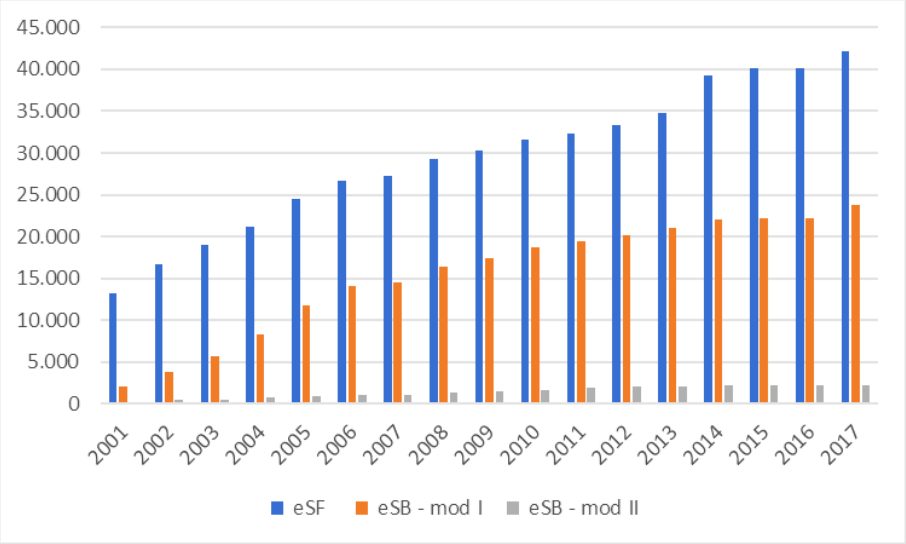
[75] Até a revisão da PNAB, em 2011, a média para cada eSB era de 4.000 (quatro mil) a 3.000 (três mil) habitantes por equipe. Havia o seguinte parâmetro recomendado pelo MS: uma UBS, em grandes centros urbanos, para no máximo, 18 mil habitantes e para UBS com Saúde da Família, em grandes centros urbanos, uma UBS para no máximo, 12 mil habitantes (BRASIL, 2011b). Na PNAB/2017, este parâmetro não aparece descrito na Portaria GM/MS nº 2.436/2017 e a Portaria GM/MS nº 2.488/2011 encontra-se revogada.

[76] O MS recomenda o quantitativo de quatro equipes de AB (eAB ou eSF), por UBS, para que o potencial resolutivo da AB seja atingido (BRASIL, 2017c).

Portanto, é responsabilidade dos municípios planejar as ações de saúde bucal, devendo considerar a população residente, a capacidade instalada de equipamentos odontológicos e o quantitativo de profissionais e equipes necessárias para a organização da atenção à saúde bucal na AB para assistir à população local.

Para demonstrar a evolução no quantitativo[77] de eSB implantadas no Brasil de 2001 quando foram implantadas até 2017, e respectivas coberturas de 2007[78] a 2017, apresentamos os Gráficos 1 e 2.

Gráfico 1 - Evolução do número de equipes eSF, eSB mod I e eSB mod II implantadas na ESF, Brasil - 2001 a 2017



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados MS/SAS/DAB.

O Gráfico 1 demonstra que no ano em que as eSB foram inseridas na ESF (2001) foram implantadas quase dez vezes mais eSB mod I (2.002 equipes), quando comparada à mod II (246 equipes). Durante todo o período apresentado, as eSB mod I sempre estiveram em maior número que a eSB mod II. Nos 17 anos estudados, as eSB mod I e II aumentaram o quantitativo de equipes implantadas, exceto em 2017, quando as eSB mod II reduziram o número de equipes implantadas. De 2001 (2.248 eSB) a 2017 (25.905 eSB), houve um aumento de 1.052% no número de eSB implantadas no Brasil.

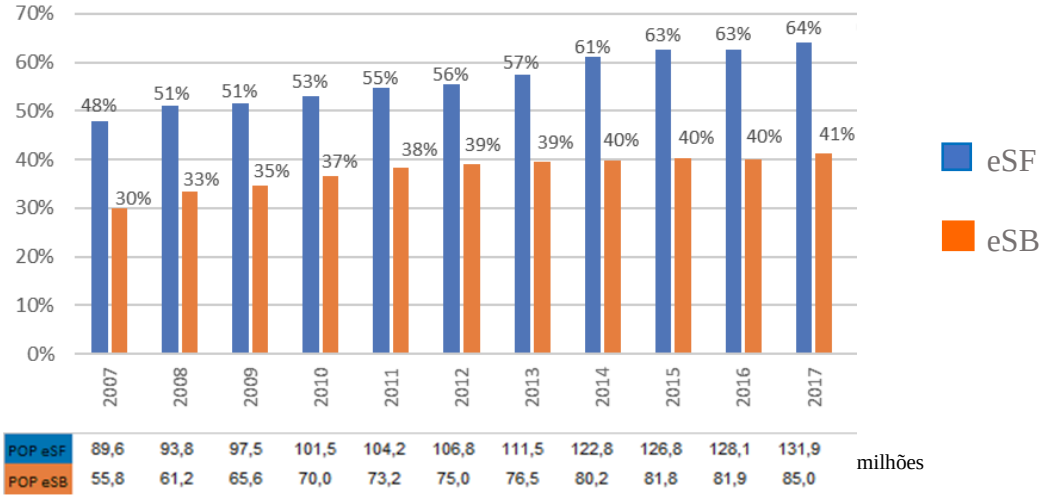
No período pesquisado houve o predomínio do quantitativo de eSF sobre o quantitativo de eSB e no último ano (2017), ano com o maior número de eSB implantadas essa diferença foi quase o dobro. Porém, após 2004 as eSB foram diminuindo essa diferença ao longo dos anos.

---

[77] O quantitativo de eSF e eSB implantadas no Brasil, ano a ano, estão demonstrados no Apêndice A.

[78] Os dados de cobertura disponibilizados pelo MS, no e-Gestor, são a partir de julho de 2007. A data estipulada como corte nessa tese foi dezembro de 2017.
Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml.

Gráfico 2 - Evolução da cobertura populacional (%) de eSF e eSB, Brasil - 2007 a 2017



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados MS/SAS/DAB.

Observamos, no Gráfico 2, que a cobertura populacional das eSB foi aumentando ao longo dos dez anos pesquisados iniciou em 2007 com 30% e em 2017 terminou com 41%. Apesar da cobertura populacional ter aumentado ao longo dos anos, em 2017, encontrava-se abaixo de 50%, denotando que o quantitativo de eSB no país necessita aumentar para melhorar a cobertura populacional.

As eSF também aumentaram a cobertura populacional ao longo do período; porém, quando comparamos as duas equipes, verificamos que a diferença de cobertura entre as duas aumentou. No início, em 2007, essa diferença era de 18 pontos percentuais e em 2017 aumentou para 23 pontos percentuais, quando as eSF apresentaram sua maior cobertura 64%.

Deste modo verificamos o crescimento do número de eSB e aumento da cobertura populacional após a implantação da PNSB, evidenciando a importância da política de incentivos do MS.

2.2 Atenção secundária ou média complexidade

De acordo com o MS a Atenção Especializada Ambulatorial é definida como:

> "conjunto de ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade demande a disponibilidade de especialidades e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico" (BRASIL, 2018a, p. 156).

O cuidado especializado é necessário para dar efetividade e seguimento à AB e prover assistência especializada aos que dela necessitam, para que SUS se aproxime da integralidade desejada (TESSER & POLI NETO, 2017).

Na PNSB neste nível de atenção a assistência odontológica especializada é ofertada pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), foram criados pela necessidade de ampliação da oferta de assistência à saúde bucal de média complexidade e apoiar as ações da AB.

Junto aos CEO podem ser implantados os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD)[79], criados para permitir a reabilitação protética na atenção à saúde bucal. Os LRPD também podem estar ligados a AB. Estes dois componentes da PNSB foram lançados pela Portaria GM/MS nº 1.570, de 29 de julho de 2004[80], que estabeleceu critérios e normas para implantação[81] e habilitação[82] dos mesmos (BRASIL, 2004b).

Os CEO são cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Tipo Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade para realizar obrigatoriamente, no mínimo, as seguintes atividades:

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

II - Periodontia especializada;

III - Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;

IV - Endodontia; e

V - Atendimento a pacientes com necessidades especais[83].

---

[79] A PNSB preconiza a oferta de próteses na AB, mas no portal do DAB apresenta o LRPD junto à atenção especializada. Por isso, explicitamos esse componente nesta tese no item 2.2 - Média complexidade.

[80] Esta Portaria foi revogada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017e).

[81] Para a implantação dos CEO, os municípios interessados devem encaminhar a proposta, dentro das exigências da referida Portaria, à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do respectivo estado, informando ao MS – Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área de Saúde Bucal (DAB/SAS/MS) – sobre o(s) município(s) e o(s) estabelecimento(s) de saúde aprovado(s) para a efetivação da habilitação e formalização em portaria específica. Para a implantação dos LRPD, o procedimento é o mesmo que para os CEO, exceto pelo fato de que, para os LRPD, além do gestor municipal, o gestor estadual também pode solicitar a implantação. Os gestores locais também podem credenciar o CEO e o LRPD com recursos próprios. (BRASIL, 2017e).

[82] Poderão habilitar-se como CEO E LRPD quantas unidades forem necessárias para atendimento à demanda da população da região/microrregião de saúde, limitada à disponibilidade financeira do MS. Somente as Unidades de Saúde de natureza jurídica pública e universidades de qualquer natureza jurídica, consórcios públicos de saúde de qualquer natureza jurídica e serviços sociais autônomos poderão credenciar-se como CEO. Não há restrição quanto à natureza jurídica para os estabelecimentos se cadastrarem como LRPD. O gestor poderá credenciar como CEO e LRPD quantos estabelecimentos forem necessários para atendimento à demanda da população da região/microrregião de saúde, limitando-se à disponibilidade financeira do MS; também poderá credenciar CEO e LRPD com recursos próprios (BRASIL, 2017e).

[83] As especificidades relacionadas aos pacientes com necessidades especiais serão abordadas no item 2.5 deste capítulo.

Estes estabelecimentos são unidades de referência para o atendimento especializado possibilitando a configuração da assistência pública de média complexidade no âmbito da saúde bucal.

Os LRPD são estabelecimentos cadastrados no CNES com o tipo de estabelecimento 39 - Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) para realizar, no mínimo, o serviço de prótese dentária total e/ou prótese parcial removível.

Para um melhor desencadeamento do assunto, separamos as informações a respeito do CEO e do LRPD em dois subitens.

2.2.1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)

O CEO foi instituído pela PNSB com o intuito de suprir a assistência de média complexidade em saúde bucal e garantir a referência e contra referência para AB com a oferta do serviço odontológico especializado (BRASIL, 2004b).[84] Diferenciam-se em três categorias: tipo I, II e III e para cada uma delas existem especificidades, quanto ao número de equipos odontológicos (cadeiras), profissionais e produção mensal mínima por especialidade (Quadro 2).

Quadro 2 – Especificidades dos CEO (Tipo I, II e III)[85]

Tipo de CEO	Equipo odontológico	Profissionais	Produção Mensal Mínima de Procedimentos			
			Periodontia	Cirurgia	Endodontia	Pacientes com Necessidades Especiais
I	3	3 ou mais CD e 1 auxiliar por equipo	60	80	35	80
II	4 a 6	4 ou mais CD e 1 auxiliar por equipo	90	90	60	110
III	7 ou mais	7 ou mais CD e 1 auxiliar por equipo	150	170	95	190

Fonte: Elaboração da autora a partir dados do MS (BRASIL, 2017a).

O CEO, de acordo com sua modalidade (tipo I, II ou III), deve realizar mensalmente uma produção mínima, exigida pelo MS, estabelecida por especialidade (Quadro 2) e registrá-la no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) (BRASIL, 2017a).

[84] Portaria GM/MS N.º 1.570, de 24 de julho de 2004, revogada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017e).

[85] A carga horária de funcionamento dos CEO é de 40 horas/semanais (BRASIL, 2017a).

Vale lembrar que apesar de não existirem metas específicas para as ações de prevenção e detecção precoce do câncer bucal, essas não deixam de pertencerem às atividades obrigatórias dos CEO.

Quando a produção mínima não for atingida, por dois meses consecutivos ou três meses alternados (no período de um ano), o custeio mensal é suspenso até a sua regularização. O monitoramento da produção é feito por meio da verificação dos procedimentos registrados no SIA/SUS (BRASIL, 2017a).[86] O gestor municipal pode decidir oferecer outras especialidades, além das exigidas pelo MS e mencionadas no Quadro 2, conforme as necessidades da população local e a possibilidade financeira do município.

Em 2010, com a edição da Portaria MS/SAS nº 718, de 20 de dezembro, o MS passou a financiar procedimentos das especialidades de Ortodontia e Implantodontia que podem ser realizados nos CEO, nos Centros de Tratamento de Má Formação Labiopalatal[87] e alguns na AB. A Nota Técnica dessa Portaria traz a discriminação, os códigos e valores[88] dos novos procedimentos[89] que fazem parte da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS, a saber (Quadro 3 e 4):

Quadro 3 – Procedimentos de Ortodontia

Procedimento	Código	Valor
Instalação de Aparelho Ortodôntico/Ortopédico	03.07.04.011-9	R$ 67,00
Aparelho Ortodôntico Fixo	07.01.07.017-0	R$ 175,00
Aparelho Ortopédico Fixo	07.01.07.016-1	R$ 175,00
*Manutenção/ Conserto de aparelho ortodôntico/ortopédico	03.07.04.012-7	R$ 34,00
*Aparelho Fixo bilateral para fechamento de diastema	07.01.07.001-3	R$ 10,00
*Aparelho Ortopédico e ortodôntico removível	07.01.07.002-1	R$ 60,00
*Mantenedor de espaço	07.01.07.006-4	R$ 10,00
*Plano Inclinado	07.01.07.008-0	R$ 5,00

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados MS/SAS (BRASIL, 2010c).
* Esses procedimentos também podem ser realizados na AB.

[86] De acordo com a Portaria nº 1.464/2011, para o cumprimento da produção mínima mensal é obrigatório realizar no mínimo, para cada especialidade, conforme discriminado: procedimentos básicos, 50% de procedimentos restauradores, quais sejam: 0307010023 - restauração de dente decíduo e/ou 0307010031 - restauração de dente permanente anterior e/ou 0307010040 - restauração de dente permanente posterior; procedimentos de endodontia 20% dos seguintes procedimentos: 0307020053 - obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou 0307020096 - retratamento endodôntico em dente permanente com três ou mais raízes (BRASIL, 2017a).

[87] Os Centros de Tratamento de Má Formação Labiopalatal são hospitais que realizam procedimentos integrados para reabilitação estético-funcional das pessoas com má-formação labiopalatal para o SUS. Esses estabelecimentos de saúde são cadastrados no CNES através do código de habilitação “0401 - Centros de Tratamento de Má Formação Labiopalatal”. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br>.

[88] Os valores dos procedimentos de Ortodontia e Implantodontia não foram alterados, continuando os mesmos até a data de corte do referencial teórico desta pesquisa (ago./2018).

[89] A produção ambulatorial destes novos procedimentos deve ser lançada pelo gestor local no SIA/SUS.

Quadro 4 – Procedimentos de Implantodontia

Procedimento	Código	Valor
Implante Dentário Osteointegrado	04.14.02.042-1	R$ 260,10
Prótese Dentária sobre Implante	07.01.07.015-3	R$ 300,00

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados MS/SAS (BRASIL, 2010d).

Em 2017 foi publicada a Nota Técnica CGSB/DAB/MS/SAS nº 23, de 20 de junho, que apontava não existir credenciamento específico para a oferta desses serviços, mas que algumas condições teriam que ser seguidas:

> "a) Existe a necessidade de um profissional autorizador, de nível superior, geralmente nomeado pelo setor de Regulação em Saúde (nível central da Secretaria de Saúde do Município), responsável por emitir e assinar o laudo APAC Principal, para os procedimentos 03.07.04.011-9 INSTALAÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO/ORTOPÉDICO FIXO e 04.14.02.042-1 IMPLANTE DENTÁRIO OSTEO-INTEGRADO. b) Esse Autorizador, junto com o cirurgião-dentista cadastrado no CNES do município e seus superiores hierárquicos serão os responsáveis pela liberação destes procedimentos aos usuários da rede SUS local. Os demais procedimentos da Portaria são classificados como APAC Secundário, ou seja, dependem previamente de autorização do procedimento APAC Principal. Esse APAC principal vale por três competências. Caso o usuário necessite continuar o tratamento após três competências, o estabelecimento de saúde deverá solicitar nova autorização (APAC) ao órgão emissor/autorizador mediante um novo laudo. O órgão autorizador emitirá nova autorização (APAC) ao referido estabelecimento e o usuário continua o tratamento. Vale lembrar que a três competências deverá ser solicitada nova autorização, caso o usuário continue o tratamento. c) Deve-se respeitar a quantidade máxima de procedimentos que deverá ser efetuado por APAC principal assinado: Aparelho ortodôntico fixo Qtd máxima: 2; Aparelho ortopédico fixo Qtd máxima: 2; Implante dentário osteointegrado Qtd máxima: 6; Prótese dentária sobre implante Qtd máxima: 6; Instalação de aparelho ortodôntico/ortopédico fixo Qtd máxima: 1 d) O gestor deverá registrar na Ficha de Programação Orçamentária (FPO) a programação física orçamentária ambulatorial, do estabelecimento de saúde, que prestar atendimento nas especialidades ortodontia e implantodontia. A programação deve estar coerente com a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e baseada em contrato/convênio com o SUS. Se o gestor não registrar os procedimentos, a produção será rejeitada e não haverá pagamento pela produção. e) No preenchimento da produção ambulatorial o procedimento deve estar de acordo com o CBO profissional e estabelecimento SUS constantes na tabela SIGTAP." (BRASIL, 2017f).

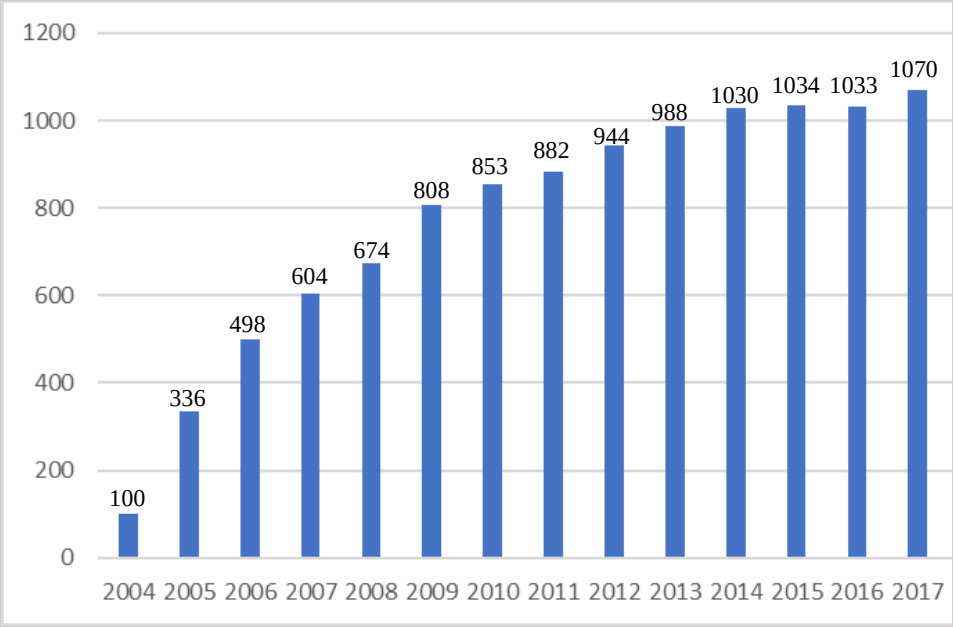
Esta Nota Técnica indicava que os procedimentos de Ortodontia e Implantodontia seriam pagos com incentivos financeiros federais do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)[90]. Entretanto, meses depois, foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.011/17, em 10 de novembro, modificando o repasse destes procedimentos (dentre outros) transferidos do FAEC para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade (MAC) dos Estados e do Distrito Federal (BRASIL, 2017g).

[90] Este fundo pertence ao componente do bloco de financiamento de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar e financia ações e serviços considerados estratégicos para grupos prioritários e procedimentos novos.

Como vimos, desde o início da PNSB, em 2004, o governo federal disponibiliza incentivos financeiros para assistência de média complexidade (CEO), para a oferta de assistência odontológica especializada.

O Gráfico 3 ilustra a evolução da implantação dos CEO do período de 2004 a dezembro de 2017.

Gráfico 3 – Evolução do número de CEO implantados, Brasil - 2004 a 2017



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados MS/SAGE e MS/SAS/DAB. [91]

Constatamos, no gráfico acima, o aumento crescente do número de CEO no Brasil, demonstrando aumento de 970% na oferta nesse campo assistencial de 2004 a 2017. O ano de 2017 foi o de maior quantitativo de CEO, demonstrando o crescimento ao longo dos 13 anos pesquisados. Isso denota como a política de incentivos do MS é importante para o aumento da oferta assistencial de saúde bucal na média complexidade.

2.2.2 Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)

A PNSB lançou juntamente ao CEO, em 2004, o Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) acompanhando as diretrizes norteadoras no sentido da ampliação dos serviços de atenção à saúde bucal.

[91] A Sala de Apoio à Gestão Estratégica de Saúde (SAGE) disponibilizava os dados de 2004 a 2016 e a autora desta pesquisa coletou os dados de 2017 no portal do DAB.
Disponível em: http://sage.saude.gov.br/paineis/ceo/corpao.php.

Os LRPD foram pensados para suprir a necessidade da população brasileira, em relação a prótese dentária, evidenciada nos resultados do levantamento epidemiológico nacional de saúde bucal SB Brasil de 2003. Os resultados desta pesquisa apontaram uma situação alarmante em relação à quantidade de edêntulos no Brasil: 23,41% dos jovens (15 a 19 anos) já apresentavam necessidade de algum tipo de prótese superior e 9,26%, prótese inferior; dos adultos (35 a 44 anos), 35,83% necessitavam de prótese superior e 70,99% de prótese inferior; já 32,40% e 56,06% dos idosos (65 a 74 anos) necessitavam de prótese superior e inferior, respectivamente, conforme demonstrado no Quadro 5.

Quadro 5 – Resultados do SB Brasil – 2003 para os índices de CPO-D e necessidade de prótese nas faixas etárias de 15 a 19 anos, 35-44 anos e 65 -74 anos, Brasil.

Faixas etárias	Necessidade de prótese superior	Necessidade de prótese inferior
15 a 19 anos	9,26%	23,41%
35 a 44 anos	35,83%	70,99%
65 a 75 anos	32,40%	56,6%

Fonte: Elaboração própria a partir do SB Brasil 2003 (BRASIL, 2003).

Esta política permite, assim, a oferta do serviço de prótese dentária na rede pública, por meio do LRPD.

Qualquer município, com qualquer base populacional, pode solicitar o credenciamento do LRDP, não havendo restrição quanto à natureza jurídica desse estabelecimento, que pode ser de administração pública municipal, estadual; ou o gestor pode optar por terceirizar o serviço (BRASIL, 2017a).[92]

No tocante ao repasse de recursos referente a remuneração de próteses dentárias realizadas nos LRPD, a forma de pagamento mudou ao longo dos anos. No início da implantação, em 2004, foram estipulados valores referentes aos tipos de próteses, um teto mensal (que limitava o pagamento no total máximo de 242 próteses por mês), uma produção mínima mensal e a forma do repasse financeiro era de acordo com o quantitativo de próteses mensais realizadas.[93]

[92] Critérios adotados a partir da Portaria GM/MS nº 2.374, de 07 de outubro de 2009, revogada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2009c; BRASIL, 2017a).

[93] Conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 1.572, de 29 de julho de 2004 (BRASIL, 2004c).

Posteriormente, outros tipos de próteses[94] foram sendo acrescidos, os valores reajustados[95] e o pagamento passou a ser por faixas de produção mensal. Para que o repasse financeiro ocorra, os gestores locais devem informar mensalmente, por meio do SIA/SUS, a produção das próteses.

Com a edição da Portaria GM/MS nº 2.867, de 27 de novembro de 2008, os procedimentos de prótese dentária (dentre outros) foram transferidos do FAEC para o teto financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC.[96] Desta forma, embora os procedimentos tenham valores individuais, o repasse financeiro referente às próteses dentárias ocorre de acordo com a faixa de produção/mês à qual os LRPD são habilitados.

Assim, atualmente, o credenciamento dos LRPD[97] e os valores repassados são determinados por faixas de produção mensal, conforme o Quadro 6.

Quadro 6 – Faixas de produção/mês dos LRPD

Faixa de Produção (mensal)	Valor do repasse federal (mensais)
20 a 50 próteses	R$ 7.500,00
51 a 80 próteses	R$ 12.000,00
81 a 120 próteses	R$ 18.000,00
Acima de 120 próteses	R$ 22.500,00

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do MS.[98]

De acordo com as diretrizes da PNSB, as próteses dentárias deverão ser realizadas na AB, mas caso o município não disponha desse serviço, poderá referenciar o paciente para o CEO que oferte o mesmo. Portanto, as próteses podem ser realizadas nas UBS ou nos CEO de acordo com a organização da atenção à saúde bucal dos municípios (BRASIL, 2018a).

---

[94] Tipos de próteses que podem ser realizadas nos LRPD, códigos e valores segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS (SIGTAP): prótese total maxilar (07.01.07.013-7) - R$ 150,00; prótese total mandibular (07.01.07.012-9) – R$ 150,00; prótese parcial maxilar removível (07.01.07.010-2) - R$ 150,00; prótese parcial mandibular removível (07.01.07.009-9) – R$ 150,00; prótese coronária/intrarradicular fixa/adesiva (por elemento) (07.01.07.014-5) – 150,00; prótese temporária (07.01.07.011-0) – R$ 24,15.
Disponível em: http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp.

[95] O último reajuste dos valores unitários das próteses odontológicas foi realizado pela na Portaria GM/MS nº 1.825, de 24 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012e).

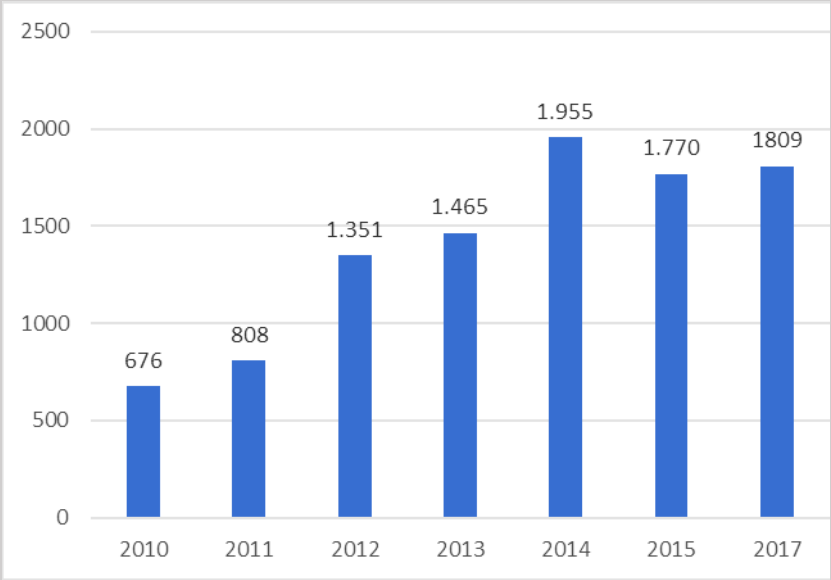
[96] O rol dos procedimentos odontológicos transferidos nesta Portaria encontra-se na Secção I, Anexo IV, páginas 148 e 149 do Diário Oficial da União (D.O.U) do dia 28 de novembro de 2008 (BRASIL, 2008b).

[97] O gestor local quando solicita o credenciamento do LRPD deve informar ao MS a faixa de produção na qual ele irá se enquadrar.

[98] Nota Técnica - Credenciamento e repasse de recursos para os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD alterou o quantitativo de próteses em cada faixa de produção mensal e os respectivos valores.
Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_tecnica_LRPD.pdf.

Demonstramos, no Gráfico 4, a evolução da implantação dos LRPD, no Brasil, no período de 2010 a 2017.

Gráfico 4 – Evolução do número de LRPD implantados no Brasil - 2010 a 2017



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do MS/SAGE e MS/SAS/DAB.[99]

A PNSB teve um papel essencial para a evolução observada no Gráfico 4, pois criou os LRPD, normatizou a implantação, o funcionamento e o repasse de recursos. sendo de fundamental importância para a evolução de 61% do número de laboratórios implantados de 2010 a 2017, no Brasil. Até 2004, nenhuma política de saúde bucal pública, no Brasil, havia proporcionado este tipo de serviço de reabilitação protética. Sendo assim, a PNSB trouxe essa inovação e avanço, a fim de reparar o problema da ausência de dentes da população.

2.3 Atenção terciária

O MS define a atenção terciária como "um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde" (BRASIL, 2007).

O documento que orienta a PNSB com as diretrizes dessa política afirma que a capacidade de oferta desse nível de atenção é baixa no âmbito da odontologia. Revela que a

[99] Na época da pesquisa, a Sala de Apoio à Gestão Estratégica de Saúde (SAGE) disponibilizava os dados de 2010 a 2015 e a autora coletou os dados de 2017 no portal do DAB.
Disponível em: http://dados.gov.br/dataset/mspainelsage_30.

expansão da rede assistencial da atenção terciária não acompanhou, na assistência à saúde bucal, o crescimento da oferta de serviços da AB (BRASIL, 2004a).

No âmbito da assistência hospitalar, o MS, a partir de 2005, através da Portaria MS/SAS nº 741[100], de 19 de dezembro, inclui a atenção odontológica na Rede de Atenção Oncológica no credenciamento de Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), junto ao apoio multidisciplinar. Esta Portaria informa que o apoio multidisciplinar seria através de atividades técnico-assistenciais realizadas em regime ambulatorial e de internação (de rotina e de urgência). Em nota, comunicou que a assistência em odontologia poderia, sob a concordância e regulação do respectivo Gestor do SUS, ser realizada em serviços instalados fora da estrutura hospitalar da Unidade (BRASIL, 2005a).

Maia (2008) alerta para o fato de a Odontologia estar incluída na atenção oncológica desde 1998, então a Portaria de 2005 não trouxe mudanças nesse sentido. A autora conclui que a inserção da assistência odontológica na oncologia não lhe parece uma ação direta da PNSB.

Logo depois, em 22 de dezembro de 2005, outra Portaria do MS/SAS nº 743/2005, foi editada, estabelecendo em seu Art. 3º que "a emissão do laudo para solicitação/autorização de internação hospitalar "está restrita à responsabilidade das seguintes categorias profissionais: médico, **cirurgião-dentista** e enfermeiro(a) obstetra" (BRASIL, 2005b, grifo nosso). A partir de então, passou a ser permitida a emissão da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pelo cirurgião-dentista (CD).

A possibilidade de realização de assistência odontológica hospitalar realizada por CD, não especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial, foi uma novidade no âmbito da atenção terciária à saúde bucal. Assim, a partir de 2005, havendo disponibilidade de AIH por parte do gestor local, o CD, independentemente da especialidade, pode emitir esse documento, estando autorizado a internar pacientes na rede hospitalar do SUS.

A PNSB apresenta para este nível de atenção a assistência hospitalar através do "Procedimentos Odontológicos em Ambiente Hospitalar para as Pacientes com Necessidades Especiais", "Procedimentos Odontológicos em Ambiente Hospitalar" (Nota Técnica nº 01/2014 do MS) e dos "Centros Cirúrgicos Adaptados à RCPD". A Portaria GM/MS nº 1.032, de 05 de maio de 2010, instituiu na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

[100] Revogada pela Portaria GM/MS nº 140, de 27 de fevereiro de 2014 (BRASIL, 2014c).

o procedimento “Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais” - código: 04.14.02.041-3,[101] com a seguinte descrição:

> “Consiste em procedimentos odontológicos realizados em âmbito hospitalar, sob anestesia geral ou sedação, em usuários que apresentem uma ou mais limitações temporárias ou permanentes de ordem intelectual, física, mental, sensorial e/ou emocional que os impeçam de ser submetidos a uma situação odontológica convencional” (BRASIL, 2010a).

Assim sendo, o código descrito acima é específico para o atendimento odontológico hospitalar, sob anestesia geral ou sedação aos PcD, devendo a AIH estar correlacionada aos códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e aos procedimentos odontológicos[102], ambos apontados na referida Portaria.

Diante disso, os hospitais que prestam serviço para o SUS passaram a receber um repasse financeiro[103] para os procedimentos clínicos odontológicos realizados em pacientes com necessidades especiais, sob anestesia geral ou sedação, em ambiente hospitalar. Foi uma ação inovadora, pois anteriormente a esta Portaria os procedimentos odontológicos realizados em ambiente hospitalar, no SUS, eram somente os cirúrgicos relacionados aos traumas, urgências, patologias bucais e reabilitação facial de má formações ou síndromes.

Posteriormente, em 2014, a edição da Nota Técnica Nº 01/2014 do MS, explicitou que:

> Todos os procedimentos odontológicos realizados em Ambiente Hospitalar, poderão ser registrados e informados através do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) independente do motivo que gerou a internação, e não mais apenas os realizados em Pacientes com Necessidades Especiais (definido na Portaria GM/MS Nº 1.032/10) (BRASIL, 2013a).

Com esta alteração, todos os CID-10 passam a ser permitidos, porém conforme orientado na Portaria GM/MS nº 1.032/2010, os procedimentos odontológicos em âmbito hospitalar (código: 04.14.02.041-3) só podem ser realizados sob anestesia geral ou sedação, e nem todas as condições clínicas permitem que o paciente seja submetido a esse tipo de porte anestésico. Desta forma, continuam sem assistência, nesse nível de atenção, os CID-10 que englobam essas condições clínicas.

---

[101] Este procedimento era financiado através do FAEC, mas foi transferido para o teto MAC, pela Portaria GM/MS nº 3.011, de 10 de novembro de 2017, juntamente com os procedimentos de Ortodontia e Implante como mencionado anteriormente nesta tese (BRASIL, 2017g). Encontra-se no rol de procedimentos no Anexo A.

[102] Os procedimentos odontológicos compatíveis a este procedimento odontológico hospitalar, específico para às PcD, encontram-se no Anexo B.

[103] Em Nota Técnica referente à Portaria nº 1.032/10, especifica que o pagamento é por produção no valor do procedimento código - 04.14.02.041-3: R$ 328,34 acrescido do valor dos procedimentos odontológicos compatíveis na Tabela do SUS, além do atributo complementar do valor da anestesia geral ou sedação (BRASIL, 2010b). Cabe complementar que é obrigatório informar o ato anestésico (geral ou sedação) contendo o Código Brasileiro de Ocupação (CBO) do anestesista, caso contrário, o hospital não recebe o repasse.

A Portaria de 2005 que permitiu a emissão de AIH por CD foi revogada, pela Portaria MS/SAS nº 1.011, de 03 de outubro de 2014, que estabeleceu no seu Art. 6º: "São profissionais competentes e responsáveis pelos laudos de autorização para internação hospitalar: I. Médicos; **II. Cirurgiões-dentistas nos casos de autorizações de procedimentos bucomaxilofaciais**; e III. Enfermeiros obstetras, nos casos de autorizações de partos normais" (BRASIL, 2014d, grifo nosso).

O MS, por meio da Portaria GM/MS nº 1.023, de 23 de abril de 2018, instituiu um Grupo de Trabalho com a finalidade de propor a elaboração de ações e estratégias sobre a Odontologia Hospitalar, no âmbito do SUS, com os seguintes objetivos: I – avaliar e propor a revisão e criação de normas relativas à regulamentação da Odontologia Hospitalar; II – orientar a criação da linha de cuidado do paciente que necessita de atendimento hospitalar e as diretrizes para sua organização na Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS; III – propor protocolos e diretrizes para a implementação da Odontologia Hospitalar; IV – recomendar a incorporação, inclusão, exclusão e alteração de procedimentos odontológicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS voltados aos pacientes que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar no SUS (BRASIL, 2018b).

Até a data de corte dessa pesquisa, agosto de 2018, este Grupo ainda não havia proposto nenhuma ação ou estratégia e nem publicado nenhum documento oficial a respeito do seu trabalho.

Em suma, de um modo geral o MS incentiva os estados e municípios a desenvolverem ações e programas voltados para a saúde bucal e investe na ampliação da rede assistencial odontológica nos três níveis de atenção, porém com menor enfoque na atenção terciária.

2.4 PNSB e suas transversalidades

A PNSB, além do seu eixo vertical, representado pelos três níveis de atenção (atenção básica, média complexidade e atenção terciária), possui um eixo transversal que está relacionado a outras ações governamentais desenvolvidas pelo governo federal que envolvem o MS e outros Ministérios, afirmando seu alcance e importância dentro do SUS.

Segundo o MS, hoje as transversalidades das ações da PNSB são Qualificação Profissional e Científica, Plano Nacional para Pessoas com Deficiência, e Síndrome

Congênita do Zika Vírus, sendo que, quanto a esse último, não explica como se dá a transversalidade.

O MS e o Ministério de Ciência e Tecnologia, em 2002, através do Departamento de Ciência e Tecnologia (SCTIE) e a Coordenação Geral de Saúde Bucal (DAB/SAS) criaram a Qualificação Profissional e Científica com o "objetivo de expandir a produção do conhecimento básico aplicado em saúde bucal, contribuindo para o desenvolvimento de ações públicas voltadas para a melhoria das condições de saúde e para a superação das desigualdades".[104] No entanto, podemos mencionar outros exemplos: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)[105], Programa de Saúde na Escola (PSE)[106], Plano Brasil sem Miséria (BSM)[107], Brasil Sorridente Indígena[108] e Fluoretação das Águas de Abastecimento Público[109].

O portal do DAB apresenta como componente da PNSB o GraduaCEO,[110] desenvolvido pelo MS em parceria com o Ministério da Educação e instituído pela Portaria Interministerial nº 1.646, em 05 de agosto de 2014. O GraduaCEO é composto por ações e serviços de saúde bucal prestados por Instituições de Ensino Superior (IES) que possuem o curso de graduação em odontologia, com os seguintes objetivos: ampliar a oferta e o acesso

---

[104] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=qualifica_profissional_cientifica

[105] A Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, instituiu a PNAISP no âmbito do SUS com o objetivo de ampliar as ações de saúde para essa população, fazendo com que as UBS prisionais passassem a ser visualizadas como pontos de atenção da RAS (BRASIL, 2014e).

[106] O PSE foi instituído em 2007 como uma política intersetorial da Saúde e da Educação voltada para crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira, com o intuito de promover saúde e educação integral. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>.

[107] O Plano BSM foi lançado em junho de 2011, voltado às famílias que viviam com uma renda familiar inferior a R$ 70,00 (setenta reais) mensais por pessoa. É baseado em três pilares: garantia de renda; acesso aos serviços públicos (onde a saúde está inserida); e inclusão produtiva. Disponível em: http://www.secretariadegoverno.gov.br/iniciativas/internacional/fsm/eixos/inclusao-social/brasil-sem-miseria.

[108] O Brasil Sorridente Indígena é um programa da PNSB desenvolvido pelo governo federal, em 2011, com o objetivo de zerar as necessidades odontológicas das comunidades indígenas. Para isso o MS adquiriu 37 consultórios odontológicos portáteis, 37 *kits* de instrumental clínico odontológico e treinou as eSB para atuarem nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) para o atendimento à essa população. A estrutura de atendimento conta com postos de saúde, com os polos-base e as Casas de Saúde do Índio (CASAI), além dos DSEI. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=etapa_1 http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=etapa_2

[109] A implantação deste subcomponente da PNSB é de responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA (BRASIL, 2012f).

[110] As IES habilitadas como GraduaCEO recebem incentivos financeiros de implantação (R$ 80.000,00 – parcela única), independente do padrão pactuado e de custeio mensal: R$ 25.200,00 – Padrão I, R$ 50.400,00 – Padrão II; R$ 75.600,00 – Padrão III; e R$ 103.320,00 – Padrão IV.
Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=graduaceo.

da população às ações e serviços de saúde bucal no SUS; qualificar os serviços de saúde bucal através da incorporação das clínicas odontológicas das IES com curso de graduação em odontologia na Rede de Atenção à Saúde; ampliar os mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as IES com cursos de graduação em odontologia; melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção à saúde bucal prestada à população; e integrar as clínicas odontológicas das IES com curso de graduação em odontologia à rede pública de serviços de saúde bucal (BRASIL, 2014f). As ações de saúde bucal[111] englobam a promoção e prevenção, AB e atenção especializada, reabilitação bucal e educação permanente, de acordo com a classificação do Padrão pactuado pela IES, conforme demonstrado no Quadro 7.

Quadro 7 – Classificação dos padrões do GraduaCEO

Tipos de Padrão	Quantitativo de procedimentos odontológicos mínimos (mensais)
Padrão I	• 900 procedimentos odontológicos: - 250 procedimentos clínicos de AB; - 550 procedimentos especializados; - 100 procedimentos de reabilitação protética.
Padrão II	• 1.700 procedimentos odontológicos: - 600 procedimentos clínicos de AB; - 950 procedimentos especializados; - 150 procedimentos de reabilitação protética.
Padrão III	• 2.700 procedimentos odontológicos: - 1.050 procedimentos clínicos de AB; - 1.430 procedimentos especializados; - 220 procedimentos de reabilitação protética.
Padrão IV	• 4.100 procedimentos odontológicos: - 1.900 procedimentos clínicos de AB; - 1.800 procedimentos especializados; - 400 procedimentos de reabilitação protética.

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do MS/DAB.[112]

A Portaria GM/MS nº 2.062, de 21 de outubro de 2016, habilitou no GraduaCEO 18 IES distribuídas pelo país, segundo o Quadro 8.

Quadro 8 – Instituições de Ensino Superior (IES) habilitadas pelo GraduaCEO, Brasil (continua)

Município	Nome da IES	Padrão pactuado
Salvador	Universidade Federal da Bahia (UFBA)	I
Fortaleza	Universidade Federal do Ceará (UFC)	II
Sobral	Universidade Federal do Ceará (UFC)	I

[111] As atividades desenvolvidas nas IES serão avaliadas "in loco" 12 meses após a adesão e posteriormente em uma periodicidade de 24 meses após o término da 1ª avaliação compondo as seguintes fases: 1ª Adesão/Contratualização; 2º Desenvolvimento; 3ª Avaliação externa e 4ª Renovação da Adesão. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=graduaceo.

[112] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=graduaceo.

Quadro 8 – Instituições de Ensino Superior (IES) habilitadas pelo GraduaCEO, Brasil (conclusão)

Município	Nome da IES	Padrão pactuado
Brasília	Universidade de Brasília (UnB)	I
Recife	Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)	I
Cascavel	Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)	I
Curitiba	Universidade Federal do Paraná (UFPR)	II
Londrina	Universidade Estadual de Londrina (UEL)	III
Maringá	Universidade Estadual de Maringá (UEM)	I
Caicó	Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)	I
Passo Fundo	Faculdade Meridional/IMED	I
Florianópolis	Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	I
Joinville	UNIVILLE	I
Lagarto	Universidade Federal de Sergipe (UFSE)	I
São Cristóvão	Universidade Federal de Sergipe (UFSE)	I
Catanduva	IMES Catanduva	I
Piracicaba	Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)	II
Gurupi	Fundação UNIRG/Centro Universitário	I

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do MS (BRASIL, 2016a).

Esta política também apresenta outra frente de ações voltada para a Vigilância em Saúde Bucal. O MS, através do Departamento de Atenção Básica (DAB), divide essa frente da seguinte maneira: Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária.[113]

O conjunto destas ações visa utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território para subsidiar o planejamento; acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados; incorporar práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença; e atuação intersetorial (BRASIL, 2004a). Exemplos de ações diretas da PNSB nesta frente são o levantamento epidemiológico nacional de saúde bucal – SB Brasil 2010 e a fluoretação das águas de abastecimento[114], esta última sendo uma ação transversal.

[113] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=vigilancia_epidemiologica e http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=vigilancia_sanitaria.

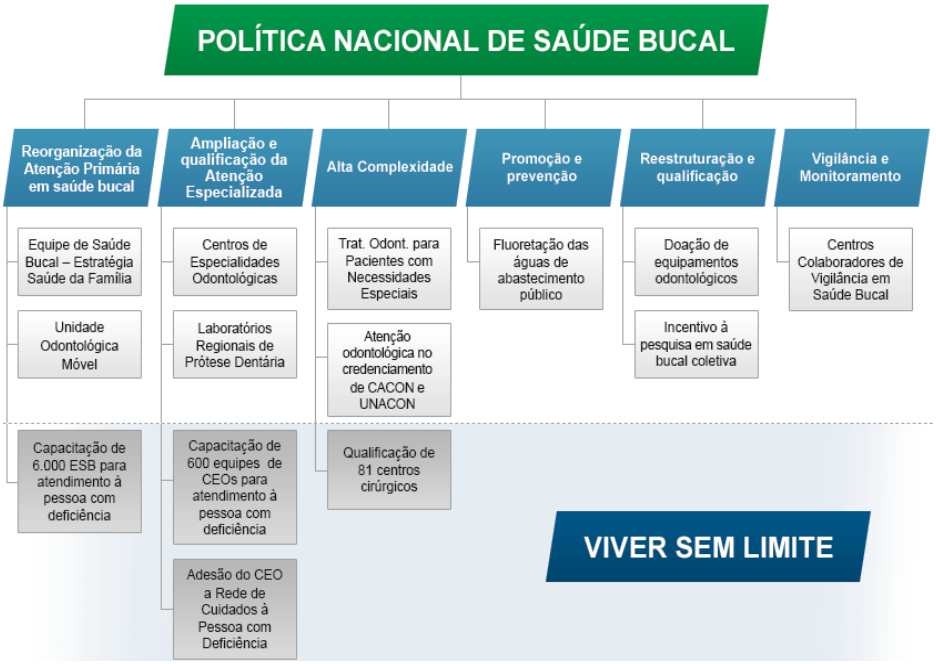
[114] Com relação à fluoretação, o portal do DAB disponibiliza a seguinte informação: “Entre 2005 e dezembro de 2008, foram implantados, mediante ação conjunta com a FUNASA e mediante convênios com as Secretarias Estaduais de Saúde, 711 novos sistemas de fluoretação implantados, abrangendo 503 municípios em 11 estados, beneficiando 7,6 milhões de pessoas”.
Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=vigilancia_sanitaria>.

Ainda dentro da transversalidade, a PNSB se articula com o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, também chamado de "Viver sem Limite", que faz parte das ações transversais interministeriais e conta com a participação de 15 ministérios, além do MS. Esse plano foi lançado pelo governo federal em 2011, através do Decreto nº 7.612, de 17 de novembro, com a finalidade de "promover por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência, nos termos da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Deficiência e seu Protocolo Facultativo[115]". Suas diretrizes visam garantir:

> "I - um sistema educacional inclusivo; II - que os equipamentos públicos de educação sejam acessíveis para as pessoas com deficiência, inclusive por meio de transporte adequado; III - ampliação da participação das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, mediante sua capacitação e qualificação profissional; IV - ampliação do acesso das pessoas com deficiência às políticas de assistência social e de combate à extrema pobreza; V - prevenção das causas de deficiência; VI - ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência, em especial os serviços de habilitação e reabilitação; VII - ampliação do acesso das pessoas com deficiência à habitação adaptável e com recursos de acessibilidade; e VIII - promoção do acesso, do desenvolvimento e da inovação em tecnologia assistiva" (BRASIL, 2011b).

O referido Plano apresenta quatro eixos de atuação: I – acesso à educação; II – atenção à saúde; III – inclusão social; e IV – acessibilidade. A articulação da PNSB com esse Plano se configura a partir do eixo II – atenção à saúde com ações, conforme demonstrado na Figura 1:

Figura 1 - Transversalidade das Ações da PNSB com o Plano "Viver sem Limite"



Fonte: Portal do Departamento de Atenção Básica (DAB).
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=pessoas_deficiencias

[115] Esta Declaração e seu respectivo Protocolo Facultativo foram aprovados pelo Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, com *status* de emenda constitucional e promulgados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009 (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2011a).

Em consonância com este Plano, a PNSB desenvolve um conjunto de ações destinadas à melhoria da atenção odontológica às pessoas com deficiência (PcD) nos três níveis de atenção, entre as quais a capacitação de profissionais de saúde bucal (eSB) com atuação na AB e secundária (CEO), e a qualificação dos CEO e de centros cirúrgicos em hospitais para atendimento odontológico sob anestesia geral ou sedação (BRASIL, 2011b).

Atendendo as ações transversais voltadas à qualificação dos profissionais de saúde bucal para o atendimento às PcD, o governo federal, em 2013, por meio do Sistema Universidade Aberta (UNA-SUS), em parceria com a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), desenvolveu o curso "Atenção e Cuidado da Saúde Bucal da PcD", destinado aos profissionais de saúde bucal (CD, técnicos e auxiliares de saúde bucal), que atuam no SUS, em todos os níveis de atenção.[116]

Outra ação ligada ao "Viver sem Limite" foi a adesão dos CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), especificando que "no âmbito da saúde bucal, esta Rede se propõe a garantir o atendimento odontológico qualificado a todas as PcD" (BRASIL, 2012c).

Na sequência, iremos abordar a conexão da PNSB com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).

2.5 A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)

A RPDC faz parte do conjunto de Redes Temáticas Prioritárias que engloba outras Redes, tais como Rede Cegonha[117], Rede de Atenção a Urgências e Emergências (RUE)[118],

---

[116] Foram disponibilizadas 6.600 vagas para este curso durante os anos de 2014, 2015 e 2016. Atualmente não há oferta do mesmo (consulta feita em agosto de 2018, data corte do referencial teórico desta tese). Disponível em: https://www.unasus.gov.br/noticia/una-susufpe-lanca-novo-curso-para-equipes-de-saude-bucal https://www.unasus.gov.br/cursos/busca. Em Manaus, este curso foi realizado em duas turmas no ano de 2014 e teve a participação dos profissionais de saúde bucal da rede municipal (CD, TSB e ASB). A primeira turma nos dias 18, 19, 20 e 21 de fevereiro com 16 alunos e a segunda turma em 14, 15 e 16 de julho com seis alunos.

[117] A Rede Cegonha foi instituída pela Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, e assegura a mulher o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério e a criança o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Tem como objetivos: um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança; garantir acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011d).

[118] A Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011, reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS, com o propósito do acolhimento com classificação de risco e resolutividade; articular e integrar todos os equipamentos de saúde e ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. Está estruturada com os seguintes componentes: AB nas UBS; Unidades de Pronto-

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)[119] e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RPDC)[120]. Estas Redes Temáticas Prioritárias, por sua vez, são transversalizadas pelos temas "qualificação e educação", "informação", "regulação", "promoção" e "vigilância à saúde".

A criação destas Redes veio em consenso com o novo modelo de orientação estabelecido pelo SUS, em Redes de Atenção à Saúde (RAS)[121]. Elas foram instituídas a partir de um grande acordo tripartite entre o MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

A RCDP foi instituída, no SUS, pela Portaria MS/GM nº 793[122], de 24 de abril de 2012, com o propósito de ampliar o acesso e qualificar atendimento às PcD no SUS, com foco na organização da rede e na atenção integral à saúde, que contemple as áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual e ostomias; ampliar a integração e articulação dos serviços

---

Atendimento (UPA) e outros serviços 24 horas, SAMU – 192; Portas hospitalares – SOS Emergência; Enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva (UTI); Atenção domiciliar – Melhor em casa (BRASIL, 2011e). Esta portaria foi revogada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b).

[119] A Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, lançou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Esta Rede se propõe, dentre outros, a ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Seus componentes estruturais são: Centros de Apoio Psicossocial (CAPS); Consultórios de Rua (CR); Serviço Residencial Terapêutico (SRT); e Unidades de Acolhimento (UA) (BRASIL, 2011f). Esta portaria foi revogada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b).

[120] A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RPDC) foi estabelecida através da Portaria GM/MS nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, com a finalidade de realizar a atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção, através de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2013b). Posteriormente esta Rede foi redefinida pela Portaria GM/MS nº 483, de 01 de abril de 2014, que estabeleceu as diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado e estipulou os seus componentes: I - AB; II - Atenção Especializada, que se divide em: a) ambulatorial especializado; b) hospitalar; e c) urgência e emergência; III - Sistemas de Apoio; IV - Sistemas Logísticos; V - Regulação; e VI – Governança (BRASIL, 2014f). Esta portaria foi revogada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b).

[121] Com a edição da Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, houve uma mudança na organização do SUS para um novo modelo de orientação em Redes de Atenção à Saúde (RAS). Esta Portaria definiu a RAS como "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado" (BRASIL, 2010d). Esta portaria foi revogada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b).

[122] Revogada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b).

de reabilitação com a rede de atenção primária e outros pontos de atenção especializada e desenvolver ações de prevenção de deficiências na infância e vida adulta (BRASIL, 2012c).

A referida Portaria apresentou as seguintes diretrizes de funcionamento para esta Rede:

> "I - respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas; II - promoção da equidade; III - promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos; IV - garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI - diversificação das estratégias de cuidado; VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; VIII- ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
> IX - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; X - promoção de estratégias de educação permanente; XI - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular; e XII- desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva (MCT)" (BRASIL, 2012c).

A RCPD também está ligada ao Plano Viver sem Limite pelo eixo II – atenção à saúde, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para PcD, incluindo a saúde bucal nessa Rede nos três níveis de atenção. Apresenta três componentes de atenção à saúde, a saber: 1 - Atenção Básica: Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e **Atenção odontológica**;

2 – Atenção Secundária: Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e Múltiplas Deficiências: Centros Especializados em Reabilitação (CER), Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação, Oficinas ortopédicas e os **Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**;

3 – Atenção Terciária: Leitos de cuidados prolongados e **Centros cirúrgicos qualificados para atenção odontológica às pessoas com deficiência** (BRASIL, 2012c).

A RCPD encontra-se organizada conforme o esquema demonstrado, a seguir, na Figura 2.

Figura 2 – Organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)

Fonte: BRASIL, 2014g.

A partir de sua criação, houve a instituição do Grupo Condutor Estadual de Cuidados à PcD, coordenado pela Secretaria de Saúde estadual ou distrital, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), com apoio institucional do MS. O grupo foi formado com o objetivo "de coordenar e apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação da RCPD; identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e monitorar e avaliar o processo de implantação e implementação desta Rede" (AMAZONAS, 2012a).

Foram estruturados os componentes pertencentes à RCPD: Centro Especializado de Reabilitação (CER), Oficinas ortopédicas – locais e itinerantes, Atenção domiciliar, Atenção hospitalar, Centros-dia e Atendimento odontológico – AB, CEO e Hospitalar (centros cirúrgicos adaptados). Para viabilizar sua operacionalização, o MS financiou a construção, ampliação e reforma dos CER, oficinas ortopédicas fixas, oficinas itinerantes terrestres e fluviais, inclusive, com a aquisição de equipamentos e veículos adaptados para o transporte dos pacientes aos CER; aquisição de equipamentos para a realização de triagem auditiva neonatal em maternidades de alto risco; incentivo financeiro mensal adicional para os CEO que aderirem à Rede e aquisição de equipamentos odontológicos para qualificar os centros cirúrgicos de hospitais gerais voltados para a atenção odontológica (BRASIL, 2012c).

A AB, por intermédio das eSB, é responsável pelo primeiro atendimento e pela assistência odontológica voltada para prevenção, promoção da saúde e procedimentos clínicos menos complexos. Caso esse nível de atenção não consiga resolver as necessidades de saúde bucal desta população específica, seja por dificuldade no manejo do paciente ou em realizar os procedimentos odontológicos nesses indivíduos, a eSB deverá referenciar os usuários que

se enquadrarem nessas situações específicas para o CEO, ou seja, os procedimentos odontológicos de AB devem ser realizados preferencialmente na AB.

Os CEO, como já vimos, tem como uma de suas atividades obrigatórias o atendimento às PcD. Entretanto, em 2012, quando foi instituída a RCPD, o MS instituiu incentivo financeiro de custeio mensal, adicional, para aqueles CEO que aderissem a essa Rede, aumentando em 20% o valor dos custeios mensais já existentes.

Neste sentido, gostaríamos de ressaltar que a PNSB, é a única Política que apoia esta Rede com o incentivo financeiro de custeio mensal.

Desta forma, os CEO aderidos à RCPD passam a receber incentivos financeiros de custeio mensais, adicionais, conforme especificado no Quadro 9.

Quadro 9 – Incentivos financeiros de custeio recebidos pelos CEO aderidos à RCPD

Tipo de CEO	Custeio mensal	Custeio mensal adicional (RCPD)
I	R$ 8.250,00	R$ 1.650,00
II	R$ 11.000,00	R$ 2.200,00
III	R$ 19.250,00	R$ 3.850,00

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do MS (BRASIL, 2012g).[123]

Segundo a Portaria GM/MS nº 1.341/2012, os CEO/RCPD devem dispor, no mínimo, de 40 horas semanais para atendimento exclusivo às PcD, precisando cumprir uma meta mínima[124] de atendimento às PcD, de acordo com as modalidades tipo I, II e II. Essas metas são monitoradas pelo MS e, caso não sejam cumpridas, o CEO perde a adesão, e consequentemente, o incentivo financeiro adicional relacionados à Rede. Conforme determina o Termo de Compromisso que deve ser assinado pelo gestor local assumindo as responsabilidades referentes à RCPD (Anexo C).

Os profissionais que atuam no CEO/RCPD e prestam assistência aos PcD, além de realizarem os atendimentos clínicos, também atuam como apoio técnico matricial para as eSB da sua área de abrangência. Os CEO/RCPD são referência municipal/regional para o atendimento a essa população da área de abrangência prevista na adesão do CEO à Rede.

[123] A Portaria GM/MS nº 1.341, de 13 de junho de 2012, estipulou os valores do custeio adicional mensal para o CEO que aderir a RCPD (BRASIL, 2012g).

[124] Esta meta mínima foi descrita no Quadro 2. A Portaria GM/MS nº 1.341, de 13 de junho de 2012, especifica que os procedimentos básicos são exclusivos para o atendimento às PcD.

Caso estes pacientes não permitam[125] ser atendidos na média complexidade, o CEO deve referenciar o atendimento para a atenção terciária e este será realizado sob anestesia geral em ambiente hospitalar.

No contexto das ações transversais relacionadas ao Plano Viver sem Limite, no âmbito da atenção terciária, o governo federal, a fim de viabilizar a assistência odontológica em nível hospitalar, disponibilizou equipamentos odontológicos (três para cada estado) para os centros cirúrgicos de hospitais gerais. Com o objetivo de adequar hospitais, tornando-os aptos a integrar à RCPD, foram disponibilizados pelo MS: *kit* de peça de mão; aparelho de raio-X, aparelho de ultrassom, aparelho de profilaxia com jato de bicarbonato, *cart* odontológico portátil e compressor odontológico.

No tocante a normatização da RCPD, a Portaria MS/GM Nº 793/2012 se refere ao atendimento odontológico hospitalar e considera:

> "Ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, **adequando centros cirúrgicos** e equipes para este fim" (BRASIL, 2012c, grifo nosso).

Foram adequados 80 centros cirúrgicos no país (Anexo D), em 72 municípios, para assistência odontológica hospitalar levada a termo na RCPD.

Em síntese o atendimento odontológico às PcD está previsto pela RCPD nos três níveis de atenção.

Deste modo, nesse capítulo, constatamos que a PNSB, é um enorme avanço no âmbito da saúde bucal pública no Brasil, pois trouxe a mudança do modelo de saúde bucal voltado para a promoção e prevenção seguindo os princípios e diretrizes do SUS, garantindo a todos os cidadãos o direito à saúde bucal. Sua implantação se deu de forma abrangente atingindo os três níveis de atenção, tendo como principal característica a política de incentivos do MS a qual viabiliza o financiamento das suas ações de saúde bucal, sendo de fundamental importância, pois estimula os gestores a oferecerem a assistência odontológica, a fim de comtemplar todo o país. A PNSB articula-se de forma transversal com outras políticas públicas demonstrando a sua importância no contexto da Política Nacional de Saúde e através dessa transversalidade ocorre a conexão com a RCPD. Essa conexão assegura a integralidade do cuidado às PcD, nos três níveis de atenção, sendo uma Rede de apoio primordial para essa população altamente vulnerável e que necessita da proteção do estado. Visto isso, no próximo capítulo partiremos para um recorte dessa Política no local de estudo desta tese – Amazonas.

---

[125] Alguns pacientes especiais não permitem o atendimento odontológico ambulatorial, como por exemplo, pacientes psiquiátricos muito agressivos, pacientes cuja síndrome não permita contenção física (Osteogênese Imperfeita) e seja de difícil condicionamento, dentre outros.

3 **CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE RECORTE DO ESTUDO: AMAZONAS**

No presente capítulo, iremos caracterizar o estado do Amazonas e, também, a sua capital Manaus visto a importância desse município para o estado. Desse modo abordaremos as especificidades geográficas, demográficas, econômicas, sociais e como a PNSB se constitui, nos seus três níveis de atenção, nessas localidades.

3.1 **Estado do Amazonas**

3.1.1 Aspectos geográficos - Amazonas

O Amazonas é um dos sete estados pertencentes à Região Norte (3.853.840,882 km²), o maior estado do Brasil e a nona maior subdivisão mundial, ultrapassando as áreas da França (547.030,0 km²), Espanha (504.782,0 km²), Suécia (357.021,0 km²) e Grécia (131.940,0 km²) somadas.[126] Apresenta uma superfície territorial de 1.559.146,876 km², equivalente a 18,3% do total do território brasileiro (8.515.759,090 km²) e 41,5% da Região Norte (3.853.840,882 km²). É maior que a Região Nordeste e supera a soma dos territórios das regiões Sul e Sudeste.[127] Integra o Bioma da Amazônia[128] fazendo parte também da Amazônia Legal[129], juntamente com os estados do Amapá, Acre, Tocantins, Rondônia, Roraima e Pará o Norte do Mato Grosso e Oeste do Maranhão.

Sua localização geográfica, no mapa do Brasil, está demonstrada na Figura 3.

---

[126] Disponível em: http://datasus.saude.gov.br/nucleos-regionais/amazonas.

[127] Disponível em: https://www.ibge.gov.br/geociencias-novoportal/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?t=sobre&c=13.

[128] É um conjunto de ecossistemas interligados pela Floresta Amazônica (maior floresta tropical do mundo) e pela Bacia Hidrográfica Amazônica. Caracteriza-se pela sua elevada extensão, ocupando quase a metade do território do Brasil, além das áreas territoriais da Bolívia, Guiana, Guiana Francesa, Suriname, Peru, Colômbia, Venezuela e Equador (AMAZONAS, 2016).

[129] A Amazônia Legal foi definida pela Lei nº 1.806, de 06 de janeiro de 1953, e compreende os estados do Pará, Amapá, Rondônia, Roraima, Amazonas, Acre, Mato Grosso, Tocantins e Maranhão (até o meridiano 44°). Segundo IBGE, Censo 2010, conta com 773 municípios, tendo aproximadamente 24 milhões de habitantes (BRASIL, 2010e).

Figura 3 – Posição geográfica do estado do Amazonas, Brasil

Fonte: Ministério da Defesa – Programa Calha Norte (PCN) Amazonas.[130]

A Amazônia possui 77% do seu território com áreas protegidas denominadas de Unidades de Proteção Integral, tendo o Amazonas 29,8% e o Pará 19,7% e Unidades de Uso Sustentável com 30,7% e 22,7% desse tipo de proteção territorial, respectivamente, nesses estados, o que reflete uma ocupação humana menos densa nesse bioma (BRASIL, 2012h).

A ocupação dos espaços geográficos na Amazônia é complexa e heterogênea devido sua dimensão continental, resultando em segregação social.

Os limites territoriais do Amazonas são os estados do Pará ao leste; Mato Grosso ao sudeste; Rondônia e Acre ao sul e sudoeste; e Roraima ao norte, além das fronteiras internacionais com a Venezuela, Colômbia e Peru ao norte, noroeste e oeste, respectivamente (Figura 4). Tem ao mesmo tempo as terras mais altas (Pico da Neblina - 2.995,30m)[131] e a maior extensão de terras baixas (menos de 100m) do Brasil.

O Amazonas exibe uma estrutura político-administrativa dividida em 62 municípios sendo que o maior deles, em extensão territorial, é Barcelos (122.440,769 km²), e o menor, Iranduba (2.216,817 km²)[132], conforme mostra a Figura 4.

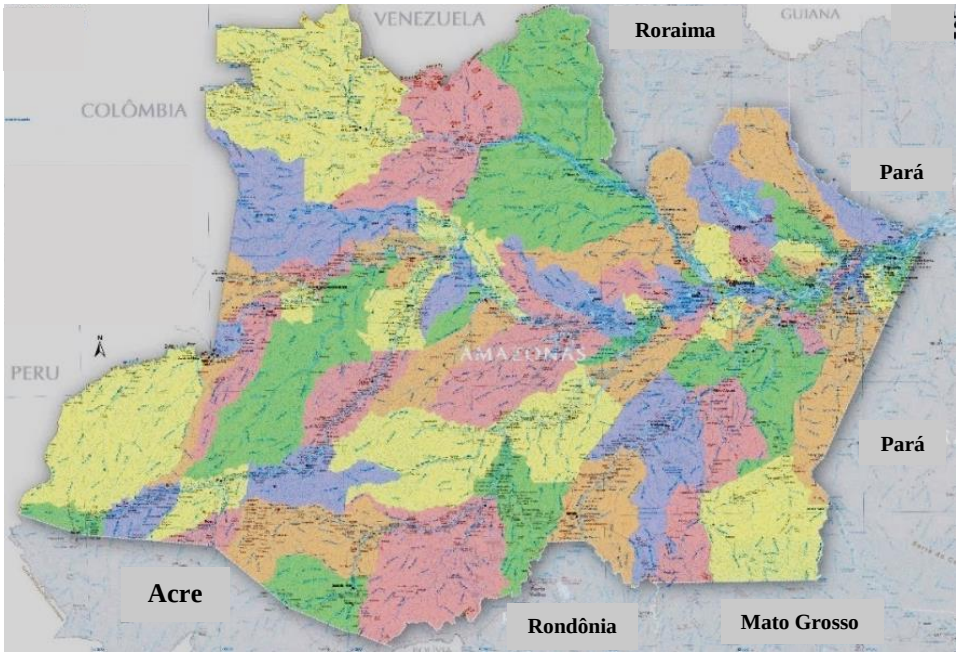
---

[130] Disponível em: https://www.defesa.gov.br/arquivos/.../pcn-estado-do-amazonas.pdf.

[131] Localizado no município de São Gabriel da Cacheira, no Parque Nacional do Pico da Neblina, na Serra do Imeri. No Amazonas também se localiza o segundo pico mais alto do Brasil, o Pico 31 de Março, com 2.974,18 metros em Santa Isabel do Rio Negro.
Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/15275-geociencias-ibge-reve-as-altitudes-de-sete-pontos-culminantes.

[132] Disponível em: https://www.ibge.gov.br/geociencias-novoportal/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?t=sobre&c=13.

Figura 4 – Mapa político do estado do Amazonas



Fonte: IBGE.[133]

Interessante notar que este estado se encontra inserido na Floresta Amazônica (na porção ocidental[134]), por isso grande parte dos seus municípios apresentam-se com baixa densidade demográfica e isolados (pela distância e tempo de deslocamento) entre eles e de outras localidades brasileiras (BECKER, 2013). A autora denomina essas regiões de "floresta urbanizada". Cabe destacar que no Amazonas a Floresta Amazônica encontra-se com 98% de sua área preservada.[135]

O acesso ao Estado é feito principalmente por via fluvial e/ou aérea, e suas cidades são interligadas pelos inúmeros afluentes da extensa bacia hidrográfica amazônica[136], cujos rios principais são Solimões, Amazonas, Juruá, Purus, Negro, Içá e Japurá. O transporte em 43 municípios amazonenses (assinalados em vermelho na Figura 5) é exclusivamente fluvial.[137]

---

[133] Disponível em: https://geoftp.ibge.gov.br/produtos_educacionais/mapas_tematicos/mapas_do_brasil/mapas_estaduais/politico/amazonas.jpg.

[134] Conforme o Decreto Lei nº 356, de 15 de agosto de 1968, a Amazônia Ocidental é composta pelos estados do Amazonas, Acre, Rondônia e Roraima; a Amazônia Oriental: Pará, Maranhão, Amapá, Tocantins e Mato Grosso; e a Amazônia Continental pelos seguintes países: Brasil, Bolívia, Peru, Equador, Colômbia, Venezuela e Guiana.

[135] Disponível em: http://www.amazonas.am.gov.br/o-amazonas/economia/.

[136] Maior bacia hidrográfica do mundo, com 7,05 milhões de km^2, dos quais aproximadamente 4 milhões de km^2 estão na região Norte (AMAZONAS, 2016).

[137] A rede hidrográfica representa histórico fator articulador do processo de povoamento, mas diversos aparatos técnicos complementam interligações espaciais cujas rotas podem ser aéreas, terrestres, via satélite, por fibra ótica e mediante espaços e tempos de fluxos virtuais (IPEA, 2017a).

Figura 5 – Mapa do Amazonas apontando as 43 cidades sem acesso rodoviário

Fonte: BBC BRASIL, 2016.[138]

3.1.2 Aspectos demográficos - Amazonas

Segundo o *ranking* do Censo IBGE, 2010 era o 15º estado mais populoso do Brasil[139] com 3.480.937 de habitantes, correspondendo a 1,82% da população brasileira, 21,9% da nortista e com a segunda menor densidade demográfica entre os estados (2,23 hab/km²)[140], inversamente proporcional ao seu tamanho territorial. É a segunda unidade federativa mais populosa da Região Norte[141], com população estimada pelo IBGE, em 2018, de 4.080.611 milhões de habitantes, ficando atrás somente do estado do Pará com 8.513.497 milhões de habitantes.[142]

Possui uma única Região Metropolitana, considerada a maior em área territorial, não só do Brasil como do mundo (101.474 km²), ultrapassando os estados de Pernambuco, Santa

[138] Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/brasil-37491145.

[139] Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/pesquisa/23/25207?tipo=ranking.

[140] A menor densidade demográfica dos estados brasileiros é a de Roraima com 2,01 hab/km² (BRASIL, 2010f).

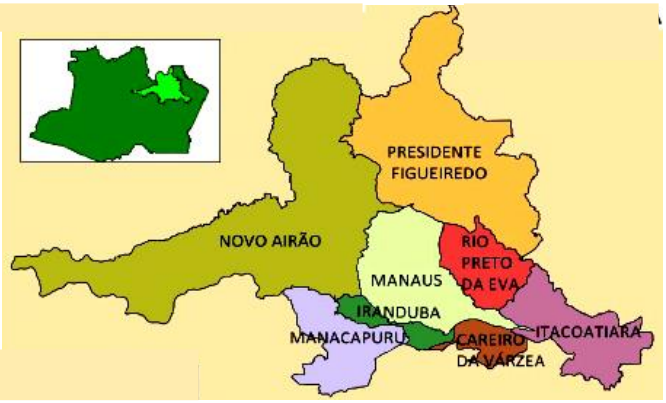
[141] Este aumento populacional teve início, entre os últimos 25 anos do séc. XIX e a primeira década do séc. XX, através de uma grande corrente migratória do Nordeste que levou os chamados “soldados da borracha” para esta região, a fim de atender a uma procura mundial crescente por esse produto extrativo (FURTADO, 2005).

[142] Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/panorama.

Catarina e Rio de Janeiro. Com uma população que ultrapassa os 2,5 milhões de habitantes o que representa cerca de 14,4% da região Norte[143].

A Região Metropolitana de Manaus (RMM)[144] compreende oito municípios em processo de conurbação[145]: Manaus, Iranduba, Careiro da Várzea, Rio Preto da Eva, Manacapuru, Novo Airão, Itacoatiara e Presidente Figueiredo, conforme ilustrado na Figura 6.

Figura 6 – Mapa da Região Metropolitana de Manaus



Fonte: Plano Estadual de Saúde do Amazonas (PES/AM) 2016-2019 (AMAZONAS, 2016).

A RMM concentra 60,5% da população total do estado, sendo que a capital Manaus participa com a maior parte (85,5%) e com praticamente metade da população total 51,8% do Amazonas (BRASIL, 2010e). Apesar do extenso território do Amazonas, apenas dois municípios possuem população acima de 100.000 habitantes[146]: Parintins (113.168) e Manaus (2.145.444).[147] Em seguida, as cidades mais populosas são: Itacoatiara (99.955), Manacapuru (96.236), Coari (84.272), Tabatinga (64.448), Maués (62.755), Tefé (60.154), Manicoré (54.907), Humaitá (54.001), Iranduba (47.571), Lábrea (45.245), São Gabriel da Cachoeira (44.816), Benjamin Constant (42.020) e Borba (40.565).[148]

---

[143] De acordo com a Pesquisa por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) 2018, a Região Norte, entre as regiões brasileiras, possui a segunda menor participação da população total (8,5%) e a Região Centro-Oeste, a menor (7,6%). As demais regiões apresentam as seguintes participações: Sul (14,3%), Nordeste (27,6%) e Sudeste (42%) (BRASIL, 2018c).

[144] Criada pela Lei Complementar Estadual nº 52, de 30 de maio de 2007 (AMAZONAS, 2007).

[145] Conurbação é o fenômeno urbano da unificação de duas ou mais cidades que, devido ao seu crescimento geográfico, fundem-se umas às outras. O processo de conurbação é um dos responsáveis pela formação das regiões metropolitanas (AURÉLIO, 2014).

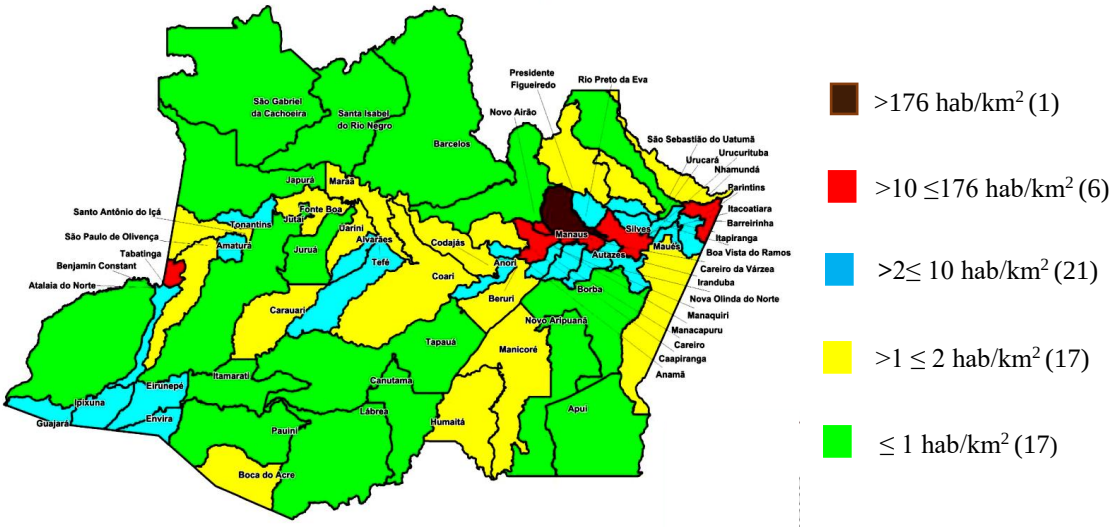
[146] A população dos outros municípios encontra-se distribuída da seguinte forma: oito municípios entre 50.001 e 100.000 habitantes; 14 municípios entre 30.001 e 50.000 habitantes; 34 municípios entre 10.001 e 30.000 habitantes e quatro municípios com população inferior a 10.000 habitantes (BRASIL, 2010e).

[147] IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2018. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br.

[148] Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br.

Assim, 84% dos municípios possuem população abaixo de 50 mil habitantes. A Figura 7 demonstra a densidade demográfica dos 62 municípios amazonenses em 2014.

Figura 7 – Densidade populacional dos municípios do Amazonas - 2014



Fonte: Plano Estadual de Saúde do Amazonas (PES/AM) 2016-2019.

Exceto Manaus, capital do estado, cuja concentração populacional, em 2014, era acima de 176 hab/km^2, 55% dos municípios amazonenses apresentavam densidade populacional baixíssima de um ou menos hab/km^2. É interessante observar que os municípios em torno da capital são os que exibiram as segundas maiores densidades populacionais do estado, com exceção de Tabatinga (fronteira com a Colômbia) e Parintins (divisa com o Pará).

Isto é corroborado quando verificamos que o crescimento populacional amazonense nos anos de 2000 e 2010 teve uma taxa de urbanização que passou de 74,9% para 79,1% e a taxa média anual nesse período foi 2,16%[149], quase o dobro da média do Brasil (1,17%). Porém, quando olhamos apenas o ano de 2010, a taxa do Amazonas (79,1%) foi menor que a do Brasil (84,4%) e maior que a da Amazônia Legal (71,8%).

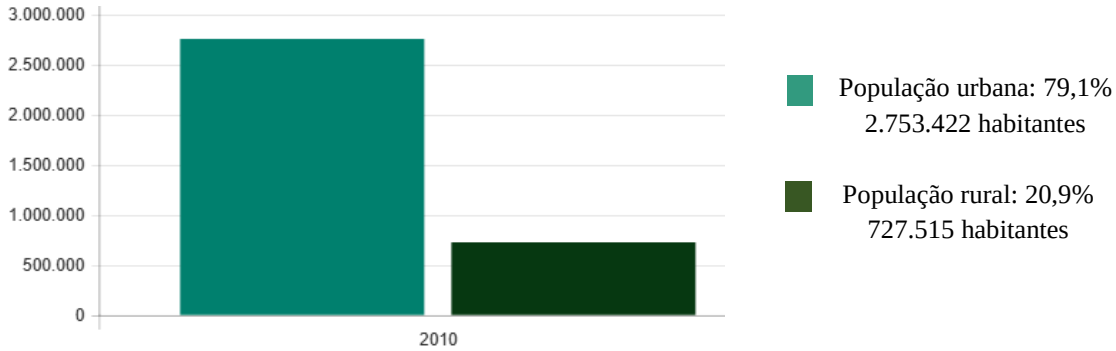
Além do Amazonas, outros estados da região amazônica também tiveram taxas maiores que a dessa região: Amapá, 89,8%; Mato Grosso, 81,8%; Tocantins, 78,9% e Roraima,76,6% (BRASIL, 2010e). Assim, a distribuição populacional do Amazonas é predominantemente urbana e 20,9% vivem nas zonas rurais de seus municípios (Gráfico 5), equiparando-se à Região Norte (22,1%) e superior à média nacional (15,6%), sendo que da

[149] Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/amazonas.

população rural desse estado 23,15% (168.680 pessoas) eram referentes à população indígena[150] (BRASIL, 2010e).

O isolamento relativo da região amazônica condicionou a dinâmica urbana do estado, bem como a organização do espaço urbano, centralizado na cidade de Manaus, com mais de 2 milhões de habitantes (Gráfico 5) em meio à floresta e polo industrial entre os trópicos (IPEA, 2017a).

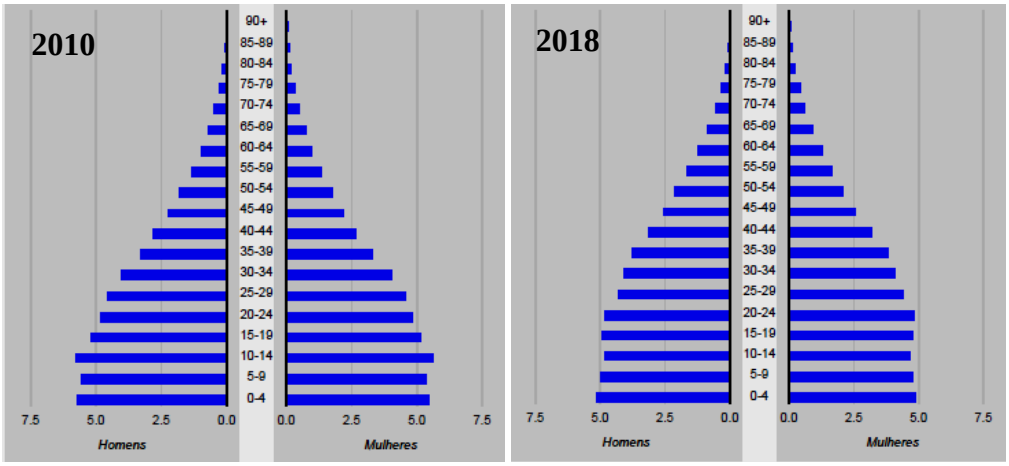
Gráfico 5 – Distribuição da população urbana e rural, Amazonas - 2010



Fonte: IBGE, Censo 2010.[151]

Com o intuito de ilustrar o perfil populacional amazonense, de acordo com gênero e idade, apresentamos, a Figura 8.

Figura 8 – Pirâmides Etárias, distribuição por gênero e grupos etários, Amazonas – 2010 e 2018



Fonte: IBGE - Projeção da população do Brasil[152]

[150] O Amazonas concentra a maior população indígena do país: foram identificados 65 grupos indígenas, distribuídos em 188 áreas, 64 etnias em 43 municípios. Os municípios de São Gabriel da Cachoeira, São Paulo de Olivença, Tabatinga e Santa Izabel do Rio Negro possuem as maiores populações indígenas do estado (AMAZONAS, 2016).

[151] Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/panorama.

[152] Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/.

A população amazonense é predominantemente jovem, com maior concentração na faixa de 0 a 24 anos. No entanto, na comparação dos anos de 2010 e 2018, notamos um aumento gradativo da população nas demais faixas etárias, indicando que com o passar dos anos a população está envelhecendo. Em 2018 as crianças (0 a 9 anos) correspondiam a 19,8% da população total; adolescentes (10 a 19 anos), 19,3%; adultos (20 a 59 anos), 50,1%; e os idosos (acima de 60 anos), 7,3%.[153]

Quanto à distribuição por gênero, há discreta predominância do sexo masculino em relação ao feminino, correspondendo a 50,4% e 50,2% em 2010 e 2018, respectivamente.

No que se refere a raça, a população amazonense se apresenta da seguinte forma: 70% pardos, 21% brancos, 5% indígenas e 4% negros (BRASIL, 2010e).

De acordo com os Indicadores e Dados Básicos (IDB) da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA/MS), a taxa de envelhecimento[154] deste estado era de 3,26% (2000) e passou para 4,03% (2010). São valores menores que os do Brasil nos mesmos anos: 5,83% (2000) e 7,36% (2010).

A razão de dependência[155] era de 72,6% (2000) e 59,3% (2010), representando proporções maiores que as exibidas para o Brasil na mesma época, com 54,9% e 45,9%, respectivamente. Isso evidencia maior dependência para a população residente no Amazonas, quando comparada ao restante da população brasileira.

3.1.3 Aspectos do desenvolvimento socioeconômico - Amazonas

No tocante ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o Amazonas apresentava, em 2010, um valor de 0,674, situado na faixa de desenvolvimento humano médio aquém da faixa do IDH do Brasil (alto desenvolvimento), cujo valor era 0,727.[156] Ocupava a 20ª

---

[153] Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/.

[154] Taxa de envelhecimento é a razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total. Disponível em: http://www.ripsa.org.br/vhl/indicadores-e-dados-basicos-para-a-saude-no-brasil-idb/base-de-dados-idb/.

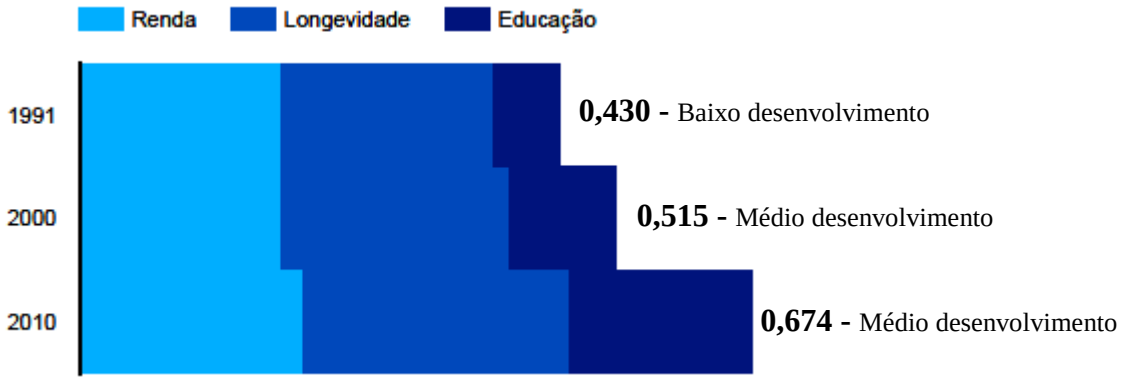
[155] Razão de dependência é o percentual da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais (população dependente) em relação à população de 15 a 64 anos (população potencialmente ativa). Disponível em: http://www.ripsa.org.br/vhl/indicadores-e-dados-basicos-para-a-saude-no-brasil-idb/base-de-dados-idb/.

[156] O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) lançado na década de 1990, pela ONU, através do Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), combina três dimensões: longevidade (expectativa de vida),

posição, entre os 27 estados brasileiros, onde o maior IDH era 0,824 (Distrito Federal), o menor 0,631 (Alagoas) e o 2º lugar do Norte (1º Amapá - 0,708) (BRASIL, 2010f).

A dimensão que mais contribuiu para o IDH amazonense de 2010 foi a longevidade, com valor de 0,805, seguida da renda, com 0,677, e educação, com 0,561 (Gráfico 6).[157]

Gráfico 6 – Evolução do IDH do Amazonas - 1991, 2000 e 2010



Fonte: IPEA, 2017b.

Analisando o Gráfico 6, verificamos que o IDH do Amazonas ao longo dos anos evoluiu. Nos nove primeiros anos, saiu da classificação de baixo (0,430) para médio desenvolvimento (0,515), cuja taxa de crescimento foi de 19,77%. Nos últimos dez anos, aumentou o valor do índice (0,674), apresentando uma taxa de crescimento de 30,87%, mas permaneceu na faixa média de desenvolvimento. Comparando-se os anos exibidos, verifica-se que a dimensão com maior crescimento em termos absolutos foi a educação, seguida pela longevidade e por último, a renda.

Segundo o IPEA (2017b), no ano de 2010, o Amazonas apresentou as maiores diferenças percentuais entre os IDH da população urbana e da população rural do país. O IDH urbano (0,714 – desenvolvimento humano alto) foi 47,5%[158], superior ao IDH rural (0,484 – desenvolvimento humano muito baixo), seguido pelos estados do Acre (40,3%) e Roraima (37%). Exibiu também, para o mesmo ano, as maiores diferenças entre o IDH urbano e rural nas dimensões renda e educação, sendo que a renda domiciliar *per capita* média da população

---

educação (escolaridade e frequência escolar) e renda (Renda Nacional Bruta (RNB) per capita expressa em poder de paridade de compra (PPP)). Propõe-se a mensurar o nível de desenvolvimento de um país ou outras localidades para além da esfera econômica, utilizando outros indicadores de desempenho representando uma conjuntura econômico-social. Seu valor varia do zero (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total), sendo que valores até 0,499 são considerados como baixo desenvolvimento; entre 0,500 e 0,699, médio; 0,700 e 0,799, alto desenvolvimento; e a partir de 0,800, muito alto.
Disponível em: http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html.

[157] Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/amazonas.

[158] Em números absolutos, esta diferença é de 0,230.
Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/amazonas.

rural (R$ 141,80) foi 4,5 vezes menor que a renda domiciliar *per capita* média urbana (R$ 644,50).

No que se refere à educação, somente 22% da população rural com mais de 18 anos possuía o ensino fundamental completo, enquanto para o mesmo grupo etário, 62% da população urbana encontrava-se nesse mesmo patamar educacional (IPEA, 2017b).

Este panorama socioeconômico denota uma grande desigualdade no Amazonas quando observamos a magnitude da discrepância dos componentes renda e educação entre as populações urbana e rural, sendo a maior diferença do Brasil.

A Tabela 1 demonstra a divisão do IDH-M dos municípios amazonenses e permite visualizar como a média do estado se encontra distribuída entre os seus municípios.

Tabela 1 – IDH-M dos municípios do Amazonas - 2010

IDH-M[159]	Nº de Municípios	Proporção estadual (%)
0,500 |....| 0,599	25	40,3
0,600 |....| 0,699	33	53,2
0,700 |....| 0,799	4	6,5%
TOTAL	62	100

Fonte: IBGE, Censo 2010.

De acordo com a Tabela 1, em 2010, 40,3% dos municípios do Amazonas encontravam-se com o desenvolvimento baixo; 53,2%, desenvolvimento médio; e apenas 6,5% estavam com desenvolvimento alto, ratificando a grande desigualdade em relação ao desenvolvimento humano nesse estado.

O Relatório Global de Desenvolvimento Humano do PNUD, de 2016, informa que o Brasil ocupa a 10ª posição no *ranking* da desigualdade (coeficiente de Gini de 0,515 - 2015)[160], em um conjunto de 143 países. Os valores do coeficiente de Gini (2015) para o PIB do Brasil, Região Norte e Amazonas foram 0,852, 0,789 e 0,868, respectivamente[161], evidenciando uma desigualdade de renda maior no Amazonas em relação ao Brasil e a Região Norte.

Segundo a Secretaria de Estado de Planejamento, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação (SEPLANCTI) do Amazonas, a economia local possui esses

[159] Conforme as faixas adotadas pelo Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil para o IDH-M: muito baixo (0 a 0,499); baixo (0,500 a 0,599); médio (0,600 a 0,699); alto (0,700 a 0,799) e muito alto (0,800 a 1). Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt.

[160] Medida pelo coeficiente de Gini: instrumento usado para aferir o grau de concentração de renda, aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade (todos têm a mesma renda) e 1 significa completa desigualdade de renda (uma só pessoa detém toda a renda do lugar) (IPEA, 2017b).

[161] Disponível em: https://sidra.ibge.gov.br/tabela/5939.

segmentos: agricultura, pecuária, silvicultura e exploração florestal e pesca, indústria extrativista mineral e indústria de transformação, comércios e serviços diversos, administração, saúde e educação públicas, dentre outros.[162] Segundo a SEPLANCTI, este estado, em 2017, teve um PIB anual de R$ 94.864 milhões e conforme o IBGE o Brasil, no mesmo ano, apresentou um PIB de R$ 6.559,9 bilhões e o PIB *per capita* de R$ 31.587,00.[163]

O Governo do Amazonas informa que houve um crescimento nominal de 3,63% e real de 0,92% no PIB do 1º trimestre de 2018, quando comparado ao mesmo período de 2017, demonstrando que a economia do estado está reagindo à crise brasileira.[164]

A distribuição do PIB do Amazonas, em 2015, entre a Região Metropolitana e o interior do estado, era de R$ 72.340.125 mil e R$ 14.220.371 mil, respectivamente, conforme informa a SECPLANCTI, ressaltando uma enorme diferença econômica.[165] Dos seus 62 municípios, o que exibiu o maior PIB *per capita*, em 2015, foi Manaus (R$ 32.5592,94), seguido por Codajás (R$ 27.682,06), Coari (R$ 27.260,92), Presidente Figueiredo (R$ 23.179,25), Itacoatiara (R$ 18.129,59), Urucará (R$ 18.067,70), Manacapuru (R$ 14.995,57), Rio Preto da Eva (R$ 14.533,98), Iranduba (R$ 13.628,57), Eirunepé (R$ 11.996,00), Jutaí (R$ 11.849,71), Japurá (R$ 11.805,12), Silves (R$ 11.551,94), Tefé (R$ 11.385,78) e Tapauá (R$ 11.083,25).[166]

Dos seis maiores[167] PIB *per capita* do Amazonas, algumas cidades pertencem a Região Metropolitana do estado (Manaus, Presidente Figueiredo e Itacoatiara), fazem parte do complexo Gasoduto Coari/Manaus (Manaus, Coari e Codajás) e outra desponta na produção de guaraná, inclusive com certificação internacional (Urucará)[168].

---

[162] Disponível em: http://www.seplancti.am.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/PIB-Trimestral-4o-trimestre-2017-1.pdf.

[163] Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/20166-pib-avanca-1-0-em-2017-e-fecha-ano-em-r-6-6-trilhoes.

[164] Disponível em: http://www2.e-siga.am.gov.br/portal/page/portal/esiga2009.

[165] Disponível em: http://www.seplancti.am.gov.br.

[166] Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/.

[167] IDH-M (2010) destas seis cidades, em ordem decrescente: Codajás – 0,563 (baixo), Coari – 0,586 (baixo), Urucará – 0,620 (médio), Itacoatiara – 0,644 (médio), Presidente Figueiredo – 0,647 (médio) e Manaus – 0,737 (alto).

[168] Disponível em: https://www.urucara.am.gov.br/.

Fazendo parte da economia local, o Polo Industrial de Manaus (PIM)[169] e a extração e produção comercial de gás e petróleo são dois setores que contribuem fortemente para o PIB estadual. O PIM, por exemplo, teve uma participação de 32,5% no PIB de 2017, conforme informou a SECPLANCTI.

De acordo com o Governo de Manaus:

> "O PIM é o principal mecanismo irradiador do desenvolvimento no modelo Zona Franca de Manaus[170], que concede incentivos fiscais para a produção. Esta política de incentivos gera emprego, renda e aumento da arrecadação de tributos federais, estaduais e municipais não só no Amazonas, onde está situado o PIM, mas nos demais Estados da Amazônia Ocidental (Roraima, Acre, Rondônia), além das cidades de Macapá e Santana, no Amapá (a área de atuação do modelo Zona Franca de Manaus)".[171]

A renda nominal mensal domiciliar *per capita*[172] do Amazonas, em 2017, correspondeu a R$ 850, representando a 19ª colocação entre os 27 estados do país. Esse valor está abaixo da média brasileira (R$ 1.271) e acima do valor da Região Norte (R$ 810). A região, no entanto, apresentou o segundo menor valor dentre as regiões do Brasil[173] (BRASIL, 2018c).

Quando comparado aos estados da Região Norte, o Amazonas apresentou a renda nominal mensal domiciliar *per capita* (2017) menor que Roraima (R$ 1.006), Rondônia (R$ 957), Tocantins (R$ 937), Amapá (R$ 936) e maior apenas que o Acre (R$ 769) e Pará (R$ 715) (BRASIL, 2018c). Estes dados evidenciam a desigualdade de renda entre as regiões

---

[169] Segundo IPEA, 2017a o PIM possui a economia voltada para o mercado interno, onde as indústrias mantidas por incentivos fiscais revendem seus produtos ao Brasil, principalmente São Paulo. Deste modo, a economia manauara é sensível às oscilações do mercado nacional, com bruscas quedas na taxa de crescimento da produção industrial, como por exemplo em 2012 quando o índice de atividade industrial do Amazonas caiu 2,4% quando tinha subido 10,5%, em 2010. A concorrência com produtores chineses pelo mercado interno também causa essa sensibilidade.

[170] De acordo com a Superintendência da Zona Franca de Manaus (SUFRAMA), a Zona Franca de Manaus (ZFM) é um modelo de desenvolvimento econômico instaurado pelo governo brasileiro para viabilizar uma base econômica na Amazônia Ocidental e Amapá, promover integração produtiva e social dessa região ao país, garantindo a soberania nacional sobre suas fronteiras. Possui três polos econômicos: comercial, industrial e agropecuário. O primeiro teve maior ascensão até o final da década de 1980, quando o Brasil adotava o regime de economia fechada; o industrial é considerado a base de sustentação da ZFM através do PIM; e o último abriga projetos voltados às atividades de produção de alimentos, agroindústria, piscicultura, turismo, beneficiamento de madeira, entre outros.
Disponível em: http://site.suframa.gov.br/assuntos/modelo-zona-franca-de-manaus/o-que-e-o-projeto-zfm.

[171] Disponível em: http://www.amazonas.am.gov.br/o-amazonas/economia/.

[172] De acordo com o IBGE, Censo 2010, renda nominal mensal domiciliar *per capita* é "a divisão do rendimento nominal mensal domiciliar pelo número de moradores do domicílio particular, exclusive aqueles cuja condição no domicílio particular fosse pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico".
Disponível em:
https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/1075/cd_2010_trabalho_rendimento_amostra.pdf.

[173] Renda nominal mensal domiciliar *per capita* (2017): Região Sul (R$ 1.567) e Nordeste (R$ 808).
Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101559_informativo.pdf.

brasileiras e, também, a desigualdade do Amazonas em relação aos outros estados do Brasil, do Norte e em relação à média brasileira. De acordo com o IPEA, 2017, o distanciamento de grande parte da população do estado acarreta um profundo isolamento em relação à economia regional, nacional e internacional (IPEA, 2017a).[174]

Além da perspectiva econômica, trazemos para análise o Índice de Progresso Social (IPS)[175], que mede o progresso social das nações e respectivas localidades de forma independente do desenvolvimento econômico.

O Brasil apresentou os seguintes resultados do IPS nos anos de 2014 (primeira aferição) a 2018:[176]

- IPS/2014 - 69,97 (progresso social médio alto) e na 46ª posição em um total de 132 países;
- IPS/2015 - 70,89 (progresso social médio alto) e na 42ª posição em um total de 133 países;
- IPS/2016 - 71,70 (progresso social médio alto) e na 46ª posição em um total de 133 países;
- IPS/2017 - 73,97 (progresso social médio alto) e na 43ª posição em um total de 128 países;
- IPS/2018 - 72,73 (progresso social médio alto) e na 49ª posição em um total de 146 países.

Comparativamente, a pontuação do IPS do Brasil aumentou de 2014 a 2017 e diminuiu em 2018, mas não houve progressão quanto ao nível de progresso social que permaneceu todos esses anos no médio alto.

Na região amazônica o IPS foi mensurado somente no ano de 2014 e o Amazonas apresentou o resultado de 54,92 classificado como progresso social baixo. Os dados que compõem este índice em cada dimensão e respectivos valores estão expostos no Quadro 10.

---

[174] Este Instituto ressalta que para esta região "onde o mito do vazio demográfico persiste" uma rede urbana, em especial as pequenas e médias cidades, constitui-se de base de apoio para os negócios, além de desempenhar um significativo papel como mercado consumidor (IPEA, 2017a).

[175] O projeto piloto do IPS foi lançado pela Social Progress Imperative (SPI), em abril de 2013, durante o décimo Fórum Anual da Skoll World realizado na Universidade de Oxford. Segundo essa organização, o progresso social "é a capacidade de uma sociedade satisfazer as necessidades humanas básicas dos seus cidadãos; estabelecer os elementos essenciais que permitam às pessoas e às comunidades melhorar e manter a qualidade de vida; e criar as condições para que todos os indivíduos atinjam pleno potencial". Sua classificação se dá através de seis níveis de progresso social: muito alto (> 85), alto (>75), médio alto (>65), médio baixo (>55), baixo (>40) e muito baixo (≤40). Disponível em: http://www.progressosocial.org.br.

[176] Disponível em: https://www.socialprogress.org.

Quadro 10 – Dimensões e componentes do Índice de Progresso Social (IPS), Amazonas - 2014

Índice de Progresso Social (IPS) do Amazonas – 2014: **54,92**			
Dimensões	Valores	Componentes	Valores
Necessidades humanas básicas	58,15	Nutrição e cuidados médicos básicos	73,89
		Água e saneamento	30,98
		Moradia	67,49
		Segurança pessoal	60,24
Fundamentos para o bem-estar	62,47	Acesso ao conhecimento básico	56,06
		Acesso à informação e comunicação	32,69
		Saúde e bem-estar	73,89
		Sustentabilidade dos ecossistemas	87,24
Oportunidades	44,14	Direitos individuais	39,59
		Liberdade individual e de escolha	57,37
		Tolerância e inclusão	63,53
		Acesso à educação superior	16,08

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do IPS Amazônia, 2014.[177]

A dimensão que teve maior participação no IPS foi a "fundamentos para o bem-estar", com o valor de 62,47. E os componentes que obtiveram os menores valores foram: "acesso à educação superior"; "água e saneamento"; "acesso à informação e comunicação"; e "direitos individuais", todos enquadrados no nível de progresso social muito baixo. Dentre todos os componentes avaliados nesse índice, somente um tinha o valor no nível de progresso social muito alto: "sustentabilidade dos ecossistemas" (87,24).

Comparando o IPS/2014 dos estados da Região Norte, o Amazonas encontrava-se com melhor resultado que o Acre (54,09) e Roraima (54,38), mas no mesmo nível de progresso social, o baixo. Apresentava pior resultado do que o Tocantins (59,46), Rondônia (59,21), Amapá (56,08) e Pará (55,40), além de estes estarem em outro nível de progresso social, o médio.

Segundo o *Relatório IPS Amazônia 2014*, a região amazônica tinha um IPS de 57,31 (progresso social médio baixo) inferior à média nacional, com 69,97 (progresso social médio alto). Esse documento informa também que:

> "[...] o cidadão da Amazônia enfrenta restrições importantes de direitos individuais e de liberdade de escolha, principalmente por causa das dificuldades de mobilidade nas cidades, gravidez precoce na infância e adolescência e violência generalizada, que afeta especialmente os jovens".[178]

[177] Os dados do IPS para o Amazonas e Região Norte são todos referentes ao ano de 2014. Disponível em: http://www.ipsamazonia.org.br/local/dashboard/13#aspects%5B%5D=13&map-view=city&map-type=performance&active-cat=1&page=1&tab=table&groupby=component.

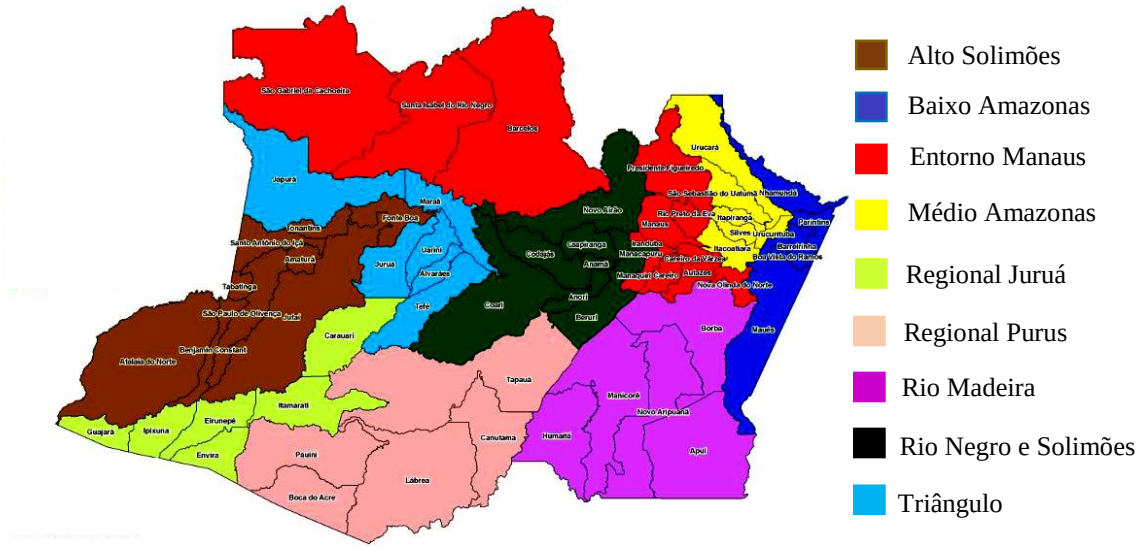
[178] Disponível em: https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/ipsx.tracersoft.com.br/documents/ResExec_ipsAmazoniaPORT_2014_Final.pdf.

Desta forma, entendemos que a desigualdade neste estado não se restringe à econômica, mas apresenta também grande disparidade social.

3.1.4 Aspectos relacionados à saúde - Amazonas

No que se refere à saúde, o estado[179] é dividido e agrupado em nove Regiões de Saúde (RS), havendo ainda uma Macrorregião (Manaus) e 18 Microrregiões[180]. A configuração das RS está demonstrada na Figura 9.

Figura 9 – Mapa das Regiões de Saúde, Amazonas



Fonte: Plano Estadual de Saúde do Amazonas (PES/AM) 2012-2015 (AMAZONAS, 2012b).

Como informou a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM), para efeito de planejamento foram levadas em consideração as possibilidades de acesso, as similaridades e as peculiaridades entre os municípios para a distribuição das RS do estado (AMAZONAS, 2012b). Neste contexto, vale notar que o Decreto nº 7.508/2011 considera como RS:

---

[179] De acordo com o Organograma da SUSAM (2017), a Secretaria Executiva se subdivide em Secretaria Adjunta de Atenção Especializada do Interior e Secretaria Adjunta de Atenção Especializada da Capital; estas em Departamentos de Ações do Interior e da Capital e estes em quatro Gerências do Interior responsáveis pelas RS (Alto Solimões e Triângulo; Juruá, Purus e Rio Madeira; Rio Negro e Solimões; Médio e Baixo Amazonas e Rio Negro) e seis Gerências da Capital.
Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/institucional/organograma.php.

[180] Conforme o PES/AM 2012-2015 os municípios que compõem as 18 Microrregiões são: Manaus (nove), Manacapuru (seis), Tefé (seis), Itacoatiara (cinco), Tabatinga (quatro), Humaitá (três), Lábrea (três), Santo Antônio do Iça (três), Boca do Acre (dois), Borba (dois), Carauari (dois), Coari (dois), Eirunepé (dois), Fonte Boa (dois), Guajará (dois), Maués (dois), Parintins (três), São Gabriel da Cachoeira (três) (AMAZONAS, 2012b).

> "Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde" (BRASIL, 2011g).

A SUSAM também adota uma outra composição, denominada de Região Metropolitana Ampliada (RMA), composta por três RS: III – "Entorno Manaus", IV – "Médio Amazonas" e VIII – "Rio Negro e Solimões". A RMA concentra 73,2% da população total do estado (3.055.257 habitantes).

O Quadro 11 apresenta algumas especificidades dessas RS como o número de municípios, o quantitativo da população e a representação percentual sobre a população do estado, para cada região.

Quadro 11 – Número de municípios e de habitantes, proporção da população e PIB *per capita* das regiões de Saúde, Amazonas

Regiões de Saúde	nº de Municípios**	nº de habitantes*	(%) da população*	PIB *per capita** (R$)[181]
I - Alto Solimões	9	250.657	6,2%	45.662,00
II - Baixo Amazonas	5	246.971	6,0%	33.430,91
III - Entorno Manaus	12	2.512.003	61,8%	139.718,50
IV - Médio Amazonas	6	170.727	4,2%	68.734,17
V - Regional Juruá	6	135.483	3,3%	46.340,98
VI - Regional Purus	5	132.054	3,2%	30.403,63
VII - Rio Madeira	5	195.073	4,8%	41.273,98
VIII - Rio Negro e Solimões	8	292.597	7,2%	94.152,57
IX - Triângulo	6	128.049	3,1%	52.234,62

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do IBGE (2015)* e MS/SAGE (2017)**[182]

Observarmos que a RS com o maior número de municípios (12), habitantes (2.512.003) e proporção populacional (61,8%) é a "Entorno Manaus", evidenciando uma maciça concentração populacional em comparação com as demais regiões. A segunda maior proporção é de 7,2%, correspondendo a 292.597 mil habitantes na região "Rio Negro e Solimões".

[181] Extraímos o PIB *per capita* (2015) por RS do somatório do PIB *per capita* de cada município pertencente às respectivas regiões a partir dos dados do IBGE (2015). Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/.

[182] Os dados do MS que constam neste quadro foram obtidos na Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) e se referem ao ano de 2017. Os dados do IBGE foram obtidos no site oficial, cujos valores são referentes ao ano de 2015. Disponíveis em: http://sage.saude.gov.br e https://cidades.ibge.gov.br/.

Cabe destacar essa desproporção populacional, de acordo com a divisão das regiões, entre a região “Triângulo” com 3,1% e seis municípios e a “Alto Solimões” com 6,2% e nove municípios. Contudo, ao comparamos o PIB *per capita* dessas duas regiões, “Triângulo” exibe o maior. A RS com o maior PIB *per capita* (2015) foi a “Entorno de Manaus”, seguida pela “Rio Negro e Solimões”, e o menor valor foi visto na “Regional Purus”.

O Quadro 12 descreve os municípios pertencentes a cada RS do Amazonas

Quadro 12 – Regiões de Saúde do Amazonas e seus respectivos municípios

Regiões de Saúde	Municípios	Regiões de Saúde	Municípios
I. Alto Solimões	1. Amaturá	III. Entorno Manaus	1. Autazes
	2. Atalaia do Norte		2. Barcelos
	3. Benjamin Constant		3. Careiro
			4. Careiro da Várzea
	4. Fonte Boa		5. Iranduba
	5. Jutaí		6. Manaquiri
	6. Santo Antônio do Içá		7. Manaus
			8. Nova Olinda do Norte
	7. São Paulo de Olivença		9. Presidente Figueiredo
			10. Rio Preto da Eva
	8. Tabatinga		11. Santa Isabel do Rio Negro
	9. Tonantins		12. São Gabriel da Cachoeira
II. Baixo Amazonas	1. Barreirinha	IV. Médio Amazonas	1. Itacoatiara
			2. Itapiranga
	2. Boa Vista do Ramos		3. São Sebastião do Uatumã
	3. Maués		4. Silves
	4. Nhamundá		5. Urucará
	5. Parintins		6. Urucurituba
V. Regional Juruá	1. Carauari	VI. Regional Purus	1. Boca do Acre
	2. Eirunepé		2. Canutama
	3. Envira		3. Lábrea
	4. Guajará		4. Pauini
	5. Ipixuna		5. Tapauá
	6. Itamarati		
VII. Rio Madeira	1. Apuí	VIII. Rio Negro e Solimões	1. Anamã
	2. Borba		2. Anori
	3. Humaitá		3. Beruri
	4. Manicoré		4. Caapiranga
	5. Novo Aripuanã		5. Coari
			6. Codajás
IX. Triângulo	1. Alvarães		7. Manacapuru
	2. Japurá		8. Novo Airão
	3. Juruá		
	4. Maraã		
	5. Tefé		
	6. Uarini		

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do MS/SAGE (2017).

Analisando o Quadro 12, podemos verificar como os 15 municípios mais populosos do estado estão distribuídos nas Regiões de Saúde: “Rio Madeira” e “Entorno de Manaus” englobam três municípios (cada uma); “Alto Solimões”, “Baixo Amazonas” e “Rio Negro e Solimões” dois municípios (cada uma); “Triângulo”, “Regional Purus” e “Médio Amazonas”

com um município (cada uma) e “Regional Juruá” não possui nenhum desses 15 municípios mais populosos.

Em síntese, o Amazonas é um estado com extensas dimensões territoriais e baixas densidades demográficas, à exceção da capital, que exibe um grande contingente populacional. As desigualdades socioeconômicas são proporcionais ao seu tamanho, decorrentes da dispersão populacional e do isolamento de grande parte dos seus municípios, localizados ao longo da enorme bacia fluvial que corta o estado e dificulta as relações intermunicipais e com o restante do país.

3.2 Município de Manaus

3.2.1 Aspectos geográficos e demográficos - Manaus

A cidade de Manaus é a capital do estado do Amazonas e está localizada à margem esquerda do Rio Negro. Possui uma extensão territorial de 41.304,282 km², o que representa 2,64% do território do estado, mas a maior concentração populacional amazonense (51,8%).[183] Segundo o Censo 2010 do IBGE, é a 7ª cidade mais populosa do Brasil e a 131ª do mundo, com 1.802.014 habitantes; e de acordo com projeção do mesmo Instituto para o ano de 2018, serão 2.145.444 habitantes[184]. A localização da cidade no mapa do estado está exibida na Figura 10.

Figura 10 – Mapa do estado do Amazonas com a posição geográfica da cidade de Manaus

Fonte: IBGE.

[183] Disponível em: https://www.ibge.gov.br/geociencias-novoportal/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?t=sobre&c=13.

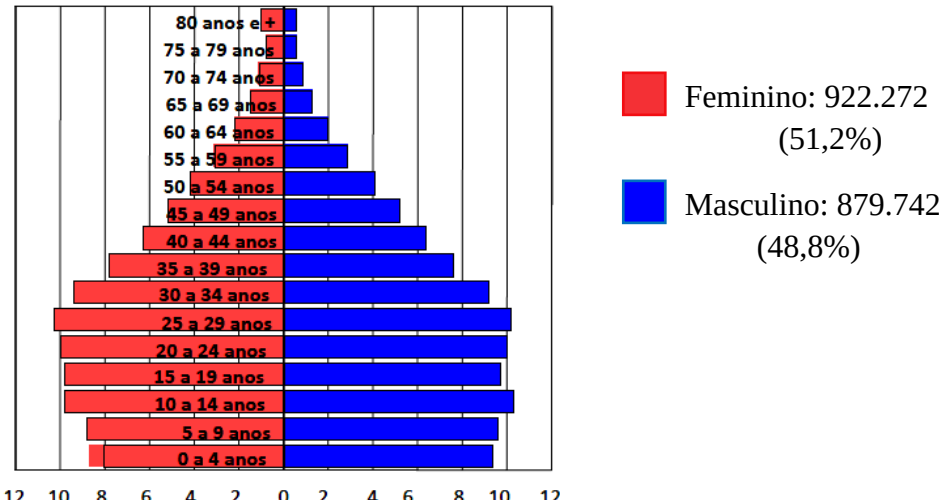
[184] IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2018. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br.

Seu território tem limites ao Norte com o município de Presidente Figueiredo, ao Leste com Rio Preto da Eva e Itacoatiara, ao Sul com Iranduba e Careiro da Várzea e a Oeste com Novo Airão.[185]

De acordo com os últimos dois Censos Demográficos realizados pelo IBGE (2000 e 2010), a população de Manaus havia aumentado de 1.405.835 para 1.802.014 habitantes, representando um crescimento de 28,2% em dez anos, com uma taxa percentual de incremento médio anual de 2,51, superior à taxa do Amazonas 2,16 e da Região Norte 2,09.[186]

Em 2010, o município, encontrava-se com uma densidade demográfica de 158,06 hab/km^2 e em 2018 com 188,2 hab/km^2, portanto houve um incremento de 30,10 hab/km^2 nos últimos oito anos. Este último Censo identificou a distribuição da população manauara, por gênero, sendo 51,2% feminina e 48,8% masculina (Figura 11).

Figura 11 – Pirâmide Etária por gênero e grupos etários, Manaus, IBGE, Censo 2010



Fonte: Plano Municipal de Saúde de Manaus (2014-2017).

Manaus possui uma população predominantemente jovem, com maior concentração na faixa de 0 a 29 anos. As crianças (0 a 9 anos) somam 327.610 habitantes, correspondendo a 18,2% da população total; os adolescentes (10 a 19 anos), 356.046 habitantes (18,7%); os adultos (20 a 59 anos), 1.009.456 habitantes (56,0%); e os idosos (acima de 60 anos), 108.902 habitantes (6,0%) (BRASIL, 2010e).

Neste município, a razão de dependência passou de 57,4% (2000) para 47,3% (2010), e a taxa de envelhecimento, de 3,1% (2000) para 3,9% (2010).[187] Esses valores são maiores

[185] Explicitado na Figura 6.
[186] Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/a03.htm.

[187] Taxa de envelhecimento é a razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total. A razão de dependência é o percentual da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais (população dependente) em relação à população de 15 a 64 anos (população potencialmente ativa). Disponível em: http://www.ripsa.org.br.

que os exibidos pelo Amazonas, o que pode ser explicado pela grande concentração populacional existente em Manaus.

A distribuição político-administrativa da cidade se dá através de seis Zonas Geográficas Urbanas e uma Rural, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Características demográficas das zonas geográficas de Manaus

Zona	Nº de bairros	Nº de setores censitários	Nº de domicílios	Nº de habitantes (%)	Área (km^2)	Densidade demográfica (hab/ km^2)
Norte	10	629	127.258	501.055 (27,8%)	103,21	4.854,58
Sul	18	426	76.391	286.488 (15,9%)	47,35	6.050,53
Centro-Sul	7	251	44.215	152.753 (8,5%)	35,61	4.289,26
Leste	11	542	109.108	447.946 (24,8%)	165,32	2.709,51
Oeste	12	363	64.646	253.589 (14,0%)	132,53	1.913,40
Centro-Oeste	5	209	38.287	148.333 (8,2%)	18,11	8.191,19
Rural	1	41	4.038	11.850 (0,6%)	10.898,96	1,09
Total	64	2.461	464.015	1.802.014	11.401,09	158,06

Fonte: Setores Censitários IBGE, 2010.

A Tabela 2 mostra uma concentração populacional essencialmente urbana (99,4%), sendo interessante notar que a zona rural é a que possui a maior área territorial (10.898,96 km^2) e a menor população (11.850 habitantes), o que representa uma proporção de 0,6% do total da população manauara e evidencia uma enorme desproporção populacional entre a área urbana e rural da cidade. Estes valores repercutem uma densidade demográfica quase nula na zona rural (1,09 hab/km^2), vindo a realçar a grande extensão desabitada nos perímetros da cidade, demonstrando a porção da Floresta Amazônica que não foi urbanizada, pois Manaus foi criada no meio dessa floresta.[188]

A zona urbana com mais habitantes é a Norte, com 501.055 (27,8%), seguida pela Leste (447.946 - 24,8%), enquanto a menos habitada é a Centro-Oeste (148.333 - 8,2%).

O bairro Tarumã, localizado na zona Oeste, liderou o crescimento populacional da cidade no período entre os censos demográficos de 2000 e 2010 e praticamente triplicou o número de habitantes (284,8%). Dentre todas as zonas urbanas, a Sul, foi a única que não registrou crescimento populacional nessa mesma década (MANAUS, 2013).

Segundo Menezes, 2001 Manaus apresentou um crescimento populacional rápido, marcado sobretudo por migrantes da zona rural e de outros estados, que buscavam melhores

[188] Por conta do aspecto geográfico, esta cidade é entrecortada por inúmeros igarapés que cruzam sua área urbana; muitos sofreram o lançamento de resíduos poluentes, atingindo vários bairros, como áreas críticas dos igarapés do São Raimundo, Mindú, Bindá, Franceses, Bolívia, Matrinxã, Tarumanzinho, Quarenta, Educandos, Mestre Chico, Manaus, Bittencourt, Franco e outros. Essas áreas foram inseridas no Programa Socioambiental dos Igarapés de Manaus – PROSAMIM, que promoveu o saneamento ambiental e social (MANAUS, 2009).

condições de vida. Entretanto, instalaram-se de forma desordenada, criando bairros sem infraestrutura, com falhas no saneamento e baixa qualidade de vida.

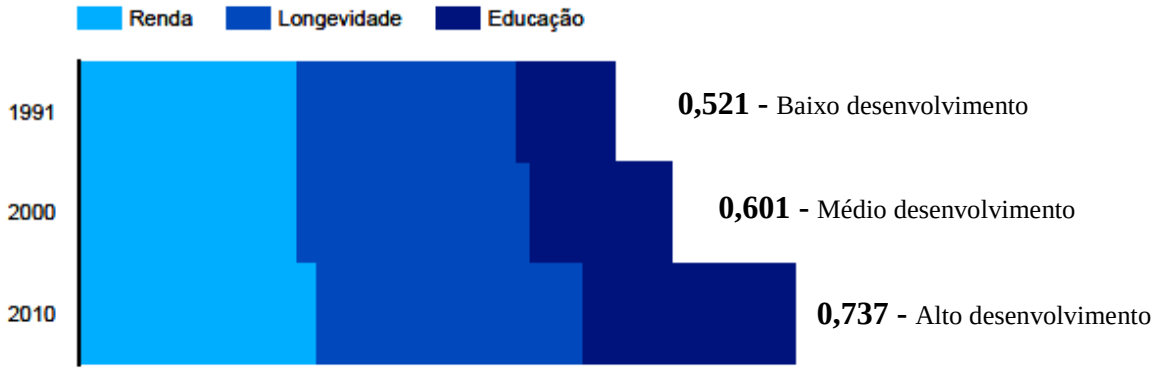
A descrição da autora corrobora com o que verificamos, neste capítulo, crescimento populacional desordenado, estritamente urbano e com taxas maiores do que a média nacional.

3.2.2 Aspectos do desenvolvimento socioeconômico- Manaus

O IDH-M desta cidade, de acordo com o último Censo (2010), apresentava o valor de 0,737, situado na faixa de desenvolvimento humano alto (0,700 a 0,799). Sua posição no *ranking* das cidades brasileiras era 850º entre 5.565, sendo o valor do IDH-M mais alto do país na cidade de São Caetano do Sul-SP (0,862 – desenvolvimento humano muito alto), e o mais baixo de Melgaço-PA (0,418 – muito baixo). Na Região Norte e no estado do Amazonas, é a cidade com o IDH-M mais alto. Os valores dos outros municípios amazonenses estão descritos no Quadro 13.

A comparação do IDH-M de Manaus dos Censos Demográficos do IBGE (1991, 2000 e 2010), encontra-se demonstrada no Gráfico 7.

Gráfico 7 – Evolução do IDH-M de Manaus, IBGE - Censos 1991, 2000 e 2010



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Observamos que o IDH-M manauara evoluiu com o passar dos anos (0,521 para 0,737), assim como o IDH amazonense (0,430 para 0,674). Entendemos que essa melhora no IDH do Amazonas se deve a evolução do IDH-M de Manaus, visto que essa cidade é responsável pela grande maioria da população do estado.

Contudo, em Manaus, além de o índice ter aumentado, houve alteração na faixa de desenvolvimento. Nos primeiros nove anos a modificação foi de baixo (0,521) para médio (0,601), com uma taxa de crescimento de (15,36%). Nos últimos dez anos, passou para alto

desenvolvimento (0,737), com crescimento de 22,63%, enquanto o Amazonas ainda permanece na faixa de médio desenvolvimento (0,674), devido ao IDH-M inferior dos outros municípios (exibido na Tabela 1).

A melhora do IDH-M nesse município, de acordo com os anos e seus componentes, se deu da seguinte maneira: nos três anos exibidos (1991, 2000 e 2010), o componente com maior participação para a evolução do índice foi a longevidade, com os respectivos valores 0,681, 0,727 e 0,826; seguida da renda com 0,676, 0,674 e 0,738; e por último a educação 0,307, 0,443 e 0,648. O componente que mais cresceu em termos absolutos foi a educação, denotando a melhoria da educação tanto no estado quanto nessa cidade.

No tocante à economia, como vimos, Manaus encontra-se inserida na maior floresta tropical mundial, portanto coexiste com um respeitável acervo de recursos naturais, inclusive 20% da reserva de água doce do mundo e grandes jazidas de minérios, gás e petróleo, que contribuem para a economia do estado e municípios. Além disso, faz parte da Zona Franca de Manaus, que juntamente com o PIM alavanca a economia desta cidade.

Segundo o IPEA:

> "Manaus seria um centro estratégico, pois é a ligação das cidades do Amazonas, de Roraima e do Oeste do Pará com o restante do Brasil, mas também exerce grande influência no Acre e em Porto Velho, deixando a cidade como uma metrópole simbólica na conexão da Amazônia Ocidental e da Central com o Sudeste brasileiro. É lá que está a possibilidade de avanço de uma indústria que privilegia a biodiversidade" (IPEA, 2017a).

O PIB de Manaus no ano de 2015[189] foi de R$ 67.066.846 mil, sendo o 7º maior PIB entre as cidades do país (representando 1,12% do PIB brasileiro), o 1º do estado (77,48% do PIB amazonense) e 1º da região Norte[190] (20,91% do PIB nortista). No mesmo ano, o PIB do Brasil foi de R$ 5.595.787.000 mil e o Amazonas apresentava um valor de R$ 86.560.496 mil, que o colocou na 12ª posição entre os 27 estados brasileiros, sendo responsável por 1,44% do PIB do país.

Quanto ao PIB *per capita* (2015) Manaus exibiu um valor de R$ 32.592,94 estando acima da média do Brasil R$ 29.326,33 e do Amazonas R$ 21.978,95.[191]

---

[189] O último ano do cálculo do PIB dos municípios brasileiros (IBGE) foi 2015; portanto ele foi utilizado na comparação com o Brasil, Amazonas e demais localidades.

[190] PIB (2015) decrescente das capitais da região Norte: Belém (R$ 28.854.965 mil), Porto Velho (R$ 13.946.784 mil), Macapá (R$ 9.085.050 mil), Palmas (R$ 8.379.601 mil), Rio Branco (R$ 8.337.319 mil) e Boa Vista (R$ 7.683.233 mil).
Disponível em: http://www.seplancti.am.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/PIB-dos-Municipios-2015.pdf.

[191] Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101307_informativo.pdf e https://sidra.ibge.gov.br.

Este cenário econômico de Manaus é um forte atrativo para as pessoas dos municípios do Amazonas, dos estados das regiões Norte e Nordeste, e até mesmo, de outras regiões do Brasil influenciando intensamente no aumento populacional da cidade.

O *ranking* do PIB (2015) dos dez primeiros e dos três últimos municípios amazonenses, juntamente com os valores do PIB *per capita* (2015) e do IDH-M (2010), encontra-se exibido no Quadro 13.

Quadro 13 – Ranking do PIB e valores do PIB *per capita* e IDH-M, cidades, Amazonas

Município	PIB 2015 (R$ mil)	PIB *per capita* (R$)[192] (2015)	IDH-M[193] (2010)
Manaus	67.066.846 - (1º)	32.592,94 – (1º)	0,737 - (1º)
Coari	2.264.783 - (2º)	27.260,92 – (3º)	0,586 - (20º)
Itacoatiara	1.760.782 - (3º)	18.129,59 - (5º)	0,644 - (5º)
Manacapuru	1.412.207 - (4º)	14.995,57 - (7º)	0,614 - (14º)
Parintins	951.340 - (5º)	8.526,46 – (27º)	0,658 - (2º)
Presidente Figueiredo	760.558 - (6º)	23.179,25 - (4º)	0,647 - (3º)
Codajás	741.243 - (7º)	27.682,06 - (2º)	0,563 – (33º)
Tefé	710.974 - (8º)	11.385,78 – (14º)	0,639 - (7º)
Iranduba	626.696 - (9º)	13.628,57 – (9º)	0,613 – (13º)
Manicoré	493.014 - (10º)	9.292,86 – (21º)	0,582 – (25º)
Itamarati	79.253 - (60º)	9.689,75– (19º)	0,477 - (61º)
Amaturá	66.408 - (61º)	6.122,20 – (54º)	0,560 - (37º)
Japurá	60.501 - (62º)	11.805,12 - (12º)	0,522 - (49º)

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados da SEPLANCTI* e IBGE, Censo 2010.

Podemos observar, no Quadro 13, que os municípios amazonenses apresentaram um PIB (2015) bem aquém da capital (R$ 67.066.846 mil), 2º Coari (R$ 2.264.783 mil), 3º Itacoatiara (R$ 1.760.782 mil), 4º Manacapuru (R$ 1.412.207 mil), confirmando que o centro econômico do estado é Manaus.

O contraste entre o PIB e o PIB *per capita* dos municípios de Coari (R$ 27.682,06) e Codajás (R$ 27.260,92), se deve aos *royalties* recebidos pela exploração do gás e petróleo e a pouca densidade demográfica, o que fica mais evidente quando observamos que Codajás passa da posição de 7º PIB para 2º PIB *per capita* do estado. Parintins apresenta um PIB *per*

[192] A cidade de Urucará está em 6º lugar no *ranking* do PIB *per capita* (R$ 18.067,70) e 10º no IDH-M (0,620 - médio desenvolvimento humano), mas ficou fora do quadro por estar na 17º colocação do PIB (R$ 310.095,00).

[193] A cidade de Itapiranga está em 4º lugar no *ranking* do IDH-M (0,654 – médio desenvolvimento humano) e apresenta um PIB *per capita* de R$ 8.986,04 (24º), mas ficou fora deste quadro por estar na 59º colocação do PIB (R$ 80.452 mil).

capita menor que o de Juruá, último (62º) colocado, pelo fato dela ser a segunda cidade mais populosa do estado.

Fazendo uma análise entre o PIB e o IDH-M, constatamos que das cinco cidades com os maiores PIB, somente Coari tinha um baixo desenvolvimento humano; das demais, três apresentavam desenvolvimento médio e uma cidade, desenvolvimento alto.

Desta forma, verificamos que a economia do estado está essencialmente concentrada em Manaus, enquanto a grande maioria dos outros municípios apresentam uma situação econômica frágil.

O Quadro 14 com os dados dos três últimos Censos Demográficos – IBGE (1991, 2000 e 2010) sobre a renda *per capita*, pobreza (percentual de pobres e extremamente pobres) e desigualdade de renda (coeficiente de Gini) para analisar o panorama da cidade nesse aspecto.

Quadro 14 – Renda, pobreza e desigualdade de Manaus, IBGE, Censo (1991/2000/2010)

	1991	2000	2010
Renda *per capita* (R$)	537,29	531,53	790,27
Pobres[194] (%)	20,42	28,63	12,90
Extremamente pobres[195] (%)	5,82	10,49	3,75
Coeficiente de Gini	0,56	0,62	0,61

Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

No período compreendido pelo Quadro 14, a renda *per capita* de Manaus diminuiu nos primeiros nove anos e aumentou nos últimos dez anos, apresentando uma taxa média anual de crescimento de 4,05%[196].

A pobreza exibe uma proporção maior de indivíduos pobres ao longo de todos os anos do que a dos extremamente pobres. Entre 1991 e 2000 a pobreza aumentou, sendo que a proporção de pessoas pobres subiu em 8,21%, e a de extremamente pobres, em 4,67%. Na década seguinte (2000 a 2010) a pobreza diminuiu em 15,73% nas pessoas pobres e 6,74% nas extremamente pobres. Consequentemente, a desigualdade de renda aumentou entre 1991 e 2000 e diminuiu entre 2000 e 2010, sendo que neste último intervalo de tempo a atenuação da

[194] Proporção de indivíduos com renda domiciliar *per capita* inferior a R$ 140,00, limitados àqueles que vivem em domicílios particulares permanentes.

[195] Proporção de indivíduos com renda domiciliar *per capita* inferior a R$ 70,00, limitados àqueles que vivem em domicílios particulares permanentes.

[196] Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br.

desigualdade foi menor (0,1) do que o acréscimo dos primeiros nove anos (0,6). Desse modo verificamos que, em Manaus, após estes 20 anos, a renda *per capita* aumentou, a pobreza diminuiu, mas a desigualdade de renda diminuiu muito pouco.

Assim como fizemos na análise do Amazonas, também trazemos o IPS para avaliar o progresso social da cidade de Manaus. Manaus apresentou, como resultado do IPS/2014, uma pontuação de 66,55, que representa um progresso social médio alto.[197] No Quadro 15, expomos os dados que compõem este índice com seus respectivos valores para esta cidade.

Quadro 15 – Dimensões e componentes do Índice de Progresso Social (IPS), Manaus - 2014

Índice de Progresso Social (IPS) de Manaus – 2014: **66,55**			
Dimensões	Valores	Componentes	Valores
Necessidades humanas básicas	70,87	Nutrição e cuidados médicos básicos	83,53
		Água e saneamento	69,85
		Moradia	97,77
		Segurança pessoal	32,34
Fundamentos para o bem-estar	65,97	Acesso ao conhecimento básico	66,57
		Acesso à informação e comunicação	39,17
		Saúde e bem-estar	70,96
		Sustentabilidade dos ecossistemas	87,18
Oportunidades	62,82	Direitos individuais	61,91
		Liberdade individual e de escolha	74,89
		Tolerância e inclusão	77,26
		Acesso à educação superior	37,23

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do IPS Amazônia, 2014.[198]

A dimensão que mais contribuiu para o IPS foi “necessidades humanas básicas”. Os componentes que obtiveram os menores valores foram: “segurança pessoal”, “acesso à educação superior”; e “acesso à informação e comunicação”, que se enquadram no nível progresso social muito baixo. Dentre todos os componentes avaliados nesse índice, dois tinham os valores no nível de progresso social muito alto: “moradia” (97,77) e “sustentabilidade dos ecossistemas” (87,18).

Comparando o resultado de Manaus com o da região Amazônica (57,31 - médio baixo), o progresso social de Manaus estava mais bem classificado (66,55 - médio alto). Com relação aos 772 municípios da região, pesquisados, Manaus ficou na 23ª posição, aquém da média nacional (69,97), mas enquadrado na mesma faixa de progresso social (médio alto).[199]

---

[197] Classificação do IPS progresso social: muito alto (> 85), alto (>75), médio alto (>65), médio baixo (>55), baixo (>40) e muito baixo (≤40).

[198] Os dados do IPS para o Amazonas e Região Norte são todos referentes ao ano de 2014. Disponível em: http://www.ipsamazonia.org.br/local/dashboard/13#aspects%5B%5D=13&map-view=city&map-type=performance&active-cat=1&page=1&tab=table&groupby=component.

[199] O IPS Amazônia 2014 pesquisou os 772 municípios dos nove estados pertencentes à região Amazônica (Acre, Amazonas, Amapá, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins).

Manaus apresentou um resultado do IPS maior do que o do Amazonas (54,92 - progresso social baixo), evidenciando um progresso social melhor para quem mora na capital do que para os moradores do interior do estado. Analisando os componentes da capital e do estado verificamos uma diferença grande entre alguns deles, como por exemplo, o "acesso à educação superior" com 16,08 e 37,23, respectivamente - ainda que o valor da capital também seja muito baixo, é maior que o dobro do valor do estado. Para os componentes "água e saneamento" (30,98 e 69,85), "direitos individuais" (39,59 e 61,91) e "moradia" (67,49 e 97,77) as diferenças também são grandes.

Portanto, esses dados sobre o progresso social corroboram com o que já foi falado anteriormente, sobre as grandes diferenças existentes no estado e também sobre o isolamento e as dificuldades de acesso em diversas áreas enfrentadas pelos municípios do interior do Amazonas.

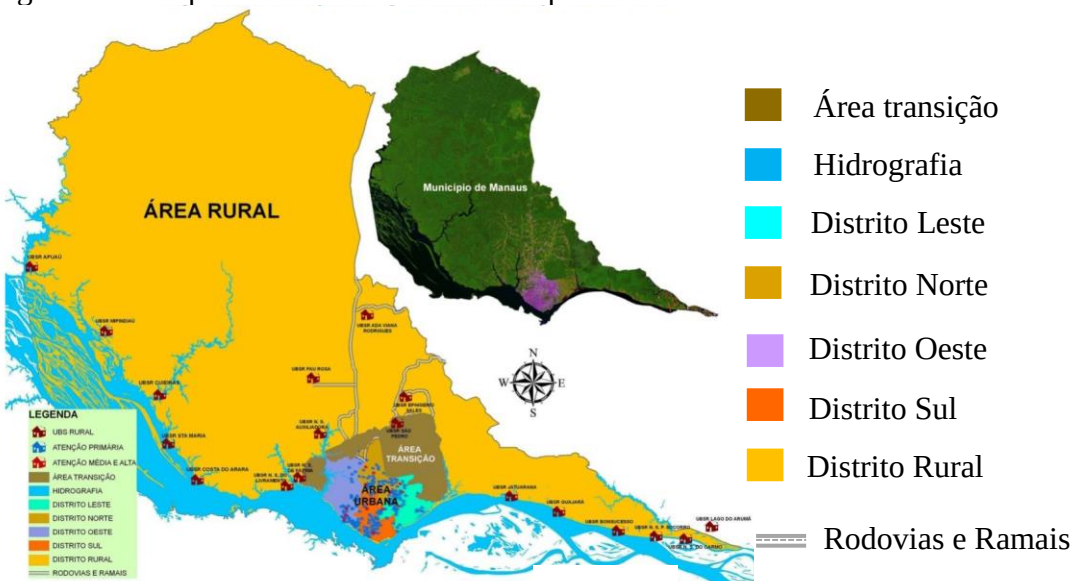
3.2.3 Aspectos relacionados à saúde - Manaus

No que concerne à saúde, conforme a Lei Municipal nº 590 de 13 de março de 2001, Manaus encontra-se dividida em cinco Distritos de Saúde (DS): Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural, atualmente, também chamados de Disa Norte, Disa Sul, Disa Leste, Disa Oeste e Disa Rural (MANAUS, 2001). A regulamentação dessa Lei só aconteceu em 2005, quando foi implantado o DS Norte, e posteriormente em 2006, com a implantação dos demais DS. Portanto, em Manaus, a distritalização da saúde aconteceu tardiamente.

As composições dos DS seguem as zonas geográficas da cidade, exceto DS-Sul (Sul e Centro-Sul) e DS-Oeste (Oeste e Centro-Oeste), que compreendem duas zonas geográficas urbanas cada um. A Figura 12 traz a configuração dos cinco DS no mapa da cidade.

Disponível em: https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/ipsx.tracersoft.com.br/documents/ResExec_ipsAmazoniaPORT_2014_Final.pdf.

Figura 12 – Mapa de Manaus e sua divisão por Distritos de Saúde



Fonte: Plano Municipal de Saúde de Manaus (2014-2017).

Conforme informado no Plano Municipal [illegible] Manaus (PMS/Manaus 2014-2017), os DS apresentam as seguintes configurações a respeito da população (Tabela 3) (MANAUS, 2013).

Tabela 3 – Distribuição da população pelos Distritos de Saúde, por gênero, Manaus 2013

Distrito de Saúde	Nº de homens	Nº de mulheres	Nº de habitantes (%)
Norte	271.006	280.144	551.150 (27,8%)
Sul	229.929	253.227	483.156 (24,4%)
Leste	245.543	247.189	492.732 (24.8%)
Oeste	213.680	228.426	442.106 (22,3%)
Rural	7.540	5.495	13.035 (0,6%)
Total	965.650	1.013.540	1.982.179

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Manaus (2014-2017).

Notamos que nos quatro distritos urbanos, a população encontra-se disposta em proporções semelhantes tanto em número de habitantes quanto em relação ao gênero. Novamente, na área rural a proporção populacional é quase nula e a proporção entre os gêneros é 15,7 pontos percentuais maior para os homens (57,8% contra 42,2% de mulheres).

O Quadro 16 exibe a conformação dos DS urbanos por bairros. A população do DS Rural encontra-se distribuída em inúmeras comunidades dispersas em áreas terrestres e fluviais[200], não havendo a configuração em bairros.

[200] A população das áreas fluviais vive em construções típicas dos ribeirinhos chamadas de "flutuantes", erguidos em cima de toras de madeiras que flutuam e suportam o balanço dos rios e a variação da vazante e da cheia dos

Quadro 16 – Distribuição dos Distritos de Saúde urbanos por bairros, Manaus

Distritos de Saúde	Bairros	Distritos de Saúde	Bairros
Disa Norte	1. Cidade de Deus	Disa Leste	1. Armando Mendes
	2. Cidade Nova		2. Colônia Antônio Aleixo
	3. Colônia Santo Antônio		3. Coroado
			4. Distrito Industrial II
	4. Colônia Terra Nova		5. Gilberto Mestrinho
	5. Lago Azul		6. Jorge Teixeira
	6. Monte das Oliveiras		7. Mauazinho
			8. Puraquequara
	7. Nova Cidade		9. São José Operário
			10. Tancredo Neves
	8. Novo Aleixo		11. Zumbi dos Palmares
	9. Nova Israel		
	10. Santa Etelvina		
Disa Sul	1. Adrianópolis	Disa Oeste	1. Alvorada
	2. Aleixo		2. Compensa
	3. Betânia		3. Da Paz
	4. Cachoeirinha		4. Dom Pedro I
	5. Centro		5. Glória
	6. Colônia Oliveira Machado		6. Lírio do Vale
	7. Chapada		7. Nova Esperança
	8. Crespo		8. Planalto
	9. Distrito Industrial I		9. Ponta Negra
	10. Educandos		10. Redenção
	11. Flores		11. Santo Agostinho
	12. Japiim		
	13. Morro da Liberdade		12. Santo Antônio
	14. Nossa Senhora Aparecida		13. São Jorge
	15. Nossa Senhora das Graças		14. São Raimundo
	16. Parque 10 de Novembro		15. Tarumã
	17. Petrópolis		16. Tarumã-Acú
	18. Praça 14 de Janeiro		17. Vila da Prata
	19. Presidente Vargas		
	20. Raiz		
	21. Santa Luzia		
	22. São Francisco		
	23. São Geraldo		
	24. São Lázaro		
	25. Vila Buriti		

Fonte: Plano de Saúde Municipal de Manaus (2013-2017).

Vamos discorrer mais a respeito da saúde na cidade de Manaus e do Amazonas no próximo item, quando abordarmos a PNSB.

Quanto ao panorama de Manaus a cidade apresenta uma alta concentração demográfica, evidenciando a desproporção na distribuição da população nas zonas urbana e rural, reproduzindo o cenário existente no Amazonas. Sua condição econômica é favorável e o

rios. Eles tanto podem abrigar moradias, como comércio, escola, igreja, plantações entre outras finalidades. Ribeirinhos são os indivíduos que vivem nas margens de rios ou ribeiras (AURÉLIO, 2014).

IDH-M classificado como alto; contudo, o progresso social exibido pelo IPS está aquém da média nacional.

3.3 **A PNSB no Amazonas**

No primeiro capítulo desta tese apresentamos a PNSB, seus ordenamentos, transversalidades e características especificando os seus três níveis de atenção. Neste item iremos abordar como esta política está configurada no estado do Amazonas e na cidade de Manaus, com o propósito de conhecer o atual estágio de desenvolvimento da mesma nessas localidades.

Assim como fizemos anteriormente, vamos descrever a oferta verticalizada de acordo com seus três níveis de atenção.

3.3.1 Atenção básica (AB) – Amazonas

A participação da saúde bucal na AB se dá através das eSB na ESF e, mais recentemente, após a edição da PNAB em setembro de 2017, também está presente na composição das equipes da AB (eAB).[201] Porém, como a data de corte desta pesquisa é dezembro de 2017, ainda não havia a implantação dessa nova configuração, portanto vamos nos ater às eSB.

Primeiramente, iremos demonstrar o panorama nacional e da Região Norte, para depois analisarmos, especificamente, a situação no Amazonas e na cidade de Manaus.

O Quadro 17 exibe a população, o quantitativo de eSB implantadas e a cobertura populacional estimada do Brasil e das regiões brasileiras.

[201] Relembrando que a inserção das eSB se deu a partir de 2000, através da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, e da Portaria GM/MS nº 267, de 06 de março de 2001. Porém, somente em 2004, com o lançamento da PNSB, a saúde bucal passou a fazer parte da agenda do governo (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2001b; BRASIL, 2004a).

Quadro 17 – População, número de eSB implantadas e cobertura populacional estimada, Brasil e regiões - 2017

Localidade	População	Nº eSB	Cobertura estimada eSB (%)
Brasil	206.114.067	25.905	41,2%
Norte	17.740.418	1.959	38,7%
Nordeste	56.915.936	11.665	64,4%
Centro-Oeste	15.660.988	2.147	45,8%
Sudeste	86.356.952	6.891	27,0%
Sul	29.439.773	3.243	37,1%

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados MS/SAS/DAB e IBGE.

Em 2017, o Nordeste exibia o maior número de eSB e a melhor cobertura populacional entre as regiões brasileiras, com 11.665 equipes e 64,4% de cobertura. O Norte apresentava o quantitativo de 1.959 eSB e uma cobertura populacional de 38,7%, sendo a terceira região com os melhores valores. A região com os valores mais baixos foi o Sudeste, com 6.891 eSB e 27,0% de cobertura.

No Quadro 18, apresentamos este cenário para o Amazonas e os demais estados do Norte.

Quadro 18 – População, % de municípios com eSB, número de eSB implantadas e cobertura populacional estimada das eSB, estados Região Norte - 2017

Localidade	População	% de municípios com eSB	Nº eSB	Cobertura estimada eSB (%)
Amazonas	4.001.667	100%	412	36,1%
Acre	816.687	100%	140	55,2%
Amapá	782.295	100%	91	37,2%
Pará	8.305.359	95,8%	827	33,2%
Rondônia	1.787.279	78,8%	144	27,5%
Roraima	514.229	88,6%	61	31,9%
Tocantins	1.532.902	97,1%	408	82,6%

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados MS/SAS/DAB e IBGE.

Na Região Norte os estados do Amazonas, Acre e Amapá 100% de seus municípios são assistidos por eSB, mas a cobertura populacional dessas equipes são respectivamente 36,1%, 55,2% e 37,2%. O estado do Amazonas apresenta a quarta cobertura da região, estando atrás do Tocantins, do Acre e na frente dos estados do Pará, Roraima e Rondônia.

Como vimos, Tocantins era o estado com a maior cobertura, em 2017, mas não apresentava todos os seus municípios com eSB (97,1%); Rondônia possuía o menor percentual de municípios com eSB (78,8%). O Amazonas, mesmo exibindo uma cobertura

estimada de eSB baixa (36,1%), está próximo da cobertura média brasileira (41,2%) e da Região Norte (38,7%).

O Quadro 19 demonstra a posição da cidade de Manaus em relação as demais capitais da Região Norte.

Quadro 19 – População, número de eSB implantadas e cobertura populacional estimada das eSB, capitais Região Norte - 2017

Localidade	População	Nº eSB	Cobertura estimada eSB (%)
Manaus	2.094.391	81	14,0%
Rio Branco	377.057	28	25,6%
Macapá	465.495	11	8,1%
Belém	1.446.042	10	2,4%
Porto Velho	511.219	53	35,8%
Boa Vista	326.419	2	2,1%
Palmas	279.856	72	87,5%

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados MS/SAS/DAB e IBGE.

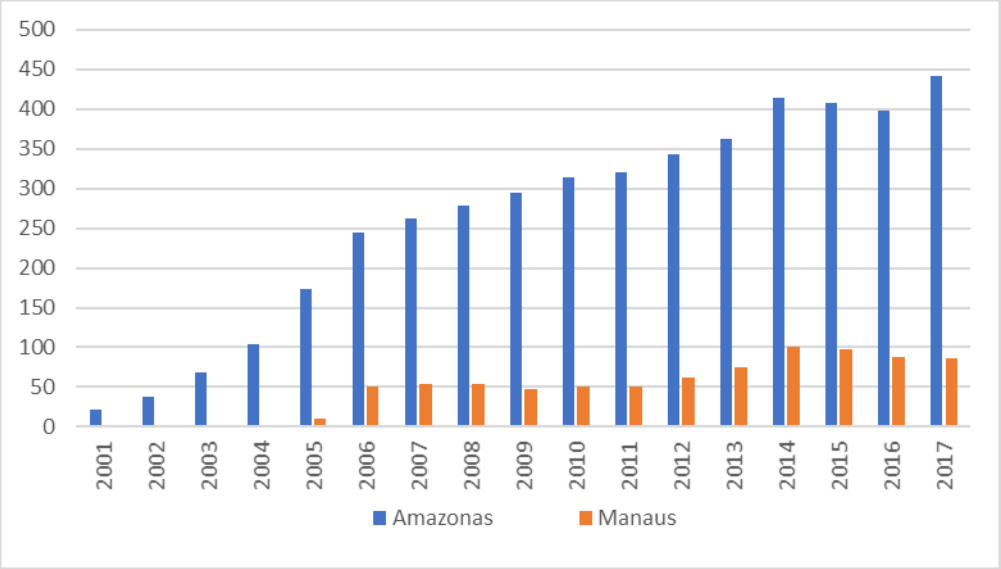
Dentre as sete capitais do Norte, em 2017 Manaus apresentou a quarta posição de cobertura populacional (14%). Essa colocação, no entanto, encontra-se em um conjunto de coberturas baixas, exceto a cidade de Palmas, que exibiu 87,5% de cobertura populacional. As duas últimas colocações foram de Belém (2,4%) e de Boa Vista (2,1%), ambas com coberturas quase nulas.

Na sequência, iremos analisar o cenário das eSB no estado do Amazonas e na cidade de Manaus, a partir de 2001 até dezembro de 2017, a fim de avaliar como se deu a evolução das eSB nessas duas localidades desde o início da implantação das mesmas.

O Amazonas possuía, em 2001, 22 eSB implantadas e todas na modalidade I. Manaus iniciou a implantação dessas equipes somente a partir de 2005, com um quantitativo de dez eSB e todas na modalidade I também, demonstrando que a capital se atrasou na implantação das eSB em relação ao estado.

A seguir, o Gráfico 8 demonstra a evolução das eSB no Amazonas e no município de Manaus no período de 2001 a 2017.

Gráfico 8 – Evolução das eSB, Amazonas e Manaus – 2001 a 2017



Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados MS/SAS/DAB.

Neste período de 16 anos, o número de eSB, no Amazonas apresentou crescimento aproximado de 1.773%, saindo de 22 em 2001 para 412 equipes em 2017. Apesar deste crescimento total, verificamos que os maiores aumentos aconteceram entre os anos de 2002 (37 eSB/68%) e 2006 (244 eSB/1.009%); posteriormente, o crescimento foi bem menor, de 69% entre 2006 (244 eSB) e 2014 (414 eSB), apresentando um decréscimo em 2015 (407 eSB/-1,7%) e 2016 (398 eSB/ -2,2%), e pequeno aumento de 3,5% em 2017, quando apresentava 412 eSB implantadas (368 - mod I e 44 - mod 2). O que representava 1,6% das eSB do Brasil (25.905 equipes) em 2017.

Isto evidencia que, logo após a implementação da PNSB, houve grande ampliação e melhoria da oferta da atenção à saúde bucal, na AB no estado, porém posteriormente o crescimento se manteve pequeno e com uma baixa cobertura populacional 36,1% (2017). Esse crescimento das eSB ao longo do tempo, no Amazonas, seguiu o mesmo comportamento visto no Brasil como um todo. Entretanto, Manaus, exibiu um comportamento diferente do país e do Amazonas, pois não manteve o crescimento ao longo do tempo. A partir de 2015 observamos, na capital, uma diminuição do número de eSB sem aumento até 2017, quando apresentou 81 eSB (80 – mod I e uma equipe – mod II), o que demonstra uma evolução total menor das eSB na capital (770%) em comparação ao estado (1.773%), e que o número de eSB (81) e a cobertura populacional (14%) na capital ainda são baixos, mesmo após 13 anos de lançamento da PNSB.

A Tabela 4 exibe o comparativo do quantitativo de eSB e eSF, com as respectivas coberturas, por Região de Saúde (RS) do Amazonas, em dezembro de 2017.

Tabela 4 – População, número de equipes e cobertura estimada das eSB e eSF das RS, Amazonas – 2017

Região de Saúde	População	Nº eSF	Cobertura estimada eSF (%)	Nº eSB		Cobertura estimada eSB (%)
				Mod I	Mod II	
Entorno Manaus	2.468.976	278	36,1%	147	19	22,5%
Rio Negro e Solimões	288.298	79	90,2%	42	5	56,7%
Rio Madeira	191.878	46	81,1%	32	0	62,9%
Médio Amazonas	168.510	55	98,9%	41	0	77,8%
Baixo Amazonas	243.644	59	82,5%	23	12	49,5%
Regional Purus	130.750	31	78,3%	17	6	61,3%
Regional Juruá	133.540	34	79,0%	16	1	60,8%
Triângulo	127.953	42	95,7%	17	0	52,2%
Alto Solimões	248.118	67	85,5%	33	1	49,7%
TOTAL	**4.001.667**	**691**	**55,4%**	**368**	**44**	**36,1%**
				412		

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados MS/SAS/DAB e IBGE.

Quando comparamos as eSF e eSB, verificamos que em todas as RS as eSF estão em maior número, consequentemente, com maior cobertura populacional, e com a seguinte configuração: em 11 cidades (17,7%), a proporção do quantitativo entre as duas equipes é de um para um; em 20 cidades (32,2%), a proporção é menor do que a metade do quantitativo de eSB; e em 31 cidades (50,0%), a proporção é maior que a metade do quantitativo de eSB.

Entre todas as RS a "Entorno Manaus" apresenta a menor cobertura (36,1%), apesar de ter o maior quantitativo de eSF (278), pois possui o maior contingente populacional (2.468.976). Isso também se repete em relação as eSB (170) e menor cobertura (22,5%). Vale relembrar que essa RS é a que tem o melhor PIB *per capita.* A RS que apresenta a maior cobertura populacional é a "Médio Amazonas", com 98,9% (eSF) e 77,8% (eSB).

No tocante ao cenário dos municípios do Amazonas, temos também as seguintes questões:

- No município de Boca do Acre as seis eSB existentes são da mod II;
- 25,6% dos municípios possuem eSB mod II; e
- em referência a cobertura populacional das eSB, verificamos que: 12 municípios (19,3%) têm 100% de cobertura[202] (apesar de a maioria ter um

[202] Municípios do Amazonas com 100% de cobertura populacional das eSB: Anori (seis equipes), Autazes (dez), Caapiranga (quatro), Iranduba (19), Itapiranga (quatro), Japurá (três), Presidente Figueiredo (11), Rio Preto da Eva (11), Silves (quatro), São Sebastião do Uatumã (quatro), Tapauá (seis) e Urucará (cinco).

> número de equipes abaixo de dez o tamanho da população dos mesmos é pequena), 31 municípios possuem a cobertura acima da média do Brasil (41,2%), dois municípios possuem a cobertura igual a média brasileira e 17 municípios encontram-se com a cobertura abaixo dessa média[203].

Assim, verificamos que 42 municípios do Amazonas, 69% possuem a cobertura acima da média do Brasil.

O MS, em 2011[204], introduziu no contexto da AB o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), com o intuito de induzir a criação de processos que colaborem e ampliem a capacidade de gestão nos três níveis de governo e nas próprias equipes. Esse Programa é composto por três ciclos[205] que se complementam e estão organizados em quatro fases: 1 – adesão e contratualização/recontratualização das equipes de saúde ao PMAQ-AB; 2 – desenvolvimento das ações com foco na autoavaliação, no monitoramento de indicadores, na educação permanente e no apoio institucional; 3 – avaliação externa das equipes de saúde; e 4 – recontratualização das equipes de saúde para o próximo ciclo.

A Tabela 5, a seguir, exibe os resultados do desempenho das equipes de saúde bucal[206] do Amazonas e de Manaus no 3º ciclo do PMAQ-AB[207].

---

[203] Municípios do Amazonas com a cobertura populacional de eSB abaixo de 41,2%: Barcelos (40% - três equipes), Benjamim Constant (20% - duas equipes), Boa Vista do Ramos (22% - uma equipe), Carauari (13% - uma equipe), Ipixuna (29% - duas), Juruá (30% - uma), Jutaí (38% - duas), Manacapuru (12% - três), Manaquiri (28% - duas), Manaus (14% - 81), Maraã (39% - duas), Parintins (37% - 11), Pauiní (38% - duas), Santa Isabel do Rio Negro (38% - duas), São Paulo de Olivença (32% - três), Tefé (40% - sete) e Tonantins (40% - duas).

[204] O PMAQ-AB foi instituído, através da Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011, revogada pela Portaria GM/MS nº 1.645, de 01 de outubro de 2015 (BRASIL, 2011h; BRASIL, 2015b).

[205] O 1º ciclo do PMAQ-AB, teve início em 2011 e término em 2013, o 2º ciclo início em 2013 e término em 2015 e o 3º ciclo início em 2015 e término em 2017.

[206] Segundo o *site* do DAB as equipes de saúde que participaram do PMAQ-AB foram "todas as equipes de saúde da Atenção Básica (Saúde da Família e Parametrizada), incluindo as equipes de Saúde Bucal. As equipes parametrizadas são as equipes da AB (EAB) que encontravam-se organizadas de maneira diferente das equipes da ESF e por conta disso foram equiparadas às ESF para que pudessem participar do PMAQ-AB. Para essa equiparação o MS estipulou parâmetros mínimos agrupando os profissionais de nível superior de acordo com as cargas horárias e condicionou a adesão das EAB ao cadastramento das equipes no CNES. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php.

[207] Estes resultados estão publicados na 1º Lista de Certificação das Equipes do 3º ciclo do PMAQ-AB disponível no *site* do DAB. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=3_ciclo.

Tabela 5 - Descrição dos resultados do desempenho das equipes de saúde bucal no 3º ciclo PMAQ-AB, Amazonas e Manaus – set./2018

Localidade [208]	Número de equipes de saúde bucal por classificação de desempenho							Total
	Ótimo [209]	Muito bom[210]	Bom	Regular	Ruim [211]	Desclassificada [212]	Insatisfatória [213]	
Amazonas	3	2	36	103	75	72	0	291
Manaus	0	12	34	30	9	9	10	104

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados MS/DAB.

No Amazonas, exceto Manaus, conforme o resultado do 3º ciclo do PMAQ-AB das 291 equipes de saúde bucal[214] aderidas nesse ciclo, 75 equipes foram classificadas como desempenho "Ruim", 72[215] equipes foram desclassificadas e o restante teve o desempenho entre "Regular" e "Ótimo" (144 equipes). As equipes desclassificadas deixam de receber o incentivo mensal[216] referente a esse Programa, no entanto elas podem solicitar a

[208] Decidimos excluir Manaus do total do Amazonas para analisar, separadamente, o restante do estado e a capital.

[209] O único Município do Amazonas que apresentou equipes de saúde bucal com desempenho – Ótimo no 3º ciclo o PMAQ-AB foi Borba. Todas as oito equipes de saúde bucal desse município tiveram desempenhos favoráveis, sendo - três equipes (Ótimo), uma equipe (Muito bom) e quatro equipes (Bom).

[210] Somente três municípios do Amazonas exibiram equipes de saúde bucal com o desempenho "Muito bom": Apuí (uma equipe), Borba (uma equipe) e Manaus (12 equipes).

[211] De acordo com as informações dos resultados do PMAQ-AB, as equipes com a classificação "Ruim" não atingiram 90% dos padrões essenciais exigidos pelo Programa. O "Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF do PMAQ-AB 3º ciclo (2015-2017)" explicita, nas páginas 43 e 44, quais são os padrões essenciais e os critérios para as equipes de saúde bucal. Esses padrões são referentes às condições de funcionamento das UBS e o processo de trabalho das equipes de saúde bucal (BRASIL, 2017h).

[212] Conforme informações, as equipes de saúde bucal foram desclassificadas por não possuir cadeira odontológica ou houve recusa da equipe em responder a avaliação externa.

[213] Segundo consta nos resultados do PMAQ-AB, essas equipes foram classificadas como insatisfatórias, pois as equipes não enviaram informações para o SIAB/e-SUS.

[214] Não conseguimos distinguir e/ou separar quantas dessas equipes de saúde bucal fazem parte da Estratégia de Saúde da Família (eSB) ou são EAB parametrizadas.

[215] Oito municípios amazonenses tiveram 100% das equipes de saúde bucal, aderidas no 3º ciclo do PMAQ-AB, desclassificadas. Foram eles: Anamã (duas equipes), Anori (seis), Atalaia do Norte (três), Beruri (três), Eirunepé (quatro), Ipixuna (duas), Jutaí (duas) e Santa Isabel do Rio Negro (duas) (BRASIL, 2018d).

[216] O incentivo mensal do PMAQ-AB é repassado pelo MS através do PAB Variável, mensalmente, fundo a fundo, por equipe participante. Após a homologação da contratualização, em cada ciclo, os municípios que aderirem ao Programa recebem o valor de R$ 2.500,00, por equipe de saúde bucal contratualizada (BRASIL, 2013c). Na fase quatro (após a avaliação externa) de cada ciclo, o valor repassado passa a ser vinculado ao desempenho de cada equipe. Os valores referentes a classificação de desempenho do 3º ciclo foram: Ótimo – R$ 11.729,57; Muito bom – R$ 10.556,61; Bom – R$ 5.864,79; Regular – R$ 2.345,91; Ruim – R$ 1.172,96; Desclassificada – não recebe nenhum valor (BRASIL, 2018d).
Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=3_ciclo.

recontratualização para iniciarem novamente o ciclo e serem avaliadas de novo. Caso o município a qual pertencem não faça essa solicitação, as mesmas são desligadas do PMAQ-AB.

Em Manaus, de acordo com o resultado do 3º ciclo[217]do PMAQ-AB, 104 equipes de saúde bucal estavam aderidas, nove equipes tiveram um desempenho "Ruim", 12 equipes foram classificadas como "Insatisfatória", nove equipes foram desclassificadas ao final desse ciclo e o restante teve o desempenho entre "Regular" e "Muito Bom" (76 equipes). As equipes insatisfatórias deixam de receber o incentivo desse Programa, mas podem pedir a recontratualização se o município tiver interesse, assim como as equipes desclassificadas. Segundo esses resultados, Manaus teve uma avaliação mais favorável quando comparada às equipes de saúde bucal do restante do estado.

No que se refere aos outros tipos de configurações existentes na AB, vamos abordar as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), as Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) e Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) e as Unidades Odontológicas Móveis (UOM).

Cabe relembrar que as UBSF, eSFF e eSFR foram criadas[218] a fim de assistir à população ribeirinha da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) e o Pantanal Sul Mato-Grossense. A diferença entre elas está no local de trabalho: as eSFF desempenham as suas funções nas UBSF, enquanto a eSFR o fazem nas UBS localizadas em comunidades pertencentes a regiões à beira de rios e lagos cujo acesso se dá por meio fluvial.

Os municípios do Amazonas que dispõe de UBSF são: Barreirinhas[219] (uma), Borba[220] (uma), Careiro da Várzea[221] (uma), Humaitá[222] (uma), Lábrea (uma)[223], Manaus[224] (quatro),

---

[217] De acordo com a 1ª Lista de Certificação das Equipes do 3º ciclo do PMAQ-AB que consta no site do DAB. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=3_ciclo.

[218] Portaria GM/MS nº 1.591, de 23 de julho de 2012 (BRASIL, 2012d).

[219] Credenciado a receber os incentivos referentes à UBSF pela Portaria GM/MS nº 3.331, de 7 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017i).

[220] Credenciado a receber os incentivos referentes à UBSF pela Portaria GM/MS nº 2.392, de 11 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013d).

[221] Credenciado a receber os incentivos referentes à UBSF pela Portaria GM/MS nº 2.144, de 17 de julho de 2018 (BRASIL, 2018e).

[222] Credenciado a receber os incentivos referentes à UBSF pela Portaria GM/MS nº 1.525, de 16 de junho de 2017 (BRASIL, 2017j).

Manicoré[225] (uma) Tabatinga (uma)[226] e Tonantins[227] (uma), totalizando 12 UBSF no estado e 12 equipes eSFFSB, em apenas nove municípios (14%) do estado.

No relatório de pagamento do PAB Variável da AB, do Amazonas (dezembro de 2017), só constavam os valores referentes ao custeio[228] de uma equipe da eSFF para cada cidade (Borba, Humaitá, Manaus e Manicoré), sendo que Manaus, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), possui quatro UBSF. Os outros municípios não constavam nesse relatório, pois foram habilitados posteriormente.

No Amazonas as eSFRSB, em 2017, apresentavam-se configuradas conforme exposto, em seguida, na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição das eSFRSB, municípios, Amazonas – 2017

Município	eSFRSB mod I	eSFRSB mod II	Total	Município	eSFRSB mod I	eSFRSB mod II	Total
Alvarães	1	1	2	Itacoatiara	1	0	2
Boa Vista do Ramos	1	0	1	Japurá	1	1	2
Borba	2	2	4	Nova Olinda do Norte	4	4	8
Careiro	2	1	3	Manaus	1	1	2
Eirunepé	3	3	6	Maraã	2	1	3
Guajará	1	1	2	Nhamundá	2	2	4
Humaitá	2	1	3	São Sebastião do Uatamã	1	1	2
Iranduba	2	2	4	Tapauá	4	2	6

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do CNES.

A Tabela 6 nos mostra que somente 16 municípios (26%) do Amazonas implantaram eSFRSB, sendo um total de 54 equipes no estado (30 mod I e 24 mod II) em 2017. O

[223] Credenciado a receber os incentivos referentes à UBSF pela Portaria GM/MS nº 1.679, de 14 de junho de 2018 (BRASIL, 2018f).

[224] Credenciado a receber os incentivos referentes à UBSF pela Portaria GM/MS nº 2.392, de 11 de outubro de 201 (BRASIL, 2013d).

[225] Credenciado a receber os incentivos referentes à UBSF pela Portaria GM/MS nº 747, de 13 de abril de 2016 (BRASIL, 2016b).

[226] Credenciado a receber os incentivos referentes à UBSF pela Portaria GM/MS nº 3.331, de 7 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017i).

[227] Credenciado a receber os incentivos referentes à UBSF pela Portaria GM/MS nº 1.690, de 14 de junho de 2018 (BRASIL, 2018g). O município de Tonantins ainda não possuía equipe de saúde bucal cadastrada no CNES até a data de corte do referencial teórico desta tese (ago./18).

[228] Relembrando que o valor do incentivo de custeio (mensal) para a UBSF é R$ 90.000,00 (com equipe eSFFSB); os incentivos de custeios mensais para a eSB (mod I), por equipe, é R$ 2.230,00 e para a eSB (mod II), por equipe: R$ 2.980,00; e para a eSFRSB e eSFFSB o valor equivale a eSB (mod I) - R$ 2.230,00 (BRASIL, 2017a).

município com o número maior de equipes é Nova Olinda do Norte (oito eSFRSB) e Boa Vista do Ramos é o município com o menor número de equipes (uma eSFRSB), o que demonstra baixa adesão dos municípios do Amazonas a essa modalidade de equipe de saúde bucal até 2017.

No tocante Unidades Móveis Odontológicas (UOM)[229] verificamos que nas regiões brasileiras temos as seguintes configurações: Sul (23), Sudeste (31), Nordeste (121) e Centro-Oeste (24), e Norte (70), totalizando 269 UOM no país. Assim, o Nordeste é a região com o maior número de UOM, o Centro-Oeste a região que possui o menor número e o Norte a segunda região que apresenta o maior número de UOM.

Na região Norte as UOM estão distribuídas da seguinte maneira: Acre (cinco), Amapá (quatro), Pará (37), Rondônia (seis), Roraima (quatro) e Tocantins (11), sendo que o Amazonas é o estado do Norte com a menor quantidade de UOM (três). No Amazonas, as três unidades UOM estão dispostas nos municípios: Careiro[230] (uma), Nhamundá[231] (uma) e Santa Isabel do Rio Negro[232] (uma). No CNES consta que Manaus tem (uma) UOM cadastrada sob o código 40 – descrição: Unidade Móvel Terrestre, assim como as demais, mas esse município não consta na listagem do MS/DAB. Portanto, apenas quatro municípios (6,4%) possuem esse tipo de unidade de assistência odontológica no Amazonas.

Existe também a Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP)[233] que compõe o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) que é constituído por: Equipes Multiprofissionais de Atendimento Domiciliar (EMAD) tipo 1 e tipo 2 e tipo II – EMAP.

As EMAD são as equipes pré-requisitos para o funcionamento do SAD e apresenta a composição mínima de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas ou assistentes sociais e auxiliares ou técnicos de enfermagem.[234]

---

[229] Conforme informações do site do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/mapa_centro_especialidades_uom/UOM_AM.php. Acesso em: 18 ago. 2018.

[230] Credenciado a receber os incentivos referentes à UOM pela Portaria GM/MS nº 1.072, de 28 de abril de 2017 (BRASIL, 2017k).

[231] Credenciado a receber os incentivos referentes à UOM pela Portaria GM/MS nº 2.274, de 30 de julho de 2018 (BRASIL, 2018h).

[232] Credenciado a receber os incentivos referentes à UOM pela Portaria GM/MS nº 1.793, de 19 de julho de 2017 (BRASIL, 2017l).

[233] A Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, redefiniu a Atenção Domiciliar (AD) no SUS e atualizou as equipes habilitadas. No Art. 5, traz a indicação para a AD: "é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, paliação, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador) (BRASIL, 2016c).

[234] Conforme a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, o incentivo financeiro federal de custeio (mensal), por equipe, EMAD: I – R$ 50.000,00 e II – R$ 34.000,00.

As EMAP são compostas, no mínimo, por três profissionais que podem ser escolhidos entre: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, cirurgião-dentista, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional.[235] Identificamos cadastrados no CNES cinco EMAP, no Amazonas, nos municípios de Iranduba (duas EMAP), Manaus (três EMAP) e Tabatinga (uma EMAP).

Entretanto, a Portaria GM/MS nº 2.176, de 24 de dezembro de 2015, informa que foram habilitadas seis EMAP na cidade de Manaus nos seguintes estabelecimentos: Hospital de Pronto Socorro 28 de Agosto (uma EMAP), Hospital e Pronto Socorro Dr.º João Lúcio (uma EMAP), Fundação Hospital Adriano Jorge (uma EMAP), Hospital Universitário Francisca Mendes (uma EMAP), Hospital e Pronto Socorro Dr.º Aristóteles Platão Bezerra de Araújo (uma EMAP) e Fundação CECON (uma EMAP) (BRASIL, 2015c).

Consultando o CNES destes hospitais encontramos os seguintes profissionais pertencentes às EMAP: Hospital de Pronto Socorro 28 de Agosto (CNES 2013649) – um nutricionista, um assistente social, um psicólogo clínico, um fonoaudiólogo e um cirurgião-dentista; Hospital e Pronto Socorro Dr.º João Lúcio (CNES 2019574) – um nutricionista, um assistente social, um psicólogo clínico e um fonoaudiólogo; Fundação Hospital Adriano Jorge (CNES 2012685) – não consta nenhuma EMAP cadastrada; Hospital Universitário Francisca Mendes (CNES 2018403) – não consta nenhuma equipe EMAP cadastrada; Hospital e Pronto Socorro Dr.º Aristóteles Platão Bezerra de Araújo (CNES 5169976) – um nutricionista, um assistente social, um psicólogo clínico, um fonoaudiólogo e um farmacêutico e Fundação CECON (CNES 2012677) – não consta nenhuma EMAP cadastrada.

Desta forma, dos seis hospitais da capital do Amazonas, habilitados na referida Portaria, três (50%) possuem equipes EMAP cadastradas no CNES, mas somente uma EMAP possui cirurgião-dentista na composição de profissionais da sua equipe, fato que demonstra que o CD ainda não tem a importância reconhecida como integrante das equipes multiprofissionais dos hospitais.

Com relação às características peculiares da AB e suas unidades de saúde no interior do Amazonas. O livro *Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo da PMAQ AB* traz uma série de relatos dos avaliadores externos sobre as impressões geradas durante o trabalho de campo no 1º ciclo PMAQ-AB/2012. Dentre os relatos sobre o Amazonas, os avaliadores informaram:

---

[235] Segundo a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, o incentivo financeiro federal de custeio (mensal), por equipe, EMAP: R$ 6.000,00.

> "A centralização de unidades de saúde na sede municipal e a escassa extensão de cobertura às áreas rurais são recorrentes em diversos municípios do Amazonas. Uma estratégia de lidar com esse problema foi a designação de uma unidade básica de saúde como referência da população rural, localizada na sede do município; outra estratégia encontrada foi a oferta itinerante de atenção à saúde desenvolvida através de visitas periódicas de equipes de saúde às comunidades rurais. Por outro lado, há municípios cuja rede se limita a postos de saúde com estrutura física depauperada, despovoados de profissionais e de insumos, infestados de morcegos e sem condições mínimas de prover uma atenção à saúde. Tais problemas resultam em prejuízo à população, a qual não tem acesso e tampouco qualidade na assistência à saúde. Em situações como esta foram copiosas as expressões de vergonha e revolta, registradas nos diários de campo dos entrevistadores, frente ao descaso das autoridades e inoperância das redes interiorizadas de AB no Amazonas" (FAUSTO *et al*., 2014, p.73/74).

Esses avaliadores observaram, especificamente sobre a saúde bucal na AB do Amazonas, uma satisfação maior na disponibilidade de equipamentos e insumos, sendo a queixa principal a escassez de profissionais, tanto em números absolutos, quanto em certos perfis das especialidades odontológicas. Constataram que a população tinha pouco acesso à assistência à saúde bucal nesse nível de atenção e quando esta existia, o enfoque era eminentemente clínico (FAUSTO *et al.*, 2014).

O cenário relatado acima pode ter sido modificado nos municípios do Amazonas que implantaram as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) com as respectivas Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) e as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR). Entretanto, como visto, foram poucos municípios que implantaram essas modalidades: nove (14%) – UBSF/eSFF e 16 (26%) – eSFRSB. Desta forma, a AB no interior do estado do Amazonas merece ser reavaliada, para que possamos conhecer a realidade atual da saúde bucal nesse nível de atenção.

No tocante a gestão da AB no Amazonas Fausto *et al*. (2014) descrevem que a tomada de decisão nesse estado é frequentemente centralizada no plano gestor das secretarias e que há significativa presença de secretários de Saúde sem o conhecimento adequado sobre os processos de gestão em saúde, refletindo negativamente na descentralização da AB. Alertam para a rotatividade de secretários de Saúde, que leva à descontinuidade dos programas implementados e sobre a carência na qualificação de pessoal para a gestão entre os profissionais e gerentes que atuam nas UBS e nas equipes de Saúde da Família.

Estes aspectos relativos à gestão da AB, no Amazonas, afetam o planejamento e desenvolvimento de ações de saúde e consequentemente prejudicam a assistência à saúde bucal nesse nível de atenção.

O Plano Estadual de Saúde do Amazonas (PES/AM 2016-2019) apresentou resultado do indicador de saúde bucal: Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes de Saúde Bucal. Esse Plano informa que quanto ao primeiro indicador, o estado pactuou 49% da cobertura

populacional eSB em 2015, mas obteve 39,7%. Indicou a baixa cobertura da capital (18,7%) como a causa de não ter atingido o percentual pactuado, já que, quase 52% da população do estado reside nessa cidade. Ressaltou que "o subfinanciamento do governo federal, o não cofinanciamento do governo estadual e a diminuição de arrecadação dos tributos municipais, representaram as maiores dificuldades para a implantação de novas eSB e, consequentemente, para o alcance da meta" (AMAZONAS, 2016).

Esse Plano traçou objetivos e metas a serem atingidas no quadriênio 2016 – 2019, estando a saúde bucal inserida no eixo da AB/Políticas Estratégicas nas metas: apoiar os 62 municípios na implantação/implementação do Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica/Saúde Bucal de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); e fomentar a implantação e/ou implementação da Educação Permanente em Saúde nos municípios com foco na Atenção Básica/Saúde Bucal, através de realização de seis oficinas.

Após o processo de municipalização do SUS o estado deixou de ser o executor das ações na AB, passando atuar na função de apoio, avaliando e acompanhando as ações nesse nível de atenção. Dessa forma, as metas estabelecidas no PES/AM (2016-2019) estão de acordo com a função exercida pela gestão estadual.

Quanto ao Plano Municipal de Manaus (PMS/Manaus – 2014-2017) expôs os problemas dos serviços de saúde da capital, conforme a Figura 13.

Figura 13 – Problemas dos serviços de Saúde da cidade de Manaus (PMS – 2014/2017)

Modelo de atenção	Modelo atual não contempla a integralidade do cuidado e princípios da humanização; baixa resolutividade da Atenção Primária, inexistência de protocolos assistenciais, política de promoção e prevenção da saúde pouco estruturada, rede de saúde desarticulada para atender as necessidades da Atenção Primária, oferta de serviços desvinculados do perfil epidemiológico voltado para atendimento de condições crônicas agudas, totalmente desvinculado do perfil epidemiológico demonstrando uma população mais idosa e a crescente necessidade de cuidados de condições crônicas, ausência de integração entre a assistência e a vigilância, territorialização incompleta.
Financiamento	Deficiência no repasse dos valores da assistência farmacêutica básica estadual, financiamento insuficiente de recursos de média e alta complexidade (PPI desatualizada).
Gestão	Fragilidade do controle social nas unidades de saúde, sistemas de informação desarticulados, incipiência da política de educação permanente, fragilidade da articulação entre as políticas de saúde e as políticas sociais.
Infraestrutura	Insuficiência de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos dos serviços de saúde e de manutenção predial, estrutura física das unidades de saúde da estratégia saúde da família (UBSF) não atendem ao preconizado na RDC 50, algumas unidades de saúde ainda não permitem o acesso a pessoas com deficiência física (cadeirantes).
Organização dos Recursos	Deficiente distribuição de recursos humanos nas unidades de saúde, equipes de saúde da família com ausência do profissional médico, insuficiência qualitativa e quantitativa dos recursos humanos, insuficiência de fardamento, irregularidade na oferta de medicamentos, insuficiente regulação de consultas e exames, baixa oferta de serviços de média complexidade.

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Manaus 2014 – 2017 (MANAUS, 2013).

Vale notar que o PMS/Manaus (2014-2017) não fez nenhuma menção à saúde bucal dentro dos problemas dos serviços de saúde expostos na Figura 13. Contudo, dentre as 22 metas para o respectivo quadriênio este Plano fez referência, especificamente, à saúde bucal em duas metas: ampliar a cobertura populacional das eSB, passando de 16% em 2014 para 60% até 2017; e aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada, passando de 0,3% em 2014 para 10% até 2017. Verificamos que a meta de cobertura populacional das eSB prevista no PMS/Manaus (2014-2017) para o ano de 2017 não foi atingida. A referida cobertura em 2017 foi 14%, o que representa menos de um quarto do percentual previsto como meta (60%).

Em síntese, de acordo com o que vimos sobre a saúde bucal na AB, no Amazonas, todos os seus 62 municípios apresentam eSB, entretanto com uma baixa cobertura populacional no estado (36,1%). Constatamos que o PMAQ-AB, ao final do 3º ciclo, classificou 26% das equipes de saúde bucal com um desempenho "Ruim" e desclassificou 25% dessas equipes. Portanto, além da cobertura baixa, 51% das equipes de saúde bucal do Amazonas tiveram avaliação desfavorável. Por conseguinte, a cobertura e a qualidade das equipes de saúde bucal desse estado aderidas a esse Programa necessitam melhorar.

Quanto à capital, vimos que sua cobertura populacional é mais baixa (14,0%) que a do Amazonas, mas no tocante a qualidade das equipes de saúde bucal, Manaus exibiu um desempenho melhor (73% das equipes com desempenho favorável) na Avaliação do PMAQ-AB, ao final do 3º ciclo, se comparada ao desempenho do estado (49% das equipes com desempenho favorável). Mesmo tendo apresentado melhor desempenho que o estado, 29% das equipes da capital foram classificadas com desempenhos desfavoráveis (9% Ruim, 9% - Desclassificadas e 11% - Insatisfatórias). Desse modo, Manaus precisa melhorar a sua cobertura populacional e a classificação de desempenho das equipes de saúde bucal aderidas ao PMAQ que não obtiveram resultado satisfatório.

É necessário lembrar que a assistência à saúde bucal neste nível de atenção é de extrema importância, sendo a porta de entrada do sistema de saúde e responsável pela promoção e prevenção, o que é fundamental para a melhoria da saúde bucal de toda população. Desta forma, precisa ser vista pelas gestões locais com a devida importância.

3.3.2 Atenção secundária ou média complexidade – Amazonas

No segundo capítulo vimos que na PNSB esse nível de atenção é composto pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Ainda vamos abordar, neste item, os

Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), pois estes, apesar de o MS orientar que a oferta de próteses aconteça na AB, podem estar localizados nas dependências dos CEO.

Assim como fizemos na AB, vamos exibir na média complexidade (CEO e LRPD) primeiramente o panorama nacional e na Região Norte para depois apresentarmos a configuração no Amazonas, incluindo a cidade de Manaus.

O Quadro 20 ilustra a distribuição dos CEO no Brasil e regiões brasileiras, em 2018.

Quadro 20 – Distribuição dos CEO e RCPD no Brasil, regiões e percentual nacional – ago./2018

Localidade	Nº de CEO	CEO/RCPD	CEO % nacional	CEO/RCPD % nacional
Brasil	1099	539	100%	100%
Norte	72	25	6,5%	4,6%
Nordeste	432	231	39,3%	42,8%
Centro-Oeste	79	51	7,2%	9,5%
Sudeste	380	160	34,6%	29,7
Sul	137	72	12,5%	13,3%

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do MS/DAB.

A Região Norte apresenta o menor número e proporção de CEO (72 – 6,5%) do país e também de CEO aderidos à RCPD (25 – 4,6%), sendo que esses quantitativos estão muito abaixo das duas primeiras regiões - Nordeste (432 – 39,3% e 231 – 42,8%) e Sudeste (380 – 34,6% e 160 – 29,7%). Isso traduz uma baixa oferta da atenção à saúde bucal na média complexidade no Norte. Iremos analisar esses e outros aspectos nos estados da Região Norte no Quadro 21.

Quadro 21 – Distribuição dos CEO, CEO/RCPD, nº de municípios com CEO e CEO/RCDP, respectivos percentuais estaduais e total dos municípios dos estados da Região Norte – ago./2018

Localidade	Total de municípios do estado	Nº de CEO	Nº de municípios com CEO e % estadual	CEO/RCPD	Nº de municípios com CEO/RCPD e % estadual
Amazonas	62	13	9 (21%)	3	3 (4,8%)
Acre	22	2	1 (4,5%)	1	1 (6,5%)
Amapá	16	3	2 (12,5%)	2	1 (6,2%)
Pará	144	36	12 (8,3%)	12	6 (4,2%)
Rondônia	52	9	6 (11,5%)	4	1 (1,95%)
Roraima	15	2	1 (6,6%)	0	0 (0%)
Tocantins	139	7	7 (5,0%)	3	3 (2,1%)

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do MS/DAB.

Quando consideramos os estados pertencentes a Região Norte (Quadro 21), confirmamos uma pequena oferta da assistência odontológica especializada. Notamos que o Amazonas (13 CEO) é o segundo estado em números de CEO e empata, em terceiro, com o

Tocantins (três CEO) em CEO aderidos à RCPD. Mas isto não é uma grande vantagem, pois estamos falando de um cenário no qual a oferta nesse nível de atenção é pobre, pois o primeiro do estado em número de CEO, Pará, apresenta 36 CEO e 12 CEO/RCPD em um total de 144 municípios.

Conseguimos visualizar melhor este panorama quando colocamos estes valores em proporção e constatamos que somente 8,3% (12) dos municípios paraenses possuem CEO e 4,2% (seis) CEO/RCPD, enquanto no Amazonas, 21% (nove) e 4,8% (três), respectivamente. Essa proporção é maior nesse estado, pois o mesmo possui menos municípios (62).

Deste modo a colocação dos estados quanto a proporção é: CEO – 1º Amazonas, 2º Amapá, 3º Rondônia, 4º Pará, 5º Roraima, 6º Tocantins e 7º Acre, enquanto para CEO/RCPD é: 1º Acre, 2º Amapá, 3º Amazonas, 4º Pará, 5º Tocantins, 6º Rondônia e 7º Roraima (não possui nenhum CEO aderido à RCPD). Cabe ressaltar que Tocantins que possui a melhor cobertura populacional na AB, na média complexidade, encontra-se na 6ª colocação entre os estados do Norte.

O Quadro 22 exibe o panorama deste nível de atenção nas capitais da Região Norte.

Quadro 22 – Distribuição dos CEO e RCPD, população e nº de habitantes por CEO nas capitais da Região Norte – ago./2018

Localidade	Nº de CEO	CEO/RCPD	População[236]	Nº de habitantes por CEO
Manaus	5	1	2.145.444	429.100
Rio Branco	2	1	401.155	200.5778
Macapá	2	2	493.634	246.817
Belém	8	3	1.485.732	185.717
Porto Velho	4	3	519.531	129.882
Boa Vista	2	0	375.374	187.687
Palmas	1	0	291.855	291.855

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do MS/DAB e IBGE (2018).

Notamos que os números do estado (Quadro 21) e da capital (Quadro 22) se repetem, no Acre e em Roraima, demonstrando que nesses estados somente a capital oferece assistência à saúde bucal neste nível de atenção. Roraima não possui nenhum CEO aderido à RCPD, nem em sua capital. Entre as capitais, Belém é a que possui a maior quantidade de CEO (oito), seguida de Manaus (cinco) e Porto Velho (quatro).

Alertamos que esses números são baixos, já que Belém, apesar de ser a primeira capital do Norte em números de CEO, tem um contingente populacional de 1.485.732

[236] População estimada pelo IBGE para 2018. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/.

habitantes e uma demanda aproximada de 185.717 pessoas por CEO. Essa situação é ainda mais crítica em Manaus, pois que possui essa mesma demanda para 429.100 pessoas.

Neste sentido, de acordo com as demandas populacionais, a ordem das capitais é a seguinte: 1º Manaus, 2º Tocantins, 3º Macapá, 4º Rio Branco, 5º Boa Vista, 6º Belém e por último Porto Velho, sendo Manaus a pior capital do Norte nesse aspecto.

A implantação desses Centros no Amazonas ocorreu entre 2006 e 2016, habilitaram-se, ao todo, 13 CEO. Na sequência, o Quadro 23 apresenta as características dos mesmos quanto à distribuição pelos municípios, ao tipo de CEO (I, II e III), data da sua habilitação e respectiva Portaria, o início da competência, presença de LRPD e adesão à RCPD.

Quadro 23 – Características dos Centros de Especialidades Odontológicas, Amazonas

Município	Tipo de CEO	Portaria de habilitação	Competência inicial	LRPD[237]	CEO/ RCPD[238]	Portaria de adesão
Boca do Acre	II	Portaria MS/SAS nº 473, 21/12/2009	nov./09	SIM	SIM	Portaria GM/MS nº 1.666, 08/08/2013
Iranduba	II	Portaria MS/SAS nº 473, 21/12/2009[239]	ago./12	NÃO	NÃO	
Itacoatiara	II	Portaria MS/SAS nº 473, 21/12/2009	nov./09	NÃO	SIM[240]	Portaria GM/MS nº 520, 27/03/2013
Lábrea	I	Portaria MS/SAS nº 335, 07/10/2009	out./09	NÃO	NÃO	
Manaus (DS Oeste)	III	Portaria MS/SAS nº 651, 12/11/2008	nov./08	NÃO	NÃO	
Manaus (DS Sul)	II	Portaria GM/MS nº 177, 19/01/2006[241]	out./10	NÃO	NÃO	
Manaus (UEA)	II	Portaria GM/MS nº 1.180, 30/05/2014	jun./14	NÃO	SIM	Portaria GM/MS nº 2.354, 27/10/2014
Manaus (DS Norte)	III	Portaria GM/MS nº 2.014, 27/08/2007[242]	jul./15	NÃO	NÃO	
Manaus (DS Leste)	III	Portaria MS/SAS nº 1.066, 02/09/2016	set./16	NÃO	NÃO	
Maués	I	Portaria MS/SAS nº 680, 03/03/2006	mar./06	SIM	NÃO	
Parintins	II	Portaria MS/SAS nº 118, 19/01/2006	jan./06	SIM	NÃO	
São Gabriel da Cachoeira	II	Portaria MS/SAS nº 118, 19/01/2006[243]	mar./12	SIM	NÃO	
Tefé	II	Portaria MS/SAS nº 1.993, 25/08/2006	mai./06	NÃO	NÃO	

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do MS/DAB e CNES.

[237] As especificidades referentes aos LRPD do Amazonas serão apresentadas nos Quadros 24 e 25.

[238] Relembrando que os CEO que estão aderidos a RCPD recebem um incentivo financeiro federal adicional, mensalmente, no valor de R$ 2.200,00.

[239] Substituída pela Portaria GM/MS nº 1.507, de 02 de agosto de 2012. O código desse CEO no CNES foi modificado com a nova Portaria, em 2012, passando de 4004280 para 6776612 (BRASIL, 2012i).

[240] No *site* do CNES não consta a informação de que o CEO de Itacoatiara está aderido à RCPD, mas a Portaria dessa adesão (Quadro 23) encontra-se em vigência e o *site* do DAB informa que o mesmo faz parte dessa Rede (BRASIL, 2009d).

[241] Substituída pela Portaria GM/MS nº 2.956, de 01 de outubro de 2010. O código no CNES desse CEO foi alterado, juntamente a nova Portaria, passando de 2015420 para 5405718 (BRASIL, 2010f).

[242] Substituída pela Portaria GM/MS nº 1.050, de 24 de julho de 2015, que alterou o tipo desse CEO de tipo II para III, mas não houve modificação do código no CNES permanecendo 5377463 (BRASIL, 2015d).

[243] Substituída pela Portaria GM/MS nº 409, de 09 de março de 2012, e o código desse CEO no CNES foi alterado de 2011964 para 5548543 (BRASIL, 2012j).

Verificamos que dos 62 municípios do Amazonas, somente nove (14,5%) possuem CEO; e que do total de 13 CEO, apenas três (4,8%) estão aderidos à RCPD. Destes nove municípios, quatro, caracterizam-se como referência regional (Itacoatiara, Lábrea, Parintins e Tefé), três como referência microrregional (Boca do Acre, Maués e São Gabriel da Cachoeira) e Manaus como referência macrorregional. Dos mesmos nove, três municípios, pertencem a Região Metropolitana de Manaus - RMM (Manaus, Itacoatiara e Iranduba) e representam mais da metade da oferta da média complexidade do estado (sete CEO). Das nove RS do Amazonas, quatro (44,4%) não possuem nenhum município com CEO – "Rio Negro e Solimões", "Rio Madeira", "Regional Juruá" e "Alto Solimões". Este panorama caracteriza alta concentração da oferta da atenção à saúde bucal especializada no Amazonas.

Quanto a classificação do tipo de CEO, a maioria é do tipo II (oito – 61%), três (23%) são do tipo II e dois (15%) são do tipo I. Do total dos 13 CEO, apenas quatro (30,7%) possuem LRPD, e mais à frente vamos discorrer sobre suas especificidades.

Percebemos que a maior oferta da assistência odontológica especializada encontra-se em Manaus, cidade conta com cinco CEO distribuídos pelos seus quatro DS urbanos e um na Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

Apesar de Manaus ser a cidade com o maior número de CEO, também é a mais populosa do estado. Sendo assim, em 2018, conforme projeção do IBGE, o contingente populacional dessa cidade era de 2.145.444[244], o que representava um CEO para aproximadamente 429.100 pessoas. A população dos municípios vizinhos que não possuem CEO pode se deslocar para a capital em busca desse tipo de assistência, o que aumenta esse montante populacional.

Vale destacar que das nove cidades que possuem CEO, cinco estão entre as dez cidades com os maiores PIB e oito entre as 15 mais populosas do estado. No entanto, Coari (segundo PIB/quinta mais populosa), Manacapuru (quarto PIB/quarta mais populosa), Manicoré (décimo PIB/nona mais populosa), Presidente Figueiredo (sexto PIB), Tabatinga (sexta mais populosa), Humaitá (décima mais populosa) e outros 47 municípios amazonenses não oferecem assistência odontológica especializada.

No tocante ao cenário dos LRPD, iremos expor, no Quadro 24, as especificidades dos mesmos no Brasil e regiões.

[244] Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/.

Quadro 24 – Distribuição dos LRPD no Brasil, regiões e percentual nacional – ago./2018

Localidade	Nº de LRPD	LRPD % nacional
Brasil	1865	100%
Norte	112	6,0%
Nordeste	705	37,8%
Centro-Oeste	151	8,0%
Sudeste	570	30,6%
Sul	327	17,5%

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do MS/DAB.

O Quadro 24 aponta a Região Norte como sendo a de menor número de LRPD (112), reafirmando o resultado do último levantamento nacional de saúde bucal, em 2010, (SB Brasil-2010), que demonstrou que a Norte era a região brasileira com a maior concentração de pessoas com necessidade de próteses dentárias (93,7%), enquanto a média encontrada para o Brasil foi de 13,7% (BRASIL, 2011i)

Evidenciamos que, mesmo passados oito anos deste estudo de abrangência nacional que comprovou tal resultado, alarmante para a região Norte, esta é a região com a menor oferta desse serviço pelo SUS. Vale lembrar que o MS não estipula nenhum parâmetro e/ou critério de exigência para a implantação deste serviço de prótese. Basta a vontade da gestão local em ofertá-lo e escolher a faixa de produção que irá se enquadrar para realizar a pactuação e o MS efetuar o pagamento compatível com o quantitativo de próteses escolhido.

As regiões que apresentam os maiores números de LRPD foram Nordeste (705), Sudeste (570) e Sul (327).

O Quadro 25 aborda a distribuição dos LRPD nos estados da Região Norte, especificando o número de municípios por estado, a quantidade de laboratórios nesses estados e os percentuais regional e estadual dos mesmos.

Quadro 25 – Distribuição dos LRPD nos estados da Região Norte, percentual regional e estadual – ago./2018

Localidade	Total de municípios do estado	LRPD	% LRPD Região Norte (112)	Nº de municípios com LRPD e % estadual
Amazonas	62	12	10,7%	12 (19,3%)
Acre	22	2	1,8%	1 (4,5%)
Amapá	16	4	3,6%	4 (25,0%)
Pará	144	55	49,1%	55 (38,2%)
Rondônia	52	3	2,7%	3 (5,8%)
Roraima	15	8	7,1%	8 (53,3%)
Tocantins	139	28	25,0%	28 (20,1%)

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do MS/DAB.

O Amazonas possui 12 LRPD, o que representa 10,7% dos laboratórios do Norte, sendo o terceiro com o maior número de laboratórios, porém com menos da metade do segundo Tocantins (28) e praticamente cinco vezes menor que o primeiro estado, Pará (55). O Acre é o estado com o menor número de laboratórios, apenas dois, confirmando o que foi mostrado sobre a Região Norte: há baixa oferta de LRPD nos estados.

Se analisarmos pela perspectiva do percentual estadual, o Amazonas possui uma proporção de 19,3% dos municípios com LRPD, pois somente 12 municípios têm esse tipo de serviço. Nessa ótica, Roraima tem a melhor proporção do estado (53,3%), oito municípios exibem LRPD, seguidos pelo Pará, com 38,2% dos municípios com esses laboratórios.

Os aspectos dos LRPD, nos municípios amazonenses, com relação a faixa de produção, o valor do repasse financeiro federal mensal, o tipo de gestão e a data da habilitação dos mesmos estão exibidos no Quadro 26.

Quadro 26 – Características dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), Amazonas – ago./2018

Município	Faixa de produção	Valor recurso (mensal)	Gestão	Portaria de habilitação
Apuí	20-50	R$ 7.500,00	Estadual	Portaria GM/MS nº 2.759,12/12/2014
Autazes	20-50	R$ 7.500,00	Estadual	Portaria GM/MS nº 1.585,02/08/2013
Barreirinha	20-50	R$ 7.500,00	Municipal	Portaria GM/MS nº 2.485,14/08/2018
Boca do Acre	20-50	R$ 7.500,00	Estadual	Portaria GM/MS nº 1.825,24/08/2012
Borba	20-50	R$ 7.500,00	Municipal	Portaria GM/MS nº 1.585,02/08/2013
Canutama	20-50	R$ 7.500,00	Estadual	Portaria GM/MS nº 2.759,12/12/2014
Codajás	20-50	R$ 7.500,00	Municipal	Portaria GM/MS nº 2.485,14/08/2018
Itapiranga	20-50	R$ 7.500,00	Estadual	Portaria GM/MS nº 1.585,02/08/2013
Japurá	20-50	R$ 7.500,00	Estadual	Portaria GM/MS nº 2.759,12/12/2014
Maués	20-50	R$ 7.500,00	Municipal	Portaria GM/MS nº 2.375,07/10/2009
Parintins	81-120	R$ 18.000,00	Municipal	Portaria GM/MS nº 2.375,07/10/2009
São Gabriel da Cachoeira	20-50	R$ 7.500,00	Municipal	Portaria GM/MS nº 2.375,07/10/2009

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do MS/DAB.[245]

Conforme explicitamos anteriormente e demonstramos no Quadro 26, acima, o Amazonas exibe somente 12 municípios com LRPD, sendo que seis deles estão sob gestão estadual e seis sob gestão municipal.

Estes municípios estão localizados nas seguintes RS: “Rio Madeira” – Apuí e Borba; “Entorno Manaus” – Autazes e São Gabriel da Cachoeira; “Baixo Amazonas” – Barreirinha, Maués e Parintins; “Médio Amazonas” – Itapiranga; “Regional Purus” – Boca do Acre e

[245] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/mapa_centro_especialidades_lrpd/LAB_AM.php.

Canutama; “Rio Negro e Solimões” – Codajás; e “Triângulo” – Japurá. Sendo que as RS “Regional Juruá” e “Alto Solimões” não possuem nenhum município com LRPD.[246]

A maioria dos laboratórios do Amazonas (11) estão habilitados na menor faixa de produção, de 20 a 50 próteses mensais, e os respectivos municípios recebem o pagamento dessa produção no valor de R$ 7.500,00. Somente um LRPD (São Gabriel da Cachoeira) encontra-se na maior faixa de produção de 81 a 120 próteses por mês, por isso recebe um valor mensal maior de R$ 18.000,00. Assim, este estado possui poucos LRPD, considerando a enorme necessidade desse tipo de serviço odontológico, já demonstrada anteriormente pelo SB Brasil-2010 para a Região Norte, mas que extrapolamos para o Amazonas. Isso se torna mais preocupante quando notamos que Manaus não está entre os municípios com LRPD.

Neste sentido vamos mostrar, no Quadro 27, a relação de Manaus perante as outras capitais do Norte e falar um pouco mais a respeito do panorama dessa cidade no que se refere aos LRPD.

Quadro 27 – Distribuição dos LRPD, capitais, Região Norte – ago./2018

Localidade	LRPD
Manaus	0
Rio Branco	2
Macapá	0
Belém	1
Porto Velho	0
Boa Vista	0
Palmas	1

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do MS/DAB.

Verificamos que, do total de sete capitais, do Norte, quatro (57%) não possuem LRPD (Manaus, Macapá, Porto Velho e Boa Vista). As capitais com LRPD (três - 43%) exibiram um quantitativo baixo: Rio Branco (dois LRPD); Belém e Palmas (um). Isso demonstra uma baixíssima oferta, pelo SUS, do serviço de próteses nas capitais da Região Norte e ausência desse serviço pelo SUS na maioria delas (57%).

Manaus, como vimos, não possui nenhum LRPD e concentra mais da metade da população do estado (51,8%). De acordo com IBGE, Censo 2010, lá havia 108.902 idosos

[246] No entanto, devido às especificidades geográficas do Amazonas, pertencer a mesma RS não significa que os municípios sejam próximos e muito menos que o acesso entre eles seja fácil. Por exemplo, a distância entre São Gabriel da Cachoeira e Autazes é de 964 km, sendo que Autazes fica entre Manaus e São Gabriel da Cachoeira e a viagem de barco de Autazes a Manaus demora dez horas, e de Manaus a São Gabriel da Cachoeira dura três dias e meio.

(acima de 60 anos), correspondendo a 6,0% da população da cidade à época. Portanto, essa população encontra-se sem a oferta, pelo SUS, do serviço de prótese dentária.

Para corroborar o que expusemos aqui e complementar os dados, apresentamos os resultados da pesquisa de Cardoso *et al.* (2011), realizada em Manaus, com idosos de 65 a 74 anos, residentes da zona urbana do município. O estudo apontou que 42,6% desses idosos necessitavam de prótese superior e 34,7% necessitavam de prótese inferior. Os autores alertaram para o fato de esses percentuais estarem acima da média da Região Norte, onde a necessidade de prótese superior era de 20,7%, e de prótese inferior, 26,9%. Para a arcada superior, Manaus exibiu um percentual acima do dobro da Região Norte, sem falar nas outras faixas etárias[247] e na zona rural, que não entraram na amostra deste estudo; logo podemos afirmar que a necessidade de próteses em Manaus é ainda maior. Deste modo reconhecemos ser extremamente necessário que este tipo de serviço seja ofertado pelo SUS nessa cidade.

Com relação ao PES/AM 2016-19, verificamos que o mesmo só incluiu a saúde bucal nas suas metas para esse quadriênio no eixo: "atenção especializada de média e alta complexidade", objetivo sete – "transferir recursos da Média Complexidade para 62 municípios (recursos CAPS, LRPD, TETO MAC e outros)" (AMAZONAS, 2016). Portanto, não foi mencionada nenhuma outra meta específica para a saúde bucal na média complexidade nesse documento. Destacamos que o eixo "atenção especializada de média e alta complexidade" tem 56 metas distribuídas em dois objetivos, evidenciando que para a gestão estadual do referido quadriênio, a saúde bucal nesse nível de atenção não necessita de ações, acompanhamento e avaliação no nível estadual.

Em suma entendemos que, no Amazonas, a oferta de atenção à saúde bucal na média complexidade é baixa, pois esse estado possui poucos serviços públicos de saúde bucal especializada (CEO), evidenciando uma grande desigualdade municipal e, até mesmo, ausência de assistência à saúde bucal nesse nível de atenção na maioria dos municípios amazonenses.

Verificamos que Manaus, apesar de ser o município do Amazonas com o maior número de CEO, apresenta uma quantidade desproporcional desses para o tamanho da sua população. No Amazonas, existem poucos serviços de próteses dentárias, sendo ainda mais alarmante quando observamos que na capital, onde se concentra a maioria da população do

[247] No SB Brasil, 2010 na Região Norte, na faixa etária de 35 a 44 anos, 83,3% necessitavam de algum tipo de prótese; as idades entre 45 anos e 64 anos não participaram do estudo. Quanto aos jovens de 15 a 19 anos, 29% apresentavam a necessidade de algum tipo de prótese; as idades entre 19 e 35 não participaram do estudo.

estado, não existe nenhum LRPD. Logo, nessa cidade não existe oferta, pelo SUS, desse tipo de serviço.

3.3.3 Atenção terciária – Amazonas

Neste nível de atenção, iremos apresentar o panorama do Amazonas e da cidade de Manaus com relação as configurações dos seus hospitais SUS. Para isso a busca dos dados foi realizada[248] pelo *site* do CNES, e os resultados foram encontrados nos seguintes estabelecimentos de saúde: código 05 – descrição (Hospital Geral); código 07 – descrição (Hospital Especializado); código 69 – descrição (Centro de Atenção Hemoterapia e/ou Hematológica) e código 15 – descrição (Unidade Mista).

No Quadro 28 exibimos as configurações das unidades hospitalares SUS do estado, excluindo a capital, que será apresentada separadamente no Quadro 29.

Quadro 28 – Características das unidades hospitalares públicas do Amazonas, exceto Manaus – ago./2018

Estabelecimento de Saúde	Nº de estabelecimentos	Nº de municípios	Nº de hospitais com CD no quadro de profissionais	Nº de CD	Nº de hospitais sem CD no quadro de profissionais
Hospitais Gerais	55	55	18	32	36
Hospitais especializados	1	1	0	0	1
Unidades Mistas	7	7	0	0	7

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do CNES.

O cenário do Amazonas na alta complexidade apresenta 61 municípios com hospitais SUS. O único hospital especializado é uma maternidade localizada em Tabatinga, sendo o único hospital cadastrado para esse município. O único município que não possui nenhuma unidade hospitalar é Careiro da Várzea, porém fica próximo à capital.

Do total das 63 unidades hospitalares, 36 não possuem CD e 18 possuem CD no quadro de profissionais, sendo cadastrados nas seguintes ocupações: 23 clínicos gerais, um cirurgião bucomaxilofacial, um saúde coletiva, um ESF, quatro dentística e um odontologia legal.

[248] As buscas dos dados foram realizadas no mês de agosto de 2018.

O Quadro 29 apresenta as especificidades dos hospitais SUS da cidade de Manaus.

Quadro 29 – Características das unidades hospitalares SUS de Manaus – ago./2018

Estabelecimento de Saúde	Nº de estabelecimentos	Nº de hospitais com CD no quadro de profissionais	Nº de CD	Nº de hospitais sem CD no quadro de profissionais
Hospitais Gerais	10	7	38	3
Hospitais especializados	15	2	7	1
Centro de Atenção Hemoterapia e/ou Hematologia	1	1	1	0

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do CNES.

Verificamos um total de 26 hospitais na cidade de Manaus, sendo o maior número de hospitais especializados (15), onde sete são maternidades, quatro pediátricos, um psiquiátrico, um de oncologia, um de cardiologia e um pronto-socorro. Destes, dez possuem CD no seu quadro de profissionais em um total de 46 CD, sendo que 28 clínicos gerais (um cadastrado como voluntário), 13 cirurgiões bucomaxilofaciais, um em dentística e quatro em patologia.

Quando pesquisamos, no CNES, pelo tipo de serviço especializado de atenção em saúde bucal – código: 114, e com a especificação de atendimento hospitalar pelo SUS, encontramos somente seis hospitais, cadastrados nas seguintes classificações, a saber (Quadro 30):

Quadro 30 – Hospitais cadastrados no CNES com serviço código – 144 e classificações, Amazonas – ago/2018

Hospital	CNES	Município	Classificação
Unidade Hospitalar de Eirunepé (hospital geral)	2016397	Eirunepé	006 – Cirurgia Bucomaxilofacial
Fundação CECON (hospital especializado em oncologia)	2012677	Manaus	006 – Cirurgia Bucomaxilofacial
Fundação Hospital Adriano Jorge (hospital geral)	2012685	Manaus	002 – Endodontia
			006 – Cirurgia Bucomaxilofacial
			007 – Atendimento à Pessoa com deficiência
SPA Hospital e Maternidade Chapot Prevost (hospital geral)	2019566	Manaus	001 – Dentística
			002 – Cirurgia Oral
Hospital Regional Dr. Jofre de Matos Cohen (hospital geral)	3210243	Parintins	006 – Cirurgia Bucomaxilofacial
Hospital Geral Eraldo Neves Falcão (hospital geral)	2013320	Presidente Figueiredo	006 – Cirurgia Bucomaxilofacial

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do CNES.

Do total de 62 municípios do Amazonas, somente quatro municípios (6,4%) apresentam hospitais cadastrados com o serviço de atenção em saúde bucal pelo SUS e apenas um hospital está cadastrado com o atendimento à pessoa com deficiência. Gostaríamos de

ressaltar que metade dos hospitais (três hospitais) estão situados na capital. Assim se encontra configurada a atenção terciária no Amazonas e em Manaus.

Gostaríamos de destacar que o PES/AM 2016-2019 não menciona nada a respeito da assistência à saúde bucal nesse nível de atenção, demonstrando total falta de interesse para com a saúde bucal na atenção terciária ou quem sabe até mesmo a falta de conhecimento por parte da gestão estadual sobre a participação da PNSB nesse nível de atenção.

Iremos abordar outros aspectos da saúde bucal na atenção terciária, no capítulo 5, quando falarmos sobre a assistência odontológicas às PcD.

Neste capítulo verificamos que o Amazonas possui uma vasta extensão territorial, distribuída entre 62 municípios, cercados por rios, isolados devido à localização geográfica e cuja maioria apresenta pequena densidade demográfica e baixo desenvolvimento socioeconômico. Contrastando com a sua capital que tem uma maciça concentração populacional e econômica. Esse cenário de isolamento e concentração se repete na configuração da PNSB, nos três níveis de atenção, no Amazonas, demonstrando a enorme desigualdade existente entre os 61 municípios amazonenses e a sua capital.

4 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE INTERESSE

Após discorrermos sobre a atuação da PNSB, seus três níveis de atenção e sua relação com a RCPD, e apresentarmos a configuração dessa Política no Amazonas e na cidade de Manaus, vamos abordar, neste capítulo, alguns aspectos que envolvem às PcD. Demonstraremos a caracterização dessa população evidenciando conceitos e classificações; dados no mundo e no Brasil, os problemas de saúde e seus determinantes sociais, condições de saúde bucal e especificidades da assistência odontológica para esses indivíduos.

4.1 Conceitos e classificações

Existem diversos conceitos, no mundo e no Brasil, sobre quem são as pessoas consideradas deficientes, uns mais abrangentes e outros mais restritos. Foram sendo alterados e aprimorados ao longo dos anos, seguindo as mudanças advindas da sociedade e as conquistas alcançadas por esse grupo populacional.

O conceito em vigor aceito internacionalmente é o estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência[249], em 13 de dezembro de 2006, e define que:

> "as pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas" (ONU, 2006).

Esta Convenção traz um aspecto importante quando em sua introdução reconhece a existência de diversas formas de deficiência, sinalizando para a impossibilidade de que sejam tratadas de maneira uniforme, chamando atenção para que sejam respeitadas a individualidade e especificidade de cada um. No entendimento da ONU, deficiência é um conceito em evolução e resulta da interação entre PcD e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente. É, portanto, complexo e abrange diversos aspectos, devendo ser analisado de forma criteriosa e com bastante cautela, a fim de evitar erros de interpretação e julgamento.

---

[249] Cabe lembrar que a expressão adotada atualmente para designar esse grupo populacional é pessoa com deficiência e foi consagrada por esta Convenção em 2006. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/disabilities/resources/general-assembly/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-ares61106.html.

A OMS reafirmou a definição desta Convenção no Relatório Mundial sobre a Deficiência[250], lançado em 2011, e seguiu o modelo conceitual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)[251] denominado "biopsicossocial" (biomédico-psíquico-social), em que a fração biomédica contempla as questões ligadas à saúde e a doença; a psicológica, às dimensões individuais; e a social, ao contexto cotidiano da vida (WHO, 2011).

Este modelo define a incapacidade como um termo amplo para deficiências, limitações as atividades e restrições a participação social. Coloca cada pessoa em um contexto específico, em que a funcionalidade e incapacidade são resultados da interação dinâmica entre as condições de saúde da pessoa e os fatores ambientais e pessoais (WHO, 2013).

Devido à complexidade deste assunto, Bernardes *et al.* (2009) reforçam que a deficiência deve ser avaliada com a associação dos fatores etiológicos, patológicos e clínicos e a experiência pessoal e coletiva (família e comunidade), para que a alteração da função pessoal seja compreendida como uma doença ou agravo que causa um defeito que gera uma incapacidade que se traduz em uma deficiência com repercussões psicológicas e sociais.

No Brasil, o conceito adotado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (PNSPD)[252], em 2002, considera a PcD: "aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano" (BRASIL, 2002b).

De acordo com o IBGE, o conceito de deficiência evoluiu do modelo médico, que considerava somente a patologia física e o sintoma associado, que dava origem a uma incapacidade, para um sistema mais amplo que entende a incapacidade como resultado da

---

[250] Relatório lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2011, a fim de proporcionar evidências para subsidiar políticas e programas inovadores capazes de melhorar a vida das PcD e facilitar a implementação da Convenção da ONU/2006 (WHO, 2011).

[251] A CIF tem enfoque na funcionalidade e incapacidade com caráter multidirecional entre os seguintes elementos: 1 - Corpo: funções e estruturas do corpo (relacionadas as funções fisiológicas do corpo, incluindo as psicológicas e as estruturas são os órgãos, membros e seus componentes); 2 - Atividade e participação (compreende os domínios no aspecto de funcionalidade nas perspectivas individual e social. A atividade é a execução de uma tarefa por um indivíduo (individual) e a participação é o envolvimento em uma situação da vida (social)); 3 - Fatores ambientais (organizados a partir do ambiente mais imediato do indivíduo para o ambiente mais geral e têm impacto sobre todos os constructos. Esses fatores têm impacto na experiência e extensão da deficiência. Exemplos de impactos negativos que podem ser causados: um deficiente auditivo que assiste uma palestra sem intérprete de Libras; um usuário de cadeira de rodas num prédio sem banheiro ou elevador acessíveis; um deficiente visual que usa um computador sem software de leitura de tela) (WHO, 2003; SAMPAIO & LUZ, 2009).

[252] Essa Política, lançada pelo MS através da Portaria GM/MS nº 1.060, em 05 de junho de 2002, é o instrumento de orientação das ações de saúde para esse grupo populacional (BRASIL, 2002b).

limitação das funções e estruturas do corpo e da influência de fatores sociais e ambientais sobre essa limitação (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF/OMS) (BRASIL, 2010e). De acordo com o IBGE o conceito vem se modificando para acompanhar as inovações na área da saúde e a forma com que a sociedade se relaciona com essa parcela da população.

No último Censo Demográfico Nacional, realizado em julho de 2010, o IBGE considerou as seguintes deficiências permanentes: visual, auditiva e motora, de acordo com o seu grau de severidade, e também mental ou intelectual.

Já o MS, na instituição do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite[253] adotou, em seu art. 2º, a mesma definição da Convenção da ONU (BRASIL, 2011b). Esta também está na base documental do Estatuto da Pessoa com Deficiência editado pela Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, através da Lei nº 13.146 em 06 de julho de 2015.[254] Logo, o governo brasileiro adota o conceito internacionalmente aceito e em vigor nos dias atuais.

Cabe observar que o conceito de deficiência admitido pelo Estado tem impacto direto nas políticas públicas de saúde, pois é o principal critério de inclusão ou exclusão dos beneficiários das mesmas (BERNARDES *et al.*, 2009).

4.1.1 Conceitos e classificações na Odontologia

No que tange a Odontologia, também são apresentados diversos conceitos, como por exemplo, o da International Association of Dentistry for Desabilities and Oral Health (IADH)[255], que define o PcD como “todo indivíduo que apresenta determinado desvio dos padrões de normalidade, identificável ou não, e que por isso, necessita de atenção e abordagem especial, por um período da vida ou indefinidamente”.

A classificação desta Associação Internacional inclui, além das PcD, pessoas com restrições de capacidades advindas da idade ou de agravos adquiridos, os quais limitam sua função intelectual, física ou social, a saber:

---

[253] O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite foi instituído através do Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011b).

[254] Esta Lei institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) (BRASIL, 2015a).

[255] Esta instituição internacional é voltada ao desenvolvimento da pesquisa e educação em odontologia para PcD preocupada com o bem-estar das mesmas atua no incentivo da promoção à saúde bucal e qualidade de vida das pessoas com necessidades especiais. Disponível em: http://iadh.org/.

- Desvios de inteligência: deficientes mentais em variados graus;
- Defeitos físicos de qualquer natureza;
- Defeitos congênitos: síndromes e sequências diversas, fissuras lábio-palatais entre outras;
- Desvios comportamentais: transtorno do espectro autista (TEA) em seus variados tipos e graus, transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), transtorno obsessivo compulsivo (TOC) etc;
- Desvios psíquicos: drogaditos, anorexia, bulimia, pacientes psiquiátricos: - esquizofrenia, distúrbio bipolar, neuroses, psicopatias etc;
- Deficiências sensoriais e de áudio-comunicação: cegos, surdos e mudos;
- Doenças sistêmicas crônicas: hipertensão, cardiopatias, insuficiência renal crônica, doenças pulmonares, hepatopatias, doenças hematológicas, doenças autoimunes, doenças endócrino-metabólicas (diabetes) doenças vesículo bolhosas etc;
- Doenças neurológicas de qualquer espécie: paralisia cerebral, transtornos convulsivos, acidente vascular encefálico (AVE), esclerose múltipla, doença de Parkinson etc;
- Doenças infectocontagiosas: aids, hepatites, sífilis, tuberculose etc;
- Desvios sociais: pacientes asilados, moradores de rua, favelados etc;
- Estados fisiológicos especiais: grávidas, pacientes geriátricos e gerontológicos;
- Condições sistêmicas especiais: pacientes oncológicos, irradiados, imunodeprimidos e pré e pós transplantes (MUGAYAR, 2000).

No entender da Special Care Dentistry Association (SCDA), as PcD são:

> "Aquelas que tenham qualquer comprometimento físico, de desenvolvimento, mental, sensorial, comportamental, cognitivo ou emocional ou condição limitante, sendo que essa condição pode ser congênita, desenvolvida ou adquirida por doença, trauma ou causa ambiental e pode impor limitações na realização de atividades diárias ou limitações substanciais em importantes atividades da vida" (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2012).

No Brasil[256], entre as especialidades da Odontologia, existe a "Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais"[257], voltada especificamente para o cuidado desta população.

O Conselho Federal de Odontologia (CFO) definiu que esta especialidade abrange o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal dos pacientes:

> "[...] que apresentam uma complexidade no seu sistema biológico e/ou psicológico e/ou social, incluindo aqueles com graves distúrbios de comportamento, emocionalmente perturbados, os que apresentam condições incapacitantes, temporárias ou definitivas (nos níveis ambulatorial, hospitalar ou domiciliar) e

---

[256] O Brasil foi o primeiro país a reconhecer esta área de atuação como especialidade odontológica (MUGAYAR *et al*., 2007).

[257] Criada na II Assembleia Nacional de Especialidades Odontológicas (ANEO) realizada, em Manaus em setembro de 2001 e regulamentada pelas Resoluções do CFO nº 22/01 e nº 25/02. A Resolução do CFO nº 22, de 27 de dezembro de 2001, **b**aixou normas sobre anúncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização, dentre os quais se inclui a Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e a Resolução do CFO nº 25, de 16 de maio de 2002**,** estabeleceu as áreas de competência para atuação dos especialistas em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial; Odontogeriatria; Odontologia do Trabalho; Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e em Ortopedia Funcional dos Maxilares e deu outras providências **(C**FO, 2001; CFO, 2002).

> problemas especiais de saúde com repercussão na boca e estruturas anexas" (CFO, 2001; CFO, 2002).[258]

Weber *et al*. (2004) propuseram a classificação apresentada no Quadro 31.

Quadro 31 - Classificação dos pacientes especiais

CLASSIFICAÇÃO		EXEMPLOS
Comportamentais	Distúrbios de conduta	Birra, manha e agressividade
	Distúrbios psiquiátricos	Neuroses: ansiedades, fobias, depressão, compulsões etc.
		Psicoses: esquizofrenia, distúrbios paranoides etc.
		Dependência química: alcoolismo e drogas
Físicas	Deficientes sensoriais	Visuais: cegueira
		Auditivos: surdez
		Fonéticos: dislalias
	Traumáticas	Paraplégicos, tetraplégicos, amputados, queimados etc.
	Congênitas	Uso materno de talidomida, Rubéola, Sífilis etc
Sindrômicas e/ou Genéticas		Down, Turner, Displasia ectodérmica, Fibrose cística etc
Sistêmicas	Endócrino e metabólicas	Hipo e Hipertireoidismo, Diabetes, Bócio, Celíaca etc.
	Respiratórias	Asma, Bronquite, Enfisema pulmonar, Doença ulmonar obstrutiva crônica (DPOC) etc.
	Cardiocirculatórias	Arritmias, Endocardite, Angina, Infarto, Marcapasso etc.
	Hematológicas	Púrpura trombocitopênica, Hemofilia, Discrasias etc.
	Renais	Insuficiência renal crônica, Síndromes nefróticas etc.
	Musculoesqueléticas	Distrofia muscular e Raquitismo
	Neoplásicas	Linfomas, Leucemias, Carcinomas e Sarcomas
	Imunológicas	AIDS e Deficiências imunológicas
	Neurológicas	Epilepsia, Esclerose múltipla, Paralisia cerebral, Micro e Hidrocefalia, Miastenia gravis, Parkinsonismo, AVC etc.
	Reumatológicas	Artrite reumatoide, Lúpus eritematoso, Doença de Paget etc.
	Gastrointestinais	Esofagite de refluxo, Gastrite, Cólon irritável etc.
	Dermatológicas	Herpes, Psoríase, Dermatites, Desidroses etc.
	Infectocontagiosas	Caxumba, Difteria, Tétano, Sarampo, Tuberculose etc.
Poligênicas		Fendas labial e/ou palatina e Defeitos do tubo neural
Outras		Senilidade, Gravidez, Químio e Radioterapias.

Fonte: Weber *et al*., 2004.

Para Haddad (2007), esses pacientes podem ser classificados da seguinte maneira:

> "Deficiência mental; Deficiência física; Anomalias congênitas; Distúrbios comportamentais; Transtornos psiquiátricos; Distúrbios sensoriais e de comunicação;

[258] O CFO utilizou a expressão "pacientes com necessidades especiais" para nomear a especialidade responsável pela atuação junto a esses sujeitos, termo bastante empregado na Odontologia.

> Doenças sistêmicas crônicas (diabetes, cardiopatias, doenças hematológicas, insuficiência renal crônica, doenças autoimunes, doenças vesículo bolhosas, etc); Doenças infectocontagiosas; Condições sistêmicas (irradiados, transplantados, oncológicos, gestantes, imunocomprometidos etc)" (HADDAD, 2007, s.p.).

Verificamos, assim, o quão vastas são as enfermidades pertencentes a esta população e as diferentes classificações das mesmas.

O conceito utilizado por Campos *et al.* (2009) no *Manual Prático para Atendimento Odontológico de Pacientes com Necessidades Especiais* é o seguinte:

> "Pacientes com necessidades especiais são indivíduos que apresentam uma alteração ou condição simples ou complexa, momentânea ou permanente, de etiologia biológica, física, mental, social e/ou comportamental, que requer uma abordagem especial, multiprofissional e um protocolo específico" (CAMPOS *et al*., 2009).

Como visto, a definição sobre quem são "pessoas com deficiência" não é algo simples ou consensual. Existe uma gama variada de situações e diferentes tipos de impedimentos, além de discussões nos campos sociológico e econômico sobre a caracterização da deficiência e sua relação com as políticas públicas (DINIZ, 2013). Deste modo, para fins deste trabalho e análise da PNSB e RCPD, adotaremos o conceito utilizado pelo MS, que se refere a esta população como pacientes com necessidades especiais (PNE) e menciona que na Odontologia:

> "[...] é considerado paciente com necessidades especiais todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento, entre outras. É importante destacar que pacientes com necessidades especiais têm conceito e classificação amplos, que abrangem situações que requerem atenção odontológica diferenciada" (BRASIL, 2008d, pág. 67)[259].

4.2 **Dados demográficos**

A deficiência faz parte do ciclo de vida de todos e constitui um aspecto importante e preocupante, devido ao crescente número da população mundial. Portanto, a OMS aponta que a deficiência deve ser vista como uma condição humana, pois todo indivíduo terá em algum momento da vida uma deficiência, mesmo que temporária, sobretudo ao envelhecer (WHO,

[259] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=assistencia_hospitalar.

2011). De acordo com o Banco Mundial, o número de PcD, nos próximos 30 anos, aumentará em 120% nos países do sul e 40% nos países do norte (WORD BANK, 2007).[260]

Na escala mundial conforme estimativas da OMS, em 2003, havia cerca de 600 milhões de deficientes no mundo, ou seja, uma em cada dez pessoas, sendo que, 400 milhões vivem em países menos desenvolvidos e, destes, 85 milhões residem na América Latina (WHO, 2003; OPAS, 2006b). Esta população aumentou significativamente, passando, em 2011, para mais de um bilhão de pessoas[261] vivendo com algum tipo de deficiência, o que representa cerca de 15%[262] da população mundial, dentre os quais cerca de 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis (WHO, 2011).

Segundo o estudo *The Global Burden of Disease*[263], realizado em 2004 pela OMS, 190 milhões (3,8%) de pessoas possuíam uma deficiência grave, tais como a tetraplegia, depressão grave e cegueira (WHO, 2008).

Com relação a infância, a OMS informa que 150 milhões de crianças (com menos de 18 anos) têm alguma deficiência e que pelo menos 10% das crianças no mundo nascem ou adquirem algum tipo de deficiência física, mental ou sensorial, com repercussão negativa no desenvolvimento. Essa Organização Internacional estimou que 95 milhões de crianças com deficiência (5,1%), de 0 a 14 anos, 13 milhões (0,7%) possuíam deficiências graves (WHO, 2011; WHO, 2008).

No Brasil, assim como no mundo, o número de PcD também aumentou. De acordo com dados do IBGE - Censo Demográfico Nacional de 2000, 14,7% da população brasileira tinha algum tipo das deficiências pesquisadas[264]. Essa população apresentou-se distribuída da

---

[260] Disponível em: http://documents.worldbank.org/curated/en/930491468158381717/pdf/393850WP0Socia00Box374323B00PUBLIC0.pdf.

[261] Estimativa baseada na população mundial de 2010.

[262] Segundo a OMS a proporção mundial de PcD, em 1970, era de 10%.

[263] Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/.

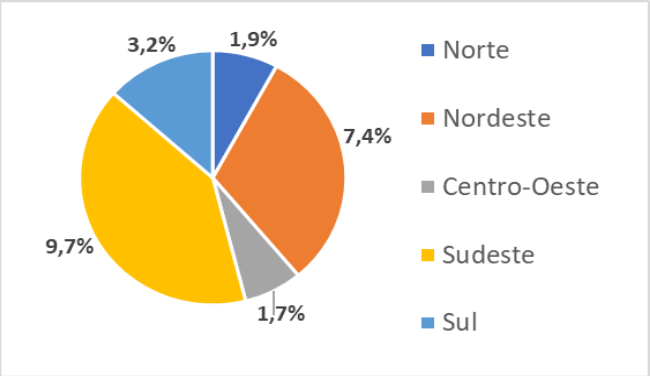
[264] O IBGE, Censo Demográfico 2000 pesquisou as seguintes deficiências: deficiência mental permanente; deficiência física permanente (tetraplegia, paraplegia, hemiplegia, falta de membro ou parte dele; e as deficiências visual, motora e auditiva, de acordo com o grau de incapacidade produzida ou limitação funcional. A distribuição dessas deficiências, no Brasil, foi: deficiência mental (11,5%); tetraplegia, paraplegia, ou hemiplegia (0,44%); falta de um membro ou parte dele (5,32%); alguma dificuldade de enxergar (57,16%); alguma dificuldade de ouvir (19%); alguma dificuldade de caminhar (22,7%); grande dificuldade de enxergar; grande dificuldade de ouvir, grande dificuldade de caminhar; incapaz de ouvir (0,68%); incapaz de caminhar (2,3%); incapaz de enxergar (0,6%) (BRASIL, 2000c).

seguinte forma nas regiões brasileiras: Nordeste 16,8%, Norte 14,7%, Sul 14,3%, Centro Oeste 14,3% e Sudeste 13,1% (BRASIL, 2000c).[265]

De acordo com o último Censo Demográfico Nacional realizado pelo IBGE, em 2010, 45.623.910 milhões de pessoas declararam ter algum tipo de deficiência: visual; auditiva; motora; e mental ou intelectual, correspondendo a 23,9%, quase um quarto da população brasileira à época.[266] Destas pessoas, 38.473.702 (84,4%) encontravam-se em áreas urbanas e 7.132.347 (15,6%), em áreas rurais (BRASIL, 2010e).

O Gráfico 9 demonstra a distribuição da população brasileira de PcD, por região, segundo a classificação[267] da pesquisa do IBGE, Censo Demográfico 2010.

Gráfico 9 – Distribuição da população de PcD, por região, Brasil – IBGE, Censo 2010



Fonte: Elaboração própria de acordo com os resultados do IBGE, Censo Demográfico 2010.

[265] Não temos como comparar os resultados sobre as deficiências investigadas nos Censos Demográficos Nacionais IBGE/2000 e IBGE/2010, pois as metodologias utilizadas foram diferentes.

[266] Vale ressaltar que o Brasil com 23,9% da sua população com algum tipo de deficiência possui 59,5% a mais que a população mundial com deficiências segundo estimativa da OMS.

[267] O Censo IBGE/2010 se baseou na percepção do indivíduo sobre sua dificuldade de acordo com as seguintes classificações e critérios: - Deficiência visual: dificuldade permanente de enxergar (avaliada com o uso de óculos ou lentes de contato, no caso da pessoa utilizá-los) • não consegue de modo algum – incapaz de enxergar permanentemente;• grande dificuldade – grande dificuldade permanente de enxergar, ainda que usando óculos ou lentes de contato; • alguma dificuldade - alguma dificuldade permanente de enxergar, ainda que usando óculos ou lentes de contato; • nenhuma dificuldade - qualquer dificuldade permanente de enxergar, ainda que precisando usar óculos ou lentes de contato. - Deficiência auditiva: dificuldade permanente de ouvir (avaliada com o uso de aparelho auditivo, no caso da pessoa utilizá-lo) • não consegue de modo algum - incapaz de ouvir permanentemente; • grande dificuldade - grande dificuldade permanente de ouvir, ainda que usando aparelho auditivo; • alguma dificuldade - alguma dificuldade permanente de ouvir, ainda que usando aparelho auditivo; ou • nenhuma dificuldade – não tem qualquer dificuldade permanente de ouvir, ainda que precisando usar aparelho auditivo. - Deficiência motora: dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas (avaliada com o uso de prótese, bengala ou aparelho auxiliar, no caso da pessoa utilizá-lo) • não consegue de modo algum - permanentemente incapaz, por deficiência motora, de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa; • grande dificuldade - grande dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa, ainda que usando prótese, bengala ou aparelho auxiliar; • alguma dificuldade - alguma dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa, ainda que usando prótese, bengala ou aparelho auxiliar; • nenhuma dificuldade - não tem qualquer dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa, ainda que precisando usar prótese, bengala ou aparelho auxiliar; - Deficiência mental ou intelectual: deficiência mental ou intelectual permanente que limitasse as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar etc. Não foi considerada como deficiência mental as perturbações ou doenças mentais como autismo, neurose, esquizofrenia e psicose. (BRASIL, 2010e).

A maior parte dos indivíduos com deficiência está na Região Sudeste correspondendo a 18.506.974 milhões de pessoas deficientes (9,7%); seguem-se as regiões Nordeste (14.133.713 - 7,4%), Sul (6.164.158 – 3,2%), Norte (3.655.568 - 1,9%) e por último a Centro-Oeste (3.163.497 - 1,7%).

Com relação à prevalência[268] das deficiências investigadas pelo IBGE, as regiões brasileiras apresentaram as seguintes distribuições: o Nordeste apresentou a maior prevalência (26,3%) e as menores ocorreram nas regiões Sul e Centro Oeste com 22,51% e 22,50%, respectivamente; na Região Norte foi encontrada 23,0%.

O Quadro 32 demonstra as prevalências no Brasil, Região Norte e na cidade de Manaus. As naturezas das deficiências pesquisadas neste Censo foram: visual, auditiva, motora e metal ou intelectual.

Quadro 32 – População residente por tipo de deficiência no Brasil, Região Norte, Amazonas e Manaus - IBGE, Censo Demográfico 2010

Localidade	População residente					
	Total (população residente)	Tipo de deficiência				Total (pelo menos uma das deficiências investigadas)[269]
		Visual	Auditiva	Motora	Mental/Intelectual	
Brasil	190.755.799 (100%)	35.791.488 (18,8%)	9.722.163 (5,1%)	13.273.969 (7,0%)	2.617.025 (1,4%)	45.623.910 (23,9%)
Norte	15.864.454 (8,3%)	2.983.936 (18,8%)	737.384 (4,6%)	964.000 (6,0%)	183.859 (1,1%)	3.655.568 (23,0%)
Amazonas	3.480.937 (1,8%)	651.818 (18,7%)	154.241 (4,4%)	209.531 (6,0%)	38.509 (1,1%)	791.162 (22,7%)
Manaus	1.802.014 (0,9%)	386.603 (21,4%)	87.429 (4,8%)	107.945 (6,0%)	19.530 (1,1%)	461.414 (25,6%)

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IBGE, Censo Demográfico 2010 (BRASIL, 2010e).

Do total de 190.755.799 brasileiros, a deficiência de maior prevalência, foi a visual, em uma proporção de 18,8%, o que correspondia a 35.791.488 milhões de pessoas. Seguiram-se as deficiências: motora com 7% (13.273.969); auditiva com 5,1% (9.722.163) e mental ou intelectual com 1,4% (2.617.025).

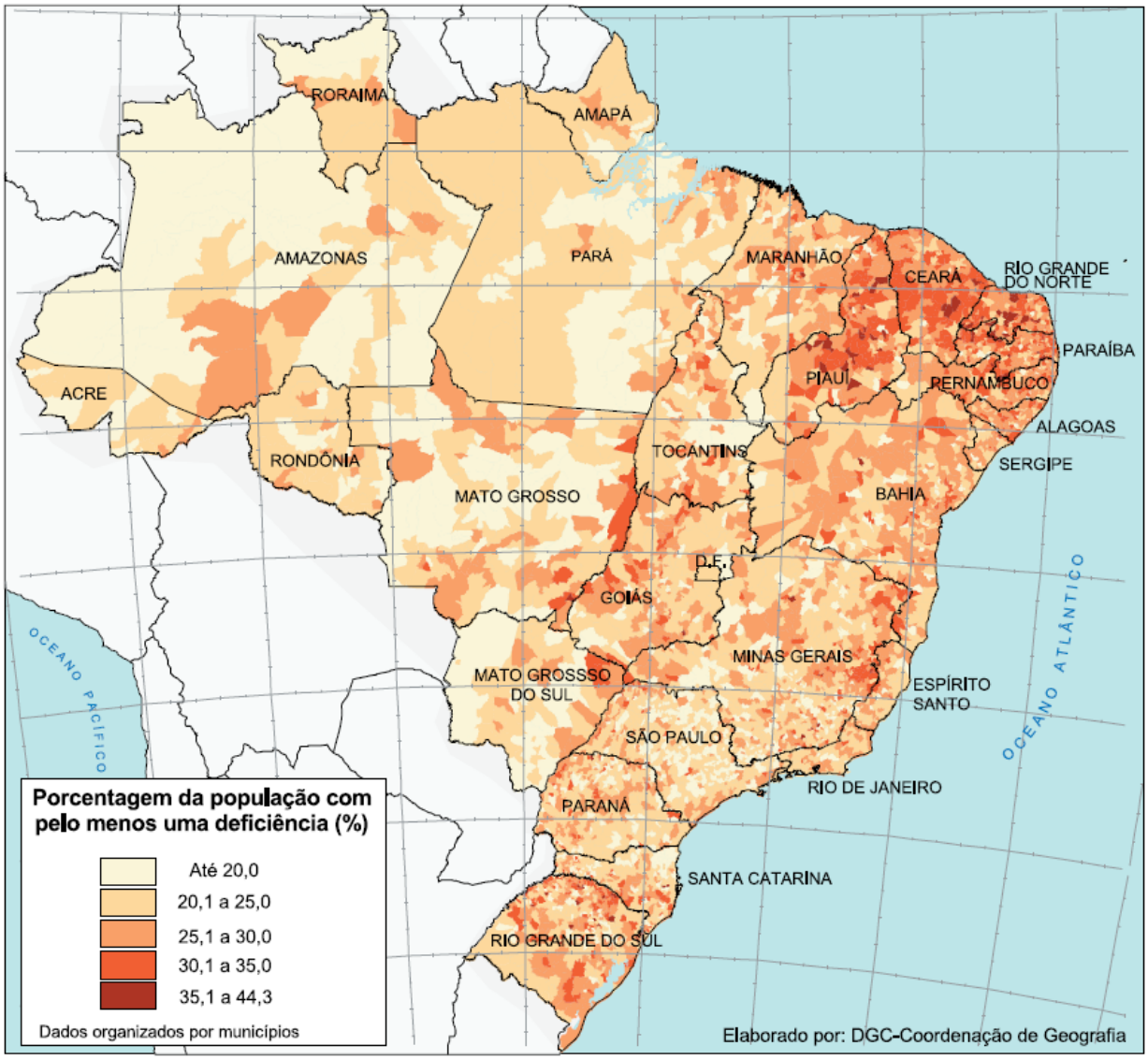
[268] Entende-se por prevalência a proporção de pessoas em uma população que apresentam uma determinada doença ou agravo à saúde, como a existência de deficiências. Aplica-se o termo "prevalência" a estudos transversais, onde o fenômeno é avaliado em um único momento no tempo, como os Censos Demográficos (BRASIL, 2010e).

[269] As pessoas incluídas em mais de um tipo de deficiência foram contabilizadas apenas uma vez (BRASIL, 2010e).

No estado do Amazonas, a prevalência das deficiências investigadas foi de 22,7% e na cidade de Manaus 25,6%. Vale ressaltar que a cidade de Manaus exibiu uma prevalência, maior do que a média brasileira, da Região Norte e do estado do Amazonas.

O mesmo estudo apresentou um cartograma que demonstra o percentual da população, com pelo menos uma deficiência pesquisada, nos municípios brasileiros. Os percentuais foram separados em cinco faixas da seguinte maneira: até 20%; de 20,1% a 25%; de 25,1% a 30%; de 30,1% a 35%; e 35,1% a 44,3%, conforme demonstrado na Figura 14.

Figura 14 – Cartograma do percentual de pessoas, com pelo menos uma das deficiências investigadas, na população residente dos municípios do Brasil - IBGE, Censo Demográfico 2010



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010 (BRASIL, 2010e).

Cabe notar que dentre estes valores demonstrados, no Brasil, as mulheres eram maioria entre os deficientes, sendo representadas por 26,5% (25,8 milhões), enquanto os homens representavam 21,2% (19,8 milhões). No que se refere à raça: 11,1% (21,2 milhões)

eram brancos, 10,3% (19,7 milhões) pardos, 2% (3,8 milhões) negros, 0,3% (569.838 mil) amarelos e 0,1% (165.148 mil) indígenas.

Na avaliação por idade, segundo o IBGE, Censo 2010, os adultos na faixa etária de 40 a 59 anos corresponderam ao maior contingente populacional com deficiência no Brasil, sendo um total de 17.435.955 pessoas (9.905.442 mulheres e 7.530.514 homens).

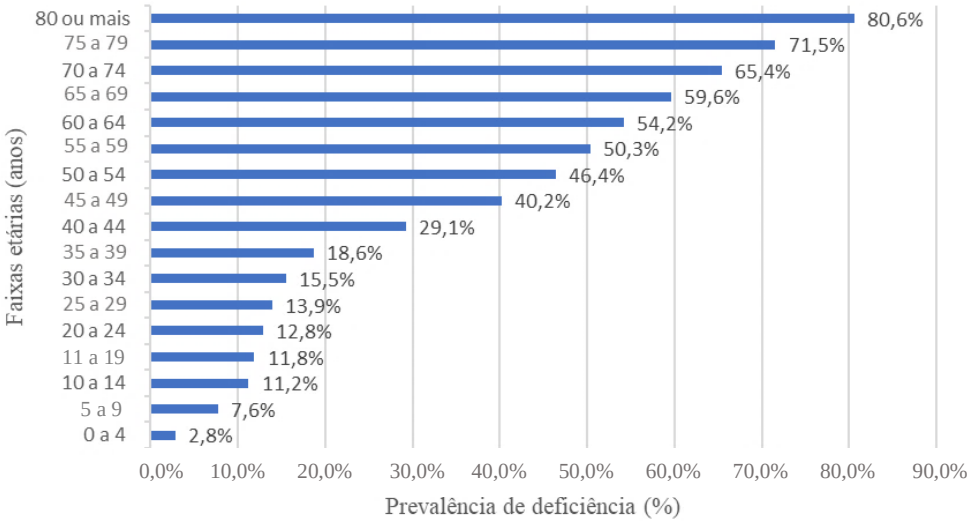
No tocante à prevalência da deficiência na faixa etária de 65 anos ou mais, a deficiência atingia mais da metade das pessoas desse grupo etário (67,7%).

O aumento proporcional da prevalência das deficiências incluídas neste Censo, em relação à idade, advém das limitações do fenômeno do envelhecimento, onde há uma perda gradual da acuidade visual e auditiva e da capacidade motora dos indivíduos (BRASIL, 2010e).

França (2014) explica que o aumento da deficiência com o passar da idade está relacionado ao maior tempo de exposição ao risco da deficiência e associado ao envelhecimento e fragilidade da saúde humana, com redução das capacidades funcionais. Por essa razão, é esperado que a deficiência siga uma tendência crescente com a idade, atingindo maior concentração entre os mais velhos.

O Gráfico 10 vem confirmar este fato, com a representação do aumento progressivo da deficiência com o passar da idade no Brasil. Evidencia que o aumento médio da prevalência até 39 anos era de 2,1% a cada quatro anos, e que a partir de 40 anos essa média aumentou para 6,8% a cada quatro anos.

Gráfico 10 – Prevalência da deficiência, por faixas etárias, no Brasil – IBGE, Censo 2010



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE, Censo Demográfico 2010 (BRASIL, 2010e).

Os Quadros 33, 34 e 35, a seguir, demonstram as condições socioeconômicas[270] das PcD segundo os dados do IBGE, Censo Demográfico 2010.

Quadro 33 – Alfabetização, Características de trabalho e Rendimento nominal, das PcD e das pessoas sem deficiência (PsD)[271] no Brasil, região Norte, Amazonas e Manaus

Localidade	Critérios pesquisados											
	Alfabetização (5 anos ou mais) [272]		Característica de trabalho		Rendimento (nominal mensal em salários mínimos)[273]							
			Nível de ocupação[274]		Até 1		Mais de 1 a 5		Mais de 5		Sem rendimento[275]	
	PcD	PsD	PcD	PsD	PcD	PsD	PcD	PsD	PcD	PsD	PcD	PsD
Brasil	82%	92%	27%	73%	37%	26%	32%	36%	6%	7%	24%	38%
Norte	80%	88%	27%	72%	41%	28%	26%	22%	4%	4%	28%	46%
Amazonas	83%	87%	27%	72%	36%	24%	29%	22%	5%	4%	30%	50%
Manaus	91%	94%	30%	70%	27%	20%	34%	31%	7%	6%	31%	43%

Fonte: Elaboração própria com os dados do IBGE, Censo Demográfico 2010.

Com relação a alfabetização, o Brasil apresentou aproximadamente 82% de taxa de alfabetização para as PcD, na faixa etária de cinco anos ou mais, contrapondo com 92% das pessoas sem deficiência na mesma faixa etária. A cidade de Manaus teve o maior percentual de PcD alfabetizadas, aproximadamente 91% em comparação as outras localidades, segundo o Quadro 4 (Brasil – 82%, Região Norte – 80% e o estado do Amazonas 83%).

Conforme a síntese dos resultados divulgados pelo IBGE, Censo 2010 a Região Norte apresentou a menor taxa de alfabetização das crianças deficientes de seis a 14 anos entre as demais regiões brasileiras, mas a menor diferença (menos de um ponto percentual) entre elas e as crianças sem deficiência. Isso indica que a inclusão escolar das crianças que residem nessa região sofre influência de outros fatores, como a infraestrutura de transporte (BRASIL, 2010f).

Analisando a questão do rendimento, percebemos que as PcD apresentaram uma maior proporção no grupo de até um salário mínimo no Brasil, Região Norte e Amazonas, com exceção da cidade de Manaus, onde a maior proporção foi no grupo sem rendimento.

[270] São representadas pelos aspectos educacionais (frequência à escola, alfabetização e nível de instrução), acesso ao trabalho (nível de ocupação e taxa de atividade – percentual de pessoas economicamente ativas na população de 10 ou mais anos de idade) e rendimentos (BRASIL, 2010e).

[271] Para melhor formatação do quadro utilizamos a abreviação das pessoas sem deficiência (PsD).

[272] Disponível em: https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/3427.

[273] O valor do salário mínimo utilizado foi R$ 510,00 e a faixa etária de dez anos ou mais (BRASIL, 2010e).

[274] Percentual de pessoas ocupadas na semana de referência na população de dez anos ou mais de idade (BRASIL, 2010e). Disponível em: https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/3430.

[275] Esta categoria inclui as pessoas que recebem somente benefícios (BRASIL, 2010e).

Na comparação das PcD com as pessoas sem deficiência, no grupo que recebia até 1 salário mínimo, a população de deficientes representou uma maior proporção em todas as localidades do Quadro 33.

No critério nível de ocupação, as PcD representaram menor proporção em todas as localidades do mesmo quadro, quando comparadas às pessoas sem deficiência com uma diferença estatisticamente significante, em média de 44 pontos. Nessas mesmas localidades, apenas 27,7%, em média, da população de deficientes pesquisados trabalhavam na época do referido estudo.

O Quadro 34 expõe a frequência escolar das PcD no Brasil, na Região Norte no estado do Amazonas e na cidade de Manaus, separadas pela natureza das deficiências estudadas pelo IBGE, Censo 2010.

Quadro 34 – Frequência escolar[276] das PcD no Brasil, região Norte, Amazonas e Manaus

Localidade	Frequência escolar				
	Total (pelo menos uma das deficiências investigadas)	Deficiência visual	Deficiência auditiva	Deficiência motora	Deficiência mental/intelectual
Brasil	16%	16,3%	12,2%	7%	19,7%
Norte	19%	17,8%	17,4%	9,3%	24,5%
Amazonas	22%	21%	20,2%	11,3%	25.9%
Manaus	23%	23,3%	20%	15,2%	25%

Fonte: Elaboração própria com os dados do IBGE, Censo Demográfico 2010.

Do total de pelo menos uma deficiência investigada pelo IBGE, no Censo 2010 a cidade de Manaus demostrou a maior frequência escolar (23%) dentre as localidades do Quadro 34.

A deficiência com a maior frequência escolar, em todas as localidades abordadas no mesmo quadro, foi a mental/intelectual seguida pelas deficiências visual, auditiva e por último a motora. Podemos analisar essa menor frequência correlacionando-a à dificuldade de

[276] Com relação a este aspecto educacional, decidimos não comparar a frequência escolar de PcD com a das pessoas sem deficiência, e sim, entre os tipos de deficiências pesquisadas. Em virtude de muitas PcD apresentarem déficit cognitivo e frequentarem a escola por um período mais longo do que as pessoas sem deficiência. Assim, a escolha de uma faixa etária de comparação seria complicada, pois muitas PcD frequentam a escola até a fase adulta. Para PcD a escola além de ser o local de aprendizado, também é o ambiente de socialização e de atividades coletivas. Desta forma, achamos mais importante saber quantos deles frequentam a escola e se há diferença entre os tipos de deficiência do que compararmos com as pessoas sem deficiência. Portanto para o cálculo da frequência escolar escolhemos utilizar o total da amostra das PcD, em todas idades (0 a 50 anos e mais), e localidades deste quadro e separarmos por tipo de deficiência investigada pelo IBGE, Censo Demográfico de 2010. Disponível em: https://sidra.ibge.gov.br/acervo#/S/CD/A/60/T/3434.

locomoção dessas pessoas, o que pode vir a dificultar as mesmas a frequentarem a escola. Desta forma, a deficiência motora atuou como um fator limitante.

O Quadro 35 evidencia o nível escolar de PcD e pessoas sem deficiência com 15 anos ou mais idade no Brasil, Região Norte, estado do Amazonas e cidade de Manaus divididas em quatro grupos: sem instrução e fundamental incompleto; fundamental completo e médio incompleto; médio completo e superior incompleto e superior completo, conforme o IBGE, Censo 2010.

Quadro 35 – Distribuição percentual da população, de 15 anos ou mais de idade, por existência de pelo menos uma das deficiências investigadas e sem deficiências, quanto o nível de instrução no Brasil, região Norte, Amazonas e Manaus – IBGE, Censo 2010

Local	Nível de instrução[277]									
	Total de pessoas pesquisadas (100%)		Sem instrução e Fundamental incompleto		Fundamental completo e Médio incompleto		Médio completo e Superior incompleto		Superior completo	
	PcD	PsD	PcD	PsD	PcD	PsD	PcD	PsD	PcD	PsD
Brasil	29,1%	70,8%	61,1%	38,2%	14,1%	20,9%	17,6%	29,7%	6,6%	10,3%
Norte	30,2%	69,7%	61,8%	44,9%	13,9%	21,1%	18,4%	27,0%	5,3%	6,0%
Amazonas	30,2%	69,7%	55,3%	42,4%	14,2%	20,2%	23,1%	30,2%	6,5%	6,0%
Manaus	31,9%	67,9%	43,4%	28,7%	16,1%	21,3%	30,8%	40,0%	8,6%	8,7%

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010 (BRASIL, 2010e).

Destacamos que no critério sem instrução e fundamental incompleto, no Brasil, foram encontradas 61,1% de PcD, enquanto 38,2% para as pessoas sem deficiência, evidenciando uma diferença estatisticamente significativa de 22,9 pontos percentuais entre os dois grupos.

Para a Região Norte, neste mesmo nível de instrução, a diferença encontrada foi de 16,9 pontos percentuais (PcD – 61,8% e pessoas sem deficiência – 44,9%); no Amazonas essa diferença foi de 12,9 pontos percentuais (PcD – 55,3% e pessoas sem deficiência – 42,4%); e em Manaus, 14,7 pontos percentuais (PcD – 43,4% e pessoas sem deficiência – 28,7%). Manaus apresentou a menor proporção de PcD (43,4%), sem instrução e com o ensino fundamental incompleto, quando comparada com as outras localidades: Brasil (61,1%), Região Norte (61,8%) e Amazonas (55,3%).

A cidade de Manaus também apresentou uma proporção maior de PcD nos níveis de instrução: fundamental completo e médio incompleto; médio completo e superior incompleto; e superior completo, quando comparada ao Brasil, a Região Norte e o estado do Amazonas.

[277] A diferença entre o somatório das PcD e das pessoas sem deficiência para o total de 100% nos diferentes níveis de instrução se refere aos não determinados (segundo Nota técnica deste Censo, são pessoas com informações que não permitiram a sua classificação).

Esclarecemos que, de acordo com a síntese dos resultados divulgados pelo IBGE (2010), neste Censo, não foram pesquisadas diversas doenças tais como: sistêmicas crônicas, oncológicas, infectocontagiosas, psíquicas, comportamentais, neurológicas dentre outras. Logo, os mesmos, se encontram subestimados quando pensamos em todas as enfermidades existentes que não foram abordadas neste estudo.

A definição e a mensuração da deficiência e incapacidade tornaram-se tema de crescente interesse, em especial a partir do momento em que as pessoas começaram a viver mais tempo, quando aumentaram as doenças crônicas e suas consequências (NUBILA, 2010).

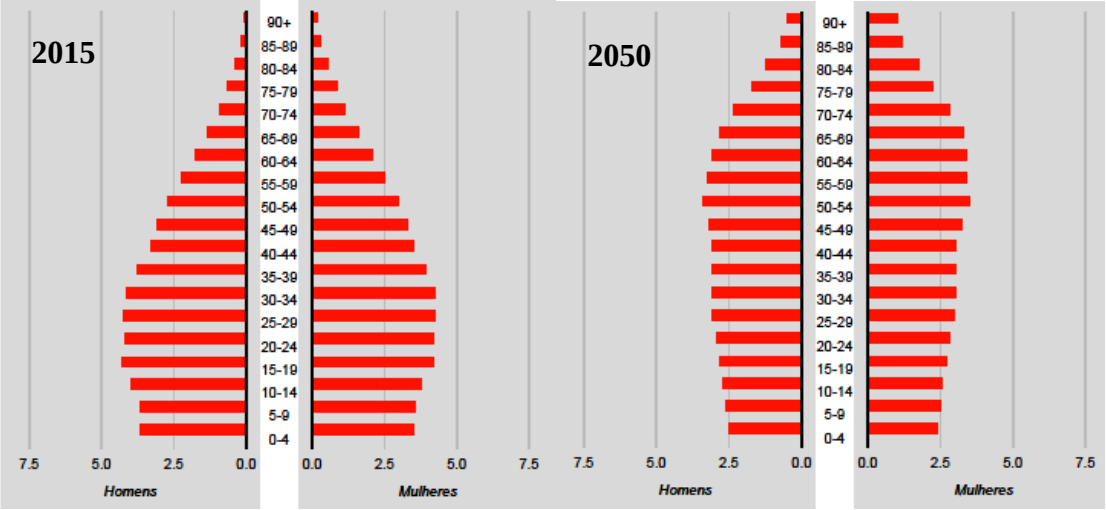
Apesar da magnitude da questão a OMS, 2011 alerta que:

> "[...] faltam tanto consciência como informação científica sobre as questões relativas à deficiência. Não há consenso sobre definições e pouca informação comparável internacionalmente sobre a incidência, distribuição e tendências da deficiência. Há escassos documentos com compilação e análise do modo em que os países desenvolvem políticas e respostas para abordar as necessidades das pessoas com deficiência" (WHO, 2011).

Conforme pudemos notar nos resultados dos Censos IBGE/2000 e IBGE/2010 a prevalência da deficiência tem aumentado no Brasil e o país atravessa uma transição demográfica importante, com o envelhecimento crescente da população.

A Figura 15, a seguir, demonstra a pirâmide etária do Brasil em 2015 e uma projeção para 2050, demonstrando que ao longo dos anos teremos um estreitamento da base da pirâmide e um alargamento do pico. Isso reflete o aumento da expectativa de vida, o envelhecimento da população e a diminuição da taxa de natalidade.

Figura 15 – Pirâmides etárias do Brasil nos anos de 2015 e 2050, por gênero e grupos etários



Fonte: IBGE - Projeção da população do Brasil.
Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/

Neste contexto, o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde divulgado pela OMS em 2015 informa que a população de idosos, acima de 60 anos, no mundo irá dobrar de 12,5%

(2015) para 21,5% em 2050, correspondendo a mais de 1/5 (2 bilhões) da população mundial. O relatório indica que em 2050 "a população brasileira será de 253 milhões de habitantes, a quinta maior população do planeta, abaixo apenas da Índia, China, EUA e Indonésia". E o IBGE estima que número de idosos, acima de 60 anos, irá aumentar na proporção de 12,32%, em 2015, para 28,46% em 2050.

Assim, segundo estas projeções, o Brasil será considerado uma nação envelhecida (classificação dada a países constituídos de população idosa acima de 14%) como a França, Inglaterra e Canadá (WHO, 2015).

A OMS alerta para o fato de a França ter tido quase 150 anos para se adaptar ao crescimento de 10% para 20%, desta faixa etária, enquanto Brasil, China e Índia terão um pouco mais de 20 anos para fazer essa adaptação. O mesmo documento estimou que uma criança nascida no Brasil em 2015 viverá 20 anos a mais do que uma criança que nasceu 50 anos antes, corroborando com o aumento da expectativa de vida dos brasileiros.

O IBGE contabilizou que, desde a década de 80, os brasileiros ganharam mais 12,4 anos de vida, graças a avanços como a diminuição das taxas de mortalidade, especialmente a infantil, controle da natalidade e melhoria da qualidade de vida.

O país atravessa uma transição demográfica importante, com o envelhecimento da população e seu alto impacto na saúde das pessoas idosas, bem como maior prevalência das doenças crônicas, aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes, que pode acarretar o aumento de doenças crônicas na fase adulta (BRASIL, 2012k).[278] Deste modo a tendência é nos defrontarmos com uma população maior de idosos e com um número maior de indivíduos com deficiência, especialmente após os inúmeros casos de Microcefalia provenientes da infecção pelo vírus Zika, no Brasil.

4.3 **Condições de saúde das PcD e seus determinantes sociais**[279].

A deficiência é um fenômeno mundial frequentemente associado à pobreza, com impactos econômicos, educacionais, culturais, sociais e políticos com implicações para toda sociedade (BRASIL, 2012k).

---

[278] Nota técnica nº 41, de 20 de novembro de 2012, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

[279] A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), criada pelo Decreto Presidencial 13/03/ 2006, define como determinantes sociais da saúde "os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população" (BUSS & PELLEGRINE FILHO, 2007).

Conforme a Convenção da ONU/2006, a maioria das PcD vive em condições de pobreza, desvantagens sociais, e a relação de interação entre essas pessoas e as barreiras existentes nos espaços, no meio físico, no transporte, na informação, na comunicação, nos serviços, e no ambiente impede sua plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de oportunidades com os demais indivíduos (BRASIL, 2009g).

Corroborando com esta informação Starfield (2011) descreve que as PcD integram um segmento social entre os mais excluídos do mercado de trabalho, dos mecanismos de geração de renda, da educação e do acesso as oportunidades sociais com chances iguais.

Com relação a associação da deficiência e sua influência nas condições sociais, a OMS aponta para as PcD apresentarem piores perspectivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade, participação econômica menor, e taxas de pobreza mais elevadas, em comparação com as pessoas sem deficiência (WHO, 2011).

Alguns autores afirmam existir uma relação bidirecional entre a pobreza e a deficiência, na medida em que os recursos necessários para evitar o aparecimento da deficiência são restringidos pela condição de baixo desenvolvimento econômico e social dos indivíduos. Por outro lado, em decorrência da deficiência, as oportunidades sociais e econômicas são reduzidas, pois gera empecilhos para educação, emprego, acesso a programas e serviços de desenvolvimento e proteção social, acarretando pobreza e exclusão. É difícil romper esse ciclo vicioso (BIELER *et al.*, 2011; GROCE *et al.*, 2011; FRANÇA, 2014).

Há também um forte impacto econômico da deficiência nas possibilidades de todo o núcleo familiar, como o que diz respeito as necessidades de cuidado que muitas vezes pesam sobre os membros da família, de acordo com os custos adicionais de cuidados e reabilitação que geralmente trazem (BIELER *et al.*, 2011). A deficiência tem relação direta com condições precárias de nutrição, moradia, saneamento básico, acesso a serviços de saúde e baixa renda, sendo condições determinantes em áreas de incidência da pobreza, principalmente em países pobres e em desenvolvimento, como alguns países da América Latina, África e parte da Ásia (GROCE *et al.*, 2011).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) acredita que incidências maiores de deficiência, em países pouco desenvolvidos ou em desenvolvimento, decorrem dos seguintes fatores:

> "(a) Alta proporção de famílias sobrecarregadas e famílias pobres e sem recursos;
> (b) Populações com alta proporção de analfabetismo e pouca atenção às medidas de saúde, educação e assistência social;
> (c) Ausência em todos os níveis (dos populares aos governantes) de informação precisa sobre deficiência, suas causas, prevenção e tratamento;

> (d) Programas insuficientes para a prevenção das condições que causam lesões e serviços inadequados para dar resposta à lesão e a deficiência;
> (e) Obstáculos como a falta de dinheiro, distâncias geográficas e barreiras sociais que impossibilitam muitas crianças de beneficiarem-se de serviços que possam existir;
> (f) Recursos limitados para prover serviços altamente especializados ao alcance da maior parte das crianças que deles necessitam;
> (g) Falta ou insuficiência de infraestrutura para os serviços de saúde, educação, assistência social e preparo vocacional;
> (h) Baixa prioridade de estratégias para o desenvolvimento de atividades relacionadas à prevenção da deficiência e reabilitação" (UNICEF, 1980, p.16).

Informações da ONU confirmam o explicitado quando descrevem que ter alguma deficiência aumenta o custo de vida em um terço da renda; mais de 80% das PcD vivem na pobreza; entre as pessoas mais pobres do mundo, 20% têm algum tipo de deficiência; e 30% dos meninos ou meninas de rua têm algum tipo de deficiência.[280] Isso reforça a relação entre a deficiência, a privação de direitos, a miséria e a exclusão.

No que diz respeito à educação, a ONU aponta que a escola primária, é um desafio maior para as crianças com deficiência. Enquanto 60% das crianças com deficiência completam essa etapa dos estudos nos países desenvolvidos, nos países em desenvolvimento apenas 10% conseguem completa-la, sendo que destas, 45% são meninos; 32% são meninas e 90% das crianças com deficiência não frequentam a escola.

Segundo o MS, as principais causas de deficiências no Brasil são: transtornos congênitos e perinatais (devido à falta de assistência ou assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva); doenças transmissíveis e crônicas não transmissíveis[281]; perturbações psiquiátricas; abuso de álcool e drogas; desnutrição[282]; e traumas e lesões (principalmente em centros urbanos onde são crescentes os índices de violência e acidentes de trânsito) (BRASIL, 2002b).

Outra causa importante, de acordo com o MS, está relacionada aos males crônico-degenerativos como: hipertensão arterial, diabetes, infarto, acidente vascular cerebral (AVC), Alzheimer, câncer, e outros, devido ao aumento da expectativa de vida da população

---

[280] Disponível em: https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-com-deficiencia/.

[281] As condições crônicas vão muito além das doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, doença cardiovascular, câncer, doenças respiratórias crônicas etc.) envolvendo também: as doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/aids, hepatites virais etc.); as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção ao parto, às puérperas e aos recém-natos); as condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e monitoramento da capacidade funcional dos idosos); os distúrbios mentais de longo prazo; as deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes etc.); as doenças metabólicas; e a grande maioria das doenças bucais (MENDES, 2011, pág. 27).

[282] Os aspetos nutricionais podem exercer um papel de grande importância no risco de se tornar uma PcD. Além do papel central no desenvolvimento intelectual das crianças, ela é determinante na capacidade de desenvolver, resistir e superar doenças ao longo da vida (BISMARK-NASR *et al.*, 2008).

brasileira. Neste sentido a OMS estima que as doenças crônicas são responsáveis por 66,5% de todos os anos vividos, com deficiência, nos países de renda média e baixa (WHO, 2011; WHO, 2008).

Mendes (2011) relata que os fatores determinantes para o aumento das condições crônicas são as mudanças demográficas, alterações nos padrões de consumo e nos estilos de vida, urbanização acelerada e estratégias mercadológicas eficazes desenvolvidas de produtos nocivos à saúde, como os provenientes das indústrias de cigarro, álcool e alimentos industrializados.

A última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013, pelo IBGE, em seu volume 1[283], descreve que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem atualmente o problema de saúde de maior relevância e magnitude, sendo responsáveis por mais de 70% das causas de mortes no Brasil. As doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas, principais DCNT, têm respondido por um número elevado de mortes antes dos 70 anos de idade e perda de qualidade de vida, gerando incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes em suas atividades de vida diária (AVD), de trabalho e lazer (BRASIL, 2015e).

Portanto, as PcD apresentam piores perspectivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade, participação econômica menor e taxas de pobreza mais elevadas em comparação as pessoas sem deficiência. Tais dificuldades são acentuadas nos países mais pobres (WHO, 2011).

Vimos também que a população mundial e brasileira está aumentando e envelhecendo, apresentando um número cada vez maior de PcD. Neste contexto, é importante que os determinantes sociais de saúde e o perfil demográfico dos deficientes sejam considerados no planejamento de ações de saúde para este segmento da população, prevenindo e minimizando os problemas decorrentes do acometimento da deficiência nas diferentes idades e com risco maior na população idosa, devido ao aumento da deficiência e doenças crônicas nas pessoas de mais idade.

4.4 **Condições de saúde bucal dos pacientes com necessidades especiais (PNE)**

[283] O volume 1 da PNS se refere a percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas e destinou uma seção somente às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dividindo-as em: hipertensão arterial, diabetes, colesterol, asma, doenças cardiovasculares (DCV), AVC, problema crônico de coluna, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, depressão, insuficiência renal crônica e câncer (BRASIL, 2014l).

No item anterior, observamos que os determinantes sociais influenciam a saúde geral, o mesmo acontecendo com a saúde bucal, conforme Bueno *et al*. (2014):

> "**A saúde bucal é um componente indissociável e integrante da saúde geral**. Muitas doenças sistêmicas têm suas primeiras manifestações na boca e também sofrem consequências da condição de saúde bucal. As doenças bucais são importantes sinais de diagnóstico precoce para problemas de saúde geral. Assim, a saúde bucal afeta e é afetada pela saúde geral e pelos determinantes sociais de saúde" (BUENO *et al*., 2014, grifo nosso, p. 21).

Vimos anteriormente que a deficiência tem uma relação direta com as condições sociais, por conseguinte os PNE tendem a apresentar uma saúde bucal insatisfatória. Os distúrbios funcionais e patológicos das doenças bucais são de etiologia multifatorial e o desenvolvimento dos mesmos está fortemente ligado com os fatores de risco existentes nestes pacientes. Além disso, sem o tratamento preventivo e específico, as condições bucais interagem com as manifestações sistêmicas (doenças cardíacas, deficiência imunológica, comportamento entre outras) e podem comprometer a saúde geral desses indivíduos (HENNEQUIN *et al*., 1999).

Desta forma, esta população apresenta diversos fatores que contribuem para a instalação das doenças bucais, como citaremos (CAMARGO, 2005; CANCINO, 2005; CAMPOS *et al.*, 2006; NUNES *et al*., 2006; COSTA, 2007; CASTRO *et al.*, 2010; GONÇALVES *et al*., 2010):

- ingestão crônica de medicamentos via oral;[284]
- tipo de alimentação;[285]
- uso prolongado da mamadeira;
- alterações funcionais (deglutição atípica, respiração bucal e dificuldade na mastigação);
- baixa ou nenhuma autonomia para realização da higiene bucal adequada (muitos são totalmente dependentes ou parcialmente dependentes para realizar as atividades de vida diária (AVD);[286]
- alterações estruturais (faciais, bucais e dentárias);[287]

---

[284] Diversos medicamentos, principalmente na forma de apresentação líquida, possuem sacarose na sua composição (CAMPOS *et al.*, 2006). Muitos medicamentos têm efeitos colaterais que acarretam a predisposição às doenças bucais e reações na cavidade bucal (PIRES *et al*., 2009).

[285] A dieta desses pacientes geralmente tem alta ingestão de carboidratos, sacarose, e a consistência é pastosa ou líquida, contribuindo para o acúmulo de biofilme nas superfícies dentais (TOMITA & FAGOTE, 1999).

[286] São consideradas como AVD as tarefas básicas de autocuidado, como alimentar-se, vestir-se, tomar banho, ir ao banheiro, pentear-se e realizar a higiene bucal (HADDAD, 2007).

- hábitos bucais deletérios (interposição lingual, onicofagia[288] e sucção digital);
- distúrbios cognitivos e motores;
- doenças sistêmicas e problemas imunológicos; e
- e ainda hospitalizações prolongadas.

Os últimos levantamentos epidemiológicos nacionais realizados pelo MS (SB-Brasil 2003 e 2010) não trouxeram na síntese dos seus resultados nenhum dado sobre esses indivíduos (BRASIL, 2003; BRASIL, 2011i). Desta forma os estudos existentes são geralmente de abrangência local realizados em instituições, escolas, hospitais, projetos de extensão de universidades entre outros, como os que iremos mencionados a seguir.

Guerreiro & Garcia (2009) encontraram índices elevados de alteração gengival e de experiência de cárie em crianças com paralisia cerebral (PC). Cabanilla & Molinari (2009) relataram que algumas doenças estão incluídas nos fatores de risco para a doença periodontal, como: diabetes mellitus, HIV/AIDS, leucemia, síndrome de Papillon-Lefevre e síndrome de Down.

Na pesquisa de Castro *et al*. (2010) com múltiplas deficiências (PC, transtorno do espectro autista (TEA), deficiência de inteligência, hiperatividade, síndromes diversas, transtornos psiquiátricos, acidente vascular encefálico (AVE), epilepsia, cardiopatias e Alzheimer), as principais doenças bucais foram a cárie dentária e doença periodontal.

Conforme o estudo de Amaral (2013) os principais achados bucais dos pacientes com TEA se referiam, principalmente, a cárie dentária, doença periodontal, perda de dentes e biofilme dentário. Nasiloski *et al*. (2015) também observaram condições periodontais e de higiene bucal dos PNE insatisfatórias, visto que foram encontrados quadros de alto índice de placa e sangramento gengival espontâneo.

Em uma pesquisa realizada com alunos da APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) de Passo Fundo-RS, com diversos tipos de deficiência, Pini *et al.* (2016) verificaram um alto índice de cárie dentária, higiene bucal insatisfatória e alimentação inadequada entre os sujeitos analisados. Neste sentido as maiores dificuldades encontradas para a realização da higiene bucal de PNE foram: falta de coordenação motora dos indivíduos e deglutição do dentifrício (FLÓRIO *et al.*, 2007).

---

[287] Anomalias congênitas, paralisia dos músculos faciais, hipotonia muscular, micrognatia, fissuras lábiopalatais, dificuldade de abertura de boca, amelogênese e dentinogênese imperfeitas, má oclusão etc (VARELLIS, 2017).

[288] Hábito compulsivo de morder ou roer as unhas das mãos e/ou dos pés denotando desordens mentais e emocionais (VARELLIS, 2017).

Com relação alimentação, estudo com crianças atendidas pela APAE de Bauru-SP verificou alto consumo de alimentos com sacarose (TOMITA & FAGOTE, 1999); já em outra pesquisa, observou que 69,5% das crianças recebiam aleitamento artificial com produtos contendo sacarose, comprovando que a dieta destes pacientes era cariogênica, contribuindo para a instalação da doença cárie (MORAES *et al.*, 2000).

Resende *et al.* (2007) relataram que o uso da mamadeira por tempo prolongado possui um papel deletério no desenvolvimento da cárie dentária na dentição decídua entre os pacientes com deficiências neuropsicomotoras. E segundo Shardosim *et al.* (2015), ao nascimento esses indivíduos solicitam muitos cuidados terapêuticos relacionados à saúde geral, priorizados durante um período – logo, a atenção odontológica precoce fica adiada ou negligenciada.

A assistência odontológica para essa população geralmente é tardia, quando as necessidades já estão acumuladas e a condição bucal mais comprometida. Desta forma a prevenção precoce e a educação à saúde bucal aos familiares e cuidadores desses indivíduos são medidas recomendadas, a fim de melhorar a saúde bucal e o cirurgião-dentista deve estar inserido na equipe multidisciplinar que atende essa população desde o nascimento.

4.5 **Assistência odontológica aos pacientes com necessidades especiais (PNE)**

Os PNE não compõem um grupo homogêneo, existindo inúmeras deficiências como visto anteriormente. Cada um deles apresenta diferentes características, condições de saúde, incapacidades, limitações, comportamentos, dentre outras variáveis, e esse conjunto de diversidades vai refletir diretamente na assistência odontológica.

No que se refere à assistência odontológica para essas pessoas, em todas as idades, os principais diferenciais são: a sensibilidade que o cirurgião-dentista deve ter para analisar as especificidades de cada paciente, o conhecimento para realizar a abordagem clínica correta e o manejo comportamental adequado. E também aptidão pessoal, pois a atenção que os PNE e a sua família necessitam requer paciência, escuta cautelosa e ponderação para entender e saber lidar com todas as questões que envolvem esses indivíduos.

O tratamento odontológico desses pacientes demanda uma abordagem diferenciada em virtude das limitações estabelecidas por suas deficiências. Cada deficiência e respectivas limitações devem ser muito bem estudadas e entendidas pelos profissionais de Odontologia,

para que saibam lidar com as diversas questões relacionadas a esses indivíduos. Para tanto, o CD deve buscar conhecer as limitações físicas, mentais e comportamentais, a condição de saúde geral e bucal, a história médica, odontológica e familiar, para planejar e executar corretamente o tratamento odontológico individualizado (ANDRADE & ELEUTEIO, 2015; HADDAD, 2007; OLIVEIRA & GIRO, 2011).

Desta forma, o CD deve estar atento à patologia principal, possíveis associações com outras enfermidades, distúrbios secundários[289], comprometimentos, terapêutica medicamentosa (usada ou não), interações farmacológicas com anestésicos e medicamentos utilizados no tratamento odontológico, e efeitos colaterais que podem afetar e/ou manifestar-se na cavidade bucal.

Regularmente, para os PNE, a solicitação de exames complementares é necessária para avaliação se os mesmos estão aptos ou não a serem submetidos ao tratamento odontológico. É imprescindível que o CD saiba interpretar os exames analisando se os resultados irão interferir e/ou influenciar nos procedimentos que serão realizados, considerando as inúmeras alterações do estado de saúde que estes pacientes apresentam.

Devido aos múltiplos comprometimentos e problemas de saúde, deste grupo de pacientes, o CD deve interagir com a equipe multidisciplinar[290] que os assiste, visando otimizar a atenção integral (SCHARDOSIM *et al.,* 2015). Muitas vezes a técnica para a realização dos procedimentos odontológicos não muda para esta população, ou seja, o tratamento odontológico em si é o mesmo realizado nos pacientes sem necessidades especiais e/ou sem deficiência. No entanto, alguns destes carecem de cuidados odontológicos, específicos, em virtude de suas condições de saúde. Podemos mencionar uns exemplos:

- Determinados pacientes necessitam de anestésicos odontológicos específicos para a sua condição de saúde;[291]
- Pacientes com discrasias sanguíneas, hepatopatias e aqueles que apresentam hemangiomas na cavidade bucal, podem demandar procedimentos hemostáticos diferenciados;

---

[289] Podemos citar como exemplos de distúrbios secundários: convulsões, déficits cognitivos, dificuldades na fala, alterações visuais, auditivas e sensoriais, distúrbios do comportamento etc. (HADDAD, 2007).

[290] Profissionais que regularmente integram a equipe multidisciplinar que assiste os PNE: assistente social, médicos de diversas especialidades (cardiologista, neurologista, pediatria, psiquiatra, hematologista, infectologista, hepatologista, oncologista, imunologista etc.), enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, entre outros (HADDAD, 2007).

[291] Alguns exemplos: cardiopatas (incluindo certos pacientes com síndrome de Down, síndrome de Kabuki e demais síndromes que também apresentam cardiopatia congênita), grávidas etc. (VARELLIS, 2017).

- Certos pacientes precisam realizar profilaxia antibiótica prévia ao tratamento odontológico e outros que apresentam restrições medicamentosas;
- Os pacientes oncológicos e aqueles que irão ser submetidos a transplantes devem ter o acompanhamento odontológico antes, durante e após os procedimentos médicos a fim de evitar infecções bucais e minimizar complicações[292] advindas do tratamento médico;
- Existem condições de saúde[293] que apresentam manifestações bucais associadas;
- Alguns pacientes necessitam de contenção mecânica realizada através de métodos auxiliares de estabilização;[294]
- Outros pacientes exigem cuidados peculiares com relação ao manejo comportamental[295] e manejo corporal e/ou da face e cavidade bucal[296];
- Os pacientes com síndromes e sequências apresentam diversas características, sendo necessário o conhecimento das mesmas para o planejamento e realização do tratamento odontológico;
- Diferentes pacientes apresentam restrições específicas para a realização do tratamento odontológico;[297] e
- Alguns pacientes não permitem o atendimento odontológico ambulatorial, sendo necessária a realização em âmbito hospitalar, sob anestesia geral ou sedação.[298]

---

[292] Algumas complicações bucais advindas da quimioterapia e radioterapia: sangramento bucal, mucosite, xerostomia, cárie de radiação, osteoradionecrose, alteração do paladar (hipogeusia e disgeusia), disfagia, entre outras (SANTOS & SOARES JUNIOR, 2012).

[293] Diabetes, gravidez, hepatopatias, doenças autoimunes, nefropatias e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), entre outras. Muitas vezes, como no caso da AIDS, o CD pode ser o primeiro profissional de saúde a reconhecer essa enfermidade devido às manifestações bucais, por isso o conhecimento das mesmas por parte do profissional é importante (SANTOS & SOARES JUNIOR, 2012).

[294] Devido à dificuldade motora, dificuldade de comunicação, hipermotricidade e hipomotricidade muscular, limitação física, déficit cognitivo, barreiras comportamentais entre outros. Exemplos de métodos auxiliares de contenção mecânica: Estabilizador de Godoy, Macri, Easy Comfort, abridores de boca e outros (HADDAD, 2007).

[295] Pacientes psiquiátricos, transtorno do espectro autista (TEA), deficiência intelectual, transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), etc. (VARELLIS, 2017).

[296] Pacientes com osteogênese imperfeita, epidermólise bolhosa, paralisia cerebral (PC), micro e hidrocefalia, fissuras labiopalatais, sequência de Moebiüs, dentre outros (HADDAD, 2007).

[297] Como os pacientes que realizam hemodiálise ou diálise peritoneal; pós AVE e infarto; com doenças respiratórias; grávidas, entre outros (HADDAD, 2007).

Gostaríamos de ressaltar que muitas vezes estes pacientes necessitam de acompanhamento e manutenção do tratamento odontológico em intervalos menores, quando comparados aos pacientes sem necessidades especiais e/ou sem deficiência.

A grande maioria dos PNE pode e deve ser atendida a nível ambulatorial. Aqueles que não permitam o atendimento ambulatorial, seja por dificuldades comportamentais ou pela patologia e/ou condição sistêmica (natureza médica), entre outros comprometimentos, devem ser indicados para o atendimento hospitalar. Cabe ressaltar que este tipo de demanda é restrito, visto que, a maior parte destes indivíduos conseguem ser atendida no nível ambulatorial.

No contexto hospitalar, existem PNE (de diversas idades), que devido as condições de saúde geral, encontram-se internados e necessitam de assistência odontológica nesse ambiente ou em *home care*.[299] No hospital, nem sempre os procedimentos odontológicos demandam ser realizados no centro cirúrgico sob anestesia geral ou sedação. O atendimento odontológico no hospital também pode ser realizado no leito (enfermarias, quartos e UTIs), no consultório odontológico (se a unidade hospitalar dispuser) e na residência se o sistema de internação do paciente for *home care*.

As evidências científicas comprovam que as infecções bucais interferem nas condições sistêmicas e a redução do biofilme bucal em pacientes internados reduz o risco de infecções respiratórias por aspiração. Ademais, a má condição da saúde bucal altera, negativamente, a evolução e a resposta do tratamento médico (ARAÚJO *et al.*, 2009; CUNHA, *et al.*, 2010; CARRILHO NETO *et al.*, 2011; SANTOS & SOARES JUNIOR, 2012; ROCHA & FERREIRA, 2014; SALDANHA *et al.*, 2015).

Assim, o atendimento odontológico para os PNE internados (ambiente hospitalar ou *home care*) é necessário e importante, pois reduz a incidência de infecções locais e sistêmicas oriundas da cavidade bucal, melhorando o quadro de saúde geral dos pacientes e muitas vezes reduzindo o tempo de internação.

No tocante à PNSB, o fluxo da assistência à saúde bucal aos PNE deve iniciar, assim como aos outros pacientes sem deficiência, na AB (porta de entrada do sistema de saúde),

---

[298] Pacientes adultos com barreiras comportamentais, pacientes psiquiátricos com surtos recorrentes, pacientes que não permitam o condicionamento, pacientes com múltiplas enfermidades onde o atendimento ambulatorial seja um risco à saúde, pacientes com deficiência intelectual severa e profunda, restrições físicas graves, certos distúrbios de movimentos etc. (VARELLIS, 2017).

[299] Pacientes HIV-positivos, oncológicos, hepatopatas, cardiopatas, diabéticos, com doenças pulmonares, transplantados, etc. (SANTOS & SOARES JUNIOR, 2012).

através do atendimento odontológico ambulatorial nas UBS e/ou domiciliar[300] por meio das eSB da ESF.[301]

Gostaríamos de ressaltar que, segundo o orientado por esta Política, os PNE devem ter o atendimento odontológico, preferivelmente, neste nível de atenção.

Portanto, devem ser referenciados aos CEO[302] (média complexidade) para a realização dos procedimentos odontológicos da AB, somente aqueles pacientes que porventura não consigam ser atendidos na AB, seja pelas barreiras comportamentais (pacientes de difícil condicionamento/não colaboradores) ou por comprometimento severo.

Sendo assim, na média complexidade são ofertados os procedimentos básicos para os PNE que não conseguiram ser atendidos na AB e os especializados para todos os PNE. Aqueles que não permitirem o atendimento ambulatorial nos CEO devem ser referenciados para o atendimento em âmbito hospitalar sob sedação ou anestesia geral (atenção terciária). Como informamos essa necessidade deve ser restrita.

No que diz respeito à atenção terciária, a assistência odontológica oferecida pela PNSB, nesse nível de atenção, se dá através do atendimento realizado em âmbito hospitalar sob anestesia geral ou sedação, pelo procedimento de código - 04.14.02.041-3[303]: tratamento odontológico para pacientes com necessidades especiais.

Apesar do MS reconhecer a necessidade da assistência odontológica nas UTI ao ter lançado, em 24 de fevereiro de 2010, por intermédio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a RDC nº 7[304], assegurando a presença do CD nesse ambiente (BRASIL, 2010g), a tabela SUS não permite o faturamento e não contabiliza estatisticamente os procedimentos odontológicos, a não ser aqueles realizados juntamente ao código - 04.14.02.041-3.

---

[300] Certos PNE encontram-se acamados e/ou impossibilitados de sair das suas residências demandando assistência odontológica domiciliar.

[301] Este fluxo da PNSB está em consonância com a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e com o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limites, que preconizam que a AB se constitua como o local do atendimento à PcD, "dada a proximidade geográfica e sociocultural com a comunidade circundante" (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2011b).

[302] Vale lembrar que, através dos CEO, a PNSB tem articulação com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCDP).

[303] Portaria GM/MS N.º 1.032, de 05 de maio de 2010 (BRASIL, 2010a).

[304] Essa Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de UTI e na sua Seção IV informa que a assistência odontológica à beira do leito, nesse setor hospitalar, deve ser garantida por meios próprios ou terceirizados (BRASIL, 2010g).

Desta forma, gostaríamos de alertar que ficam de fora da oferta desta política, desprovidos de atenção odontológica, os PNE internados que não demandam e/ou não podem realizar os procedimentos sob anestesia geral ou sedação por sua condição sistêmica não permitir, mas que poderiam realizar o atendimento odontológico no leito ou no consultório odontológico localizado nos hospitais.

Neste capítulo vimos, que a população do nosso estudo é uma população significativa, (aproximadamente um quarto da população brasileira), pois a prevalência no Brasil é relativamente alta e com tendências a aumentar nas próximas décadas. É uma população extremamente vulnerável, devido aos diversos problemas e dificuldades que envolvem as deficiências e suas consequências. Muitas PcD são dependentes parciais ou totais dos seus familiares e dessa forma, a família também é afetada pela condição desses indivíduos. Assim, o contexto que abrange esses indivíduos é complexo, sendo necessária a proteção social do estado acompanhada de uma rede de apoio de serviços públicos para auxiliar e dar suporte às inúmeras dificuldades e problemas que cercam essas pessoas e suas famílias.

Com relação à saúde bucal, as condições das PcD são precárias, considerando que as doenças bucais se apresentam em intensidade e frequência maior nessa população, demandando acompanhamento e controle em intervalos menores, quando comparados às pessoas sem deficiência ou necessidades especiais. É imprescindível que a PNSB e à RCPD consigam proporcionar, de fato, o cuidado e a assistência à saúde bucal que essa população necessita. Nesse sentido vamos observar, a seguir, como a atenção à saúde bucal para às PcD está configurada pela PNSB e RCPD no Amazonas.

5 ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL ÀS PcD NO ÂMBITO DA PNSB NO AMAZONAS

Neste capítulo, vamos abordar a atenção à saúde bucal voltada às PcD, população de estudo dessa tese, no âmbito da PNSB e sua conexão com a RCPD, revelando as características existentes nos três níveis de atenção no Amazonas e em sua capital.

5.1 Assistência odontológica às PcD na AB – Amazonas

Na AB, como a produção não é individualizada, não há como obter dados específicos sobre a população assistida e consequentemente sobre a conexão da RCPD neste nível de atenção. Por isso, iremos analisar a assistência à saúde bucal na AB, no Amazonas de uma forma geral para toda a população. Utilizamos como fonte de consulta e coleta de dados o SIA/SUS, onde buscamos informações referentes a esse nível de atenção no estado e na capital, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2017.

Levantamos os dados sobre os procedimentos odontológicos da AB descritos no Quadro 36. A escolha desses procedimentos teve o intuito de fornecer uma visão geral da assistência, já que os mesmos são os mais rotineiros neste nível de atenção. Ademais, a primeira consulta odontológica programática é utilizada pelo MS para calcular o Indicador de Acesso – Cobertura de primeira consulta odontológica programática, como veremos no Gráfico 12.

Quadro 36 – Procedimentos Odontológicos da AB pesquisados nesta tese

Código (SIGTAP)	Procedimento	
0301010153[305]	primeira consulta odontológica programática	Consulta
0101020074	aplicação tópica de flúor - ATF (individual por sessão)	Prevenção
0307010023	restauração de dente decíduo	Dentística
0307010031	restauração de dente permanente anterior	
0307010040	restauração de dente permanente posterior	
0307030016[306]	raspagem, alisamento e polimento supra gengivais (por sextante)	Periodontia
0414020120	exodontia de dente decíduo	Cirurgia
0414020138	exodontia de dente permanente	

Fonte: Elaboração da própria autora com os dados do SIGTAP/SUS.

Na sequência, vamos demonstrar a evolução dos procedimentos odontológicos escolhidos, a fim de observar como se deu o desenvolvimento dos mesmos ao longo dos dez anos pesquisados no Amazonas e na cidade de Manaus.

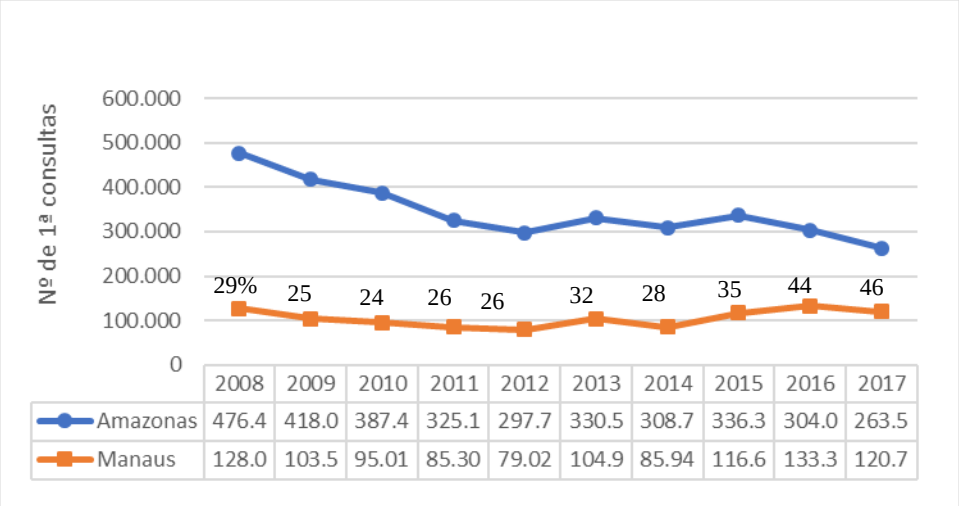
- Consulta:

A primeira consulta programática nos indica o quantitativo de pessoas que tiveram acesso a AB. No Gráfico 11 apresentamos esse quantitativo no Amazonas e em Manaus entre os anos de 2008 e 2017.

[305] A primeira consulta odontológica programática é aquela em que o CD faz o exame clínico odontológico com fins de diagnóstico e elabora o plano preventivo terapêutico (PPT).
Disponível em: http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1165511421710Novos%20Indicadores%20-%20Minist%E9rio%20da%20Sa%FAde%20-%202006.pdf

[306] Em maio de 2016 este código foi alterado para: 0307030059, permanecendo a mesma descrição raspagem, alisamento e polimento supra gengivais (por sextante).

Gráfico 11 – Descrição do quantitativo de Primeira Consulta Odontológica Programática, Amazonas e Manaus – 2008 a 2017[307]



Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do SIA/SUS.

O Gráfico 11 demonstra que o Amazonas apresentou uma curva descendente com períodos de pequenos aumentos. Verificamos que o número de primeiras consultas odontológicas programáticas diminuiu quase que a metade (44,7%) entre 2008 (476.408 - 1ª consultas) e 2017 (263.518 - 1ª consultas). Em 2017, metade dos municípios do estado (31 municípios) não tiveram a produção do referido procedimento lançada por vários meses e sete[308] municípios não tiveram nenhuma consulta lançada durante todo o referido ano, o que pode explicar esse decréscimo.

Manaus apresentou uma curva sem muitas oscilações durante os dez anos pesquisados, demonstrando um decréscimo de 5,6% entre 2008 (128.009 - 1ª consultas) e 2017 (120.776 - 1ª consultas).

Quando comparada ao Amazonas, Manaus, tinha em 2008 um quantitativo de 1ª consultas que representava 29% das 1ª consultas do estado. Como o Amazonas apresentou queda desse procedimento (2008 -2017) e a capital não teve grandes oscilações no mesmo período, a proporção de 1ª consultas da capital em relação ao estado aumentou, chegando a representar 46% em 2017.

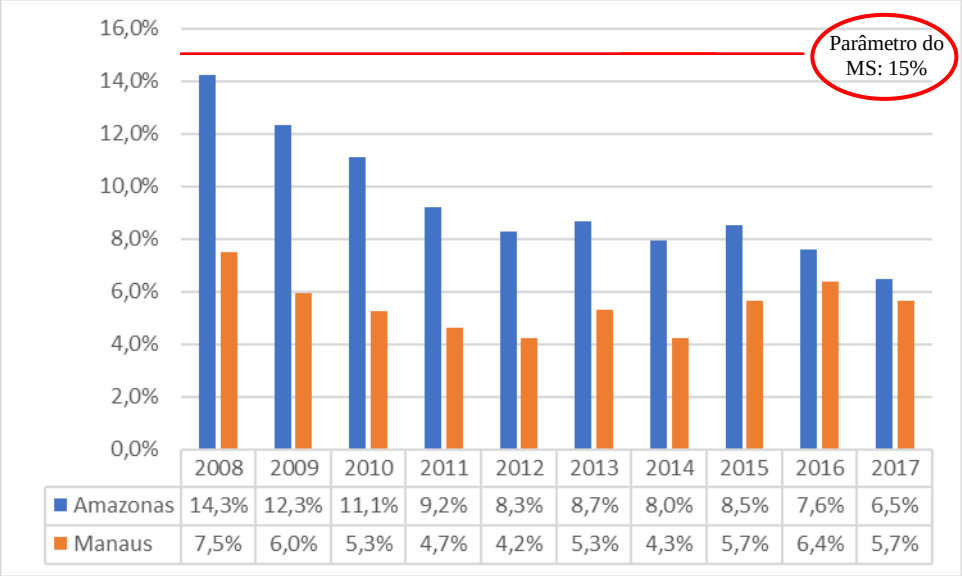
---

[307] Alguns municípios informaram o quantitativo de primeira consulta odontológica programática muito alto para uns meses dentro do período analisado comparando com os lançamentos mensais dos mesmos no mesmo período, e também com o quantitativo correspondente ao total anual do estado. Seria muito pouco provável que um único município, em um mês, alcançasse um número bastante alto, o que nos leva a crer que houve problema no preenchimento dessa informação. Exemplo: o município de Manicoré, no mês de junho de 2015, informou um quantitativo de primeira consulta odontológica programática de 701.870. Portanto, a fim de solucionar essa questão, decidimos que para os municípios que apresentaram quantitativos demasiadamente altos, calcularíamos a média de primeiras consultas odontológicas programáticas, nos anos com esse problema, e substituiríamos pelos quantitativos alterados.

[308] Alvarães, Amaturá, Envira, Ipixuna, Itamarati, Juruá e Tapauá.

Para estimarmos o acesso da população do estado e da capital aos serviços odontológicos (assistência individual), na AB, utilizamos como parâmetro o Indicador nº 24: Cobertura da Primeira Consulta Odontológica Programática, que segundo a Portaria GM/MS nº 493, de 10 de março de 2006, representa o percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica no SUS, demonstrado no Gráfico 12.

Gráfico 12 – Cobertura da Primeira Consulta Odontológica Programática (%), Amazonas e Manaus – 2008 a 2017[309]



Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do SIA/SUS e IBGE.

No tocante ao acesso da população amazonense à AB, verificamos que a cobertura da primeira consulta odontológica programática, nos últimos dez anos, esteve abaixo do recomendado pelo MS (15%), sendo que nos anos de 2008 (14,3%), 2009 (12,3%) e 2010 (11,1%) apresentou-se um pouco abaixo desse parâmetro e no restante dos anos, abaixo de 15%, chegando a menor cobertura em 2017 (6,5%) .

Cabe registrar que 15 municípios do Amazonas não apresentaram cobertura para este indicador: Careiro e Tonantins (2008); Canutama (2009, 2010 e 2011); Jutaí (2009, 2015 e 2016); Codajás (2012); Barreirinha (2012, 2013 e 2014); Guajará (2013, 2014, 2015 e 2016); Ipixuna (2013, 2014, 2015, 2016 e 2017); Itamarati (2014, 2015, 2016 e 2017); Juruá (2014, 2016 e 2017); Pauini (2016); e Alvarães, Amaturá, Envira e Tapauá (2017).

Acima de um terço dos municípios (24 municípios) deste estado tiveram a média da cobertura da primeira consulta odontológica programática, acima do parâmetro estipulado pelo MS (15%). As médias estavam distribuídas de acordo com o Quadro 37.

[309] Para a análise deste índice, utilizamos o parâmetro do Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB) - Terceiro Ciclo, que estipula 15% de cobertura para o atendimento de primeira consulta odontológica programática/ano (BRASIL, 2017h).

Quadro 37 – Distribuição das médias de cobertura da primeira consulta odontológica programática[310]

Número de Municípios	Faixas das médias da cobertura da 1ª consulta odontológica programática
10[311]	15% a < 20%
7[312]	20% a < 27%
5[313]	27% a < 30%
2[314]	> 30%

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do SIA/SUS e IBGE.

O município com a maior média deste índice foi Itapiranga, com 32,9% e o de menor média foi Barreirinha com 1,7%.

No que se refere a Manaus, a questão do acesso é pior quando comparada aos valores do total do estado, pois em todos os anos a cobertura nessa cidade esteve sempre muito abaixo da recomendação do MS, 15%. O maior índice de cobertura na capital foi 7,5%, em 2008, representando a metade do indicado pelo MS, o menor em 2012 (4,2%) e no último ano pesquisado, 2017, foi de 5,7%. Isto demonstra que na capital a população, incluindo às PcD, tem baixo acesso à assistência odontológica individual na AB.

- Prevenção:

O Gráfico 13 demonstra o quantitativo do procedimento de ATF nos dez anos pesquisados no Amazonas e em Manaus.

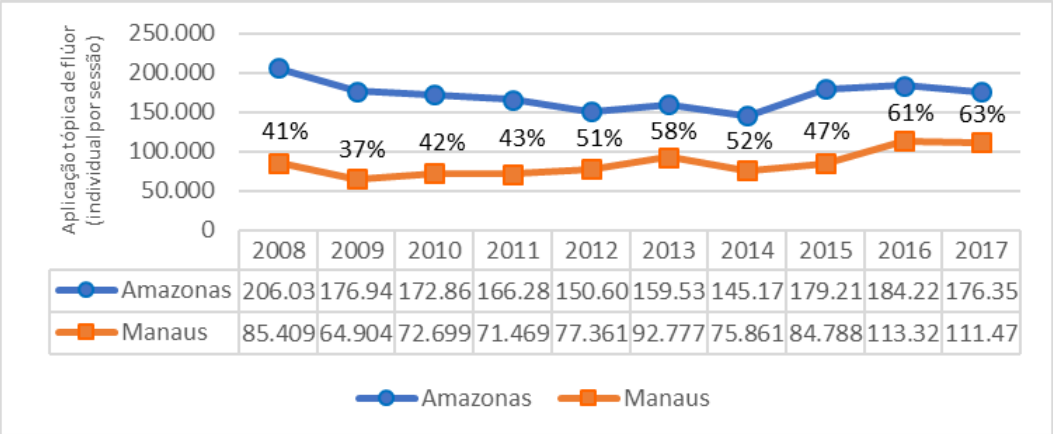
[311] Apuí (15,8%), São Gabriel da Cachoeira (15,9%), Uricurituba (16,0%), Atalaia do Norte (16,6%), Lábrea (16,7%), Maués (17,3%), Silves (18,4%), Itacoatiara (18,6%), Borba (19,4%) e Japurá (19,5%).

[312] Novo Aripuanã (20,5%), Tabatinga (20,9%), São Sebastião do Uatumã (21,3%), Autazes (22,7%), Maarã (23,4%), Presidente Figueiredo (24,2%) e Rio Preto da Eva (24,6%).

[313] Humaitá (27,1%), Tapauá (29,3%), Nhamundá (29,7%), Novo Airão (29,8%) e Tonantins (30,0%).

[314] Urucará (30,4%) e Itapiranga (32,9%).

Gráfico 13 – Evolução do procedimento preventivo Aplicação Tópica de Flúor (individual por sessão), Amazonas e Manaus – 2008 a 2017[315]



Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do SIA/SUS.

Com relação ao procedimento ATF, a curva do Gráfico 13 mostra que no Amazonas houve um decréscimo de 14% entre os anos de 2008 (206.038 - ATF) e 2017 (176.356 – ATF), sendo que 2008 foi o ano com o maior quantitativo desse procedimento e 2014 o ano com o menor quantitativo (145.175 - ATF).

A capital do Amazonas apresentou um aumento de 30,5% da ATF de 2008 (85.409 – ATF) para 2017 (111.472 – ATF), com uma representatividade de 41% no quantitativo do estado no primeiro ano do estudo (2008) e no último ano (2017) demonstrou a maior representatividade 63%[316] desse procedimento do estado. A grande representatividade de Manaus no total do estado evidencia a pouca expressividade do restante dos 61 municípios amazonenses no tocante à prevenção individual. Esse fato é preocupante, pois sabemos que o flúor atua diretamente no combate à cárie dentária, que é a doença mais prevalente da cavidade bucal. Soma-se a isso o fato da água de abastecimento pública nos municípios do interior do Amazonas não ser fluoretada.[317]

---

[315] Optamos por excluir dois lançamentos do procedimento ATF durante o período pesquisado (2008 a 2017), devido à grande diferença dos mesmos em relação à média dos municípios e ao total do estado. O propósito foi evitar distorções na evolução desse procedimento, levando a erro de análise. Foram eles: Município de Nova Olinda do Norte, mês de julho de 2015, quantitativo do procedimento nesse mês 130.651, enquanto a média nesse ano para esse município foi de 549 procedimentos e a média total do estado (14.935). Município de Coari, mês de março de 2016, procedimentos nesse mês (176.871), média de Coari ano 2016 (1.495), média Amazonas 2016 (15.352). Isso nos levou a crer que os mesmos foram informados de modo equivocado.

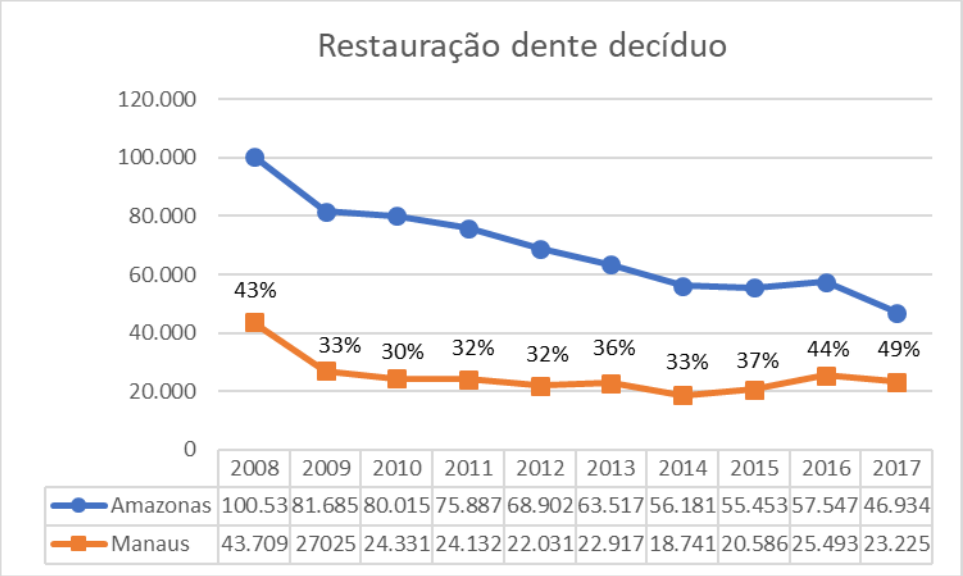
[316] Os outros 3 municípios amazonenses com as segundas maiores médias de participação nesse procedimento foram: Coari (11,6%), Nova Olinda do Norte (7,5%) e Autazes (3,1%).

[317] Segundo o Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal - CECOL/USP, no Amazonas, somente Manaus possui água de abastecimento pública fluoretada e 94,02% da população tem acesso (dado de 2015).
Disponível em: http://www.cecol.fsp.usp.br/cobertura_da_fluoretacao_da_agua/busca_por_municipio.

Desta forma verificamos que nos 61 municípios amazonenses, exceto Manaus, o procedimento de prevenção não foi informado de maneira correta ou a oferta do mesmo diminuiu.

- Dentística: Restauração de dentes decíduos[318] (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Evolução do procedimento restauração dente decíduo, Amazonas e Manaus – 2008 a 2017



Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do SIA/SUS.

No que se refere ao procedimento restaurador em dentes decíduos, observamos no Gráfico 14 que a curva do Amazonas é descendente em praticamente todos os anos, apresentando uma diminuição de 44,8% nos primeiros sete anos, sendo que em 2016 demonstrou um pequeno aumento de 3,8%. No início do estudo, apresentou um quantitativo de 100.531 restaurações e no último ano foram informadas 46.934 restaurações, portanto uma diminuição de 53,3% de 2008 até 2017. Isso evidencia que houve uma diminuição significativa da oferta assistencial desse procedimento no estado nesse nível de atenção.

Para este mesmo procedimento restaurador, Manaus demonstrou uma curva sem muitas oscilações, porém com uma queda inicial de 38%, que somada aos decréscimos dos anos seguintes, totaliza uma diminuição de 49,6% nos cinco primeiros anos. Comparando 2008 (43.709 restaurações) e 2017 (23.225 restaurações), houve um decréscimo de 46,8%

[318] Resolvemos excluir alguns lançamentos do procedimento restauração dente decíduo de municípios que, em certos meses do período estudado nesta tese, apresentaram enorme diferença entre a produção mensal e a média ao longo dos dez anos pesquisados. Por exemplo: o município de Pauiní, no mês de setembro de 2015, havia lançado o quantitativo de 223.293 restaurações, enquanto a média do período (2008 a 2017) do mesmo procedimento para esse município era de 218 restaurações. O quantitativo de restaurações lançado para Pauiní também estaria muito acima do total do Amazonas (55.453 restaurações) no ano de 2015, sendo muito pouco provável que um único município, em um mês, alcançasse esse número bastante alto, o que nos leva a crer que o mesmo foi informado de maneira inadequada.

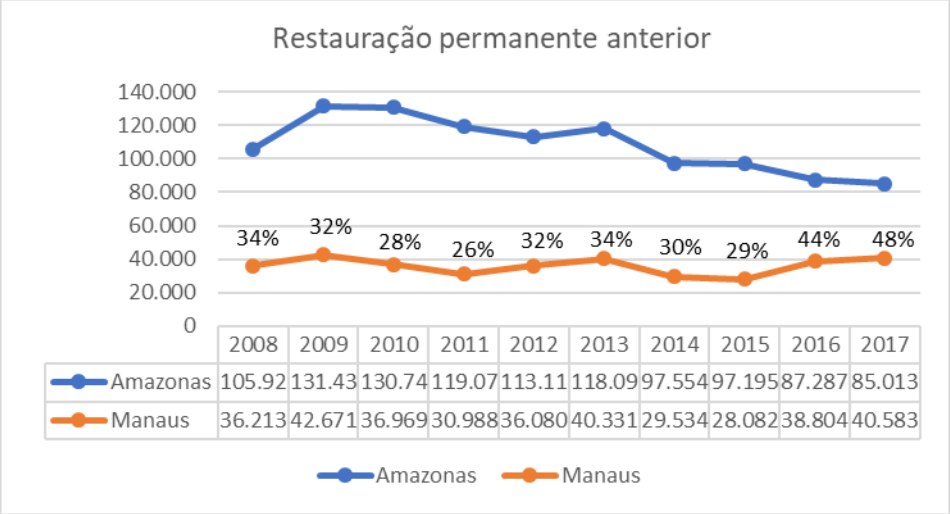
entre o início e o final do período pesquisado, significando diminuição da oferta de restaurações em dentes decíduos na AB da capital.

A capital apresentou uma proporção de participação nas restaurações de dentes decíduos do estado de 43% em 2008. Verificamos que, apesar dessa cidade ter diminuído o quantitativo desse procedimento em 2017, a proporção em relação ao estado aumentou para 49%[319]. Isto se deve à diminuição do quantitativo de restaurações no restante do estado.

Comparando Manaus aos outros municípios do estado, verificamos que a capital demonstrou uma proporção média de aproximadamente, 37% de participação nas restaurações de dentes decíduos do estado, com um total de 252.190 restaurações nos dez anos pesquisados. Os municípios que apresentaram a segunda, terceira e quarta proporções, as mesmas foram bem abaixo de Manaus: Itacoatiara (4% - 27.448 restaurações), Tapauá (3,4% - 23.576 restaurações) e Tonantins (3,3% - 22.858 restaurações).

- Dentística:[320] Restauração de dente permanente anterior (Gráfico 15) e posterior (Gráfico 16).

Gráfico 15 - Evolução do procedimento restauração de dente permanente anterior, Amazonas e Manaus – 2008 a 2017



Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do SIA/SUS.

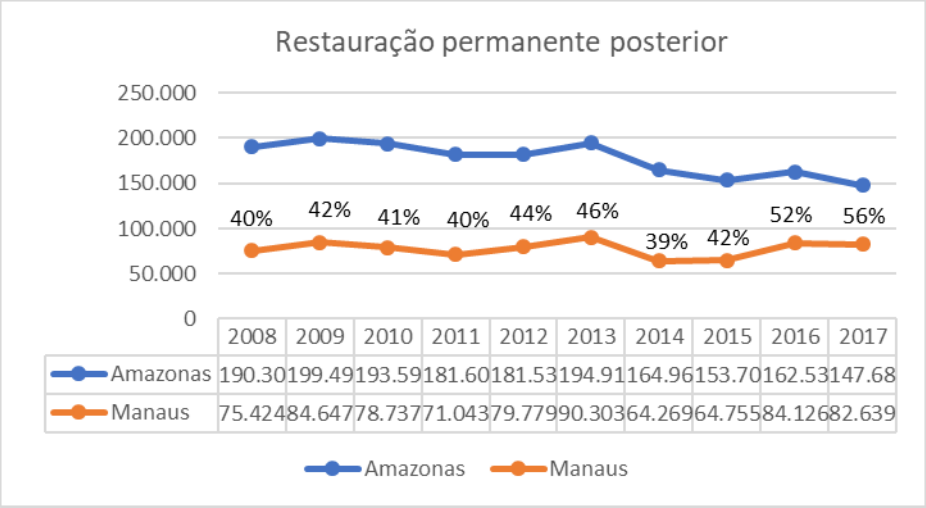
No que diz respeito às restaurações de dentes permanentes anteriores, o Amazonas apresentou uma curva oscilando entre crescimento e diminuição, com decréscimo nos últimos dois anos estudados. Analisando os anos de 2008 (105.924 restaurações permanentes

[320] Decidimos não considerar alguns lançamentos dos procedimentos básicos de Dentística em uns meses, entre 2008 e 2017, para alguns municípios, devido a enorme diferença entre a produção mensal e a média ao longo desses dez anos pesquisados. Por exemplo: o município de Lábrea, no mês de abril de 2010, havia lançado o quantitativo de 810.377 restaurações de dentes permanentes anteriores. O quantitativo de restaurações lançado para Lábrea estava muito acima do total do Amazonas (162.294) para o mesmo ano, sendo muito pouco provável que um único município, em um mês, alcançasse esse número bastante alto, o que nos leva a crer que a informação foi lançada erroneamente.

anteriores) e 2017 (85.013 restaurações permanentes anteriores), verificamos que houve queda de 19,7% no quantitativo desse procedimento no estado, o que denota diminuição da oferta do mesmo na AB.

Este procedimento, em Manaus, apresentou uma curva com poucas oscilações durante os dez anos pesquisados. Observando o início e o final desse período verificamos, um aumento do quantitativo em 12,0% 2008 – 36.213 restaurações permanentes anteriores e 2017 – 40.583 restaurações permanentes anteriores. A participação da capital no quantitativo das restaurações do estado em média correspondeu a aproximadamente, 34% do total amazonense. Os municípios com as maiores participações depois de Manaus foram: Itacoatiara (4,8%), Tabatinga (3,0%) e Tapauá (2,8%), evidenciando uma diferença grande entre a proporção da capital e dos outros municípios do Amazonas.

Gráfico 16 - Evolução do procedimento restauração de dente permanente posterior, Amazonas e Manaus – 2008 a 2017



Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do SIA/SUS.

Sobre o cenário das restaurações permanentes posteriores, observamos que as curvas para o Amazonas e Manaus são semelhantes com relação a evolução, exceto no ano de 2015, que no estado houve diminuição no quantitativo (5,7%) e na capital houve um pequeno aumento (0,7%). No estado, verificamos que a oferta deste procedimento diminuiu 22,3%, visto que em 2008 foram informadas 190.303 restaurações permanentes posteriores, e em 2017 – 147.689 restaurações permanentes posteriores. Já em Manaus houve um aumento de 9,6% na oferta deste procedimento (2008 – 75.424 restaurações permanentes posteriores e 2017 – 82.639 restaurações permanentes posteriores).

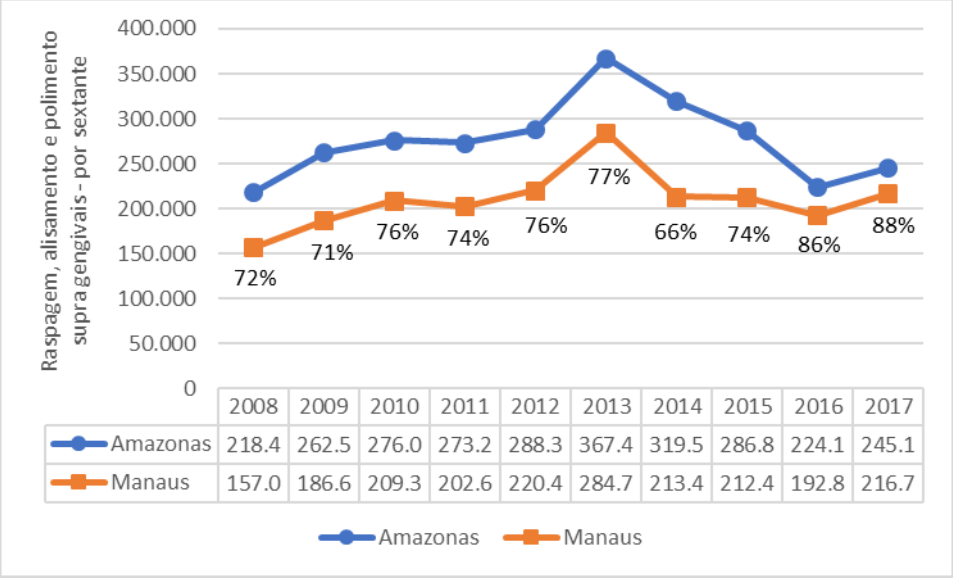
A participação da capital na produtividade do estado no mesmo procedimento foi de 40% em 2008 e 56% em 2017, o que demonstra uma participação significativa da capital. Os

outros municípios com participações abaixo de Manaus tiveram as seguintes participações médias: Tabatinga (2,8%), Humaitá (2,5%) e São Gabriel da Cachoeira (2,3%).

Comparando as restaurações permanentes anteriores com permanentes posteriores no Amazonas, foram realizadas, proporcionalmente[321], mais restaurações anteriores (90.453) do que posteriores (88.517). Já na capital aconteceu o contrário: foram realizadas, proporcionalmente, mais restaurações posteriores (38.786) do que anteriores (30.021).

- Periodontia: Raspagem, alisamento e polimento supra gengivais – por sextante (Gráfico 17).

Gráfico 17 - Evolução do procedimento de Periodontia[322], Amazonas e Manaus – 2008 a 2017



Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do SIA/SUS.

O Gráfico 17 demonstrou um crescimento de 12,1% para o estado e de 38,0% para Manaus de 2008 a 2017.

Durante os dez anos estudados, Manaus demonstrou curva semelhante e próxima à do Amazonas, evidenciando uma proporção dos procedimentos realizados, na referida cidade, com alta representatividade no total estadual estando acima de 70%, em todos os anos

[321] Para obter a proporção de restaurações realizadas, dividimos o total de restaurações anteriores por 12 (total de dentes anteriores superiores e inferiores permanentes) e o total de restaurações posteriores por 20 (total de dentes posteriores superiores e inferiores permanentes).

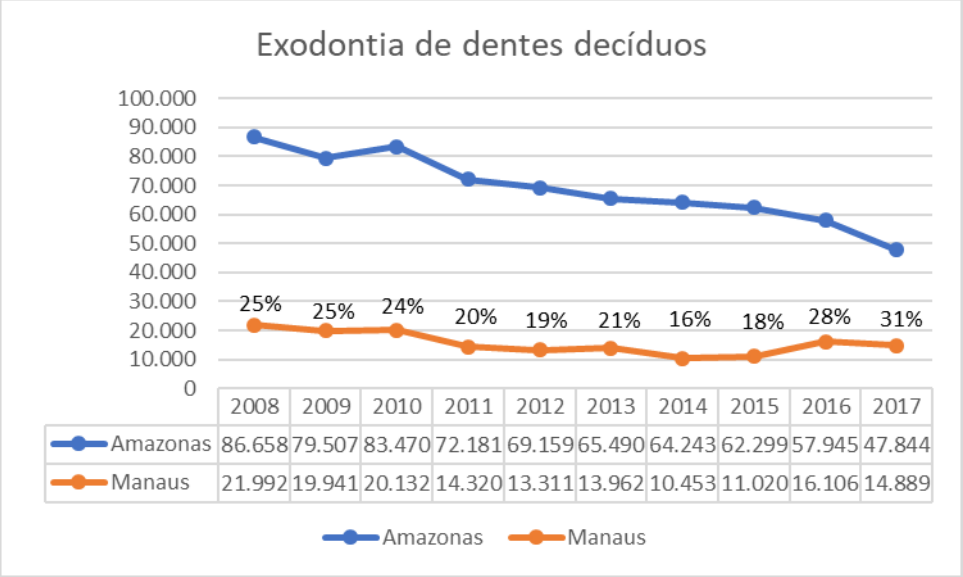
[322] Resolvemos excluir o lançamento do procedimento" raspagem, alisamento e polimento supra gengival – por sextante" do município de Humaitá, no mês de janeiro de 2010 (910.552), pois o mesmo apresentava uma diferença exorbitante em relação à média de 2010 desse municípios no mesmo ano (133) e bem acima do total anual do estado para o mesmo ano (367.483), o que nos levou a crer que o mesmo foi informado de maneira inadequada.

analisados, e atingindo a maior proporção (88%) em 2017. Isso nos faz constatar que o restante dos municípios amazonenses participou pouco do total do estado nesse procedimento.

Cabe ressaltar que um volume pequeno deste procedimento de periodontia básica, no estado, ao longo desses dez anos, pode impactar em necessidades maiores de assistência odontológica especializada em Periodontia. Como vimos, no Amazonas existem apenas nove municípios com esse tipo de oferta assistencial (CEO); logo grande parte da população amazonense não tem acesso a atenção odontológica especializada.

- Cirurgia: Exodontia de dentes decíduos (Gráfico 18) e permanentes (Gráfico 19).

Gráfico 18 - Evolução do procedimento exodontia de dente decíduo, Amazonas e Manaus – 2008 a 2017



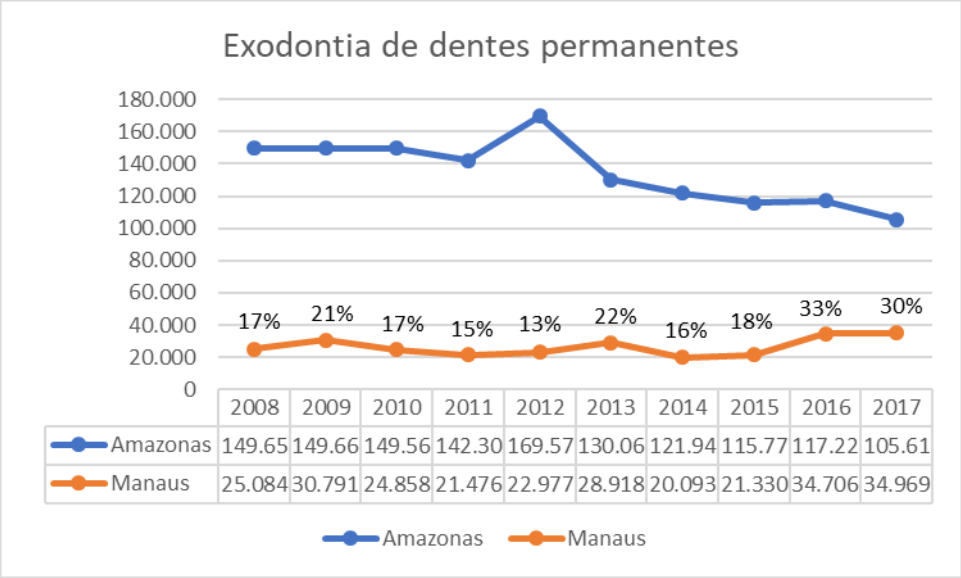
Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do SIA/SUS.

Se observarmos a evolução das exodontias de dentes decíduos no Amazonas, verificamos uma curva predominantemente descendente iniciando-se em 2008 com um quantitativo de 86.658 exodontias de decíduos e terminando o período em 2017 com 47.844. Houve, portanto, um decréscimo de 44,8% desse procedimento. As circunstâncias indicam que pode ter havido uma melhora na condição bucal das crianças amazonenses que ao longo dos anos necessitaram de um número menor deste procedimento invasivo, assim como menor acesso da população infantil à assistência odontológica básica no estado.

Quanto à evolução da cidade de Manaus, notamos uma curva com oscilação entre a diminuição e o aumento do quantitativo deste procedimento: em 2008 o número de exodontias de decíduos informado foi 21.992 e em 2017, 14.889. Logo, houve uma diminuição de 32,3% no quantitativo desse procedimento na capital.

Durante os dez anos pesquisados, Manaus apresentou uma média de participação no total de exodontias de decíduos do estado de aproximadamente 23%, o que pode significar melhor condição de saúde bucal das crianças que residem na capital ou menor acesso das mesmas à assistência odontológica.

Gráfico 19 - Evolução do procedimento exodontia de dente permanente, Amazonas e Manaus – 2008 a 2017



Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do SIA/SUS.

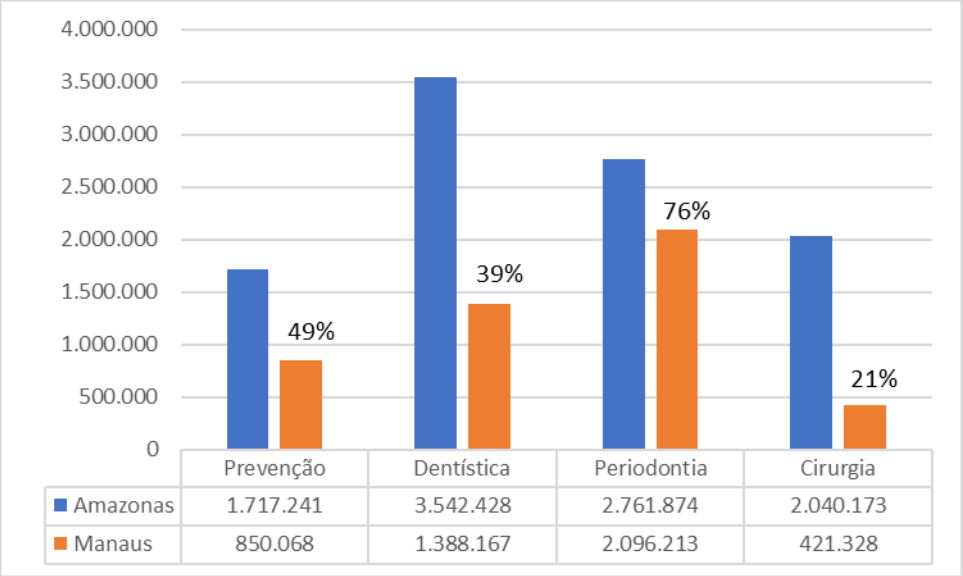
No tocante às exodontias de dentes permanentes no Amazonas, observamos que de 2008 (149.654) a 2017 (105.610), houve a diminuição do quantitativo de exodontias em 29,4%.

Quanto a Manaus, houve um aumento de 39,4% de 2008 (25.084 exodontias) a 2017 (34.969 exodontias). A cidade apresentou ao longo dos dez anos estudados, uma média (do total de exodontias de dentes permanentes do estado) de 20%, menor do que a representatividade nos outros procedimentos básicos explanados aqui explanados. Isso pode significar que a capital está utilizando a referência para a atenção à saúde bucal de média complexidade, diminuindo assim o número de exodontias na AB.

Podemos analisar também que a razão da diferença do quantitativo de exodontias, tanto de dentes decíduos quanto de permanentes, entre a capital e o estado, pode ser explicada pelo fato de a capital possuir o maior número de CEO do estado (cinco CEO), sendo possível referenciar a população para a realização de procedimentos endodônticos (uma das especialidades obrigatórias do CEO), evitando assim, a realização de exodontias motivadas pela falta da oferta desse tipo de atenção. Ressalta-se que em 53 municípios do Amazonas, não existe assistência à saúde bucal na média complexidade através dos CEO.

Quando realizamos a análise geral entre os diferentes procedimentos odontológicos estudados, na AB, verificamos as seguintes características (Gráfico 20).

Gráfico 20 – Distribuição total dos procedimentos básicos de Prevenção, Dentística, Periodontia e Cirurgia, Amazonas e Manaus – 2008 a 2017



Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do SIA/SUS.

Os procedimentos de dentística apresentaram o maior quantitativo tanto no Amazonas quanto em Manaus, seguidos pelos procedimentos de periodontia (nas duas localidades). Posteriormente, no Amazonas vieram os procedimentos de cirurgia; em Manaus, o procedimento preventivo; e por último no Amazonas, o procedimento preventivo; e na capital, os de cirurgia.

Se observarmos os valores os índices de cárie (ceo-d e CPO-D) da capital, segundo o SB Brasil 2010, o maior quantitativo de restaurações se justifica porque a prevalência de cárie da população manauara, de um modo geral, é alta, assim como a participação dos componentes "Cariado" e "Obturado/Cariado", conforme demonstrado no Quadro 38.

Quadro 38 – Valores do índice de cárie ceo-d e CEO-D nas diversas faixas etárias, participação dos componentes "Cariado" e "Obturado/Cariado" (%), Manaus, (SB Brasil 2010) e classificação OMS

Faixas etárias	ceo-d e CPO-D	Participação dos componentes Cariado e Obturado/Cariado (no total ceo-d e CPO-D)	Classificação (OMS)
5 anos	2,9	82,7%	prevalência de cárie moderada
12 anos	2,3	67,1%	prevalência de cárie baixa
15 a 19 anos	4,8	50,7%	prevalência de cárie alta
35 a 44 anos	19,3	11,9%	prevalência de cárie muito alta
65 a 74 anos	27,9	3%	prevalência de cárie muito alta

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do SB Brasil 2010.

A participação dos componentes explicitados no Quadro 38 é alta para as idades até 19 anos e menor para as outras duas faixas etárias, pois as idades entre 35 e 74 anos apresentaram maior participação do componente "Perdido", sendo 57,1% para a faixa etária de 35anos a 44 anos e 93,6% para a faixa etária de 65 anos a 74 anos. Esse fato é muito preocupante, pois a capital não dispõem de LRPD, como visto no terceiro capítulo desta tese. Logo, os munícipes dessa cidade encontram-se sem a oferta desse serviço.

Em relação ao procedimento de periodontia, lembramos que o quantitativo do mesmo pode estar aumentado em até seis vezes, devido a contabilização por sextantes. Apesar dessa especificidade, Manaus representa 76% do total de raspagens supra gengivais do estado, denotando pouca expressividade desse procedimento no restante dos 61 municípios. Isso é um fator preocupante, pois sem realizar a periodontia básica, 53 municípios não têm como referenciar os seus munícipes para a periodontia especializada. Isso pode acarretar, no futuro, aumento do volume de exodontias por problemas periodontais e, consequentemente, aumento da necessidade de próteses dentárias.

Conforme dito anteriormente no tocante às PcD, não temos como identificar, mensurar ou analisar o acesso das mesmas neste nível de atenção, apesar do *Manual Técnico-Operacional do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS* (SIA-SUS) informar que esse sistema foi implantado nacionalmente para gerar informações referentes ao atendimento ambulatorial a fim de subsidiar o planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria dos serviços ambulatoriais de saúde (BRASIL, 2010h). Entretanto, a lógica do SIA/SUS não permite separar a população individualmente, o que prejudica o planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria dos serviços ambulatoriais de saúde bucal para as PcD na AB. Ocorre o contrário na média complexidade, onde, por determinação ministerial, os dados de produção realizados em PcD nos CEO devem ser informados através do Registro Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), conforme determinado na Portaria MS/SAS nº 911, de 29 de agosto de 2012[323].

---

[323] A mesma Portaria também orientou a alteração no cadastro dos CEO no CNES, para as seguintes descrições: Serviço 114 - Serviço de Atenção em Saúde Bucal, Classificação 007 - Atendimento à Pessoa com Deficiência e Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) – 2232 (cirurgião-dentista), sendo que qualquer CBO dentro da família de cirurgião-dentista pode atender as PcD. Esta Portaria também informa que cabe à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da SAS, adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS - DATASUS/SGEP/MS, para o cumprimento do disposto quanto aos sistemas de informação (BRASIL, 2012l). Segundo o CNES, além dos CEO, existem outros três estabelecimentos de saúde, no Amazonas, cadastrados com a Classificação 007: uma UBS no município de Apuí (Centro de Saúde Curumim – CNES 3697983), um hospital no município de Manaus (Fundação Hospital Adriano Jorge – CNES 2012685) e também em Manaus, uma Clínica/Centro de Especialidade (Abrigo Moacir Alves – CNES 7097956), todos com CD cadastrados no seu quadro de profissionais.

5.2 **Assistência odontológica às PcD na média complexidade – Amazonas**

Neste nível de atenção, iremos abordar o atendimento odontológico às PcD realizado nos CEO existentes no Amazonas, pois como explicamos no quarto capítulo, esses indivíduos, quando não permitem ser atendidos na AB, são referenciados para a média complexidade, sendo atendidos nesses estabelecimentos de saúde.

Lembramos que, nos CEO, os procedimentos odontológicos da AB devem ser realizados somente nas PcD, conforme determinado na PNSB[324], devido ao caráter especial desses pacientes.

Além dos procedimentos básicos, incluímos nessa busca um procedimento referente à assistência odontológica especializada, com o propósito de verificar se o mesmo está sendo realizado nas PcD. Ele pertence a especialidade de endodontia e possui o seguinte código e descrição no SIGTAP: código 0307020061 – obturação em dente permanente unirradicular.[325]

Assim para o levantamento dos dados na média complexidade, nossa pesquisa extraiu informações do SIA/SUS a respeito de todos os CEO do Amazonas, inclusive dos que não estão aderidos à RCPD, já que, segundo as normas da PNSB, todos os CEO têm a obrigatoriedade de atender às PCD.

Como visto no terceiro capítulo, os CEO do Amazonas estão distribuídos em nove municípios e como a maioria possui somente um CEO, vamos nos referir a eles pelo nome dos respectivos municípios, exceto para Manaus que possui cinco CEO. Dos cinco CEO de Manaus quatro estão identificados, no cadastrado no CNES, pelo nome, além do Distrito de Saúde ao qual pertencem e um CEO pela Universidade do qual faz parte.

O Quadro 39 demonstra as seguintes características dos CEO amazonenses: a localização (município), o tipo (I, II ou III), o número de cadastro no CNES, o número de cirurgiões-dentistas (CD) cadastrados no CNES, se os mesmos estão aderidos ou não à RCPD e a data da Portaria de adesão à Rede.

---

[324] Segundo a Portaria GM/MS nº 600/2006, os procedimentos básicos a serem realizados em qualquer dos três tipos de CEO são exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais (BRASIL, 2006e).

[325] Este procedimento foi escolhido devido à dificuldade de realização do tratamento endodôntico em dentes posteriores nas PcD; portanto escolhemos nos ater ao tratamento endodôntico em dentes permanentes unirradiculares.

Quadro 39 – Características dos 13 CEO do estado do Amazonas

Município	Tipo de CEO	Nº do CNES	Nº de CD cadastrados no CNES	CEO/RCPD	Data adesão RCPD
Boca do Acre	II	6399525	7	SIM	08/08/13
Iranduba	II	6776612	6	NÃO	X
Itacoatiara	II	5754771	6	SIM	27/03/13
Lábrea	I	5853729	3	NÃO	X
Manaus (Sul)	II	5405718	13	NÃO	X
Manaus (Norte)	III	5377463	14	NÃO	X
Manaus (Oeste)	III	5356989	20	NÃO	X
Manaus (UEA)	II	7160755	13	SIM	27/10/14
Manaus (Leste)	III	7741499	12	NÃO	X
Maués	I	3800601	3	NÃO	X
Parintins	II	3443825	8	NÃO	X
São Gabriel da Cachoeira	II	5548543	3	NÃO	X
Tefé	II	3964671	5	NÃO	X

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do CNES.

No Amazonas existem 13 CEO distribuídos em nove municípios (14,5%), dos quais somente três estão aderidos à RCPD (CEO/RCPD) - Boca do Acre, Manaus e Itacoatiara, municípios que pertencem às RS "Entorno de Manaus", 'Médio Amazonas" e "Regional Purus". Porém, dois municípios (Manaus e Itacoatiara) pertencem a Região Metropolitana de Manaus – RMM, o que denota a concentração dos CEO/RCPD (66,7%) em torno da capital.

Vale registrar que nos 53 municípios que não possuem CEO, toda a população residente (indivíduos deficientes e sem deficiência) encontra-se sem assistência odontológica especializada, oferecida pelos CEO. Essa parcela da população amazonense desassistida corresponde a 35% da população do estado (1.427.527 habitantes).

Do total de 113 cirurgiões-dentistas (CD) cadastrados no CNES como profissionais dos 13 CEO do Amazonas, 67,2% (76 CD) constam com vínculo empregatício, tipo – estatutário, sendo que desses, 72 CD são profissionais dos cinco CEO de Manaus, um CD do CEO de Iranduba e três CD do CEO de São Gabriel da Cachoeira. Os demais CD (37) estão cadastrados com o vínculo empregatício, tipo – contrato por prazo determinado.

Gostaríamos de ressaltar que apesar da proporção dos CD estatutários ser mais da metade dos CD lotados nos CEO do estado, 95% (72 CD) são profissionais dos CEO da capital. O que denota que o vínculo empregatício nos CEO dos outros municípios não é estável e corrobora com o que Fausto *et al.* (2014) afirmaram:

> "o predomínio de vínculos trabalhistas precários foi marcante nos municípios investigados, sendo que a maioria absoluta não dispõe de quadro estável de pessoal, não realiza concursos públicos e não dispõe de plano de carreira" (FAUSTO *et al.*, 2014, p. 73).

Verificamos que somente a capital, possui todos os CD cadrastados nos CEO, com estabilidade profissional.

Após apresentar as características dos 13 CEO existentes no Amazonas vamos abordar os aspectos de sua produtividade. Primeiramente, exibiremos os dados sobre o quantitativo de pacientes e a produtividade dos procedimentos odontológicos da AB e de endodontia elencados nesta tese, registrados por BPA-I. Como já descrevemos, todos os atendimentos odontológicos realizados nas PcD, em todos os tipos de CEO, estando ou não aderidos à RCPD, devem ser informados através desse documento de registro, conforme exigência da Portaria MS/SAS nº 911/2012. Em seguida, iremos expor os dados sobre a produtividade dos procedimentos odontológicos da AB e de endodontia elencados nesta tese, informados por cada CEO do Amazonas, por Registro Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C)[326].

Não encontramos, em nossa busca pelos 13 CEO do Amazonas, nenhum BPA-I informado no SIA/SUS nos anos anteriores a 2013. Assim os dados referentes a esse documento de registro serão apresentados a partir do referido ano.

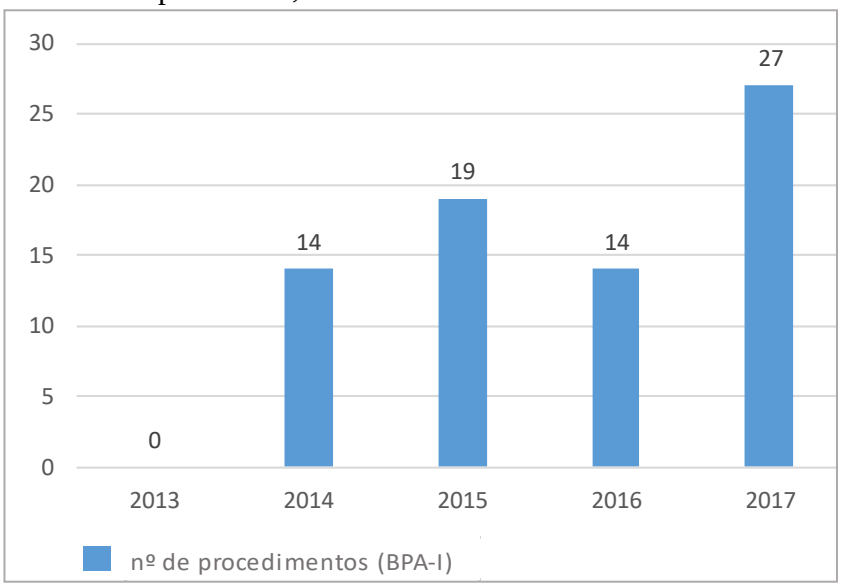
Apesar da determinação ministerial explicitada acima, só encontramos quatro CEO, no Amazonas, com o registro através de BPA-I:

- CEO de Boca do Acre (RCPD);
- CEO Iranduba;
- CEO de Itacoatiara (RCPD);
- CEO Manaus UEA (RCPD).

Iremos exibir, nos Gráficos 21, 22, 23 e 24, separadamente, o quantitativo de procedimentos odontológicos da AB informados através de BPA-I por estes quatro CEO, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017. O primeiro CEO a ser apresentado será de Boca do Acre, no Gráfico 21.

[326] No BPA-C, a produção ambulatorial é informada de maneira agregada, diferentemente do BPA-I, onde a produção ambulatorial é informada individualmente.

Gráfico 21 – Número de procedimentos odontológicos realizados informados por BPA-I, CEO de Boca do Acre – 2013 a 2017



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SIA/SUS.

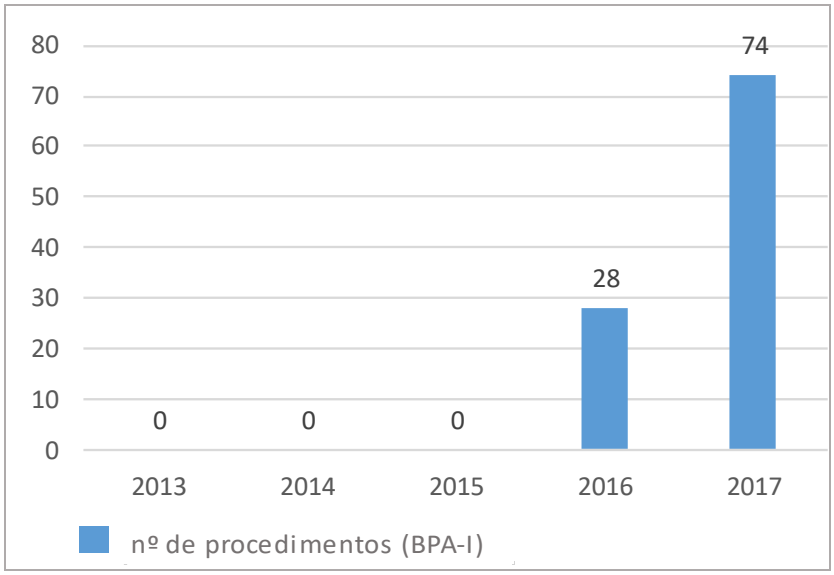
Observamos que, apesar da determinação do MS sobre a utilização do BPA-I como documento de registro para o atendimento odontológico aos pacientes com necessidades especiais ser de agosto de 2012, somente em 2014 o CEO de Boca do Acre começou a realizar o registro por meio desse documento. Verificamos que este CEO, realizou 74 procedimentos odontológicos durante os cinco anos pesquisados, sendo que 2017 o de maior volume de procedimentos (27). O mesmo está aderido à RCPD desde 08/08/13 e é referência dessa Rede para assistência odontológica especializada para essas pessoas, porém o quantitativo de procedimentos informados foi extremamente baixo.

As gestões estadual e local devem analisar esta situação com atenção, pois o CEO de Boca do Acre recebe do MS, além do incentivo de custeio mensal repassado para todos os CEO, um incentivo de custeio mensal adicional por participar da RCPC.[327]

No Gráfico 22, trazemos os resultados sobre os BPA-I do CEO de Iranduba.

[327] O CEO de Boca do Acre é do tipo II, então o incentivo de custeio mensal adicional por fazer parte da RCPD é de R$ 2.200,00.

Gráfico 22 – Número de procedimentos odontológicos realizados informados por BPA-I, CEO de Iranduba – 2013 a 2017

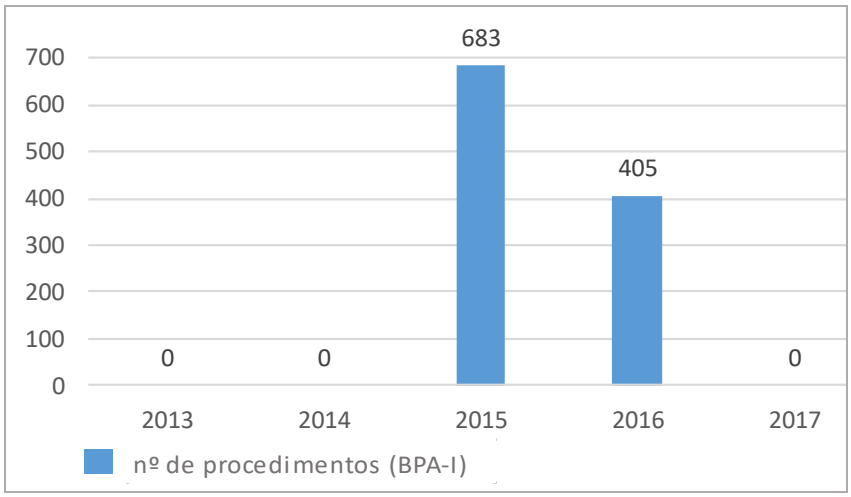


Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SIA/SUS.

Diferentemente do CEO de Boca do Acre, o CEO de Iranduba não é ligado a RCPD e começou a apresentar o registro do BPA-I no SIA/SUS somente em 2016 - quatro anos, portanto, depois da determinação do MS. Nos anos de 2013, 2014 e 2015, verificamos que não houve lançamento deste documento. De 2016 para 2017, houve aumento de 62,2% nos procedimentos odontológicos realizados, apresentando um total de 102 procedimentos.

No Gráfico 23 apresentamos os resultados do CEO de Itacoatiara.

Gráfico 23 – Número de procedimentos odontológicos realizados informados por BPA-I, CEO de Itacoatiara – 2013 a 2017



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SIA/SUS.

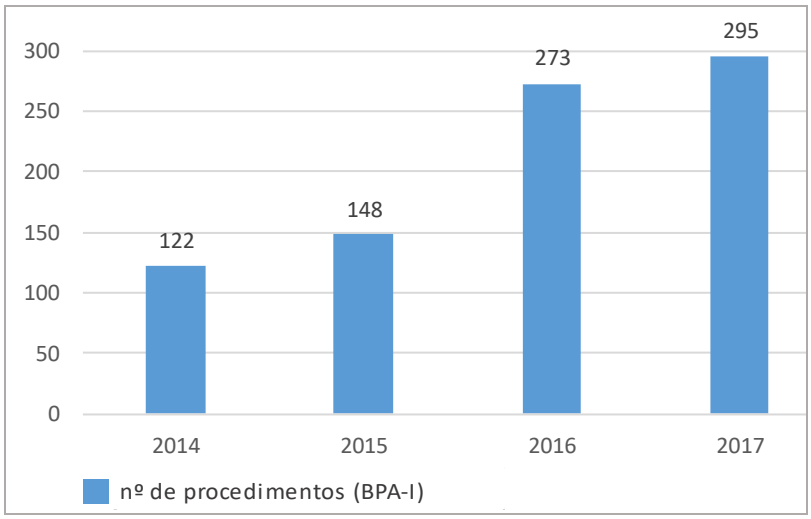
Este CEO pertence à RCPD desde 27 de março de 2013, mas só apresentou o registro através do BPA-I a partir de 2015. Nesse ano realizou 683 procedimentos odontológicos com queda em 2016 de 68,6% nos procedimentos realizados (405); em 2017 não teve nenhum

registro de BPA-I. Sendo assim, apesar de pertencer a RCPD, a assistência odontológica especializada nesta cidade, segundo os registros do BPA-I, reduziu o número de atendimentos odontológicos às PcD no período estudado.

O CEO de Itacoatiara necessita de observação pela gestão estadual e municipal, a fim de verificar se a AB está referenciando de maneira correta às PcD para o CEO, pois em 2017 nenhum BPA-I foi informado e este CEO recebe incentivo mensal adicional por fazer parte da RCPD.

No Gráfico 24, abordamos os resultados do CEO Manaus UEA.

Gráfico 24 – Número de procedimentos odontológicos realizados informados por BPA-I, CEO Manaus UEA – 2014 a 2017



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SIA/SUS.

Análise do CEO Manaus UEA teve início em 2014, diferentemente dos outros CEO que observamos a partir de 2013, pois o mesmo foi habilitado em 30 de maio de 2014. Ele pertence à RCPD e a sua adesão se deu em outubro de 2014. Deste modo verificamos que o BPA-I foi registrado em todos os anos pesquisados, com aumento crescente do volume de procedimentos odontológicos realizados. Foram 838 procedimentos, representando aumento de 243,6% ao londo dos quatro anos pesquisados.

Manaus, possui cinco CEO, diferindo das outras três cidades abordadas anteriormente que só possuem um; no entanto, somente o CEO Manaus UEA registrou os procedimentos odontológicos por meio do BPA-I.

No tocante aos CEO que não apresentaram o registro do BPA-I no período estudado, nosso resultado foi contrário aos resultados principais divulgados pelo *Relatório do 1º Ciclo de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de*

Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO[328]), de 2016, no qual os 11 CEO, do Amazonas, que constam no referido relatório[329] atendem pacientes com necessidades especiais[330].

Sendo assim a gestão estadual e as gestões locais dos municípios de Lábrea, Manaus, Maués, Parintins, São Gabriel da Cachoeira e Tefé devem olhar com atenção para os nove CEO[331] que em nossa busca não apresentaram informações pelo BPA-I, a fim de verificar se os mesmos estão seguindo as recomendações do MS.

Caso estes nove CEO estejam atendendo pacientes com necessidades especiais, conforme informado no Relatório da AVE-PMAQ/CEO, os mesmos não estão registrando esses atendimentos através do BPA-I - logo necessitam de orientação.

Iremos abordar a evolução do quantitativo dos procedimentos básicos (aplicação tópica de flúor (ATF), restauração de dente decíduo (rest. decíduo), restauração de dente permanente anterior (rest. permanente ant.), restauração de dente permanente posterior (rest. permanente post.), exodontia de dente decíduo (exodontia decíduo), exodontia de dente permanente (exodontia permanente) e raspagem, alisamento e polimento supra gengivais (rasp. supra gengival) e especializado (obturação de dente permanente unirradicular – obturação perm. unirradicular) elencados em nossa pesquisa.

Começaremos apresentando os dados referentes ao CEO de Boca do Acre, nos Gráficos 25A e B. Como esse CEO foi habilitado em 21 de dezembro de 2009[332], os respectivos gráficos iniciam no ano de 2010.

---

[328] O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO), foi instituído através da Portaria GM/MS nº 261, de 21 de fevereiro de 2013, juntamente com o Incentivo Financeiro do programa denominado de Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal. Essa portaria está revogada pela Portaria GM/MS nº 1.599, de 30 de setembro de 2015 que modificou aspectos relacionados às condições dos repasses financeiros desse programa (BRASIL, 2013h; BRASIL 2015f).

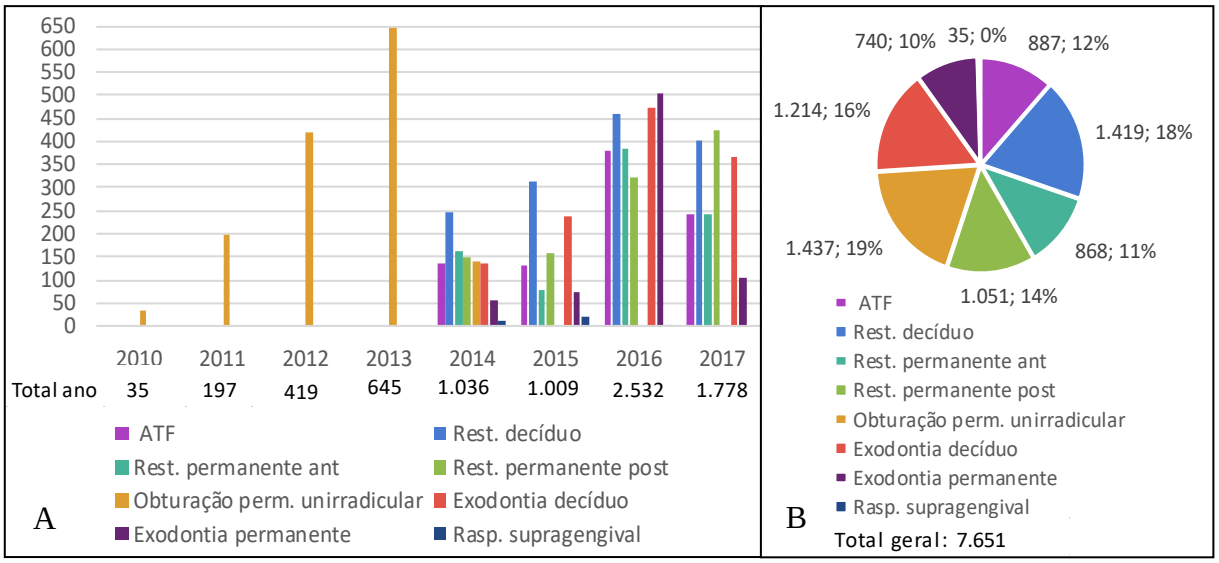
[329] Os CEO do Amazonas que não participam do PMAQ/CEO são: o CEO Manaus UEA e o CEO Manaus Leste.

[330] As categorias enquadradas como pacientes com necessidades especiais no inquérito do AVE-PMAQ/CEO foram: movimentos involuntários; deficientes visuais, auditivos, de fala ou físico; gestantes/bebês; autista e distúrbio de comportamento (BRASIL, 2016e).

[331] CEO de Lábrea, CEO Manaus Norte, CEO Manaus Sul, CEO Manaus Oeste, CEO de Maués, CEO de Parintins, CEO de São Gabriel da Cachoeira e CEO de Tefé.

[332] Portaria GM/MS nº 473, de 21 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009d).

Gráficos 25A e B – Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano e total geral de todos os anos, CEO de Boca do Acre, Amazonas - 2010 a 2017



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SIA/SUS.

Observamos no Gráfico 25A, que o CEO de Boca do Acre, até 2013, só realizou o procedimento especializado de endodontia com crescimento de 1.743% de 2010 a 2013, e queda de 78% em 2014 (141 obturações). Esse procedimento, não foi mais realizado nos anos seguintes (2015, 2016 e 2017).[333] Apesar desses três anos de ausência, o Gráfico 25B mostra que o referido procedimento apresentou o maior volume (1.437 – 19%), quando comparado aos procedimentos da AB pesquisados. Somente a partir de 2014 é que verificamos a produção dos procedimentos da AB, elencados nesta pesquisa. O segundo procedimento mais realizado no período estudado foi restauração de decíduo (1.419 restaurações – 18%); o terceiro exodontia permanente (1.214 – 16%); e o quarto restauração de permanente posterior (1.051 – 14%). O procedimento de periodontia (raspagem supra gengival) não apresentou produção nos quatro primeiros anos, nem em 2017. Nos demais anos, a produtividade foi muito baixa (2014 – 11, 2015 – 20 e 2016 – 4), totalizando 35 raspagens, o que o levou a exibir representatividade (0%) quando comparado aos outros procedimentos estudados.

De um modo geral, este CEO apresentou um crescimento do volume da produção total dos procedimentos pesquisados, de 2010 até 2017 de 4.980%. A sua adesão à RCPD aconteceu em agosto de 2013, e verificamos um crescimento significativo na produtividade nos três primeiros anos após a inserção a essa Rede, de 292% (2014/2015/2016), com posterior diminuição no último ano estudado, de 30% (2017).

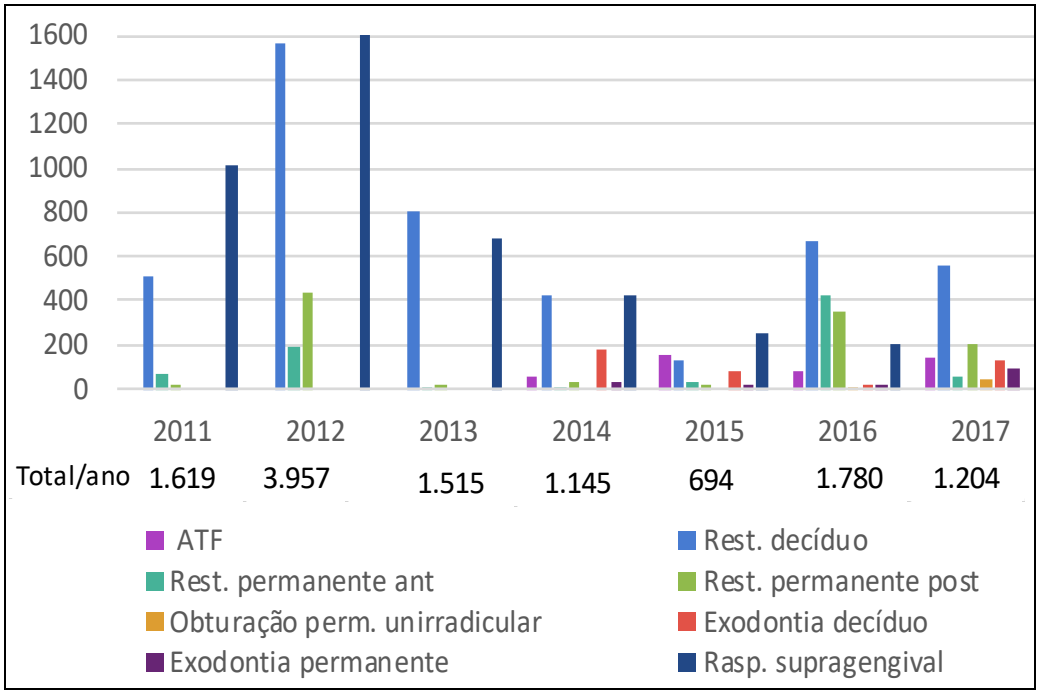
[333] Este CEO é classificado como tipo II e segundo o CNES possui quatro equipos odontológicos e sua equipe é composta por sete dentistas sendo eles: um Endodontista, três Periodontistas, um Odontopediatra e dois Clínicos gerais.

Constatamos que este CEO iniciou a realização dos procedimentos odontológicos da AB em 2014 (Gráfico 25A), coincidindo com o início do registro por meio do BPA-I verificado no Gráfico 21. Porém, o volume de procedimentos informados nesse documento foi bem menor (102 procedimentos – Gráfico 21) que o quantitativo total de procedimentos odontológicos da AB realizados (6.241 procedimentos – Gráfico 25B).

Podemos conceber as hipóteses de que neste CEO os pacientes com necessidades especiais estão sendo atendidos sem ocorrer o preenchimento através do BPA-I ou estão realizando procedimentos odontológicos da AB nos pacientes sem necessidades especiais. As duas possibilidades explicitadas acima estão em desacordo com as orientações do MS. Portanto, o CEO de Boca do Acre requer acompanhamento e orientação da gestão estadual para apreciar estas questões, com o propósito de adequá-lo às normativas ministeriais.

No Gráfico 26, demonstraremos a produção do CEO de Iranduba. Apesar de a habilitação desse CEO ter sido em 21 de dezembro de 2009[334], só encontramos dados a partir de 2011 – portanto, os gráficos referentes a esse CEO têm início em 2011.

Gráfico 26 – Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano, CEO de Iranduba, Amazonas – 2011 a 2017



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SIA/SUS.

A evolução da produtividade do CEO de Iranduba durante o período de sete anos apresentou somente dois momentos de crescimento em 2012, ano de maior volume de produção (3.957 procedimentos), e em 2016 segundo maior volume, com 1.780

[334] Primeira habilitação Portaria GM/MS nº 473, de 21 de dezembro de 2009, e segunda habilitação Portaria GM/MS nº 1.507, de 02 de agosto de 2012 (BRASIL, 2009d; BRASIL, 2012i).

procedimentos. Os outros cinco anos demonstraram queda da produtividade, e 2015 foi o ano de menor volume de produção (694 procedimentos).

Notamos que em 2011, 2012 e 2013, quatro tipos de procedimentos, dentre os que foram pesquisados, não foram realizados: ATF, exodontia de permanente e de decíduos e endodontia, sendo que este também não foi realizado nos anos de 2014 e 2015. Nos anos de 2016 e 2017, a produtividade do procedimento de endodontia foi baixa, totalizando 45 procedimentos por isso não aparece no Gráfico 26.

Ficamos intrigados com o fato de um estabelecimento de assistência odontológica especializada não ter realizado nenhum tratamento endodôntico de dente unirradicular por cinco anos consecutivos. Isso nos levou a buscar os dados de todos os procedimentos referentes a essa especialidade, constatando que nenhum procedimento endodôntico foi realizado no período citado. Cabe lembrar que todos os CEO devem cumprir uma meta mensal por especialidade, incluindo a Endodontia[335].

No ano de 2011, os procedimentos de restauração de permanentes anteriores (73 restaurações) e posteriores (16 restaurações) apresentaram um volume baixo, por isso não aparecem no Gráfico 26. De um modo geral a produtividade dos procedimentos estudados diminuiu neste CEO em 25,6% de 2011 a 2017.

No que diz respeito ao total de procedimentos odontológicos da AB, foram realizados 11.869 no total, quantitativo muito acima do que foi informado através do BPA-I (102 procedimentos – Gráfico 22). Assim sendo, o CEO de Iranduba encontra-se em desacordo com as exigências do MS e necessita de um olhar apurado por parte da gestão estadual, para verificar as questões abordadas em relação a esse CEO e adequá-lo ao ordenamento ministerial.

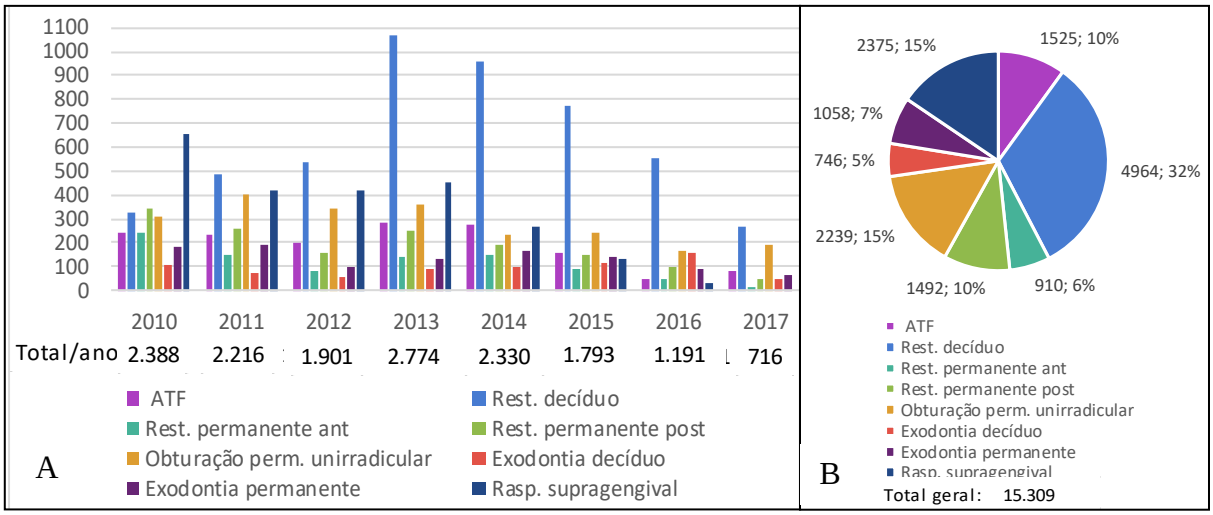
A evolução da produtividade do CEO de Itacoatiara está demonstrada nos Gráficos 27A e B. Como a habilitação desse CEO ocorreu em 21 de dezembro de 2009[336], os referidos gráficos têm início em 2010.

---

[335] De acordo com o CNES o CEO de Iranduba é do tipo II e não pertence à RCPD, possui quatro equipos odontológicos e uma equipe de seis dentistas distribuídos nas seguintes ocupações: um Endodontista; um Odontopediatra; um Periodontista; um Protesista, um Cirurgião Bucomaxilofacial e um Clínico geral.

[336] Portaria GM/MS nº 473, de 21 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009d).

Gráficos 27A e B – Evolução do quantitativo de procedimentos básicos[337] e especializado realizados, total por ano e total geral, CEO de Itacoatiara, Amazonas - 2010 a 2017



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SIA/SUS.

O levantamento da produtividade do CEO de Itacoatiara[338] aponta redução da produtividade em 2011 e 2010, crescimento em 2013 e posterior decréscimo até 2017. O procedimento com maior volume de produtividade foi a restauração de decíduo (4.964 restaurações) com proporção de 32% em relação aos outros procedimentos pesquisados, sendo seguido pela raspagem supra gengival (2.375 raspagens - 15%) e endodontia (15% - 2.239 obturações). A restauração de permanente anterior apresentou o total de 1.492 restaurações (10%).

O procedimento aplicação tópica de flúor teve uma representatividade de 10% (1.525 ATF) no total dos procedimentos pesquisados, demonstrando pouco cuidado voltado para prevenção neste CEO. Neste sentido, cabe ressaltar que o procedimento de raspagem supra gengival não foi realizado sequer uma vez em 2017, e como vimos, apresentou pequena representatividade 15%.

Os procedimentos que apresentaram menores volumes de produtividade foram: exodontia de dente permanente (1.058 exodontias – 7%), restauração de dente permanente anterior (910 restaurações – 6%) e exodontia de dente decíduo (746 exodontias – 5%).

---

[337] O procedimento exodontia de dente decíduo no ano de 2013, no CEO de Itacoatiara, estava com o quantitativo anual demasiadamente alto (20.453 exodontias), quando comparados aos quantitativos dos outros anos desse mesmo estabelecimento, onde o maior quantitativo lançado foi 154 exodontias em 2016. Portanto, decidimos excluir o quantitativo de 2013 e calcularmos a média desse procedimento nos anos pesquisados. O quantitativo encontrado e substituído foi de 93 exodontias.

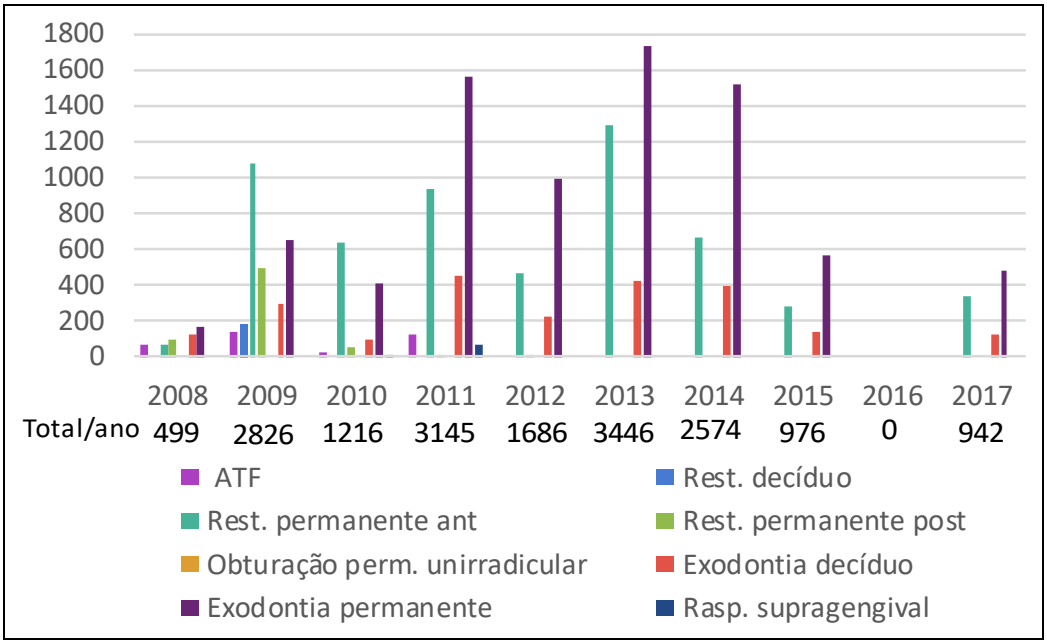
[338] Este CEO é classificado como tipo II, e de acordo com as informações do CNES, possui um equipo odontológico e uma equipe de seis dentistas (dois Endodontistas; um Periodontista; um Odontopediatra e Pacientes com Necessidades Especiais; um Cirurgião Bucomaxilofacial e um Clínico geral).

De um modo geral, este CEO demonstrou um decréscimo na produtividade dos procedimentos analisados de 67,9% de 2010 a 2017. A adesão deste estabelecimento de saúde à RCPD ocorreu em março de 2013, logo o esperado era que houvesse um aumento de produtividade em consequência dessa adesão. Analisando o volume da produtividade ao longo dos anos, notamos justamente o contrário, pois a partir de 2013, houve queda de 69%. Cabe lembrar que esse estabelecimento recebe um incentivo de custeio mensal adicional por fazer parte dessa Rede.

Como visto anteriormente, o CEO de Itacoatiara só apresentou registro através do BPA-I nos anos de 2015 e 2016, com produtividade de menor volume (1.088 procedimentos – Gráfico 23) em relação à demostrada no Gráfico 27B (13.070 procedimentos odontológicos da AB). Dessa maneira, cogitamos a possibilidade de que, neste CEO, as pessoas com necessidades especiais foram atendidas sem o preenchimento do BPA-I, ou os procedimentos odontológicos da AB, na média complexidade, foram realizados em pessoas sem necessidades especiais. De qualquer modo, o CEO de Itacoatiara não está procedendo segundo a orientação do MS e precisa de monitoramento e orientação por parte da gestão estadual para se adequar às determinações ministeriais.

No Gráfico 28, abordaremos os resultados do CEO de Lábrea.

Gráfico 28 – Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano, CEO de Lábrea, Amazonas – 2008 a 2017



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SIA/SUS.

Conforme os dados demonstrados no Gráfico 28, verificamos que o volume de produtividade deste CEO oscilou entre crescimento e diminuição de 2008 até 2014, seguido

por decréscimos até 2016 (quando não informou nenhuma produção) e com posterior aumento em 2017.

Observamos que nenhum procedimento de endodontia foi informado durante todo o período analisado (2008 a 2017). Por conta deste resultado, verificamos todos os tipos de procedimentos realizados por esse CEO e constatamos que o mesmo não informou nenhum tipo de procedimento especializado nos dez anos pesquisados.[339] Assim o CEO de Lábrea realizou somente procedimentos odontológicos da AB, a partir de 2012 só realizou três tipos de procedimentos (exodontias de permanente, decíduo e restauração de permanente anterior) e em 2016 não realizou nenhum dos procedimentos pesquisados. Realizou quase que exclusivamente exodontias, o que denota um perfil extremamente mutilador. Entretanto, este estabelecimento de saúde[340] é da média complexidade, sendo responsável pela assistência odontológica especializada e deve realizar procedimentos odontológicos nas especialidades de Endodontia, Periodontia, Cirurgia oral e procedimentos odontológicos da AB, exclusivamente, nos pacientes com necessidades especiais, conforme metas especificadas pelo Tipo de CEO (I, II e III).[341]

Portanto este CEO está sujeito à suspensão do repasse do incentivo federal mensal de custeio, pois conforme Portaria GM/MS nº 1.464/2011, a suspensão ocorre quando as produções mínimas mensais de endodontia não são atingidas por dois meses consecutivos ou três meses alternados no período de um ano, suspensão mantida até a regularização das produções mínimas mensais (BRASIL, 2011j).

Conforme informações do CNES o CEO de Lábrea não está cadastrado na classificação 007 – Atendimento à pessoa deficiente como determina a Portaria MS/SAS nº 911/2012. Cabe lembrar que este CEO não apresentou nenhuma informação lançada através do BPA-I, portanto se o mesmo só realiza procedimentos odontológicos da AB (total de 17.310 procedimentos), incide nas hipóteses levantadas anteriormente. Não estão registrando de maneira correta os atendimentos aos pacientes com necessidades especiais ou estão

---

[339] Rol de procedimentos odontológicos realizados pelo CEO de Lábrea, segundo os dados do SIA/SUS e códigos SIGTAP, além daqueles elencados nesta tese: código – 0101010010: Atividade educativa/orientação em grupo na atenção básica; código – 0101020015: Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel; código – 0101020031 Ação coletiva de escovação dental supervisionada; código – 0101020082 Evidenciação de placa bacteriana; código – 0101020090 Selamento provisório de cavidade dentária; código – 0307010015 Capeamento pulpar; código – 0307020010 Acesso a polpa dentaria e medicação (por dente); código – 0307040070 Mmoldagem dento-gengival p/construção de prótese dentaria e código – 0414020383 Tratamento de alveolite.

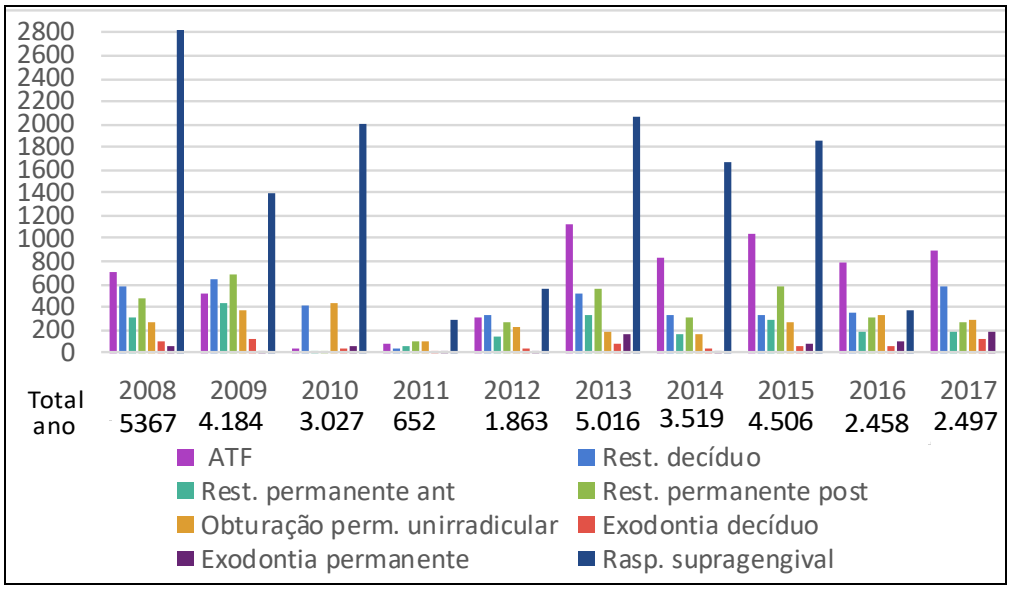
[340] Este CEO é do tipo I, não está aderido à RCPD e conforme informações do CNES possui três equipos odontológicos e o seu quadro é formado por três dentistas: um Protesista, um Periodontista e um Clínico geral.

[341] Portaria GM/MS nº 1.464, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011h).

realizando os procedimentos odontológicos da AB em pessoas sem deficiência. Portanto, não está em conformidade com o que o MS determina e demanda um olhar mais apurado por parte da gestão estadual, com o propósito de observar as inadequações às normas definidas pelo MS.

A seguir, iniciamos as análises dos cinco CEO de Manaus, a começar pelo CEO Manaus Sul, Gráfico 29. Cabe lembrar que esta cidade possui o maior contingente populacional do Amazonas (51,8%) e um número maior de CEO quando comparada aos outros municípios amazonenses.

Gráfico 29 – Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano, CEO Manaus Sul, Amazonas – 2008 a 2017



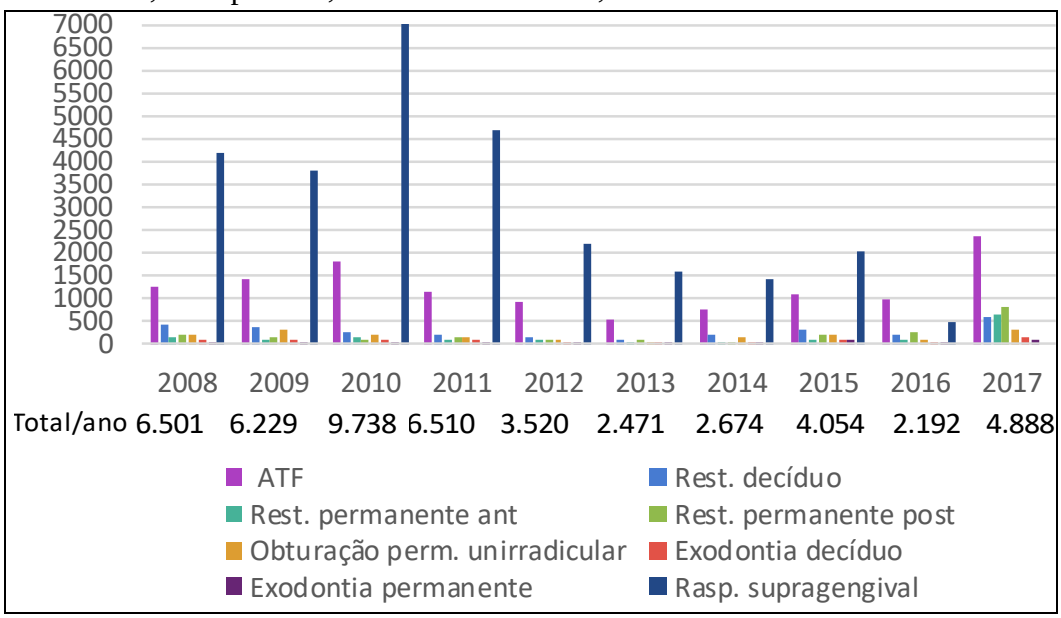
Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SIA/SUS.

Este CEO demonstrou (Gráfico 29) um decréscimo de 65% no volume da produtividade nos quatro primeiros anos, com um aumento de 169% em 2013 (5.016 procedimentos) seguido por diminuição de 50% até 2017 (2.497 procedimentos). De maneira geral, este CEO apresentou decréscimo de 53,5% na produtividade dos procedimentos pesquisados de 2008 a 2017.

O CEO Manaus Sul não apresentou nenhum registro por BPA-I e realizou um total de 30.465 procedimentos odontológicos da AB nos 10 anos pesquisados. Deste modo, este CEO não está seguindo as normas ditadas pelo MS, que, conforme visto anteriormente, instituiu o instrumento de registro a partir de 2012. Assim, merece uma atenção da gestão estadual para analisar essa questão e ajustá-lo ao ordenamento ministerial.

O Gráfico 30 apresenta os dados levantados sobre o CEO Manaus Norte.

Gráfico 30 – Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano, CEO Manaus Norte, Amazonas – 2008 a 2017



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SIA/SUS.

Neste CEO, de acordo com os procedimentos estudados, observamos diminuição do volume de produtividade de 4% em 2009, com posterior crescimento de 56% em 2010, seguido por decréscimos de 72% até 2014, oscilação entre aumento e decréscimo até 2016 e posterior crescimento de 122% em 2017. De um modo geral, este CEO apresentou decréscimo no volume da produtividade dos procedimentos pesquisados de 24,8% de 2008 a 2017.

Seu volume de produtividade total (48.777 procedimentos) foi maior em 47% quando comparado ao CEO Manaus Sul (33.089 procedimentos), sendo que o CEO Manaus Norte passou de tipo II para tipo III em julho de 2015[342], e o Sul[343] sempre foi do tipo II, fato que justifica a maior produtividade do CEO Norte.

Verificamos que o CEO Manaus Norte realizou um total de 47.061 procedimentos odontológicos da AB durante todo o período pesquisado, portanto deveria ter apresentado essas informações registradas através do BPA-I. Sendo assim, o mesmo não se encontra

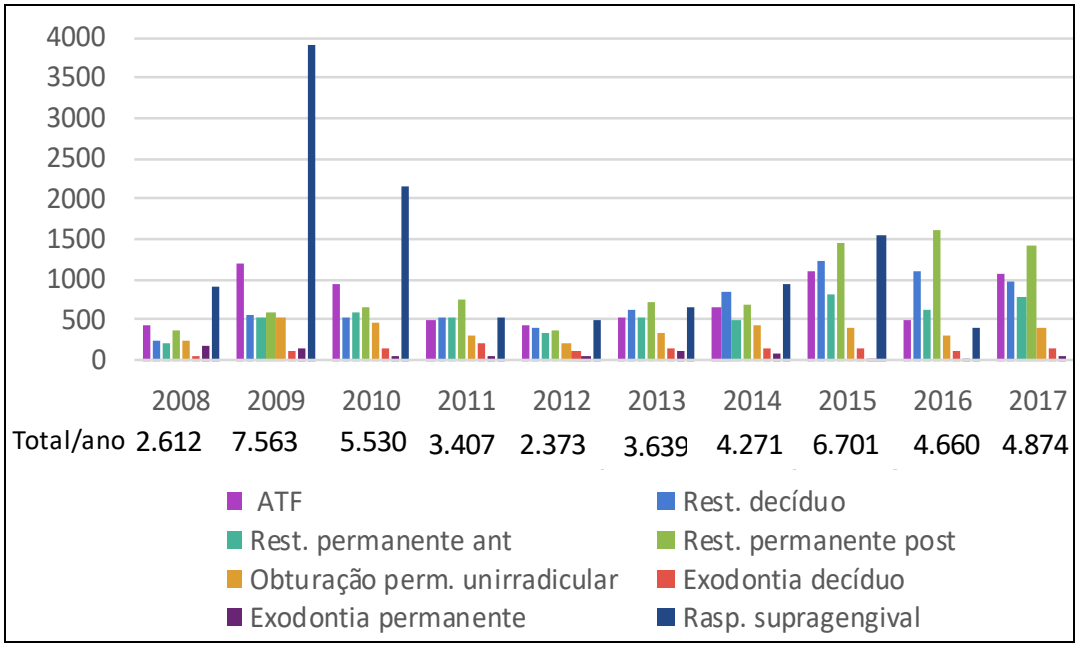
[342] A Portaria GM/MS nº 1.050, de 23 de julho de 2015, alterou a classificação do tipo deste CEO para tipo III (BRASIL, 2015d). Porém, no CNES o quantitativo de equipos odontológicos que consta nesse estabelecimento são quatro, limite mínimo estabelecido pela PNSB para o CEO tipo II. Cabe lembrar que o número estabelecido pelo MS para o CEO tipo III é acima de sete equipos odontológicos (BRASIL, 2006f). Segundo o CNES esse CEO tem uma equipe de 14 dentistas (quatro Endodontistas; dois Periodontistas. três Cirurgiões-dentistas Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais; um Ortopedista e Ortodontista; dois Cirurgiões Bucomaxilofacial e dois Odontopediatras). Cabe recordar que ele não pertence à RCPD.

[343] Conforme informações do CNES, este CEO possui seis equipos odontológicos e uma equipe de 13 dentistas (dois Cirurgiões Bucomaxilofacial; quatro Endodontistas; dois Odontopediatras; um Ortodontista; um Cirurgião-dentista Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais; dois Periodontistas e um Protesista). Não está ligado à RCPD.

dentro dos parâmetros estabelecidos pelo MS, devendo ser monitorado pela gestão estadual, para fins de esclarecimentos e orientações de acordo com as normas definidas pelo MS.

Seguimos para a análise dos resultados referentes ao CEO Manaus Oeste (Gráfico 31).

Gráficos 31 – Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano, CEO Manaus Oeste, Amazonas – 2008 a 2017



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SIA/SUS.

Observamos que o CEO Manaus Oeste demonstrou produtividade ao longo dos anos estudados com início de crescimento em 2009 (189%), posterior decréscimo até 2013 (52%), seguido por aumento nos anos de 2014 (17%) e 2015 (57%) e diminuição, nos dois últimos anos (27%). De maneira geral, este CEO aumentou a produtividade dos procedimentos estudados em 86,6% de 2008 a 2017, diferentemente dos CEO Manaus Sul e Norte que diminuíram a produtividade.

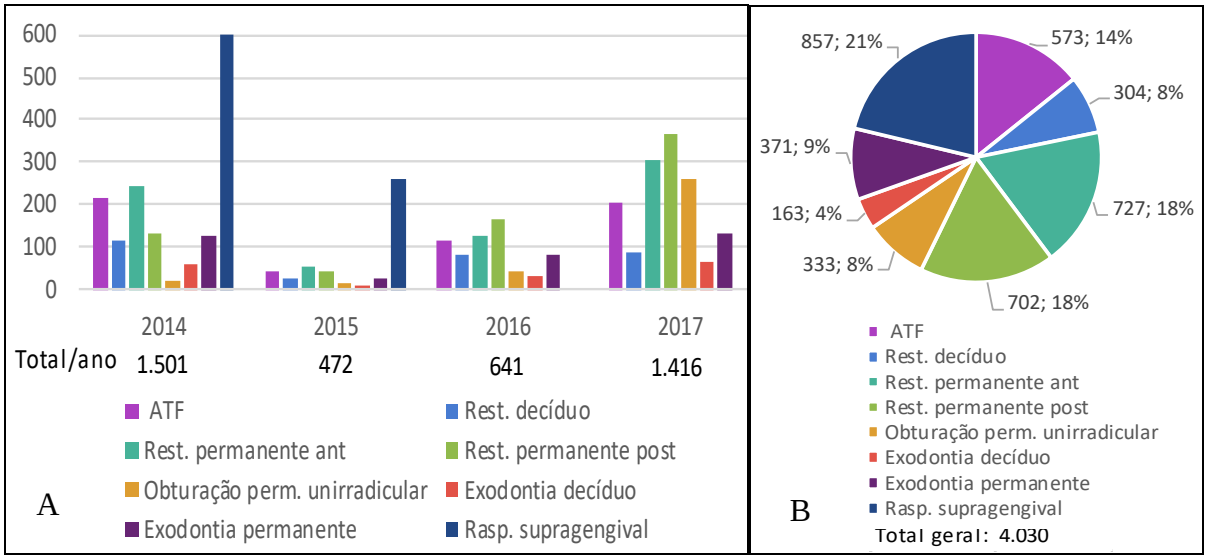
Quanto ao volume total da produtividade (45.630 procedimentos), o CEO Manaus Oeste[344] produziu 7% a menos do que o CEO Manaus Norte e 38% a mais do que o CEO Manaus Sul. O esperado seria que o CEO Manaus Oeste tivesse produzido mais do que o CEO Manaus Norte, devido ao tipo de CEO (III) e ao quantitativo de dentistas (20), diferentemente do CEO Manaus Norte, que, como vimos, passou para o tipo III somente em julho de 2015 (sete anos após o Oeste) e possui menos dentistas no quadro de profissionais (14).

[344] Este CEO é do tipo III, não está aderido à RCPD e de acordo com o CNES, possui nove equipos odontológicos e uma equipe de 20 dentistas (seis Endodontistas; dois Ortopedistas e Ortodontista; três Odontopediatras; três Periodontistas; um Cirurgião-dentista Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais; três Protesistas, um Cirurgião Bucomaxilofacial e um Clínico geral).

Constatamos que este CEO realizou um total de 41.986 procedimentos odontológicos da AB nos dez anos pesquisados, mas não houve nenhum registro por meio do BPA-I. Desta forma, o mesmo não está seguindo as determinações do MS e deve ser observado pela gestão estadual, para fins de monitoramento e orientação à normatização do MS.

Em seguida apresentamos os Gráficos 32A e B, com os dados relativos ao CEO Manaus UEA. Como este CEO só foi habilitado em 30 de maio de 2014[345] os gráficos têm o início no ano de 2014.

Gráficos 32A e B – Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano e total geral de todos os anos, CEO Manaus UEA, Amazonas – 2014 a 2017



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SIA/SUS.

Este CEO apresentou sua maior produtividade no ano de 2014 (1.501 procedimentos), o que nos surpreendeu, pois justamente nesse ano a produtividade foi referente a sete meses e não aos 12 meses do ano, já que, o mesmo foi habilitado no mês de maio. No ano seguinte, 2015, houve um decréscimo na produtividade de 68% (472 procedimentos), seguido por aumentos de 36% (641 procedimentos) em 2016 e de 121% em 2017.

O procedimento que apresentou o volume total maior foi o de periodontia (857 raspagens supra gengivais), representando 21% do total dos procedimentos pesquisados. Apesar disso, constatamos sua ausência nos anos de 2016 e 2017, o que pode ser explicado, pois o mesmo é contabilizado por sextante e pode estar aumentado em até seis vezes nos dois primeiros anos, fazendo com que sobressaia em comparação aos demais.

Dando sequência ao volume de produtividade, observamos os procedimentos restauradores (727 restaurações de permanente anteriores – 18% e 702 restaurações de

[345] Portaria GM/MS nº 1.180, de 30 de maio de 2014 (BRASIL, 2014i).

decíduos – 18%); seguidos pelo procedimento preventivo (304 ATF – 14%), a exodontia de permanentes (371 exodontias – 9%), o procedimento de endodontia (333 obturações – 8%) e por último as exodontias de dentes decíduos (163 exodontias – 4%).

De um modo geral, este CEO demonstrou uma diminuição da produtividade dos procedimentos estudados de 5,6% de 2014 a 2017. Apesar deste CEO ter iniciado a sua produção em 2014, pode-se afirmar que ele teve uma produção (2.529 procedimentos) 73% aquém do CEO Manaus Sul (9.461 procedimentos), que possui o mesmo tipo (II), quando comparamos somente os três últimos anos pesquisados.

Embora o CEO Manaus UEA[346] seja do tipo II, ele possui características semelhantes com relação ao quantitativo de dentistas e um número maior de equipos odontológicos que os CEO tipo III de Manaus. Assim apesar dos outros três CEO da capital (Norte, Oeste e Leste) serem do tipo III, fizemos a mesma comparação realizada acima e encontramos os seguintes resultados: o CEO UEA apresentou uma produtividade abaixo dos três CEO, sendo 77% aquém do CEO Norte, 85% aquém do CEO Oeste e 73% aquém do CEO Leste.

O CEO Manaus UEA faz parte da RCPD desde 27 de outubro de 2014[347], e é o único CEO da capital ligado a essa Rede. Por esse motivo recebe um incentivo de custeio mensal adicional e era esperado que atendesse um volume maior de procedimentos odontológicos da AB, quando comparado aos outros CEOs de Manaus, pois segundo as orientações do MS, esses procedimentos são voltados exclusivamente para as PcD.

Verificamos o registro de procedimentos através do BPA-I com início nesse mesmo ano, mas o quantitativo de procedimentos informados por esse documento (838 – Gráfico 24) é menor do que o total de procedimentos odontológicos da AB (3.697) demonstrado no Gráfico 32B. Isso expressa que este CEO realizou procedimentos odontológicos da AB que não foram informados pelo BPA-I, logo o mesmo não está seguindo as determinações do MS. É necessário realizar o monitoramento por parte da gestão estadual, para que as incongruências sejam sanadas e se adequem ao ordenamento ministerial.

Dando prosseguimento aos dados referentes aos CEO da capital do Amazonas, apresentamos o Gráfico 33, sobre o CEO Manaus Leste. Este CEO, apesar de ter sido

---

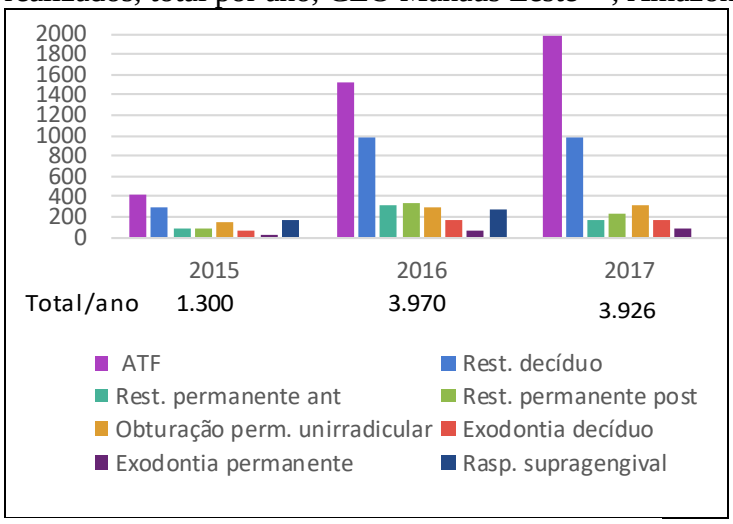
[346] O CEO Manaus UEA, conforme informações do CNES, possui 14 equipos odontológicos e uma equipe de 13 dentistas, sendo eles: um Odontopediatra; um Endodontista; um Periodontista; um Protesista; um Cirurgião-dentista Protesiólogo Bucomaxilofacial e Protesista; um Estomatologista; um Cirurgião Bucomaxilofacial e Estomatologista; um Cirurgião-dentista Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais; um Clínico geral, Cirurgião-dentista Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e Endodontista; três Endodontistas e Cirurgião-dentista Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais; e um Periodontista e Cirurgião-dentista Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais.

[347] Portaria GM/MS nº 2.354, de 27 de outubro de 2014 (BRASIL, 2014j).

habilitado em setembro de 2016[348], informou os dados de produção no SIA/SUS a partir de agosto de 2015.

Interessante notar que em notícia no portal da Prefeitura de Manaus[349], do dia 01 de junho de 2015, foi mencionada a inauguração do mesmo, coincidindo com a época do início do registro das informações no SIA/SUS.

Gráfico 33 – Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano, CEO Manaus Leste[350], Amazonas – 2015 a 2017



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SIA/SUS.

Examinando os resultados apresentados no Gráfico 33, notamos que o procedimento com o maior volume de produção foi o preventivo (ATF). O segundo procedimento com maior produtividade foi restauração de decíduo, seguido por procedimento endodôntico, restauração de permanente posterior, restaurações de permanentes anteriores e procedimento de periodontia, sendo que em 2017 não foi informado nenhum procedimento de periodontia; por último vieram as exodontias de dentes decíduos e de dentes permanentes. O panorama descrito denota que o referido estabelecimento demonstrou um perfil voltado para a prevenção e promoção da saúde bucal.

No período de análise deste CEO (2015 a 2017), verificamos que houve um crescimento de 66,9% no volume da produtividade dos procedimentos pesquisados. Quando

[348] Portaria GM/MS nº 1.066, de 21 de setembro de 2016 (BRASIL, 2016d).

[349] Disponível em: http://www.manaus.am.gov.br/noticia/zona-leste-ganha-centro-de-especialidades-odontologicas/.

[350] Este CEO é classificado como tipo III, não pertence à RCPD e conforme informações do CNES, possui oito equipos odontológicos e uma equipe de 12 dentistas: um Ortodontista, um Cirurgião Bucomaxilofacial, quatro Endodontistas, dois Protesistas, um Odontopediatra, dois Periodontistas e um Cirurgião-dentista Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais.

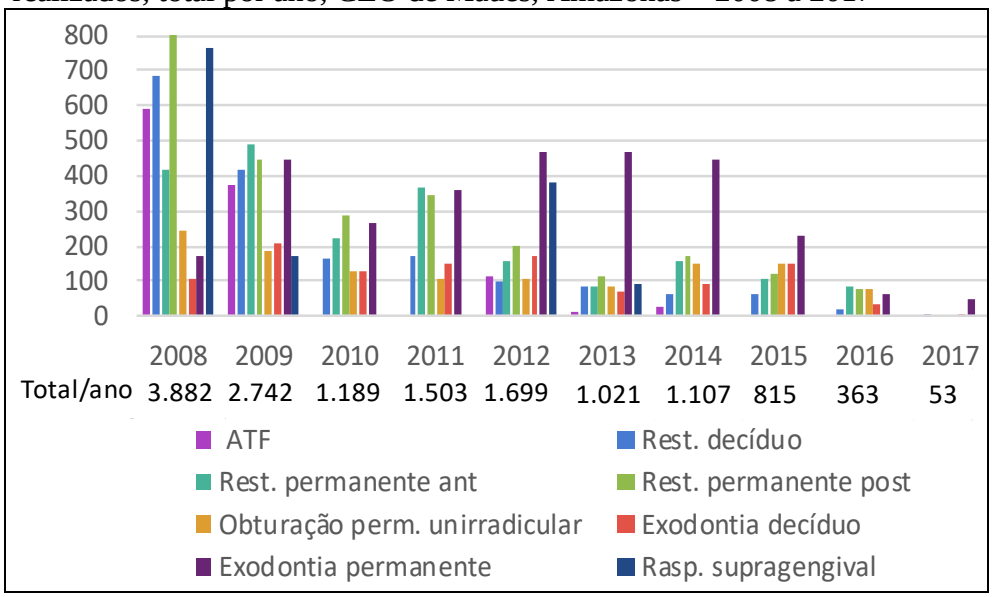
comparamos os anos de 2016 e 2017[351] deste CEO com os outros da mesma cidade, verificamos que sua produtividade foi aquém (7.896 procedimentos) somente da produtividade do CEO Manaus Oeste (9.534 procedimentos) e ficou acima dos demais: Norte (7.080 procedimentos), Sul (4.955 procedimentos) e UEA (2.057 procedimentos). Isso demonstra que, apesar de ter sido o último CEO implantado na capital do Amazonas, ele apresentou a segunda maior produtividade entre os cinco CEO da localidade.

Constatamos que o CEO Manaus Leste realizou um total de 8.421 procedimentos odontológicos da AB estudados, mas não apresentou nenhuma informação por meio do documento de registro BPA-I. Deste modo, o mesmo não está seguindo as normas do MS e deve ser avaliado pela gestão estadual, para fins de análise, orientação e adequação ao ordenamento ministerial.

Em síntese, com relação aos CEO de Manaus, podemos dizer que o CEO Manaus Norte foi o que apresentou o maior volume de produtividade dos procedimentos elencados nos anos pesquisados (Gráficos 29 até 33), além de ter evidenciado um perfil voltado para a prevenção e promoção da saúde bucal.

Retornando para a análise dos CEO de outros municípios amazonenses, Gráfico 34 apresentamos os dados encontrados para Maués.

Gráfico 34 – Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano, CEO de Maués, Amazonas – 2008 a 2017



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SIA/SUS.

Ao observarmos o Gráfico 34, notamos que o primeiro ano (2008) expressou o maior volume de produtividade (3.882 procedimentos) de todo o período pesquisado para o CEO de

[351] Comparamos somente os anos de 2016 e 2017, pois para o CEO Manaus Leste não foi informada no SIA/SUS a produção dos 12 meses de 2015, constando somente seis meses. Portanto, se na comparação com os outros CEO de Manaus incluíssemos 2015, a mesma não seria proporcional para todos os CEO.

Maués. Ao longo dos anos, esse volume foi diminuindo, com exceção de 2012 e 2014, quando apresentou um aumento de 13% e 8%, respectivamente, chegando em 2017 com o volume baixíssimo de apenas 53 procedimentos. Assim, o mesmo teve um decréscimo de 98% na sua produtividade, tendo como referência o ano de 2008.

Este CEO é do tipo I, apresenta um número menor de equipos odontológicos e consequentemente, de dentistas.[352] Contudo, desde a sua habilitação, em 2006[353], sempre foi desse tipo, e essa classificação não justifica a redução da sua produtividade.

Observamos que, em 2017, o procedimento de endodontia pesquisado não foi informado, mas consta no cadastro do CNES, no quadro de profissionais deste estabelecimento de saúde, um dentista Endodontista. Entretanto, como o CNES cadastra ocupação, e não a especialidade, esse profissional pode não realizar os procedimentos endodônticos. Então decidimos levantar os dados referentes aos outros procedimentos especializados de endodontia e constatamos que, no ano de 2017, nenhum procedimento dessa especialidade foi realizado.

Apesar de não existir a exigência de especialistas trabalhando nos CEO, existe a exigência de metas mensais para certas especialidades com produção mínima mensal obrigatória e a Endodontia[354] está entre as especialidades que possuem tais condições para todos os CEO, independentemente do tipo. Portanto, este CEO está sujeito a suspensão do repasse do incentivo federal mensal de custeio.

Com relação aos procedimentos odontológicos da AB, foram realizados, em dez anos, 13.139 procedimentos, mas este CEO não realizou nenhum registro através do BPA-I. Desta forma, o mesmo não está seguindo as determinações do MS e merece um olhar mais apurado por parte da gestão estadual, para avaliar e orientar as questões em desacordo com as normativas ministeriais.

Prosseguindo, apresentamos os dados do CEO de Parintins no Gráfico 35.

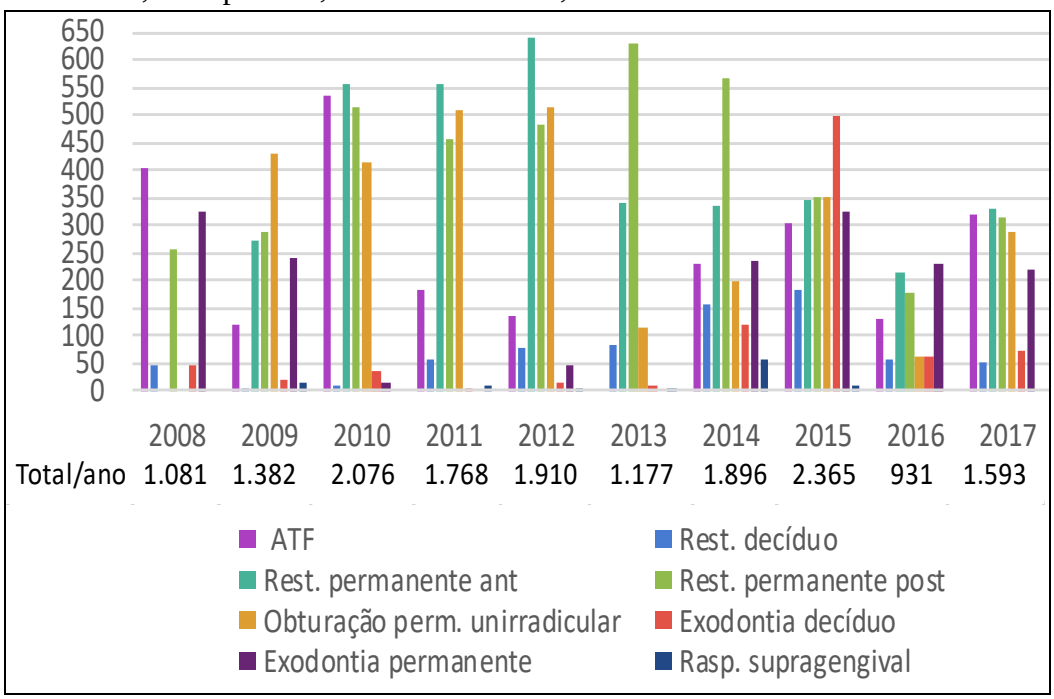
---

[352] Este CEO é do tipo I, não está ligado à RCPD e de acordo com o CNES, possui três equipos odontológicos e três dentistas sendo: um Protesista e Periodontista; um Endodontista; e um Cirurgião Bucomaxilofacial e Cirurgião-dentista Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais.

[353] Portaria MS/SAS nº 680, de 03 de março de 2006 (BRASIL, 2006b).

[354] Para o cumprimento da produção mínima mensal de Endodontia, é obrigatório realizar, no mínimo, 20% dos seguintes procedimentos: 0307020053 - obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou 0307020096 - retratamento endodôntico em dente permanente com três ou mais raízes (BRASIL, 2011j).

Gráfico 35 – Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano, CEO de Parintins, Amazonas – 2008 a 2017



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SIA/SUS.

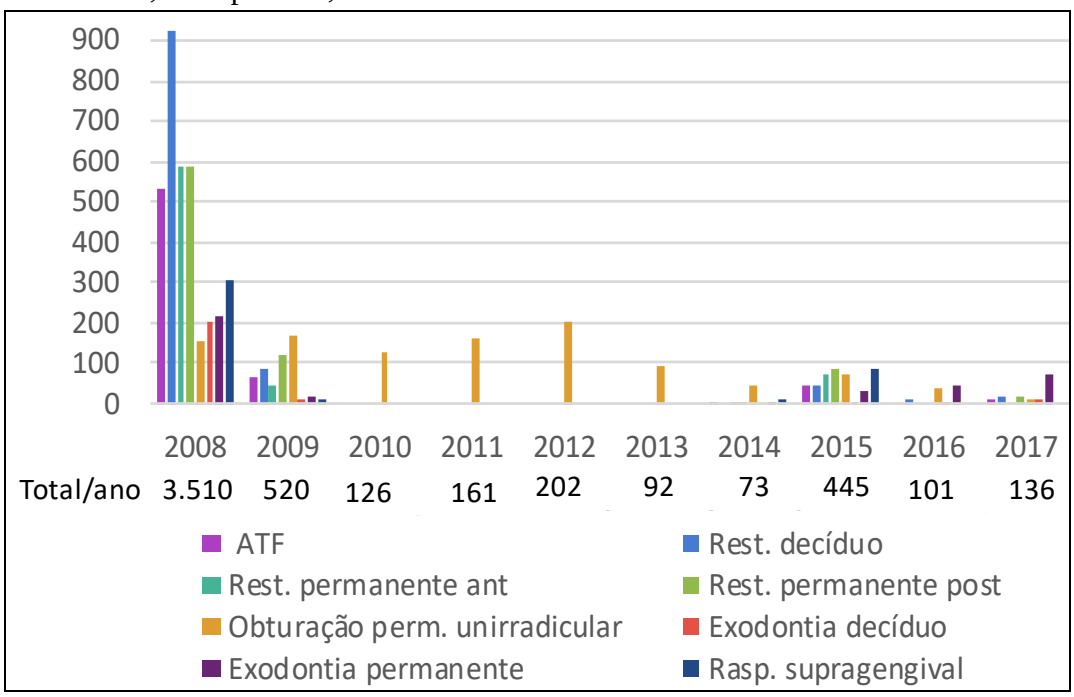
O CEO de Parintins[355] oscilou entre crescimento e decréscimo durante todo o período pesquisado, atingindo a sua maior produtividade: 2.365 procedimentos no ano de 2015. Houve queda para 931 procedimentos em 2016, terminando com aumento para 1.593 procedimentos em 2017. De modo geral, este CEO apresentou um aumento do volume dos procedimentos estudados de 47,4% de 2008 a 2017.

Observamos que foram realizados 13.301 procedimentos odontológicos da AB nos dez anos pesquisados e este CEO não informou nenhum registro por meio do BPA-I, assim não está em conformidade com as normas do MS. Em virtude disto, necessita de observação e orientação por parte da gestão estadual para adequação às determinações ministeriais.

Apresentamos, em seguida, as informações a respeito do CEO de São Gabriel da Cachoeira, no Gráfico 36.

[355] Este CEO é do tipo II, não pertence à RCPD e segundo consta no CNES, possui quatro equipos odontológicos e uma equipe com oito dentistas sendo eles: um Periodontista, dois Endodontistas, dois Protesistas, dois Clínicos gerais e um Clínico geral e Cirurgião-dentista Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais.

Gráfico 36 – Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano, CEO de São Gabriel da Cachoeira – 2008 a 2017



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SIA/SUS.

Notamos neste CEO um início com uma produtividade de 3.510 procedimentos (2008), sendo a maior dos dez anos pesquisados; nos anos seguintes houve redução desse volume, sendo os anos de menores produção 2013 (92) e 2014 (73).

Observamos que nos anos de 2010, 2011, 2012 e 2013, o único tipo de procedimento realizado foi o de endodontia. A partir de 2014, os procedimentos odontológicos da AB voltam a ser informados, porém com pouca expressividade (25 procedimentos, por isso nem aparecem no Gráfico 36). Quando comparados a endodontia (48 procedimentos), em 2015 apresentaram aumento (375 procedimentos da AB e 70 procedimentos endodônticos), seguido de decréscimos nos anos seguintes.

De maneira geral este CEO[356] diminuiu em 96,1% o volume de produtividade dos procedimentos estudados de 2008 a 2017. Verificamos que o procedimento de maior volume nos últimos dois anos foi a exodontia de permanentes, demonstrando uma tendência para mudança do perfil conservador para o mutilador. Para confirmação dessa mudança, devem ser realizados estudos que façam análises após 2017.

O CEO de São Gabriel da Cachoeira apresentou um volume de produtividade total dos procedimentos estudos (5.366 procedimentos) abaixo dos demais CEO do Amazonas, com exceção do CEO Manaus UEA. No entanto, CEO Manaus UEA iniciou a sua produtividade

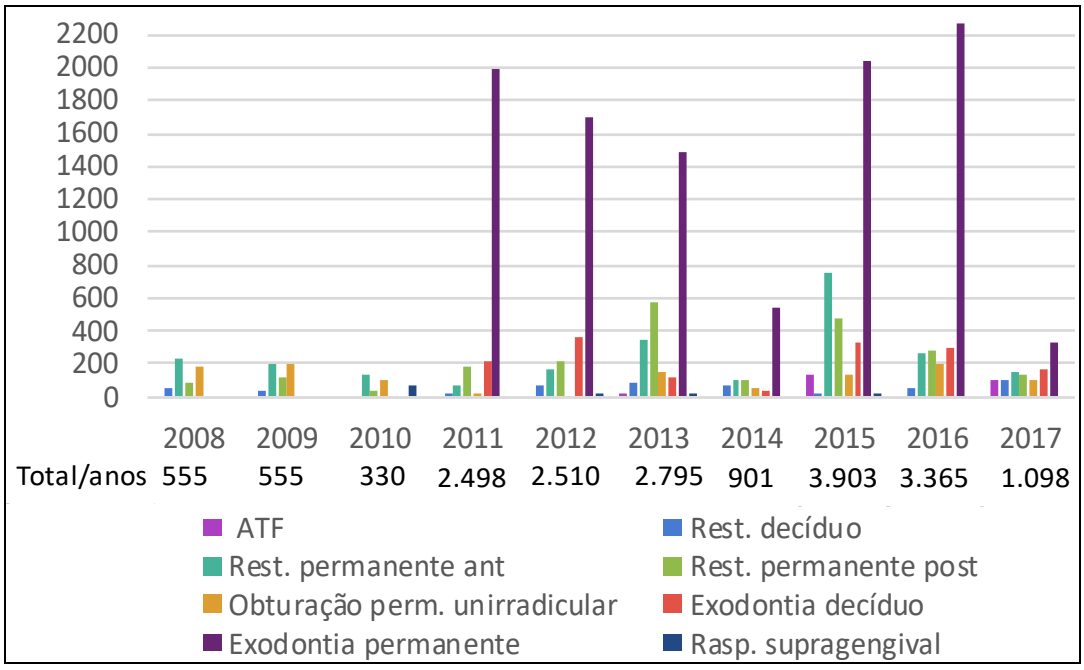
[356] Este CEO é do tipo II, não está ligado à RCPD e de acordo com o CNES, possui quatro equipos odontológicos e três dentistas sendo: um Periodontista e Cirurgião Bucomaxilofacial; um Endodontista e um Protesista.

em 2014, não sendo possível compará-lo dessa forma, pois tem seis anos a menos de produtividade.

Constatamos que o CEO de São Gabriel da Cachoeira realizou, no total de todos os anos pesquisados, 4.297 procedimentos odontológicos da AB, mas não registrou nenhum BPA-I no SIA/SUS. Sendo assim, não está seguindo as determinações do MS e é importante que a gestão estadual observe essa questão, com o intuito de ajustá-lo às normas ministeriais.

No Gráfico 37, demostramos os resultados do CEO de Tefé.

Gráfico 37 – Evolução do quantitativo de procedimentos básicos e especializado realizados, total por ano, CEO de Tefé, Amazonas – 2008 a 2017



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SIA/SUS.

Analisando a evolução da produtividade do CEO de Tefé[357], podemos notar que os três primeiros anos tiveram as menores produtividades, os outros sete anos apresentaram crescimento. Os anos de maior volume foram 2015 (3.903 procedimentos) e 2016 (3.365), com queda em 2017 (1.098). De uma maneira geral, este CEO apresentou um crescimento do volume dos procedimentos pesquisados de 97,8% de 2008 a 2017.

O procedimento com maior volume e que correspondeu a 56% de todos os procedimentos estudados foi a exodontia de dente permanente (10.370 exodontias). Observamos que nos três primeiros anos não foi realizado nenhum procedimento de exodontia de dentes permanentes e nem de dentes decíduos. Notamos que o procedimento preventivo

[357] Este CEO é do tipo II, não está aderido à RCPD e conforme com o CNES, possui três cadeiras odontológicas e uma equipe de cinco dentistas: um Endodontista; dois Clínico geral; um Estomatologista; e um Periodontista, Radiologista e Cirurgião-dentista Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais. Vale lembrar que o MS determina que o CEO tipo II deve ter de quatro a sete equipos odontológicos (BRASIL, 2006b), portanto esse CEO encontra-se abaixo do número determinado.

(ATF) só foi realizado nos anos de 2013, 2015 e 2017, e o procedimento de raspagem supra gengival somente em 2010, 2012, 2013 e 2015. Assim, de acordo com os procedimentos estudados este CEO apresentou um perfil mutilador.

Com relação aos procedimentos odontológicos da AB, foram realizados 17.373 nos dez anos pesquisados. Como este CEO não apresentou nenhum registro através do BPA-I e teve esse montante de procedimentos odontológicos da AB realizados, não está seguindo as normas do MS. Assim, deve ser monitorado pela gestão estadual, verificando-se as questões que estão em desacordo para que haja adequação ao ordenamento ministerial.

No tocante ao panorama dos 13 CEO do Amazonas durante os dez anos pesquisados, apresentamos, na Tabela 7, o volume de produtividade de todos os procedimentos odontológicos informados no SIA/SUS no período, com o intuito de analisar sua evolução.

Tabela 7 – Evolução dos procedimentos odontológicos informados[358], por ano, total do período estudado e proporção de crescimento ou decréscimo[359] (%), dos 13 CEO, Amazonas - 2008 a 2017

CEO Amazonas	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	%
Boca do Acre	X[360]	X	469	2.487	3.531	4.534	3.828	4.049	6.767	4.966	30.631	831
Iranduba	X	X	X	2.181	5.781	2.622	1.733	1.964	4.226	3.262	21.769	49
Itacoatiara	X	X	8.012	8.914	6.117	7.487	9.763	6.872	4.155	3.615	54.935	55
Lábrea	650	5.856	13.593	6.944	3.567	6.998	5.259	1.883	0	1.806	46.556	178
Manaus Sul	18.322	22.665	18.357	1.977	7.668	14.322	9.800	15.061	13.221	21.468	142.861	17
Manaus Norte	19.988	22.918	25.337	17.974	8.304	7.195	12.485	15.110	10.417	35.953	175.681	80
Manaus Oeste	11.424	29.812	20.736	8.651	6.848	11.107	15.551	22.874	17.324	27.536	171.836	141
Manaus UEA	X	X	X	X	X	X	3.774	2.403	3.791	14.817	24.785	292
Manaus Leste	X	X	X	X	X	X	X	6.541	19.853	25.761	52.155	294
Maués	8.500	9.952	5.110	4.240	3.064	2.426	4.769	5.308	1.813	1.540	46.722	82
Parintins	10.979	14.634	14.357	10.314	10.304	8.954	11.332	12.743	6.311	11.369	70.575	3
São Gabriel da Cachoeira	21.565	7.462	4.606	5.932	2.525	4.901	3.369	4.514	2.378	993	58.245	95
Tefé	4.283	3.833	4.578	7.228	8.818	6.348	5.437	14.207	13.166	2.677	70.575	38

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SIA/SUS.

[358] Os quantitativos apresentados na Tabela 11 se referem a todos os procedimentos odontológicos informados por cada CEO a cada ano e o total do período pesquisado (soma de todos os anos), e não mais somente aqueles escolhidos nesta tese.

[359] Na coluna referente a proporção - % encontram-se em azul as proporções de crescimento e em vermelho as de decréscimo relativas ao primeiro e último ano analisados para cada CEO.

[360] As células da Tabela 11 que exibem o "x" significam que nos referidos anos os respectivos CEO não tinham sido habilitados.

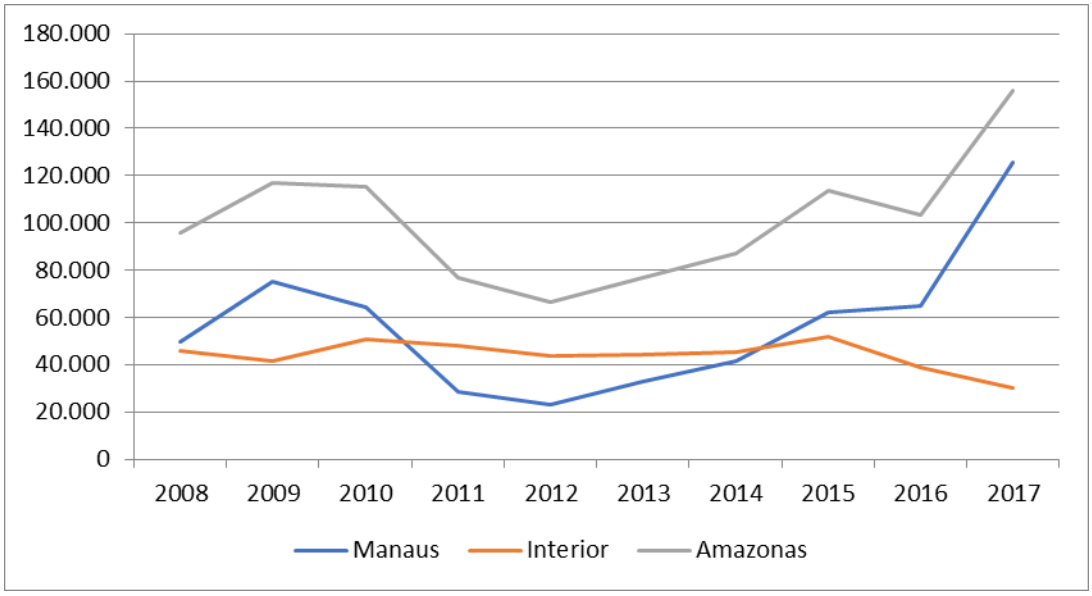
Ao analisarmos a Tabela 7 percebemos que durante os dez anos pesquisados, a maioria dos CEO do Amazonas oscilou entre crescimento e decréscimo, com exceção dos CEO de Itacoatiara e Maués, que apresentaram maiores períodos de decréscimo do que de crescimento do volume da produtividade. Mais da metade dos CEO pesquisados (sete – 54%) tiveram um decréscimo do volume da produtividade no último ano estudado (2017), sendo que os CEO de Lábrea, Maués, São Gabriel da Cachoeira e Tefé apresentaram diminuições sucessivas em 2016 e 2017, e os de Itacoatiara, diminuições por três anos consecutivos 2015, 2016 e 2017.

O ano de maior e menor produtividade total variou para a maioria dos CEO. Para os CEO Manaus Sul, Manaus Oeste, Maués e Parintins o ano de 2009 coincidiu como sendo o de maior produtividade total. O ano de 2017 aparece como o de maior produtividade total para os CEO Manaus Norte, Manaus UEA e Manaus Leste, e como o de menor produtividade total para os CEO de Itacoatiara, Maués, Tefé e São Gabriel da Cachoeira. Interessante notar que o CEO de Lábrea foi o único CEO do Amazonas que apresentou um ano completo (2016) sem haver nenhuma produtividade informada no SIA/SUS.

Em suma, dos 13 CEO do Amazonas, nove demonstraram crescimento do volume da produtividade no período pesquisado (Boca do Acre, Iranduba, Lábrea, Manaus Sul, Manaus Norte, Manaus, Oeste, Manaus UEA, Manaus Leste e Parintins) e quatro demonstraram decréscimo do volume da produtividade no período pesquisado (Itacoatiara, Maués, São Gabriel da Cachoeira e Tefé).

Verificamos que a maioria dos CEO de Manaus foram os que produziram mais, conforme Tabela 7. Então, decidimos agrupar os CEO da capital e formar um outro grupo com os CEO dos outros municípios do Amazonas, para observarmos o desempenho da capital e do interior, separadamente. Também somamos os quantitativos de todos os CEO do Amazonas, a fim de avaliar o comportamento da média complexidade no estado (Gráfico 38).

Gráfico 38 – Evolução da produtividade dos CEO do Amazonas, CEO de Manaus e CEO do Interior do estado - 2008 a 2017[361]



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SIA/SUS.

O Gráfico 38 mostra que a curva do Amazonas acompanha a curva de Manaus, apesar de a capital ter um quantitativo menor de CEO (cinco) quando comparada ao Interior (oito). Este fato é explicado pelo maior volume de produtividade da capital (567.318 procedimentos) e menor do interior (440.730 procedimentos). O interior não demonstrou, ao longo do período estudado, variação entre crescimento e decréscimo muito grande, mantendo-se entre os 30.000 e 50.000 procedimentos durante os dez anos.

O oposto aconteceu com Manaus, que apresentou uma oscilação grande entre crescimento e decréscimo, indo da faixa dos 20.000 até a faixa dos 125.000 procedimentos.

Observamos que, no período pesquisado, somente nos anos de 2011, 2012, 2013 e 2014 a produtividade total do interior esteve acima da capital. Portanto a produtividade de Manaus esteve acima da produtividade do interior por seis anos (60% do período estudado).

Verificamos, no período de maior produção do interior (2010), que Manaus apresentou uma diminuição que começou em 2009, grande a partir de 2010 (saindo da faixa de 64 mil indo até a faixa dos 20 mil procedimentos) até 2012. Além desse enorme decréscimo, podemos cogitar uma outra possibilidade para a menor produtividade de Manaus, até 2014 o interior tinha oito CEO e Manaus, apenas três CEO.

[361] Os quantitativos apresentados para o Amazonas são referentes ao total dos 13 CEO existentes no estado; os quantitativos para Manaus são dos cinco CEO dessa cidade; e os quantitativos do interior são dos oito CEO dos municípios de Boca do Acre, Iranduba, Itacoatiara, Lábrea, Maués, Parintins, São Gabriel da Cachoeira e Tefé.

Em síntese, o Gráfico 38 aponta para a influência de Manaus no comportamento do Amazonas, pois as curvas são semelhantes. Isso significa que a capital induz diretamente o desempenho do estado na atenção à saúde bucal na média complexidade.

Diante do exposto, verificamos que neste nível de atenção, no Amazonas, somente quatro dos 13 CEO, informaram sua produção através do instrumento de registro BPA-I. De acordo com os dados, eles não informaram, no SIA/SUS, todos os procedimentos odontológicos da AB realizados. Portanto, tendo realizado o registro do BPA-I, eles não o fizeram de maneira correta, conforme as ordenações ministeriais. Desta forma, a falta de informação não permitiu averiguarmos se todos os 13 CEO do Amazonas estão assistindo às PcD, e se os que assistiram o fizeram de maneira satisfatória.

5.3 **Assistência odontológica às PcD na atenção terciária – Amazonas**

Conforme explicitado anteriormente no segundo e no quarto capítulo desta tese, neste nível de atenção, a assistência à saúde bucal pelo SUS se dá através da realização de procedimentos odontológicos no nível hospitalar.

O MS instituiu este tipo de assistência às PcD a partir de 05 maio de 2010[362], quando incluiu na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, o procedimento "Tratamento Odontológico para Pessoas com Necessidades Especiais" – código: 04.14.02.041-3, específico para o atendimento odontológico no hospital sob anestesia geral ou sedação. Após a concepção da RCPD, em 2012[363], o governo federal, a fim de viabilizar esse tipo de atendimento, disponibilizou equipamentos odontológicos para adequar centros cirúrgicos de hospitais que passaram a integrar essa Rede, oferecendo assistência odontológica às PcD na atenção hospitalar.

O MS ofertou *kits* de equipamentos odontológicos para três unidades hospitalares em cada estado, para que realizassem as adequações e fossem ligados à RCPD. Entretanto, o Amazonas só adequou dois centros cirúrgicos em hospitais localizados na capital, sendo um na Fundação Hospital Adriano Jorge e outro no Hospital Infantil Dr. Fajardo (Anexo D). O MS não informou os critérios de escolha das unidades hospitalares, tampouco explicou o por

[362] Com a edição da Portaria GM/MS nº 1.032, de 05 de maio de 2010 (BRASIL, 2010a).

[363] Por intermédio da Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012c).

que o Amazonas é o único estado a ter somente dois hospitais ligados à RCPD. Curiosamente, o Hospital Infantil Dr. Fajardo não tem sequer o serviço 114 – Serviço Especializado de Atenção em Saúde Bucal, cadastrado no CNES, como orientado pelas normas ministeriais.

Procuramos analisar, nos hospitais SUS do Amazonas, o quantitativo de AIH aprovadas para o referido procedimento a partir da sua concepção, passando pela criação da RCPD e incentivo do MS[364] até a data de corte desta tese. O objetivo foi verificar a evolução da assistência odontológica hospitalar do SUS às PcD no estado, segundo o quantitativo de AIHs aprovadas antes e após a adesão à RCPD no período de sete anos.

A Tabela 8 apresenta a evolução do quantitativo de AIHs aprovadas nos hospitais SUS do Amazonas, não ligados à RCPD.

Tabela 8 – Quantitativo de AIHs aprovadas para o código: 04.14.02.041-3, nos hospitais SUS que não pertencem à RCPD, Amazonas – maio/2010 a dez./2017

Hospitais não RCPD	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
SPA Hospital e Maternidade Chapot Prevot	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Hospital Universitário Getúlio Vargas	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Hospital Regional de Coari Dr. Odair Carlos Geraldo	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Hospital Regional Dr. Jofre de Matos Cohen	0	0	0	1	7	2	0	0	10

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SIH/SUS.

De acordo com os dados demonstrados na Tabela 8, dentre os hospitais não ligados à RCPD, somente quatro hospitais no Amazonas apresentaram AIHs aprovadas para o referido procedimento nos sete anos estudados. Esses quatro hospitais estão distribuídos em três municípios, sendo que dois encontram-se em Manaus (SPA Hospital e Maternidade Chapot Prevost e Hospital Universitário Getúlio Vargas), um em Coari (Hospital Regional de Coari Prefeito Dr. Odair Carlos Geraldo) e um em Parintins (Hospital Regional Dr. Jofre de Matos Cohen). Cabe lembrar que desses hospitais somente os hospitais SPA Hospital e Maternidade Chapot Prevost e Hospital Regional Dr. Jofre de Matos Cohen possuem cadastrados no CNES o serviço 114 - Serviço Especializado de Atenção em Saúde Bucal, conforme visto no Quadro 30.

O Hospital Regional Dr. Jofre de Matos Cohen foi o que apresentou o quantitativo maior de AIHs aprovadas (dez), sendo que os outros três hospitais só informaram uma AIH

[364] Para efeito desta tese, consideramos o ano de 2013 como início do período estabelecido após o incentivo do MS, já que a Portaria de lançamento da RCPD é de abril de 2012.

para o referido procedimento nos sete anos pesquisados. Não houve nenhuma informação de AIH a respeito deste procedimento no SIH/SUS nos anos de 2010, 2011, 2012 e 2017. O ano com o quantitativo maior foi 2014, com oito AIHs aprovadas. O total do quantitativo de AIHs aprovadas no Amazonas de 2010 a 2017 nos hospitais que não pertencem à RCPD foi de 13.

A Tabela 9 demonstra as mesmas características exibidas anteriormente na Tabela 8, mas com os resultados dos hospitais SUS do Amazonas aderidos à RCPD.

Tabela 9 – Quantitativo de AIHs aprovadas para o código: 04.14.02.041-3, nos hospitais SUS aderidos à RCPD, Amazonas – maio/2010 a dez./2017

Hospitais da RCPD	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Fundação Hospital Adriano Jorge	0	15	12	9	18	23	15	14	106
Hospital Infantil Dr. Fajardo	0	0	0	0	0	11	15	24	50

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SIH/SUS.

Com relação aos dois hospitais do Amazonas aderidos à RCPD, observamos que do total de 156 AIHs aprovadas, o hospital que apresentou o maior quantitativo foi a Fundação Hospital Adriano Jorge, com 106 AIHs, representando 67,9% das AIHs dos hospitais ligados à Rede. O Hospital Infantil Dr. Fajardo demonstrou um total de 50 AIHs aprovadas, correspondendo a 32,1% das AIHs aprovadas dos hospitais dessa Rede.

Notamos que, apesar do número dos hospitais amazonenses da RCPD (dois) ser a metade do número dos hospitais que não fazem parte da Rede, eles apresentaram um volume maior de AIHs aprovadas (156), contra apenas 13 pelos hospitais não ligados à Rede, no mesmo período de sete anos.

Observamos que a Fundação Hospital Adriano Jorge aumentou a sua produtividade após a adesão à RCPD, enquanto o Hospital Infantil Dr. Fajardo começou a realizar o referido procedimento em 2015, dois anos após a adesão à Rede. O único hospital do Amazonas que realizava o referido procedimento antes da criação da RCPD foi a Fundação Hospital Adriano Jorge. Vale ressaltar que somente o hospital Fundação Hospital Adriano Jorge possui cadastrado no CNES o serviço 007 – Atendimento à Pessoa com Deficiência, segundo demonstramos no Quadro 30.

A Tabela 10 demonstra o quantitativo de AIHs aprovadas no Amazonas.

Tabela 10 – Quantitativo de AIHs aprovadas para o código: 04.14.02.041-3, nos hospitais SUS Amazonas – maio/2010 a dez./2017

Localidade	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Amazonas	0	15	12	11	26	36	31	38	169

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SIH/SUS.

O quantitativo de AIHs aprovadas para o referido procedimento no Amazonas aumentou após instituição da RCPD. O ano de maior produtividade foi 2017, e o ano de 2010 não apresentou nenhuma AIH aprovada para o referido procedimento. Do total de 169 AIHs aprovadas no Amazonas, os hospitais da RCPD produziram 92,3% (156), sendo que a Fundação Hospital Adriano Jorge participou com 62,7% (106) e o Hospital Infantil Dr. Fajardo com 29,6% da produção total do estado. Os hospitais que não estão aderidos à Rede produziram 7,7% (13 AIHs) do quantitativo total do estado, sendo que destes, o hospital com maior participação foi o Hospital Regional Dr. Jofre de Matos Cohen 5,9% (dez AIHs) e os outros três hospitais com 0,6% cada um.

Analisando os dados encontrados no Amazonas sobre a assistência odontológica às PcD na alta complexidade nos hospitais SUS, verificamos que o quantitativo de hospitais que oferecem assistência à saúde bucal às PcD é pequeno, somente quatro em todo o estado. Observamos também que das 62 cidades amazonenses, apenas três (5%) ofereceram este tipo de assistência odontológica.

Isto evidencia que a oferta da atenção à saúde bucal para às PcD, nesse nível de atenção, está concentrada na capital, visto que os dois hospitais da RCPD e os dois hospitais não ligados à Rede estão situados em Manaus. Este cenário dificulta o acesso da população de PcD que reside fora da capital amazonense à assistência à saúde bucal na atenção terciária, devido às grandes distâncias territoriais, às dificuldades de deslocamento e transporte peculiares à região Amazônica e aos altos custos referentes a esse deslocamento.

Com relação à atenção à saúde bucal às PCD no estado do Amazonas, verificamos que, no âmbito do MS, os sistemas de informação do SUS consultados não fornecem subsídios a respeito da assistência à saúde bucal dessa população na AB, não sendo possível verificar a conexão com a RCPD. Desta forma, a gestão local não consegue monitorar o desempenho da atenção à saúde bucal para essa população nesse nível de atenção.

No que diz respeito a média complexidade, a gestão estadual necessita monitorar e orientar os CEO para adequá-los às normativas ministeriais, com o propósito de conseguir avaliar a assistência odontológica às PcD nesse nível de atenção. Há necessidade de ampliar o quantitativo de CEO e a oferta da assistência odontológica especializada no Amazonas, a fim de contemplar toda população de PcD do estado.

E no tocante a alta complexidade, confirmamos que os dois hospitais ligados à RCPD no Amazonas, realizam o procedimento voltado para às PcD, porém os dois estão localizados na capital do estado. Desse modo, a assistência à saúde bucal na atenção terciária, encontra-se

totalmente concentrada em Manaus havendo necessidade de ampliar a oferta para todo o estado.

Em síntese, segundo o exposto neste capítulo sobre a assistência odontológica às PcD, nos três níveis de atenção, constatamos que a configuração da PNSB no Amazonas está concentrada na capital do estado, consequentemente a sua conexão com a RCPD também, essencialmente, na atenção terciária. Portanto, a oferta da assistência à saúde bucal às PcD, nesse estado, não se dá conforme determina o ordenamento ministerial afetando a universalização do acesso e a integralidade das ações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abordamos nesta tese de doutoramento, a PNSB com enfoque no Amazonas, tendo um olhar voltado para a atenção à saúde bucal às PcD. Ao longo dos capítulos, foram apresentadas série de informações que nos fizeram refletir sobre essas questões. Os comentários, as prospecções e sugestões serão feitas sob o prisma do MS, com o propósito de colaborar com a melhoria dessa Política e, consequentemente, com a atenção à saúde bucal para essa população.

As considerações finais foram pensadas em três eixos principais, seguindo a temática envolvida neste trabalho: PNSB; População de PcD; e Atenção à saúde bucal às PcD e RCPD no Amazonas.

A PNSB chegou com atraso, em 2004, mas passou por um período intenso de desenvolvimento e evolução, com inúmeras ações e incentivos financeiros por parte do governo federal. No entanto, apesar do importante crescimento esta política encontra-se, atualmente, em fase de cortes e mudanças tanto em relação ao financiamento quanto às ações.

Devido as alterações no padrão de financiamento do SUS, ocorridas em 2017, houve a redução dos blocos de financiamento de seis para dois (custeio e investimento), sendo que nesses dois blocos os recursos não estão mais desmembrados, especificamente, para os três níveis de atenção. Dessa forma, o direcionamento quanto à disposição e alocação dos recursos deixou de ser um ordenamento do MS, passando a ser decidido pelos gestores locais. Consequentemente, com essa mudança, a saúde bucal fica comprometida, pois é fato que a saúde bucal não é vista pelos gestores como prioridade na pauta da saúde.

Com relação às ações, a PNAB/2017 criou a possibilidade da implantação de equipes na AB, em um modelo de atenção diferente da Estratégia da Saúde da Família (ESF), que poderá vir a ter impacto nas equipes de saúde bucal da AB, já que, a escolha está sob a decisão do gestor. A partir dessa mudança, o SUS retrocedeu quanto ao modelo de atenção nesse nível de atenção, quando permitiu um modelo com demanda espontânea, que não prioriza o planejamento, a promoção e prevenção da saúde, indo contra às medidas de caráter coletivo e à integralidade das ações. Essa mudança também afeta os outros níveis de atenção, pois a AB é a porta de entrada e indutora do SUS. Portanto, a PNAB/17 não altera somente o modelo de atenção da AB, altera também o ordenamento pensado e amadurecido durante anos para o funcionamento de todo sistema de saúde, inclusive a PNSB.

Ademais, a PNSB não pode ser considerada uma política de estado e sim de governo, pois mesmo após 14 anos do seu lançamento, não existe nenhuma Lei que institucionalize essa Política.[365] Isso demonstra a fragilidade da mesma dentro da agenda de governo podendo ser modificada a cada alteração de titularidade do Poder, inclusive ser destituída a qualquer momento, em um processo mais elementar do que se fosse uma política de estado.

Além da fragilidade jurídica, temos que pensar na questão do financiamento, pois vimos que a PNSB é baseada na política de incentivos do MS, portanto os esforços para a consolidação da mesma devem considerar a garantia dos incentivos financeiros para que o acesso e a assistência à saúde bucal no país consigam ser ampliados.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), realizada em 2004 e que foi de suma importância para corroborar a importância da implantação da PNSB, já trazia em seu relatório final a informação sobre a importância da saúde bucal, evidenciando que "as condições de saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social".[366]

Neste sentido, é necessário e imperativo reverter esta lacuna legislativa, consolidando a PNSB como uma política de estado, uma vez que a CF/88 garante a todos os cidadãos brasileiros o direito à saúde. Perder esse direito "fere" a Constituição Federal e a garantia de cidadania, além de representar um enorme retrocesso para a saúde bucal pública do Brasil, considerando os avanços que foram alcançados após a sua implantação.

A implantação da PNSB foi um avanço muito importante para a atenção à saúde bucal pública no Brasil, mas ainda existem diversos problemas a serem resolvidos, devido à grande demanda reprimida vinda do período anterior à essa Política e, também a nova demanda decorrente do crescimento populacional brasileiro.

A população de PcD é socialmente vulnerável e durante muitos anos foi invisível aos olhos das políticas públicas, mas hoje essa população dispõem de proteções sociais, tendo os direitos de cidadania garantidos pela legislação brasileira, incluindo a saúde. Porém, devido ao contexto histórico de exclusão, esses indivíduos ainda experimentam os reflexos desse período, sendo extremamente importante que existam trabalhos científicos, como este, que

---

[365] Encontra-se em tramitação o Projeto de Lei nº 8.131/2017 de autoria do Senador Humberto Campos, que propõem alterar a Lei Orgânica nº 8.080/90, instituindo a PNSB no âmbito do SUS, incluindo a saúde bucal no campo de atuação da saúde pública e assim tornando a PNSB uma política de Estado.

[366] Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal realizada em Brasília de 29 de julho a 01 de agosto de 2004. (BRASIL, 2005c). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conferencia_nacional_saude_bucal_relatorio_final.pdf.

abordem as temáticas de interesse dessa população para a superação da invisibilidade e do preconceito.

Observamos o aumento significativo desta população em escala mundial e nacional, representando, em 2010, quase um quarto da população brasileira - portanto um contingente considerável merecedor de atenção e cuidado. A expectativa de vida está aumentando e a prevalência da deficiência aumenta com o passar da idade, visto que, as pessoas estão vivendo mais tempo, aumentando as chances de surgirem doenças relacionadas ao envelhecimento, como por exemplo as doenças crônicas e suas consequências. Vimos também que a deficiência é um fenômeno complexo, pois está relacionada a diversos aspectos - econômicos, sociais, educacionais, culturais e políticos -, com implicações para toda a sociedade.

Portanto, é necessário que as políticas públicas se empenhem em minimizar os aspectos associados à deficiência, com o objetivo de diminuir a prevalência no Brasil (23,9%) e melhorar a qualidade de vida dessa população. Por conseguinte, é importante pesquisar as questões acerca das PcD, para conhecer e levantar os problemas existentes, com o intuito de colaborar com a mudança e melhora da realidade atual dessa população.

Vale ressaltar que os resultados do IBGE, Censo 2010, embora defasados e subestimados (de acordo com a síntese dos resultados divulgados só foram pesquisadas as deficiências: visual; auditiva; motora; e mental ou intelectual), foram úteis por serem os únicos dados nacionais que identificam esta população. Dessa forma achamos importante, conforme a factibilidade estatística, o IBGE integrar a deficiência à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), para que as informações a respeito dessa população passem a ser anuais, como são as informações sobre a população em geral.

O Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1993, já relatava a “insuficiência de serviços de atenção odontológica aos pacientes especiais, aos portadores de doenças infecto-contagiosas, bem como, às crianças desde o nascimento e inexistência dos mesmos em várias regiões no país” (BRASIL, 1993b). Portanto, para conhecermos as condições de saúde bucal dessa população e planejarmos ações de saúde bucal voltadas às PcD, consideramos importante que o MS incorpore esse contingente populacional nos levantamentos epidemiológicos nacionais de saúde bucal, pois não existem dados de abrangência nacional sobre a saúde bucal desses indivíduos.

No tocante a atenção à saúde bucal às PcD e RCPD no Amazonas, verificamos que, em comparação as outras regiões brasileiras, a região Norte é a menos favorecida em diversos aspectos relacionados a atenção à saúde bucal, e o Amazonas encontra-se nessa região.

Apesar da relevante melhoria da oferta da assistência à saúde bucal no Brasil, ainda é necessário reduzir as desigualdades regionais.

Sendo assim, este estado possui os mesmos problemas de ordem nacional que os demais estados brasileiros, somados ao desfavorecimento regional e aos problemas locais. Os problemas locais são agravados pelo fato de o Amazonas possuir uma grande extensão territorial (muitos municípios são maiores que países europeus) e ter fronteiras com outros países. Seus municípios apresentam baixas densidades demográficas, exceto a capital, Manaus (concentra 51,8% da população do estado); o transporte no estado ser realizado por via fluvial e/ou aérea (exigindo maior custo e maior tempo de deslocamento) e infraestrutura local ruim (energia, transporte, telecomunicações, urbanização, saneamento básico etc).

Dessa forma, a falta de infraestrutura associada ao isolamento geográfico e político, a grande dispersão populacional e a dificuldade de locomoção são características peculiares desse estado. Além de existirem grandes desigualdades socioeconômicas entre os municípios amazonenses, expressas pela desigualdade de renda no Amazonas (maior que no Brasil) e pelos indicadores sociais insatisfatórios (40,3% dos municípios têm IDH baixo e o estado possui o progresso social baixo – IPS/54,92). Essas adversidades não podem ser tratadas de maneira singular e, por consequência, esse estado demanda atenção diferenciada com necessidade de investimentos em diversos setores, incluindo a saúde.

Constatamos que a atenção à saúde bucal, na AB, no Amazonas, apresenta baixa cobertura populacional tanto no estado (36,1%) quanto na capital (14,0%), refletindo em baixo acesso à saúde bucal individualizada. Além disso, 51% das eSB do estado e 29% da capital foram classificadas pela avaliação do PMAQ-AB (3º ciclo) com desempenho desfavorável. Portanto, no Amazonas, neste nível de atenção, existe a necessidade de aumentar a cobertura populacional ampliando o quantitativo de eSB, melhorar o acesso e o desempenho das eSB já existentes, o que requer investimentos tanto para implantação quanto para qualificação das eSB.

Interessante notar que Manaus, em referência aos procedimentos odontológicos da AB estudados, na média do último ano (2017), participou com 52% dos procedimentos do estado, atestando a dessemelhança da atenção à saúde bucal entre a capital e o restante dos municípios. E a menor participação da capital (30%) foi nos procedimentos de exodontias, denotando que os 61 municípios praticam mais a odontologia mutiladora do que Manaus. Portanto, esse cenário da atenção à saúde bucal na AB merece acompanhamento e atenção por parte dos gestores locais dos municípios do interior do estado com o propósito de mudar o perfil da assistência odontológica mutiladora para a promoção e prevenção em saúde bucal.

Em um país com tantas desigualdades como o Brasil, seriam importantes estratégias preventivas como a fluoretação da água de abastecimento em todos os municípios e o retorno da distribuição dos *kits* de higiene bucal doados pelo MS e/ou que essa fosse uma prática contínua adotada pelos gestores locais.

Não temos como identificar, mensurar ou analisar o acesso das PcD neste nível de atenção, pois a lógica do SIA/SUS não permite separar a população individualmente, pois a produção não é individualizada. Logo, não temos como avaliar se a AB está conseguindo assistir essa população conforme determinado pela PNSB e a RCPD.

Sugerimos que o modo operacional deste nível de atenção seja modificado, a fim de conseguirmos separar as populações (por gênero, faixas etárias e PcD) no sentido de melhorar o planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência odontológica individual na AB.

Vale salientar que no Amazonas só existem 12 LRPD, e o mais alarmante é que a cidade de Manaus não possui nenhum LRPD habilitado. Desse modo, a oferta desse serviço, pelo SUS, no estado do Amazonas é baixa e na capital é inexistente, sendo que a necessidade da população é alta, segundo os resultados do último levantamento epidemiológico nacional de saúde bucal (SB Brasil 2010).

É necessário que o gestor estadual e os gestores locais do Amazonas se empenhem para mudar a configuração dos LRPD no estado, com a finalidade de melhorar a condição bucal da população com relação à reabilitação protética, visto que a PNSB garante a integralidade da atenção à saúde bucal com ações de promoção, prevenção, tratamento, cura e **reabilitação**.

No que diz respeito à atenção à saúde bucal, na média complexidade, no Amazonas, constatamos que dos 62 municípios amazonenses apenas nove (14,5%) possuem oferta da atenção à saúde bucal especializada, sendo 13 CEO no estado, estando localizados em cinco Regiões de Saúde (RS). Significando que 35% da população do estado (1.427.527 habitantes), encontra-se desassistida da atenção à saúde bucal nesse nível de atenção. Este panorama é ainda mais alarmante quando falamos dos CEO aderidos à RCPD, pois existem somente três CEO em todo o estado, sendo que desses, dois CEO/RCPD (66,7%), encontram-se na Região Metropolitana de Manaus - RMM.

No Amazonas há um grande número de munícipios de pequeno porte, com baixa arrecadação, o que pode ocasionar a impossibilidade de terem seus próprios CEO.

Verificamos que os municípios do interior do estado não dispõem de quadro estável de cirurgiões-dentistas nos CEO. A precariedade dessa relação trabalhista, torna a assistência à

saúde bucal vulnerável às mudanças políticas no cenário municipal, comprometendo a atenção à saúde bucal nos respectivos municípios. Portanto, é necessário que sejam realizados concursos públicos para a provisão de cargos destinados aos profissionais de saúde bucal, com o propósito de melhorar e qualificar a atenção à saúde bucal no interior do Amazonas.

Na organização da oferta da assistência especializada no estado do Amazonas quatro municípios que têm CEO, atuam como referências regionais (Itacoatiara, Lábrea, Parintins e Tefé), e três como referências microrregionais (Boca do Acre, Maués e São Gabriel da Cachoeira) essas referências, na prática, ficam prejudicadas pelas barreiras geográficas, devido às grandes distâncias entre os municípios, as dificuldades de deslocamento, as poucas opções de transporte e a existência de diversas comunidades ribeirinhas em situação de isolamento, afastadas das sedes dos municípios. Somado ao fato de a oferta existente estar concentrada (54% - sete CEO) em três municípios (Manaus, Iranduba e Itacoatiara) e esses pertencerem a RMM, além de quatro RS (44%) não possuírem nenhum CEO. Caracterizando a concentração da assistência odontológica especializada na capital e seu entorno. Apesar disso, os indicadores sociais, econômicos e de saúde bucal indicam elevadas necessidades para esse estado.

Constatamos, quando comparamos a produtividade dos CEO de Manaus com a produtividade dos CEO do interior do estado, que a capital induz diretamente o desempenho do Amazonas na atenção à saúde bucal na média complexidade. Desta forma, se faz necessário criar meios para superar as dificuldades geográficas e socioeconômicas a fim de facilitar o acesso de todos os usuários à assistência à saúde bucal especializada, e aumentar o número de CEO no interior do estado do Amazonas, para que esse nível de atenção seja ofertado para toda a população. Seria interessante que houvesse em cada uma das nove Regiões de Saúde do Amazonas, pelo menos, uma unidade de CEO ou de um serviço de atenção odontológica especializada de outro tipo, como por exemplo, policlínicas e que esses estivessem, preferencialmente, sob responsabilidade técnica e financeira do estado.

A pesquisa revelou diversas inadequações as normas do MS por parte de todos os CEO do Amazonas, inclusive sobre o documento de registro no SIA/SUS – BPA-I, o que dificulta e/ou inviabiliza a análise, monitoramento, planejamento, programação, avaliação, controle e auditoria dos serviços especializados de saúde bucal voltado para às PcD. Esses estabelecimentos de saúde estão em desacordo com a normatização ministerial[367], sujeitos à

[367] Portaria GM/MS nº 1.341, de 13 de junho de 2012 e Portaria MS/SAS nº 911, de 30 de agosto de 2012.

suspensão dos incentivos financeiros, e necessitam prontamente de orientação e monitoramento por parte da gestão estadual, para que o ordenamento ministerial seja respeitado.

Não notamos mudança significativa nos CEO que aderiram a RCPD, sendo necessário o acompanhamento dos mesmos para verificar se às PcD estão sendo referenciadas para eles.

Há necessidade de qualificação da gestão da Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Amazonas quanto ao processo de monitoramento dos CEO, para que haja um maior controle dos mesmos, já que esse monitoramento faz parte das suas responsabilidades. Desse modo, se faz necessário averiguar as inadequações existentes e a falta de padrão assistencial por parte dos CEO, conforme constatamos. Podemos citar como exemplo o CEO de Lábrea, que realiza somente procedimentos odontológicos da AB.

Acreditamos que para que ocorra a assistência às PcD pelos CEO os protocolos de fluxo de referência e contra referência têm que estar bem articulados com a AB, pois os CEO não trabalham com demanda espontânea e sim com demanda referenciada. Portanto, não basta os CEO, inclusive os que pertencem à RCPD, estarem aptos a assistir essa população, se eles não tiverem pacientes referenciados não conseguem realizar a assistência. Se a AB não assumir com responsabilidade o papel de indutor da organização dessa demanda e estabelecer o fluxo de referência para os CEO, esses indivíduos não chegarão a esse nível de atenção e permanecerão sem acesso a assistência odontológica especializada.

Da mesma forma, o CEO deve referenciar aqueles PcD que não permitem atendimento na média complexidade para a atenção terciária, para que o fluxo de funcionamento assistencial seja completo quando necessário. Os gestores locais devem monitorar permanentemente essa questão, contribuindo para que a atenção à saúde bucal seja ofertada seguindo as determinações da PNSB e da RCPD, com o propósito de contemplar a integralidade da assistência.

Com relação à estrutura dos CEO sugerimos que o MS exija com maior rigor, das gestões locais, como item crucial e decisivo para a obtenção da habilitação dos CEO, a adequação das dependências dos mesmos aos padrões e dispositivos de acessibilidade, para assegurar o acesso, mobilidade e o fluxo de usuários de maneira universal. E não só como parte do “Termo de Compromisso” (Anexo C), não está sendo suficiente, pois segundo o resultado do 1º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-CEO, na Região Norte, foram encontradas as principais inadequações estruturais relacionadas à acessibilidade (BRASIL,

2016f).[368] Estes problemas de acessibilidade dificultam o acesso das PcD aos serviços de assistência odontológica especializada, pois muitas vezes os CEO estão localizados em imóveis com mais de um andar, com acesso somente por escadas sem rampas e sem banheiros adaptados para essa população.

Há divergência entre os resultados encontrados no Relatório AVE-PMAQ/CEO e a nossa pesquisa, o que nos leva a indagar a metodologia utilizada para a realização desse Relatório, já que, parece que os dados informados ao MS não foram constatados como demonstrado nesta tese. Essa divergência nos permite sugerir que o processo de monitoramento dos CEO seja melhor qualificado de acodo com os parâmetros ministerias. Lembrando das implicações éticas e financeiras vinculadas ao PMAQ-CEO tanto para o estado quanto para a população, sendo que há ampliação financeira atrelada ao mesmo conforme página 167. Portanto, o gasto público utilizado nesse Programa se não aplicado de forma adequada configura-se como desperdício do estado, pois esta verba poderia ser empregada em outro tipo de serviço público.

No âmbito da atenção terciária, a PNSB não avançou tanto como nos outros níveis de atenção. Após 14 anos da sua implantação, as únicas ações voltadas para a assistência odontológica hospitalar foram a inclusão do procedimento "Tratamento odontológico para pacientes com necessidades especiais", código - 04.14.02.041-3 (SIGTAP) e a doação de *kits* odontológicos para adequação dos centros cirúrgicos de hospitais aderidos a RCPD.

Sendo assim, gostaríamos de alertar que ficam de fora da oferta dessa política, desprovidos de atenção odontológica hospitalar, os pacientes internados que não demandam e/ou não podem ser submetidos à anestesia geral ou sedação por sua condição sistêmica não permitir, e que poderiam ser assistidos no leito nos diversos ambientes do hospital (ambulatórios, enfermarias, UTIs etc.). Dessa maneira, a PNSB está ferindo os princípios doutrinários do SUS de universalidade e integralidade, quando deixa essa parcela da população excluída da assistência na atenção terciária.

Neste sentido Maia (2014) em sua tese de doutoramento, sugere que:

> "[...] o serviço 114 (serviço de atenção em saúde bucal) passe a contar com uma nova classificação – atendimento de paciente em ambiente hospitalar... para atender às necessidades desse novo serviço, um novo procedimento deverá ser inserido na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, e OPM do SUS. O novo procedimento deverá permitir a realização de procedimentos em âmbito hospitalar, independentemente de sua classificação na referida tabela e sem a obrigatoriedade de administração de anestesia geral e/ou sedação." (MAIA, 2014, p. 135/136).

[368] O PMAQ-CEO encontra-se no 2º ciclo, por isso os CEO que aderiram ao Programa ainda não possuem classificações de desempenho, pois essa classificação é realizada no 3º ciclo.

Corroboramos com a sugestão de Maia (2014) e reafirmamos a necessidade de a PNSB respeitar os princípios de universalidade do acesso e integralidade das ações em todos os níveis de atenção.

Quanto à assistência odontológica às PcD no Amazonas, na atenção terciária, verificamos que esta oferta assistencial está concentrada na capital do estado, onde estão localizados os dois hospitais aderidos à RCPD. Essa configuração centralizada obriga as PcD que necessitam de assistência odontológica hospitalar e residem nos outros 61 municípios amazonenses a se deslocarem à cidade de Manaus em busca da atenção terciária.

Como visto as distâncias no Amazonas são enormes e os custos com o transporte altos, fora as despesas com hospedagem e alimentação durante todo o período do tratamento na capital. Acrescente-se o fato dos indivíduos que têm necessidade de tratamento odontológico hospitalar na maioria das vezes são totalmente dependentes de familiares e/ou cuidadores, logo esses valores são multiplicados no mínimo por dois. Os custos com os Tratamentos Fora de Domicílio (TFD)[369] são altos, muitas pessoas não conseguem ter acesso a esse tipo de benefício e não têm condições financeiras de arcar com essas despesas, ficando desassistidas. Portanto, é imprescindível que a configuração da atenção à saúde bucal às PcD no nível terciário no Amazonas seja ampliada para os outros municípios do interior do estado, a fim de assistir a toda população necessitada.

Gostaríamos de ressaltar que a abordagem dada à saúde bucal pelos Planos de Saúde do Amazonas e de Manaus analisados neste estudo foi superficial, sem sequer citar as PcD. E quanto ao Grupo Condutor Estadual de Cuidados à PcD instituído em 2012 para apoiar a RCPD, não foi encontrado nenhum documento que se referisse a ação ou planejamento voltado para atenção à saúde bucal dessa população, denotando pouca importância dada à saúde bucal das PcD por parte dos governantes estadual e locais.

A população de PcD tem que assumir relevância dentro do quadro da PNSB, e essa Política não pode se afastar de uma agenda de compromisso, de preparação e de investimentos para essa população, inclusive no estado do Amazonas.

Mudanças na PNSB alteram a conexão com a RCPD, o que duplica a fragilidade dessa questão. Estamos em um período de déficit público e desequilíbrio fiscal, cujas orientações do governo têm sido limitar as políticas sociais e reduzir a dimensão pública do Estado. E a característica principal da PNSB é o incentivo financeiro, assim se a política de cortes do governo federal afetar esta Política, consequentemente afetará a população de PcD. Portanto,

---

[369] Portaria MS/SAS nº 55, de 24 de fevereiro de 1999 (BRASIL, 1999b).

a política de cortes não pode ser linear, a fim de proteger esses indivíduos, que são extremamente vulneráveis e cuja dependência familiar, de redes de apoio e de serviços públicos é enorme - o Estado tem que estar presente para ajudar essa população.

A situação se agrava ainda mais no caso do Amazonas, pois a configuração da PNSB está fortemente concentrada na cidade de Manaus, sendo muito mais susceptível a política de cortes, pois esse estado não tem como realocar a assistência à saúde bucal, visto a sua concentração.

Em suma, além das dificuldades de logística existentes no Amazonas fica evidente a fragilidade gerencial da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) com relação a atenção à saúde bucal nesse estado. Desse modo a configuração da PNSB no Amazonas e a sua conexão com a RCPD, precisam que ser modificadas, ampliadas e não podem permanecer concentradas em um único município. Por conseguinte, investimentos na atenção à saúde bucal no Amazonas, em todos os níveis de atenção, são fundamentais para ampliar o acesso e a oferta da assistência à saúde bucal, a fim de contemplar toda a população de PcD do estado e reduzir as desigualdades.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Lais David. *Comportamento de profissionais de saúde e familiares na abordagem integral das necessidades da saúde bucal de autistas em São José do Rio Preto.* 2013. 132 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

AMAZONAS. Lei Complementar Estadual nº 52 de 30 de maio de 2007. Institui a Região Metropolitana de Manaus e dá outras providências. Manaus, 2007.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB/AM nº 122, de 30 de julho de 2012. Dispõe sobre a Composição do Grupo Condutor da Rede Estadual de Atenção ao Deficiente do Estado do Amazonas. Manaus: 2012a.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2012-2015*. Manaus: SUSAM, 2012b. 111 p.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2016-2019*. Manaus: SUSAM, 2016. 258 p.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guideline on Management of Dental Patients with Special Health Care Needs. *Clinical Practice Guidelines Reference Manual*, v. 37, n. 6, p. 166-71, 2012.

ANDRADE, Ana Paula Paiva; ELEUTEIO, Adriana Silveira de Lima. Pacientes portadores de necessidades especiais: abordagem odontológica e anestesia geral. *Rev Bras Odontol*, v. 72, n. 1/2, p. 66-9, jan./jun, 2015.

ARAÚJO, Rodolfo José Gomes; VINAGRE, Nicole Patrícia de Lima; SAMPAIO Jaqueline Montoril Santiago. Avaliação sobre a participação de cirurgiões-dentistas em equipes de assistência ao paciente. *Acta Scientiarum. Health Sciences, v.* 31, n. 2, p. 153-7, 2009.

AURÉLIO. Buarque de Holanda Ferreira. *Dicionário da Língua Portuguesa*. Curitiba. Positivo, 5. ed. 2014.

BECKER, Bertha. *A urbe amazônida:* a floresta e a cidade. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2013.

BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves; MAIOR, Izabel Maria Madeira de Loureiro; SPEZIA, Carlos Humberto; DE ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 31-38, 2009.

BIELER, Rosangela Berman; MERESMAN, Sergio; OLRICH, José Guillermo Galván; RODRÍGUES, Elizabeth. Desarrollo Inclusivo: la experiencia de VIH-Sida y Discapacidad em Centroamérica. n. 167, p. 1-4, mar., 2011. Disponível em: http://siteresources.worldbank.org/INTLAC/Resources/2578031269390034020/EnBreve_167_Printable.pdf. Acesso em: 15 mai. 2018.

BISMARK-NASR, Elizabeth Maria; FRUTUOSO, Maria Fernanda Petroli; GAMBARDELLA, Ana Maria Dianezi. Efeitos tardios do baixo peso ao nascer. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano,* v. 18, n. 1, p. 98-103, jan./abr. 2008.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil.* Brasília, DF: Senado, 1988. 140 p.

_____. Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: 1990a. 18.055 p.

_____. Lei nº 8.142, de 22 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. Diário Oficial da União, Brasília: 1990b. 25.694 p.

_____. Ministério da Saúde. Presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS. Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991. Aprova a Norma operacional Básica/SUS nº 01/91 que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: 1991.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993. Aprova a Norma Operacional Básica – SUS 01/93 que regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e diretrizes para os investimentos no setor. Ministério da Saúde. Brasília: 1993a.

_____.*2.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, DF, de 25 a 27 de setembro de 1993. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: 1993b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica (NOB/96). Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Ministério da Saúde. Brasília: 1996.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Presidência da República. Brasília: 1999a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicilio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília: 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.444, 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. Ministério da Saúde. Brasília: 2000a.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Departamento de Emprego e Rendimento. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.* Acesso e utilização de serviços de saúde: 1998. Rio de Janeiro: 2000b. 96 p.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2000*. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Brasília: 2000c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2001 atualiza a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 267, de 06 de março de 2001. Aprova as diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF). Ministério da Saúde. Brasília: 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2002 amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília: 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.060, de 05 de junho de 2002 aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Ministério da Saúde. Brasília: 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal – *Projeto SB Brasil 2003*. Resultados Finais. Ministério da Saúde. Brasília: 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica/Coordenação Nacional de Saúde Bucal: *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Ministério da Saúde. Brasília: 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.570, de 24 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Ministério da Saúde. Brasília: 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.572, de 29 de julho de 2004. Estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias - LRPD. Ministério da Saúde. Brasília: 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 741, de 19 de dezembro de 2005. Define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades. Brasília: 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 743, 20 de dezembro de 2005. Estabelece formas de suporte dos laudos de autorização utilizados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA). Ministério da Saúde. Brasília: 2005b.

_____. *3.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal*: acesso e qualidade superando exclusão social, Brasília, DF, de 29 de julho a 1.º de agosto de 2004. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: 2005c. 149 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria GM/MS nº 648, em 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 680, de 30 de março de 2006. Habilita os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. Ministério da Saúde. Brasília: 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 118, de 19 de janeiro de 2006. Habilita os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. Ministério da Saúde. Brasília: 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.993, de 25 de agosto de 2006. Habilita os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. Ministério da Saúde. Brasília: 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 600, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Ministério da Saúde. Brasília: 2006e.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Ministério da Saúde. Brasília: 2006f.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS (*Coleção Progestores* – Para entender a gestão do SUS, 9). Brasília: 2007. 248 p.

_____. Senado Federal. Subsecretaria de Informações. Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2007. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007 (*DOFC – Diário Oficial de União de 10.07.2008*). Brasília: 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2.867, de 27 de novembro de 2008. Estabelece recursos a serem transferidos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios e redefine o rol de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses e Próteses e Materiais Especiais -OPM do SUS financiados pelo FAEC. Ministério da Saúde. Brasília: 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 651, de 12 de novembro de 2008. Habilita os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. Ministério da Saúde. Brasília: 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (Série A. Normas e Manuais Técnicos) *(Cadernos de Atenção Básica; 17).* Brasília: 2008d. 92 p.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2.372, de 07 de outubro de 2009. Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Ministério da Saúde. Brasília: 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2.371, de 07 de outubro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel - UOM. (nota técnica). Ministério da Saúde. Brasília: 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2.374, de 07 de outubro de 2009. Altera a redação da Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. Ministério da Saúde. Brasília: 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 473, de 21 de dezembro de 2009. Habilita os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. Ministério da Saúde. Brasília: 2009d.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 335, de 07 de outubro de 2009. Habilita os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. Ministério da Saúde. Brasília: 2009e.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2.375, de 07 de outubro de 2009. Estabelece recursos do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios para confecção de próteses dentárias nos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Ministério da Saúde. Brasília: 2009f.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília: 2009g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.032, de 05 de maio de 2010. Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. Ministério da Saúde. Brasília: 2010a.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.* Um Panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde:2008. Rio de Janeiro: 2010b. 256 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Nota técnica: Portaria MS/SAS nº 718. Brasília: 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília: 2010d.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2010*. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Brasília, 2010e. 215 p.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2.956, de 29 de setembro de 2010. Desabilita e habilita Centros de Especialidades Odontológicas - CEO. Ministério da Saúde. Brasília: 2010f.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília: 2010g.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. *Manual Técnico-Operacional do Sistema de Informações Ambulatoriais.* Brasília: 2010h. 69 p.

_____. Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2007).* Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4. ed., rev. e atual. Brasília: 2011a.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limites. Ministério da Saúde. Brasília: 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde. Brasília: 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: 2011d.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília: 2011e.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília: 2011f.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: 2011g.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.654, 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Ministério da Saúde. Brasília: 2011h.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal – *Projeto SB Brasil 2010*. Resultados Finais. Brasília: 2011i.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.464, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Ministério da Saúde. Brasília: 2011j.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. *Avanços das Políticas Públicas para Pessoas com Deficiência: uma análise a partir das Conferências Nacionais.* Brasília: 2012a. 63 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. *Manual Técnico-Operacional do Sistema de Informações Hospitalares.* Brasília: 2012b. 112 p.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.591, de 23 de julho de 2012. Estabelece os critérios para habilitação de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) para fins de recebimento do incentivo mensal de custeio a que se refere o art. 4º da Portaria nº 2.490/GM/MS, de 21 de outubro de 2011. Ministério da Saúde. Brasília: 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.825, de 24 de agosto de 2012. Altera o valor dos procedimentos de prótese dentária na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e estabelece recursos anuais a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados, Municípios e Distrito Federal para confecção de próteses dentárias nos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Ministério da Saúde. Brasília: 2012e.

_____. Fundação Nacional de Saúde. *Manual de fluoretação da água para consumo humano*. FUNASA. Brasília: 2012f. 72 p.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.341, de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília: 2012g.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Diretoria de Geociências, Coordenação de Recursos Naturais e Estudos Ambientais, Coordenação de Geografia. Estudos & Pesquisas. Informação Geográfica n. 9. *Indicadores de Desenvolvimento Sustentável Brasil 2012*. Rio de janeiro: 2012h. 350 p.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.507, de 12 de julho de 2012. Desabilita e habilita Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Ministério da Saúde. Brasília: 2012i.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 409, de 08 de março de 2012. Desabilita e habilita Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Ministério da Saúde. Brasília: 2012j.

_____. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 41, 20 de novembro de 2012. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). CONASS/Progestores. Ministério da Saúde. Brasília: 2012k.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 911, de 29 de agosto de 2012. Adequa o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), para melhor operacionalizar a Política Nacional de Saúde Bucal com vistas à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Ministério da Saúde. Brasília: 2012l.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Nota Técnica MS/SAS nº 01/2014, de 26 de dezembro de 2013. Assunto: Registro de procedimento odontológico realizado em Ambiente Hospitalar. Ministério da Saúde. Brasília: 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília: 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 562, de 04 de abril de 2013. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Ministério da Saúde. Brasília: 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2.392, de 11 de outubro de 2013. Credencia Municípios a receberem o incentivo referente às Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). Ministério da Saúde. Brasília: 2013d.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.666, de 08 de agosto de 2013. Concede aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) a adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e define os valores adicionais dos incentivos financeiros destinados ao custeio mensal. Ministério da Saúde. Brasília: 2013e.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 520, de 27 de março de 2013. Concede aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) a adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e define os valores adicionais dos incentivos financeiros destinados ao custeio mensal. Ministério da Saúde. Brasília: 2013f.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.585, de 02 de agosto de 2013. Estabelece recursos do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios para confecção de próteses dentárias nos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Ministério da Saúde. Brasília: 2013g.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 261, de 21 de fevereiro de 2013. Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal. Ministério da Saúde. Brasília: 2013h.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.299, de 06 de junho de 2014. Define os valores do incentivo financeiro mensal de custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR), das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) e das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). Ministério da Saúde. Brasília: 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 837, de 09 de maio de 2014. Redefine o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense. Ministério da Saúde. Brasília: 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília: 2014c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Portaria MS/SAS nº 1.011, de 03 de outubro de 2014. Estabelece formas de suporte dos laudos de autorização utilizados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA). Ministério da Saúde. Brasília: 2014d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 1, de 02 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília: 2014e.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 1.646, de 05 de agosto de 2014. Institui o componente GraduaCEO - BRASIL SORRIDENTE, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, que irá compor a Rede de Atenção à Saúde (RAS), e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília: 2014f.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 483, de 01 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Ministério da Saúde. Brasília: 2014g.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em saúde (DAPES). *I Seminário Nacional sobre Deficiência e Funcionalidade Transitando do Modelo Médico para o Biopsicossocial.* 24 de novembro de 2014. Brasília: 2014h.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.180, de 29 de maio de 2014. Habilita os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. Ministério da Saúde. Brasília: 2014i.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2.354, de 27 de outubro de 2014. Concede aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) a adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e define os valores adicionais dos incentivos financeiros destinados ao custeio mensal. Ministério da Saúde. Brasília: 2014j.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2.759, de 12 de dezembro de 2014. Estabelece recursos do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios para confecção de próteses dentárias nos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Ministério da Saúde. Brasília: 2014k.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde:* 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e Unidades da Federação/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: 2014l.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília: 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.645, de 01 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Ministério da Saúde. Brasília: 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2.176, de 24 de dezembro de 2015. Desabilita /Habilita estabelecimentos de Saúde contemplados com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Ministério da Saúde. Brasília: 2015c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.050, de 24 de julho de 2015. Altera a classificação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Manaus (AM). Brasília: 2015d.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde*: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: 2015e.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.599, de 30 de setembro de 2015. Dispõe sobre o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Ministério da Saúde. Brasília: 2015f.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2.062, de 21 outubro de 2016. Habilita as Instituições de Ensino Superior, com curso de graduação em odontologia, a receberem a antecipação dos incentivos financeiros destinados à implantação do GraduaCEO - BRASIL SORRIDENTE. Ministério da Saúde. Brasília: 2016a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 747, de 13 de abril de 2016. Credencia Municípios a receberem o incentivo referente às Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). Ministério da Saúde. Brasília: 2016b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 825, de 25 abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Ministério da Saúde. Brasília: 2016c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.066, de 22 de setembro de 2016. Habilita os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. Ministério da Saúde. Brasília: 2016d.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO):* resultados principais [recurso eletrônico]. Organizadores: Nilcema Figueiredo, Paulo Sávio Angeiras de Goes, Petrônio José de Lima Martelli. Editora UFPE, Recife: 2016e. 98p. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo_ceo. Acesso em: 23 de fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. *Os caminhos da saúde bucal no Brasil:* um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil [recurso eletrônico]. Organizadores: Nilcema Figueiredo, Paulo Sávio Angeiras de Goes, Petrônio José de Lima Martelli. Editora UFPE, Recife: 2016f. 264 p.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2017b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2017c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília: 2017d.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: 2017e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Coordenação Geral de Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica. Nota Técnica CGSB/DAB/MS/SAS nº 23, de 20 de junho. Assunto: Informações sobre os procedimentos de implantodontia no SUS. Ministério da Saúde. Brasília: 2017f.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 3.011, em 10 de novembro de 2017. Estabelece recursos a serem transferidos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade-MAC dos Estados e do Distrito Federal. Ministério da Saúde. Brasília: 2017g.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB) - Terceiro Ciclo – 2015-2017*. Ministério da Saúde. Brasília: 2017h. 89 p.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 3.331, em 07 de dezembro de 2017. Credencia Municípios a receberem o incentivo referente às Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). Ministério da Saúde. Brasília: 2017i.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.525, em 16 de junho de 2017. Credencia Municípios a receberem o incentivo referente às Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). Ministério da Saúde. Brasília: 2017j.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.072, em 28 de abril de 2017. Credencia Municípios a receberem incentivos referentes a Unidade Odontológica Móvel (UOM), que compõe o Bloco de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília: 2017k.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.793, em 19 de julho de 2017. Credencia Municípios a receberem incentivos referentes a Unidade Odontológica Móvel (UOM), que compõe o Bloco de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília: 2017l.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: 2018. 342 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Acesso em: 22 ago. 2018a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.023, de 23 de abril de 2018. *Instituiu o Grupo de Trabalho com a finalidade de propor a elaboração de ações e estratégias sobre a Odontologia Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde.* Ministério da Saúde. Brasília: 2018b.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) Características gerais dos domicílios e dos moradores 2017*. Brasília: 2018c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2.777, de 04 de abril de 2018. Define os municípios e valores mensais referente ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Ministério da Saúde. Brasília: 2018d.

_____.Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2.144, de 17 de julho de 2018. Credencia Municípios a receberem o incentivo referente às Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). Ministério da Saúde. Brasília: 2018e.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria* GM/MS N.º 1.679, de 14 de junho de 2018. Credencia Municípios a receberem o incentivo referente às Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). Ministério da Saúde. Brasília: 2018f.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.690, de 14 de junho de 2018. Credencia Municípios a receberem o incentivo referente às Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). Ministério da Saúde. Brasília: 2018g.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2.274, em 30 de julho de 2018. Credencia Municípios a receberem incentivos referentes a Unidade Odontológica Móvel (UOM), que compõe o Bloco de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília: 2018h.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2.485, de 14 de agosto de 2018. Estabelece recursos do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios para confecção de próteses dentárias nos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Ministério da Saúde. Brasília: 2018i.

BUENO, Roberto Eduardo; MOYSÉS, Simone Tetu; BUENO, Paula Alexandra Reis; MOYSÉS, Samuel Jorge. Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* v. 36, n. 1, p. 17–23, 2014.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Phisis -Rev Saude Coletiva,* v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CABANILLA, Leyvee; MOLINARI Gail. Clinical Considerations in the Management of Inflammatory Periodontal Diseases in Children and Adolescents. *J. Dent. Child,* v. 76, n. 2, p. 101-08, jul. 2009.

CAMARGO, Marcela Aparecida Ferreira. *Estudo da prevalência de cárie em pacientes portadores de paralisia cerebral.* 2005. 129 f. Dissertação (Mestrado em Ciêcias Odontológias) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CAMPOS, Juliana Álvares Duarte Bonini; GIRO, Elisa Maria Aparecida; ORRICO, Silvana Regina Perez; OLIVEIRA, Ana Paula Cortes, LORENA, Simone Martins. Correlação entre a prevalência de cárie em pacientes com necessidades especiais-utilização de medicamentos. *Sulusvita*. v. 25, n. 1, p. 35-42, 2006.
CAMPOS, Cerize de Castro; FRAZÃO, Bruna Borges; SADDI, Gabriela Lopes; et al. *Manual prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais.* 2. ed. Goiânia: UFG. 2009.

CANCINO, Cláudia Marcela Hernandez. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais:* Percepções, sentimentos e manifestações de alunos e familiares de pacientes. 2005 Tese - Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2005.

CARDOSO, Evangeline Maria; PARENTE, Rosana Cristina Pereira; VETTORE, Mario Vianna; REBELO, Maria Augusta Bessa. Condições de saúde bucal em idosos residentes no município de Manaus, Amazonas: estimativas por sexo. *Rev. Bras. Epidemiol*. v. 14, n. 1, p. 131-40, 2011.

CARRILHO NETO, Antonio; DE PAULA RAMOS, S; SANT'ANA, ACP; PASSANEZZI E. Oral health status among hospitalized patients. *Int J Dent Hygiene. v.* 9, n. 1, p. 21–9, 2011.

CASTRO, Alessandra Maia; MARCHESOTI, Maria Goreti Naves; OLIVEIRA, Fabiana Sodré; NOVAES, Mirian Stella de Paiva. Avaliação do tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral. *Rev Odontol UNESP*. v. 39, n. 3, p. 137-142, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. CFO. Resolução nº 22 de 27 de dezembro de 2001. Baixa normas sobre anúncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização revogando as redações do Capítulo VIII, Título I; Capítulo I, II e III, Título III, das Normas aprovadas pela Resolução CFO-185/93, alterada pela Resolução CFO-198/95. Brasília: 2001.

_____. CFO. Resolução nº 25 de 16 de maio de 2002. Estabelece as áreas de competência para atuação dos especialistas em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial; Odontogeriatria; Odontologia do Trabalho; Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e em Ortopedia Funcional dos Maxilares e dá outras providências. Brasília: 2002.

COSTA, Maria Helena Pinheiro da; COSTA, Maria Aparecida Braga Tenório; PEREIRA, Márcio Florentino. Perfil Clínico-Epidemiológico de Pacientes com Paralisia Cerebral assistidos em um Centro de Odontologia do Distrito Federal *Com. Ciências Saúde*. v. 18, n. 2, p. 129-39, abr./jun, 2007.

CUNHA Bittencourt Catharine; SOUZA, Erika Christina Amantes; SHITARA, Perla Porto Leite, SANTOS, Paulo Sérgio da Silva; DAVID, Luciene Luvizotto. Avaliação da condição de saúde bucal de pacientes em programa de transplante de órgãos sólidos. *J Bras Transpl*. v. 13, n. 4, p. 1406-11, 2010.

DINIZ, Debora. Deficiência e Políticas sociais – entrevista com Colin Barnes. *SER Social*. v. 15, n. 32, p. 237-251, jan./jun. 2013.

FAUSTO, Marcia Cristina Rodrigues *et al. Rotas da atenção básica no Brasil:* experiências do trabalho de campo PMAQ AB. Organizadores: Márcia Cristina Rodrigues Fausto; Helena Maria Seidl Fonseca. Saberes Editora. 1. ed. Rio de Janeiro, 2014.

FLÓRIO, Flávia Martão; BASTING, Roberta Tarkany; SALVATTO, Mariana Velo; MIGLIATO, Karin Luciana. Saúde bucal em indivíduos portadores de múltiplas deficiências. *RGO*, Porto Alegre, v. 55, n. 3, p. 251-56, 2007.

FORTUNA, Renata Ferraiollo Peixoto. *A média complexidade no quadro da Política Nacional de Saúde Bucal*: uma abordagem do seu processo de desenvolvimento em uma perspectiva regional. 2011. 207 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

FRANÇA, Thiago Henrique de Pinho Marques. *Deficiência e pobreza no Brasil*: a relevância do trabalho das pessoas com deficiência. 2014. 311 f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014.

FURTADO, Celso. *Formação Econômica do Brasil.* Companhia Editora Nacional. 32. ed. 2005.

GUERREIRO, Patrícia Osório; GARCIA, Gilberto de Lima. Diagnóstico das condições de saúde bucal em portadores de paralisia cerebral do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 5, p. 1939-46, 2009.

GONÇALVES, Sandro Seabra; CANALLI, Cláudia da Silva Emílio; BABINSKI, Simone Guida; BABINSKI, João Wesley; MIASATO, José Massao. Levantamento das condições de cárie e doença periodontal na associação de portadores da síndrome de Down em Teresópolis-RJ. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. v. 22, n. 1, p. 19-24, jan./abr., 2010.

GROCE, Nora; KETT, Maria; LAING, Raymond; TRANI, Jean-Francois. Disability and poverty: the need for a more nuanced understanding of implications for development policy and practice. *Third World Quarterly*. v. 32, n. 8, p. 1493–513, 2011.

HADDAD, Aida Sabbagh. *Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais*. Santos. São Paulo, 2007. 723p.

HENNEQUIN, M; VEYRUNE, JL; BOURDIOL, P. Significance of oral health in persons with Down syndrome: a literature review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 41, n. 4, p. 275-83, abr., 1999.

IPEA. Instituto de Pesquisas Econômica Aplicada. *Desenvolvimento regional no Brasil:* políticas, estratégias e perspectivas. Organizadores: Aristides Monteiro Neto, César Nunes de Castro e Carlos Antônio Brandão. Rio de Janeiro: 2017a.

____. Instituto de Pesquisas Econômica Aplicada. *Desenvolvimento Humano para Além das Médias:* 2017. Brasília: PNUD: IPEA: FJP, 2017b.

KORNIS, George Edward Machado; MAIA, Leila Senna. A Reorganização da Atenção à Saúde Bucal frente aos incentivos federais: a experiência fluminense. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 84-95, jan./mar., 2010.

KRAMER, Paulo Floriane *et al.* Saúde Bucal na Infância. In: FELDENS, Carlos Alberto; KRAMER, Paulo Floriane. *Cárie dentária na infância:* uma abordagem contemporânea. São Paulo: Santos, 2013. p. 33-57.

LIMA, Rita de Cassia Gabrielli Souza Lima. Reconhecendo o desafio latente na história: periodização contextualizada dos modelos de saúde bucal. *Sau.&Transf. Soc.* v. 8, n. 2, p. 15-25, maio/ago., 2017.

LUCENA, Edson Hilan Gomes; PUCCA JUNIOR, Gilberto Alfredo; SOUZA Maria de Fátima. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva.* v. 5, n. 3, p. 53-63, 2011.

MACHADO Cristiani Vieira, BAPTISTA Tatiana Wargas de Faria, NOGUEIRA Carolina de Oliveira. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad Saude Publica*. v.27, n. 3, p. 521-32, 2011.

MAIA, Leila Senna. *Política Nacional de Saúde Bucal :*uma análise da reorganização da atenção em 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 Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

_____. *O processo de consolidação da política Nacional de Saúde Bucal:* a atenção terciária como desafio da segunda década da política de saúde bucal do SUS. 2014. 200 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. *Plano Municipal de Saúde 2010-2013*. SEMSA. Manaus: 2009. 304p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. SEMSA. Manaus: 2013. 109p.

_____. Lei Complementar Municipal nº 590 de 13 de março de 2007. Reestrutura a administração do Poder Executivo Municipal, e dá outras providências. Manaus: 2001.

MENEZES, Maria Lucia Pires. A crise do estado de bem-estar e a caracterização de processos territoriais da migração no Brasil. *Scripta Nova*: *Rev Eletrônica de Geografia y Ciências Sociais*. v. 5. Migración y cambio social, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde.* Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: 2011.

MORAES, Antônio Bento Alves; POSSOBON, Rosana de Fátima; ORTIZ, Cátia Elvira. Motivação e comportamento preventivo de saúde bucal em programa de assistência odontopediátrica na primeira infância. *Pesqui Odontol Bras*. v. 14, n. 3, p. 287-93, 2000.

MUGAYAR, Leda Regina Fernandes. *Manual de Odontologia e Saúde Oral:* Pacientes Portadores de Necessidades Especiais, 1. ed. São Paulo: Pancast, 2000.

MUGAYAR, Leda Regina Fernandes; HEBLING Eduardo; DIAS Paula Vendramini. Special care dentistry: a new specialty in Brazil. *Special Care in Dentistry.* v. 27, n. 6., p. 232-35, 2007.

NARVAI, Paulo Capel; FRAZÃO, Paulo. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 64-71, jan./abr., 2009.

NASILOSKI, Karen Silva; SILVEIRA, Ethieli Rodrigues; CÉSAR NETO, João Batista; SCHARDOSIM, Lisandrea Rocha. Avaliação das condições periodontais e de higiene bucal em escolares com transtornos neuropsicomotores. *Rev Odontol UNESP*. v. 44, n. 2, p. 103-07, mar./abr., 2015.

NERI, Marcelo Côrtes; SOARES, Wagner Lopes. Idade, incapacidade e o número de pessoas com deficiência. *R. Bras. Est. Pop.*, v. 21, n. 2, p. 303-321, jul./dez., 2004.

NUBILA, Heloisa Brunow Ventura Di. Uma introdução à CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – Nota Técnica. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 35, n. 121, p. 122-23, jan./jun., 2010.

NUNES, Maria Fátima; FREIRE, Maria Carmo Matias Freire; FERREIRA, Rosana. O açúcar na dieta das instituições para pessoas portadoras de necessidades especiais do estado de Goiás. *Robrac,* v. 15, n. 39, p. 15-23, 2006.

OLIVEIRA, Ana Luisa Botta Martins; GIRO, Elisa Maria Aparecida. Importância da abordagem precoce no tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais. *Odonto,* v. 19, n. 38, p. 45-51, 2011.

UNICEF. United Nations Children's Fund. *Childhood Disability:* Its Prevention and Rehabilitation. UNICEF Document E/ICEF/L.1410, 1980.

ONU. Organização Mundial das Nações Unidas. Programa de Ação Mundial para às Pessoas com Deficiência. Resolução nº 37/52, 03 de dezembro, Nova York, 1982.

_____. Organização Mundial das Nações Unidas. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. 8th Session, 13 december, New York, 2006.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. *A política nacional de saúde bucal do Brasil:* registro de uma conquista histórica. Organizadores: José Felipe Riani Costa; Luciana de Deus Chagas; Rosa Maria Silvestre. Brasília: 2006a.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. *Lo que todos debemos saber: 85 millones de personas con discapacidades en América Latina.* 2006b. Disponível em: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps060505.htm. Acesso em: 15 maio 2018.

PINI, Danielle de Moraes; FRÖHLICH, Paula Cristina Gil Ritter; RIGO, Lilian. Avaliação da saúde bucal em pessoas com necessidades especiais. *Einstein*. v. 14, n. 4, p. 501-7, 2016.

PINTO, Vitor Gomes. Prevenção da cárie dental: a questão da fluoretação do sal. *Rev. Saúde Pública*. v. 6, n. 1, p. 66-72, 1982.
PIRES, Fábio Ramôa; MIRANDA, Aguida Maria Menezes Aguiar; AMARAL, Simone Macedo. Reações medicamentosas na cavidade oral: aspectos relevantes na Estomatologia. *Rev. Bras. Odontol.* v. 66, n. 1, p. 41-53, jan./jun., 2009.

RENDEIRO, Márcia Maria Pereira. *O ciclo da Política de Saúde Bucal no Sistema Público Brasileiro:* atores, ideias e instituições. 2011. 189 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fio Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

RESENDE, Vera Lúcia Silva; CASTILHO, Lia Silva; VIEGAS, Cláudia Marina de Souza; SOARES, Maria Alice. Fatores de risco para a cárie em dentes decíduos de portadores de necessidades especiais. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, v. 7, n. 2, p. 111-17, 2007.

ROCHA, Amanda Leal; FERREIRA, Efigênia Ferreira. Odontologia hospitalar: a atuação do cirurgião-dentista em equipe multiprofissional na atenção terciária. *Arq Odontol*. v. 50, n. 4, p. 154-60, out./dez., 2014.

RONCALLI, Angelo Giuseppe. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. *Ciênc. saúde coletiva*. v. 11, n. 1, p. 105-14, 2006.

SALDANHA, Karla Dias Ferreira; COSTA, Deisi Carneiro; PERES, Pamela Iruama; OLIVEIRA, Murilo Moura; MASOCATTO, Danilo Chizzolini; GAETTI JARDIM, Ellen Cristina. A Odontologia hospitalar: revisão. *Arch Health Invest.* v. 4, n. 1, p. 58-68, 2015.

SAMPAIO, Renata Ferreira; LUZ Terezinha Madel. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial de Saúde. *Cad. Saúde Pública.* v. 25, n. 3, p. 475-83, mar., 2009.

SANTOS, Paulo Sérgio da Silva; SOARES JUNIOR, Luis Alberto Valente. *Medicina bucal.* A prática na Odontologia Hospitalar. 1. ed. Santos. 2012.

SCHARDOSIM, Lisandrea Rocha; COSTA, José Ricardo Souza; AZEVEDO, Marina Souza. Abordagem Odontológica de Pacientes com Necessidades Especiais em um Centro de Referência no Sul do Brasil. *Rev da ABCO,* v. 4, n. 2, p. 1-11, 2015.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção Primária:* equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. UNESCO/Ministério da Saúde. Brasília: 2002.

STARFIELD, Bárbara. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health*. v. 10, n. 15, p. 2-3, 2011.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO Paulo. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciência & Saúde Coletiva.* v. 22, n. 3, p. 941-51, 2017.

TOMITA, Nilce Emy FAGOTE, Bruno Ferrarezi. Programa educativo em saúde bucal para pacientes especiais. *Rev Odontol Soc*. v.1, n. 1, p. 45-50, 1999.

VARELLIS, Maria Lucia Zarvos. *O paciente com necessidades especiais na odontologia*. 3. ed. Guanabara Kogan. 2017.
WEBER, João Batista Blessmann; OLIVEIRA, Flávio Augusto Marsiaj; HELLWIG, Ingenburg. Classificação do paciente especial. *RGO.* v. 52, n. 3, p. 178-79, 2004.

WORLD BANK. *Social Analysis and Disability:* A Guidance Note: Incorporating Disability-Inclusive. Development into Bank-Supported Projects. 2007. Disponível em: http://documents.worldbank.org/curated/en/930491468158381717/pdf/393850WP0Socia00Box374323B00PUBLIC0.pdf. Acesso em: 15 maio 2018.

WHO. World Health Organization. *The World Oral Health Report, 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century:* the approach of the WHO Global Oral Health Programme. WHO/NMH/NPH/ORH. Geneva, 2003.

____. World Health Organization. *CIF:* Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP. Editora da Universidade de São Paulo. 2003.

____. World Health Organization. *The Global Burden of Disease:* 2004 update. Geneva, 2008.

____. World Health Organization; The World Bank. *World Report on Desability 2011*. Geneva, 2011.

____. World Health Organization. *Como usar a CIF:* Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. out. Genebra, 2013.

____. World Health Organization. *World Report on Ageing and Health.* Geneva, 2015.

APÊNDICE A – Evolução do número de equipes eSF, eSB mod I e eSB mod II implantadas na ESF, Brasil - 2000 a 2017

Ano	Número de eSF (implantadas)	Número de eSB - mod I (implantadas)	Número de eSB - mod II (implantadas)
2000	8.503	0	0
2001	13.155	2.002	246
2002	16.698	3.819	442
2003	19.068	5.631	539
2004	21.232	8.234	717
2005	24.564	11.717	886
2006	26.729	14.019	1.067
2007	27.324	14.563	1.131
2008	29.300	16.423	1.384
2009	30.328	17.465	1.517
2010	31.660	18.731	1.693
2011	32.295	19.492	1.933
2012	33.404	20.155	2.048
2013	34.715	21.016	2.134
2014	39.310	22.066	2.257
2015	40.162	22.227	2.240
2016	40.098	22.194	2.190
2017	42.119	23.721	2.184

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do MS/SAS/DAB.
Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_pagamento_sf.php

ANEXO A – Procedimentos odontológicos transferidos do FAEC para o MAC (Portaria GM/MS nº 3.011, de 10 de dezembro de 2017)

. 0307040100 INSTALAÇÃO DE PRÓTESE EM PACIENTES COM ANOMALIAS CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL

. 0307040119 INSTALA O DE APARELHO ORTODÔNTICO/ORTOPÉDICO FIXO

. 0404020712 ELEVA O DO ASSOALHO DO SEIO MAXILAR

. 0404020720 OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA BILATERAL DO CÔNDILO MANDIBULAR

. 0404020771 RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA

. 0404030262 PALATOPLASTIA SECUNDÁRIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL

. 0404030270 TRATAMENTO CIRÚGICO DA INSUFICIÊNCIA VELOFARÍNGEA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E
BUCOMAXILOFACIAL

. 0404030297 OSTEOTOMIA CRANIOFACIAL COMPLEXA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL

. 0404030300 REMODELA O CRANIOFACIAL EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL

. 0414020413 TRATAMENTO ODONTOLOGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

. 0414020421 IMPLANTE DENTÁRIO OSTEOINTEGRADO

. 0701070161 APARELHO ORTOPÉDICO FIXO

. 0701070170 APARELHO ORTODÔNTICO FIXO

. 0701080132 PRÓTESE AURICULAR IMPLANTO SUPORTADA

. 0701080140 PRÓTESE EXTENSA DA FACE (2/3 DA FACE)

. 0701080159 PRÓTESE PARA GRANDE PERDA MAXILAR IMPLANTO SUPORTADA

. 0701080167 PRÓTESE LABIAL IMPLANTO SUPORTADA

. 0701080175 PRÓTESE NASAL IMPLANTO SUPORTADA

. 0701080183 PRÓTESE ÓCULO-PALPEBRAL IMPLANTO SUPORTADA

.0701080191 PRÓTESE OBTURADORA PALATOFARINGEANA IMPLANTO SUPORTADA

ANEXO B – Nota Técnica referente à Portaria GM/MS nº 1.032/2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO-GERAL DE SAÚDE BUCAL

Nota Técnica

Assunto: **Informe referente à Portaria Nº 1.032/GM de 05/05/2010 - Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais**

1. A Portaria Ministerial Nº 1.032 de 05/05/2010 inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS para os pacientes com necessidades especiais que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar. Esta Portaria foi formulada na construção de uma política para dar resposta a um problema de saúde que afligia os gestores de saúde e um determinado grupo populacional.

2. Por meio da publicação da portaria, os hospitais e profissionais que prestam serviço para o SUS passam a receber repasse financeiro para realizar procedimentos odontológicos de atenção primária e atenção secundária em ambiente hospitalar.

3. O procedimento 04.14.02.041-3 - Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais - instituído na Portaria, e os procedimentos compatíveis com ele, permanece no Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC para formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC dos Municípios, Estados e Distrito Federal.

4. Isto quer dizer que o pagamento é feito por produção. O valor do procedimento 04.14.02.041-3 - Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais é de R$ 328,34 e mais o valor do procedimento na Tabela do SUS.

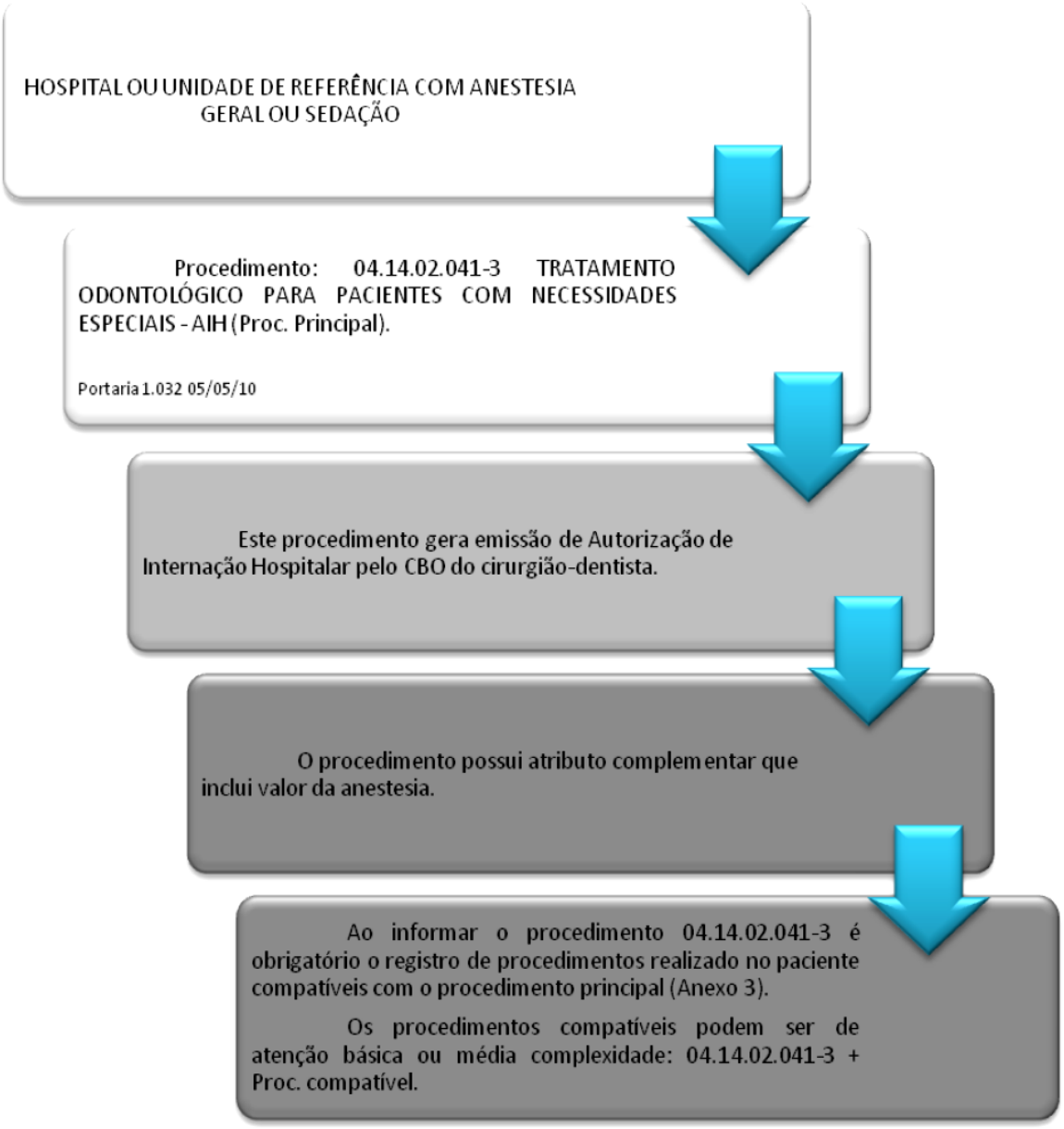
5. Informamos que o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde prorrogou por uma período de mais 6 meses a formação de série histórica do procedimento supracitado.

6. Dentre os instrumentos necessários à gerência eficaz das organizações, a informação é insumo de grande importância na medida em que é adequado para fortalecer o processo de tomada de decisões. Por isso a importância de se registrar os procedimentos nos Sistemas de Informações de Serviços de Saúde do Ministério da Saúde.

7. Portanto, para garantir a resolubilidade das ações e melhor entendimento da Portaria encaminhamos: fluxograma do procedimento da Portaria 1.032 (Anexo 1); relação dos procedimentos compatíveis com o procedimento 04.14.02.041-3 (Anexo 2); e procedimentos da Portaria 1.032 excluídos na Portaria 718/SAS de 20 de dezembro de 2010 (Anexo 3).

8. Na oportunidade, colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais no email cosab@saude.gov.br.

Anexo 1


HOSPITAL OU UNIDADE DE REFERÊNCIA COM ANESTESIA GERAL OU SEDAÇÃO
Procedimento: 04.14.02.041-3 TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS - AIH (Proc. Principal).
Portaria 1.032 05/05/10
Este procedimento gera emissão de Autorização de Internação Hospitalar pelo CBO do cirurgião-dentista.
O procedimento possui atributo complementar que inclui valor da anestesia.
Ao informar o procedimento 04.14.02.041-3 é obrigatório o registro de procedimentos realizado no paciente compatíveis com o procedimento principal (Anexo 3).
Os procedimentos compatíveis podem ser de atenção básica ou média complexidade: 04.14.02.041-3 + Proc. compatível.

Anexo 2

Procedimentos da Atenção Básica - AIH (Proc. Secundário) compatíveis com 04.14.02.041-3
01.01.02.006-6 - APLICACAO DE SELANTE (POR DENTE)
01.01.02.007-4 - APLICACAO TOPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSAO)
01.01.02.009-0 - SELAMENTO PROVISORIO DE CAVIDADE DENTARIA
03.07.01.001-5 - CAPEAMENTO PULPAR
03.07.01.002-3 - RESTAURACAO DE DENTE DECIDUO
03.07.01.003-1 - RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR
03.07.01.004-0 - RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR
03.07.02.001-0 - ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE)
03.07.02.002-9 - CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO
03.07.02.007-0 - PULPOTOMIA DENTARIA
03.07.03.001-6 - RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR
03.07.03.002-4 - RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)
03.07.04.003-8 - INSTALACAO E ADAPTACAO DE PROTESE DENTARIA
03.07.04.007-0 - MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL P/ CONSTRUCAO DE PROTESE DENTARIA
04.04.02.005-4 - DRENAGEM DE ABCESSO
04.01.01.008-2 - FRENECTOMIA
04.14.02.012-0 - EXODONTIA DE DENTE DECIDUO
04.14.02.013-8 - EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE
04.14.02.017-0 - GLOSSORRAFIA
04.14.02.035-9 - TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL
04.14.02.038-3 - TRATAMENTO DE ALVEOLITE
04.14.02.040-5 - ULOTOMIA/ULECTOMIA

Procedimentos de Média Complexidade - AIH (Proc. Especial) compatíveis com 04.14.02.041-3
03.07.01.005-8 - TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS
03.07.02.003-7 - OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO
03.07.02.004-5 – OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR
03.07.02.005-3 - OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES
03.07.02.006-1 - OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR
03.07.02.008-8 - RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR
03.07.02.009-6 - RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES
03.07.02.010-0 - RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR
03.07.02.011-8 - SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR
03.07.03.003-2 - RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)
03.07.04.001-1 - COLOCAÇÃO DE PLACA DE MORDIDA
03.07.04.006-2 - MANUTENÇÃO PERIÓDICA DE PRÓTESE BUCO-MAXILO-FACIAL
03.07.04.008-9 - REEMBASAMENTO E CONSERTO DE PRÓTESE DENTÁRIA
04.04.02.009-7 - EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA
04.04.02.010-0 - EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO
04.14.01.036-1 - EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO
04.04.02.044-5 - CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM
04.04.02.061-5 - REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR
04.14.02.002-2 - APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA
04.14.02.003-0 - APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE)
04.14.02.004-9 - CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES
04.14.02.005-7 - CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR
04.14.02.006-5 - CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR
04.14.02.007-3 - CURETAGEM PERIAPICAL
04.14.02.008-1 - ENXERTO GENGIVAL
04.14.02.009-0 - ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL
04.14.02.014-6 - EXODONTIA MÚLTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE
04.14.02.015-4 - GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)
04.14.02.016-2 - GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)
04.14.02.020-0 - MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS
04.14.02.021-9 - ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO
04.04.02.067-4 - RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO
04.14.02.024-3 - REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO)
04.14.02.027-8 - REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)
04.14.02.029-4 - REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES
04.04.02.062-3 - RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/DENTÁRIA
04.14.01.038-8 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/EXTRAORAL
04.14.02.036-7 - TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL
04.14.02.037-5 - TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)

Anexo 3

Procedimentos da Portaria 1.032/GM de 05/05/2010 excluídos na Portaria 718/SAS de 20/12/2010
04.14.02.001-4 - ALVEOLOTOMIA/ ALVEOLECTOMIA (POR ARCO DENTÁRIO)
04.14.02.022-7 - RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL
04.14.02.025-1 - REMOÇÃO DE CISTO
04.14.02.026-0 - REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
04.14.02.028-6 - REMOÇÃO DE FOCO RESIDUAL
04.14.02.031-6 - SELAMENTO DE FÍSTULA CUTÂNEA ODONTOGÊNICA
04.14.02.032-4 - SINUSOTOMIA MAXILAR UNILATERAL
04.14.02.039-1 - TRATAMENTO EMERGENCIAL P/ REDUÇÃO DE FRATURA ALVÉOLO-DENTÁRIA

Os procedimentos de odontologia excluídos na portaria, assim o foram, por haver duplicidade ou por não serem mais utilizados ou incorporados em procedimentos novos.

Encaminhamos a relação de alguns procedimentos excluídos que podem ser contemplados em outros procedimentos:

Procedimento excluído	Procedimento contemplado
04.04.02.025-9 - RESSECÇÃO DE LESÃO BENIGNA DE BOCA	04.04.02.077-1 - RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA
04.04.02.026-7 - RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA DE BOCA	
04.04.02.021-6 - RECONSTRUÇÃO DE MANDÍBULA	04.04.02.021-6 - RECOINSTRUÇÃO TOTAL DE MANDÍBULA/MAXILA
04.04.02.015-1 - GLOSSECTOMIA TOTAL	Procedimento somente da oncologia: 04.16.03.007-6 - GLOSSECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA
	04.04.02.014-3 - GLOSSECTOMIA PARCIAL
04.14.02.001-4 - ALVEOLOTOMIA / ALVEOLECTOMIA (POR ARCO DENTÁRIO)	04.14.02.005-7 - CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR
04.14.02.011-1 - EXCISÃO DE GLÂNDULA SUBMANDIBULAR/ SUBMAXILAR/ SUBLINGUAL	04.04.02.007-0 - RESSECÇÃO DE GLANDULAS SALIVARES
04.14.02.025-1 - REMOÇÃO DE CISTO	04.14.01.036-1 - EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO
04.14.02.026-0 - REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	04.04.02.031-3 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE
04.14.02.031-6 - SELAMENTO DE FÍSTULA CUTÂNEA ODONTOGÊNICA	04.14.01.027-2 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA CUTÂNEA DE ORIGEM DENTÁRIA
04.14.02.032-4 - SINUSOTOMIA MAXILAR UNILATERAL	04.04.01.051-2 - SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR
04.14.02.039-1 - TRATAMENTO EMERGENCIAL P/ REDUCAO DE FRATURA ALVEOLO-DENTARIA	04.04.02.048-8 - OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO-DENTÁRIAS
04.14.01.033-7 - TRATAMENTO DE FRATURA DA MANDÍBULA (POR HEMIFACE)	04.04.02. 073-9 - RECONSTRUÇÃO PARCIAL DE MANDÍBULA/MAXILA
	04.04.02.060-7 - REDUÇÃO DE FRATURA DA MANDÍBULA SEM OSTEOSSÍNTESE
	04.04.02.050-0 - OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA
	04.04.02.055-0 - OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA

ANEXO C – Termo de Compromisso – Adesão do CEO a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

MUNICÍPIO/UF:

PROPONENTE:

CNPJ:

ENDEREÇO:

Assunto: **Adesão do(s) Centro(s) de Especialidades Odontológicas (CEO) à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.**

A Coordenação-Geral de Saúde Bucal-DAB/SAS/MS,

A Secretaria Municipal/Estadual de Saúde acima identificado, neste ato representado por seu Secretário(a) Municipal/Estadual de Saúde, torna público os compromissos assumidos neste Termo de Compromisso.

Considerando o Decreto Presidencial nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite, e as disposições contidas na Portaria nº 1.341/GM/MS, de 13 de junho de 2012, que define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO, o Município/Estado assume os compromissos especificados no Anexo deste Termo.

O presente Termo de Compromisso entrará em vigor a partir da data de publicação da portaria específica de habilitação do serviço, no Diário Oficial da União.

E por estarem justos e acordados resolvo assinar o presente Termo de Compromisso em duas vias de igual teor, ficando uma com o ente Municipal/Estadual e uma com a Coordenação-Geral de Saúde Bucal – CGSB/DAB/SAS/MS.

Município, XX de XXXX de 20XX.

_____

Secretário(a) Municipal / Estadual de Saúde
[Carimbo do(a) Secretário(a)]

ANEXO

1 - COMPROMISSOS DO MUNICÍPIO/ESTADO:

COMPROMETE-SE com a adesão do(s) Centro(s) de Especialidades Odontológicas – CEO tipo XX (CNES nº XXXX) à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, nos seguintes termos:

I. Garantir a referência e contra-referência para a Atenção Básica em saúde bucal no atendimento odontológico a pessoas com deficiência;

II. Atuar como referência MUNICIPAL/REGIONAL, tendo a seguinte área de abrangência, EM CASO DE COBERTURA REGIONAL:

   a. Municípios que serão cobertos:

   b. População total coberta:

III. Disponibilizar 40 horas semanais, no mínimo, para atendimento exclusivo a pessoas com deficiência;

IV. Estabelecer um fluxo de atendimento odontológico especializado para pessoas com deficiência, envolvendo todas as estruturas de atendimento odontológico do município, permitindo acesso amplo e alcance das metas de produção pactuadas;

V. Realizar apoio matricial para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, no tocante ao atendimento e encaminhamento de pessoas com deficiência que necessitam de atendimento odontológico especializado;

VI. Manter alimentação regular e consistente da informação de produção, do CEO acima referido, por meio do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) utilizando como instrumento de registro o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) para todos os procedimentos realizados em pessoas com deficiência;

VII. Estabelecer estratégias de monitoramento e avaliação da cobertura populacional e alcance das metas de produção;

VIII. Manter a produção mensal mínima exigida na Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24 de junho de 2011;

IX. Aplicar os recursos adicionais do Ministério da Saúde pela incorporação do CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência exclusivamente para a esse fim;

X. Garantir condições de acessibilidade e mobilidade nas instalações do CEO para pessoas com deficiência.

XI. Prover o(s) CEO com profissionais de saúde bucal capacitados para o atendimento odontológico de pessoas com deficiência;

XII. Garantir equipamentos e condições físicas necessárias para o atendimento clínico a pessoas com deficiência;

XIII. Informar no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, na Tabela de Serviços/Classificação, o Serviço 114 - Serviço de Atenção em Saúde

Bucal, classificação 007 - Atendimento à Pessoa com Deficiência, conforme a tabela abaixo:

Cód.Serv	Desc. Serviço	Cód. Class	Desc. Da Classificação	Gr	CBO	Desc.
11 4	Serviço de Atenção em Saúde Bucal	7	Atendimento à pessoa com deficiência	1	2232*	Cirurgião dentista

2 – DA SUSPENSÃO DO REPASSE DE RECURSOS:

A Secretaria Municipal/Estadual de Saúde acima identificado, neste ato representado pelo(a) Secretário(a) Municipal/Estadual de Saúde, afirma ter conhecimento de que o repasse adicional do incentivo de custeio será descontinuado no caso de ser comprovado por meio dos Sistemas de Informação (SIA ou CNES), por monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado da Saúde ou por auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS qualquer uma das seguintes situações:

a) ausência, por um período superior a 60 dias, do(s) cirurgião(ões)-dentista(s) responsável(is) pelo atendimento clínico a pessoas com deficiência no CEO;

b) descumprimento da carga horária mínima de 40 horas semanais estabelecida para o atendimento clínico exclusivo a pessoas com deficiência, conforme a Portaria nº 1.341/GM/MS, de 13 de junho de 2012;

c) ausência de oferta das especialidades mínimas do CEO: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento à pacientes com necessidades especiais; e

d) ausência do registro da produção à pessoa com deficiência no CEO por meio da ficha de Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I).

ANEXO D – Listagem dos centros cirúrgicos adaptados para atendimento à RCPD

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE BUCAL
SAF Sul, Quadra 02, Lote 05/06 – Edifício Premium, Torre II, Sala 06 – Brasília/DF CEP: 70070-600
Tel: (61) 3315-9056 Fax (61) 3315-8849. E-mail: cosab@saude.gov.br

UF	COD	Município	Hospital	CNES
AC	120010	Brasiléia	HOSPITAL RAIMUNDO CHARR	2001500
AC	120040	Rio Branco	FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE - FUNDHACRE	2001586
AC	120020	Cruzeiro do Sul	HOSPITAL REGIONAL DO JURUÁ	5336171
AL	270030	Arapiraca	HOSPITAL REGIONAL DE ARAPIRACA	2005050
AL	270430	Maceió	HOSPITAL GERAL DO ESTADO DR OSVALDO BRANDAO VILELA	2006510
AL	270800	Santana do Ipanema	HOSPITAL REGIONAL DR CLODOLFO RODRIGUES DE MELLO	5616298
AM	130260	Manaus	FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE	2012685
AM	130260	Manaus	HOSPITAL INFANTIL Dr. FAJADO	2017849
AP	160027	Laranjal do Jari	HOSPITAL ESTADUAL DE LARANJAL DO JARI	2020076
AP	160030	Macapá	HOSPITAL DE CLÍNICAS DOUTOR ALBERTO LIMA	2020645
AP	160060	Santana	HOSPITAL ESTADUAL DE SANTANA	2021064
BA	292740	Salvador	HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS	0003859
BA	293330	Vitória da Conquista	HOSPITAL ESPECIALIZADO AFRANIO PEIXOTO	2407221
BA	291080	Feira de Santana	HOSPITAL ESPECIALIZADO LOPES RODRIGUES	2603063
CE	230440	Fortaleza	HOSPITAL GERAL DR WALDEMAR ALCANTARA	2785900
CE	230730	Juazeiro do Norte	HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI	6779522
CE	231290	Sobral	HOSPITAL REGIONAL NORTE	6848710
DF	530040	Brasília	HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA	0010480
DF	530180	Brasília	HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA	0010499
DF	530170	Brasília	HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO	0010502
ES	320530	Vitória	HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR	0012017
ES	320500	Serra	HOSPITAL DR. DÓRIO SILVA	2486199
ES	320520	Vila velha	HOSPITAL INFANTIL E MATERNIDADE DR. ALZIR BERNARDINO ALVES	2678179
GO	520870	Goiânia	HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA DR. ALBERTO RASSI	2338734
GO	521800	Porangatu	HOSPITAL MUNICIPAL	2442477
GO	521190	Jataí	CENTRO MÉDICO MUNICIPAL SERAFIM DE CARVALHO	2535556
MA	211130	São Luís	HOSPITAL DR. CARLOS MACIEIRA	2464594
MA	211130	São Luís	HOSPITAL DE REFERÊNCIA ESTADUAL DE ALTA COMPLEXIDADE	2646536
MA	211130	São Luís	COMPLEXO MATERNO INFANTIL DO MARANHÃO	2702886
MG	315250	Pouso Alegre	HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBÂNIO	2127989
MG	312230	Divinópolis	HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS	2159252
MG	312160	Diamantina	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA SAÚDE	2761203
MS	500270	Campo Grande	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	0009709
MS	500270	Campo Grande	HOSPITAL REGIONAL	0009725
MS	500370	Dourados	HOSPITAL DA VIDA	5610044
MT	510340	Cuiabá	HOSPITAL E PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL DE CUIABÁ	2495015

MT	510340	Cuiabá	HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO	2659107
MT	510840	Várzea Grande	HOSPITAL METROPOLITANO ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA	6853781
PA	150140	Belém	HOSPITAL DE CLINICAS GASPAR VIANA	2333031
PA	150140	Belém	HOSPITAL OFIR LOYOLA	2334321
PA	150060	Altamira	HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DA TRANSAMAZÔNICA	5597501
PB	250400	Campina Grande	HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	2362856
PB	250750	João Pessoa	HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA	2593262
PB	251080	Patos	HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO	2605473
PE	260410	Caruaru	HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE CARUARU	2427419
PE	261160	Recife	HOSPITAL GERAL DE AREIAS	2711974
PE	261110	Petrolina	HOSPITAL DE URGENCIA DE TRAUMA	6042414
PI	221100	Teresina	HOSPITAL DA POLICIA MILITAR	2323451
PI	220190	Bom Jesus	HOSPITAL REGIONAL DE MANOEL DE SOUSA SANTOS	2364816
PI	220390	Floriano	HOSPITAL LOCAL TIBÉRIO NUNES	2365146
PR	411370	Londrina	HOSPITAL DR. EULALINOIGNÁCIO DE ANDRADE	2577763
PR	411520	Maringá	HOSPITAL SANTA CASA DE MARINGÁ	2594714
PR	410480	Cascavel	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ	2738368
RJ	330400	Piraí	HOSPITAL FLAVIO LEAL	2267187
RJ	330390	Petrópolis	HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	2275562
RJ	330455	Rio de Janeiro	HOSPITAL ROCHA FARIA	2295407
RN	240940	Pau dos Ferros	HOSPITAL REGIONAL DR CLEODON CARLOS DE ANDRADE	2409275
RN	241120	Santa Cruz	HOSPITAL UNIVERSITARIO ANA BEZERRA	4014111
RN	240810	Natal	HOSPITAL ESTADUAL DR RUY PEREIRA DOS SANTOS	5314267
RO	110012	Ji-Paraná	HOSPITAL MUNICIPAL DE JI-PARANÁ	2495279
RO	110030	Vilhena	HOSPITAL REGIONAL ADAMASTOR TEIXEIRA DE OLIVEIRA	2798484
RO	110020	Porto Velho	HOSPITAL DE BASE	4001303
RR	140010	Boa Vista	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	2319659
RR	140045	Pacaraima	HOSPITAL DÉLIO TUPINAMBÁ	2476827
RR	140047	Rorainópolis	HOSPITAL DE RORAINÓPOLIS	2566141
RS	430510	Caxias do Sul	HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL	2223538
RS	431490	Porto Alegre	HOSPITAL MATERNO INFANTIL - PRESIDENTE VARGAS	2237822
RS	431020	Ijuí	HOSPITAL DE CARIDADE DE IJUI	2261057
SC	421010	Mafra	HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA	2379333
SC	421480	Rio do Sul	HOSPITAL SAMARIA	2379627
SC	420460	Criciúma	HOSPITAL SÃO JOSÉ	2758164
SE	280030	Aracaju	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – HU	0002534
SE	280290	Itabaiana	HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO	2477661
SE	280570	Propriá	HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA	3559629
SP	355030	São Paulo	HOSPITAL HELIÓPOLIS	2066572
SP	354980	São José do Rio Preto	HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	2077396
SP	350950	Campinas	HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNICAMP	2079798
TO	170210	Araguaína	HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAINA	2600536
TO	170950	Gurupi	HOSPITAL REGIONAL DE GURUPI	2786109
TO	172100	Palmas	HOSPITAL GERAL DE PALMAS DR FRANCISCO AYRES	2786117