Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Renata Ferraiolo Peixoto Fortuna

A média complexidade no quadro da Política Nacional de Saúde Bucal: uma abordagem do seu processo de desenvolvimento em uma perspectiva regional

Rio de Janeiro
2011

Renata Ferraiolo Peixoto Fortuna

A média complexidade no quadro da Política Nacional de Saúde Bucal: uma abordagem do seu processo de desenvolvimento em uma perspectiva regional

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: Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. George Edward Machado Kornis

Rio de Janeiro

2011

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

F745 Fortuna, Renata Ferraiolo Peixoto.
A média complexidade no quadro da Política Nacional de Saúde Bucal: uma abordagem do seu processo de desenvolvimento em uma perspectiva regional / Renata Ferraiolo Peixoto Fortuna. – 2011.
207f.

Orientador: George Edward Machado Kornis.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde bucal – Teses. 2. Política de saúde – Brasil – Teses. 3. Serviços de saúde bucal – Brasil – Teses. 4. Prótese dentária – Teses. 5. Programas médicos regionais – Brasil – Teses. I. Kornis, George Edward Machado. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.314-084(81)

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

_____ _____

Assinatura Data

Renata Ferraiolo Peixoto Fortuna

A média complexidade no quadro da Política Nacional de Saúde Bucal: uma Abordagem do seu processo de desenvolvimento em uma perspectiva regional

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: Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 26 de abril de 2011.

Banca Examinadora:

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

_____
Prof.ª Drª. Sulamis Dain
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____
Prof.ª Drª Rosangela Caetano
Instituto de Medicina Social - UERJ

_____
Prof.ª Drª Luciana Dias de Lima
ENSP- FIOCRUZ

_____
Prof.ª Drª Ana Cecília de Sá Campello Faveret
Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS/MS

Rio de Janeiro

2011

AGRADECIMENTOS

A George Edward Machado Kornis, mais uma vez orientador, que apostou na minha capacidade por intuição acadêmica, na seleção para o mestrado no ano 2000, época em que eu era apenas uma curiosa do campo da saúde coletiva. Em 2006, por teimosia, continuou apostando em mim, quando fui selecionada para o doutorado que agora concluo. Agradeço imensamente sua confiança, seu exemplo de compromisso e de postura ética, que, além de suas qualidades técnicas, delinearam minha formação neste campo de conhecimento e foram essenciais para a conclusão do presente trabalho.

Agradeço a UERJ e especialmente ao IMS, Instituto que me deu a oportunidade de realizar minha formação completa no campo da saúde coletiva. Aos seus funcionários eternamente solícitos e eficientes às minhas demandas burocráticas.

Ao CNPq que financiou a bolsa de apoio ao curso de doutorado ao longo dos anos entre 2007 e 2009.

Sulamis Dain, como professora, pelo valor inestimável dos conhecimentos que transmitiu, sempre de forma generosa e clara, ao longo dos meus anos de mestrado e doutorado. Como pessoa, agradeço pelo seu otimismo, e também pela sua generosidade em dividir conhecimentos e a sincera vontade de ajudar.

A Rosangela Caetano pela disposição, solidariedade e generosidade no ajuste final do trabalho.

Agradeço a Luciana Dias de Lima e Ana Cecília Faveret pelas valiosas contribuições por ocasião do exame de qualificação dessa dissertação.

A Leila Senna Maia, minha grande parceira no campo da saúde coletiva, na profissão e na vida. Perdi as contas de quantas vezes dividimos dúvidas e ansiedades, mas também êxitos e vitórias. Nossa parceria já provou ser complementar e produtiva. É um privilégio tê-la como companheira nesta trajetória. Muito obrigada.

Toda a minha gratidão pela amizade dos meus colegas de trabalho na Faculdade São José: em especial Alia Porto, Armando Hayassi e demais professores com quem compartilho as disciplinas, que se dispuseram a compreender minhas ausências e falhas ao longo do conturbado período de elaboração deste trabalho. Além disso, o convívio sempre alegre com vocês foi um estímulo a mais para seguir em frente nas horas de desânimo. Agradeço da mesma forma aos representantes da própria Instituição, a qual me admitiu antes mesmo da

conclusão do mestrado, me ofereceu diversas oportunidades ao longo desses anos, e representou um estímulo a mais para a realização desta nova etapa.

Aos meus chefes e colegas do Hospital Lourenço Jorge, pela profunda compreensão a respeito das minhas inúmeras solicitações ao longo do curso de doutorado. Sua solidariedade representou um apoio essencial para que a realização desta tese se tornasse viável.

Ao meu querido Eraldo, que pertence a um mundo tão diferente deste ambiente acadêmico, mas ao mesmo tempo compartilha comigo um mundo particular e todo especial. Agradeço imensamente seu respeito e sua paciência nos momentos finais da conclusão deste trabalho. Sei que não foi fácil. Agradeço acima de tudo ter recebido de você o maior presente que eu poderia ter e que chegou junto com a conclusão desta tese, no momento certo. Com amor, muito obrigada.

A minha pequena família, minha mãe, Rosária, e minha irmã, Flávia e meu tio Sylvério, que, além de incentivadores, sempre se colocaram isentos de qualquer cobrança quanto às minhas escolhas ou a minha atenção. Seus exemplos de desprendimento e profundo respeito são as referências de família das quais muito me orgulho e que me fazem tentar ser uma pessoa melhor. Muito obrigada a vocês. A minha mãe querida em especial, pelo seu o amor e carinho incondicionais, sempre.

A todos meus amigos não mencionados aqui, mas não menos importantes. Peço desculpas pelos momentos de impaciência e pela reclusão dos últimos tempos.

RESUMO

FORTUNA, Renata Ferraiolo Peixoto. *A média complexidade no quadro da Política Nacional de Saúde Bucal:* uma abordagem do seu processo de desenvolvimento em uma perspectiva regional. 2011. 207f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Esta tese tem por objeto o processo de regionalização das ações de média complexidade e da oferta de próteses dentárias no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Foram realizadas duas pesquisas fundamentais para o entendimento desse processo: a primeira esteve voltada para o levantamento da descrição da oferta de ações especializadas e de próteses dentárias nos Planos Diretores de Regionalização (PDR) nas 27 unidades federadas do país. A segunda pesquisa verificou a cobertura por Equipes de Saúde Bucal (ESBs) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a distribuição dos 844 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e dos 526 Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) implantados até setembro de 2010 nas regiões de saúde do Brasil dos 27 estados da federação. Essas pesquisas permitiram concluir que: os PDRs, na grande maioria dos estados brasileiros, não contribuíram para a organização regionalizada da distribuição de CEOs e LRPDs no Brasil. A cobertura por Equipes de Saúde Bucal é heterogênea, com predominância da Região Nordeste e dos municípios de pequeno porte, em detrimento das capitais e dos estados das regiões Sul e Sudeste. No tocante à distribuição das unidades CEO e LRPD pelas regiões de saúde, a pesquisa mostrou que os critérios normativos para a seleção dos municípios a sediarem essas unidades vêm sendo cumpridos de forma precária na maior parte do país. Além disso, a distribuição dessas unidades não apresenta coerência com os princípios da regionalização prevista pelo Pacto de Gestão do SUS.

Palavras-chave: Política Nacional de Saúde Bucal. Regionalização da média complexidade. Centros de Especialidades Odontológicas. Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. SUS.

ABSTRACT

This thesis analyzes the process of regionalization of medium complexity actions and the supply of dental prostheses in the National Oral Health Policy (PNSB). Two main surveys were made for the understanding of this process: the first was aimed at describing the offer of specialized actions and dental prostheses according to the Regionalization Master Plans (PDR) in 27 federal units of the country. The second study examined the coverage by Oral Health Teams (ESBs) in the Family Health Strategy (ESF) and the distribution of 844 Specialized Dental Centers (CEOs) of 526 Regional Laboratories of Dental Prostheses (LRPDs) deployed by September 2010 in the Brazilian health regions in 27 states. These surveys showed that: the PDRs, in the vast majority of Brazilian states, have not contributed to the organization of regionalized distribution of CEOs and LRPDs in Brazil. Coverage by ESBs is heterogeneous, mostly in the Northeastern Region and in small towns, at the expense of the capital and the Southern and Southeastern states. Regarding the distribution of CEO and LRPD units by health regions, the survey showed that the normative criteria for the selection of municipalities to settle these units have been precariously completed in most of the country. Moreover, the distribution of those units is not consistent with the regionalization principles provided by the SUS Management Pact.

Keywords: National Oral Health Policy. Regionalization of medium complexity. Specialized Dental Centers. Regional Laboratories of Dental Prostheses. SUS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01- Documentos normativos pertinentes à pesquisa da evolução da implantação da atenção a saúde bucal no SUS entre 2000 e 2010..... 23

Quadro 02- Incentivos federais por Tipo de CEO..... 44

Quadro 03- Número de procedimentos por tipo de CEO..... 45

Quadro 04- Número de procedimentos por LRPD..... 45

Quadro 05- Qualificação de Regiões/Microrregiões na Assistência à Saúde segundo a NOAS 01/01..... 55

Quadro 06- Regiões de saúde compatíveis com CGR e Regiões com CEOs e/ou LRPDs em setembro de 2010..... 88

Quadro 07- Oferta de ESB, CEOs e LRPDs nos estados brasileiros e sua distribuição municipal em setembro de 2010..... 89

Gráfico 01- Proporção de municípios com ESBs no universo dos municípios brasileiros em setembro de 2010..... 84

Gráfico 02- Número mínimo de ESBs para a população brasileira (DAB, setembro 2011) de acordo com a Portaria N.º 267, de 06 de março de 2001, e número de ESB implantadas no Brasil em setembro de 2011..... 85

Gráfico 03- Distribuição quantitativa de CEOs e LRPDs por regiões brasileiras em setembro de 2010..... 85

Gráfico 04- Proporção de municípios atendidos com CEOs e/ou LRPDs no Brasil e número de municípios com CEOs, com CEOs e LRPDs e com apenas LRPDs no Brasil em setembro 2010..... 86

Gráfico 05- Municípios atendidos pela PNSB por portes populacionais..... 87

Gráfico 06- Municípios que contam com CEOs por portes populacionais..... 87

Gráfico 07- Municípios que contam com LRPDs por portes populacionais..... 87

Gráfico 08- Distribuição dos Munícipios Brasileiros por portes populacionais..... 88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACISPAR	Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APAC	Autorização de Procedimentos de Alto Custo/ Alta Complexidade
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CIB.	Comissão Intergestores Bipartite.
CIS	Consórcios Intermunicipais de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite.
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal ou Coordenação Nacional de Saúde Bucal
CNS	Conselho Nacional de Saúde ou Conferência Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
CPOD	Índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados
CRO	Conselho Regional de Odontologia
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DPPAS	Departamento de Políticas, Planejamento e Administração em Saúde
DNSB	Divisão Nacional de Saúde Bucal
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESBs	Equipes de Saúde Bucal
ENSP	Escola Nacional de Saúde Publica

ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFs	Equipes de Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FES	Fundo Estadual de Saúde
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPSE	Gestão Plena do Sistema Estadual
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério da Educação
NO	Norma Operacional
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica.
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PAB-A	Piso da Atenção Básica Ampliado.
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização.
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio
PNAS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPI	Programação Pactuada e Integrada

PSF	Programa de Saúde da Família.
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SB	Saúde Bucal
SB 2003	Censo Bucal 2003
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESA/CE	Secretaria Estadual de Saúde do Ceará
SESA/PR	Secretaria Estadual de Saúde do Paraná
SESDEC/RJ	Secretaria do Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio e Janeiro
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIA- SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
UF	Unidades da Federação
VISA	Vigilância Sanitária
WHO	World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	13
1	**ASPECTOS METODOLOGICOS**.....	22
1.1	**Os referenciais teóricos da pesquisa**.....	23
1.2	**Materiais e Métodos**.....	25
2	**A EVOLUÇÃO DO PERFIL DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE BUCAL NO BRASIL NO ÂMBITO DO SUS**.....	31
2.1	**Os marcos da evolução da atenção a saúde bucal no país: as conferências nacionais de saúde bucal e os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal**.....	31
2.2	**A normatização da oferta de atenção à saúde bucal no nível básico de atenção no âmbito da PNSB**.....	40
2.3	**A normatização da oferta da saúde bucal no nível da média complexidade no âmbito da PNSBN**.....	42
3	**A REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL**.....	47
3.1	**A Regionalização no âmbito normativo do SUS: uma retrospectiva histórica a partir de uma abordagem documental**	47
3.2	**Os instrumentos do planejamento regionalizado da assistência à saúde**	52
3.3	**As diretrizes da gestão regionalizada do SUS e a Política Nacional de Saúde Bucal na média complexidade**.....	63
3.4	**A situação atual dos PDRs, PES e CGRs dos estados e o planejamento da média complexidade no interior da PNSB**.....	67
4	**A DISTRIBUIÇÃO DA OFERTA DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO ÂMBITO DA PNSB: UM PANORAMA DO BRASIL E DOS ESTADOS BRASILEIROS**.....	84

4.1 **Apresentação dos resultados para o país**..... 84

4.2 **Apresentação dos resultados por estados**..... 88

4.3 **O panorama da distribuição dos CEOS e LRPDs no contexto da regionalização: a análise dos parâmetros da pesquisa**..... 110

5 **DISCUSSÃO**..... 121

5.1 **Os primeiros resultados do Censo Bucal de 2010: uma discussão preliminar**..... 161

6 **CONSIDERAÇÕES FINAIS**..... 167

REFERENCIAS..... 177

ANEXO A - Resumo detalhado dos conteúdos dos documentos normativos pertinentes à pesquisa da evolução da implantação da atenção a saúde bucal no SUS entre 2000 e 2010..... 190

ANEXO B - Seqüência metodológica da pesquisa..... 193

ANEXO C - Resumo das portarias relativas a normatização da oferta de atenção à saúde bucal..... 197

INTRODUÇÃO

No âmbito do SUS, a área de atenção à saúde bucal passou a ocupar posição de maior destaque a partir de 2001, com a inclusão de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no então Programa de Saúde da Família. Expressando uma sintonia com as prioridades do Ministério da Saúde (MS) ao longo da década de 90,[1] a Portaria GM/MS nº 1.444, de dezembro de 2000, mudou o padrão do financiamento federal voltado para a oferta de serviços e ações de saúde bucal na atenção básica, oferecendo um incentivo financeiro permanente por Equipes de Saúde Bucal implantadas, além de um incentivo adicional para a aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos.

Quatro anos depois dessa inovação, em 2004, foi publicada pela Área Técnica de Saúde Bucal do MS, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB, 2004). A edição desse documento, além de fortalecer a atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), incluiu de forma inovadora a média complexidade dentre suas diretrizes.[2] Desta forma, o referido documento proporcionou a continuidade da posição de destaque desta área de atenção à saúde no tocante à agenda do governo.

O financiamento federal, atualmente atrelado às diretrizes presentes na PNSB, contempla um variado grupo de modalidades voltado para a área assistencial, a saber: na atenção básica, além de um percentual do PAB fixo, há o incentivo do PAB-*variável* relacionado à implantação e custeio das ESBs na ESF. Na média complexidade, desde 2004, há incentivos para implantação e custeio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPDs), que incrementaram de maneira expressiva os investimentos federais voltados para a saúde bucal. Assim, o esforço do Ministério da Saúde, expresso por um conjunto de ações normativas e operacionais, e o consequente aumento no volume de investimentos financeiros principalmente de origem federal, propiciou um significativo avanço da oferta de ações e serviços de saúde bucal no SUS, sobretudo no nível da atenção básica. Esse processo é expresso pelos dados assistenciais disponíveis no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA-SUS (DATASUS): até

[1] Segundo Machado (2006), foram três as prioridades políticas de saúde no Brasil nos anos 1990: a descentralização, o Programa de Saúde da Família (PSF) e a Política de combate à Aids.
[2] As Portarias MS/GM nº 1.570, de 29 de julho de 2004, nº 1063, de 4 de julho de 2005, e nº 599, de 23 de março de 2006, complementaram a normatização da média complexidade na PNSB.

setembro de 2010, foram implantadas 20.103 ESBs no interior da ESF, atuando em 4.811 municípios, em torno de 86% dos municípios do Brasil.[3] Segundo o Departamento de Atenção Básica do MS, a meta para 2010 é chegar ao total de 22.250 ESBs.[4]

Apontando no mesmo sentido que os dados do MS no tocante às ações e serviços de saúde bucal na atenção básica, estudos com diferentes metodologias mostraram que o acesso neste nível de atenção foi de fato ampliado no período que sucedeu a entrada das ESBs na ESF (MAIA 2008, 2010; COLUSSI et al., 2009, FIGUEIREDO e GÓES, 2009; WEBBER, 2009, SILVA et al., 2007).

Maia (2008, 2010), em estudo de bastante amplitude, analisou um vasto espectro de dados sobre os serviços e ações de saúde bucal realizados nos 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro, no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2007. Considerando a vigência das portarias no período voltadas para a oferta de incentivos para esta área de atenção, a autora observou o caráter inconcluso do processo de reorganização da atenção em saúde bucal na imensa maioria dos municípios estudados. Porém, verificou também que, de forma geral, houve ampliação do acesso e da oferta de serviços.

Figueiredo e Góes (2009) reconhecem a melhora do nível de acesso a serviços em saúde bucal, de forma geral, a partir da observação da redução da estimativa, na ordem de 15%, da proporção de brasileiros que nunca foram ao dentista no período 1998-2003. Os autores reconhecem que este acesso se concentra no nível básico de atenção, e atribuem tal melhoria ao incremento dos recursos financeiros e ampliação das ESBs na ESF. Por outro lado, os autores destacam, nesse contexto, a manutenção do padrão de desigualdade de acesso.

Colussi et al. (2009) realizaram um estudo focado na produção ambulatorial em diferentes níveis de complexidade em saúde bucal no Estado de Santa Catarina, no período de 2000 a 2006, a partir de dados dos Sistemas de Informação do SUS. Os autores observaram que houve aumento do acesso aos serviços odontológicos de forma geral, e aumento no número de ações odontológicas básicas no período estudado, concluindo que esta oferta esteve concentrada no nível básico da atenção.

Silva et al., em 2007, realizaram um estudo voltado para a investigação de atendimentos em Odontopediatria baseado em entrevistas com responsáveis pela unidade de saúde ou pelo serviço de saúde bucal em 51 unidades de saúde no Estado do Maranhão. Os autores observaram que a assistência odontológica às crianças e adolescentes é bem

[3] SIA/SUS, acesso em dezembro 2010.
[4] DAB/MS, acesso em dezembro 2010.

distribuída no estado e que estava presente em 91,1% das unidades visitadas. No entanto, essa oferta é predominantemente voltada para ações de atenção básica.

Recentemente, a publicação de duas portarias[5], uma em 2008 e outra em 2009, indica a intenção da atual gestão do MS em manter este processo de expansão da oferta de ações de saúde bucal no interior da ESF: tais instrumentos normativos instituíram um aumento do valor dos incentivos anuais repassados para as ESBs entre 84,6% (modalidade I) e 95% (modalidade II) e formalizaram o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as ESBs na ESF, normatizando esse tipo de oferta por parte do Governo Federal. Assim, é válido afirmar que os esforços do MS resultaram de fato numa mudança do padrão da oferta de ações em saúde bucal com foco no nível básico de atenção, desde 2001 (LEAL e TOMITA, 2006; SILVA et al., 2007; MAIA 2008, 2010; FIGUEIREDO e GÓES 2009; COLUSSI et al., 2009).

Por outro lado, esta evolução não vem ocorrendo na mesma intensidade no âmbito da média complexidade. O próprio texto do documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal de 2004 reconhece que "a expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica" (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, as diretrizes da PNSB editadas em 2004 apontam para a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção. Assim, a referida política adota dentre suas diretrizes fundamentais a expansão da oferta em ações especializadas de saúde bucal através do apoio financeiro do MS para a implantação de Centros de Referência de Especialidades Odontológicas, hoje denominados Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Ademais, a PNSB instituiu um suporte financeiro e técnico específico voltado para a instalação de equipamentos e remuneração da produção em Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). Essas diretrizes indicam uma inovação do MS, e vêm preencher uma importante lacuna na oferta de ações e serviços de saúde bucal.

Considerando que as políticas específicas do SUS, dentre as quais a PNSB, devem ser conduzidas tendo por base os princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde, deve-se tomar como referência a NOAS e o Pacto pela Saúde de 2006 no que diz respeito à oferta da atenção à saúde na média complexidade. Lembramos que a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS), editada e 2001 e reeditada em 2002, e o Pacto pela Saúde de

[5] Portaria MS/GM nº 3.066, de 23 de dezembro de 2008, e Portaria MS/GM nº 2.372, de 7 de outubro de 2009.

2006 representam as diretrizes da Política Nacional de Saúde na vigência da PNSB de 2004 até os dias atuais.

As diretrizes norteadoras da oferta de atenção em média complexidade, presentes na NOAS e reforçadas no Pacto pela Saúde, destacam que estas ações assistenciais devem ser garantidas no âmbito regional, conforme o tipo de serviço, a disponibilidade tecnológica, as características do estado e a definição do seu Plano Diretor de Regionalização (PDR). Assim, a garantia de acesso aos procedimentos de média complexidade é de responsabilidade solidária entre os entes federados, sob a mediação do estado e com o apoio do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002; 2006c). Vale lembrar que, com a edição do Pacto pela Saúde de 2006, a regionalização da assistência foi colocada como um dos pilares fundamentais para o avanço do processo de construção do SUS no sentido da equidade da oferta (BRASIL, 2006c).

No âmbito da atenção à saúde bucal, em 29 de julho de 2004 ocorreu a publicação da primeira de uma sequência de dez[6] portarias que vieram a normatizar as diretrizes da oferta de atenção secundária de acordo com a PNSB. Assim, essas portarias estabeleceram os critérios, normas e requisitos para a implantação, habilitação e financiamento dos CEOs, levando em conta as diretrizes desta oferta no contexto da Política Nacional de Saúde e do processo de regionalização em curso no país. Esse conjunto de portarias delineou o perfil das referidas unidades para que estas estejam aptas ao recebimento dos incentivos federais. Da mesma forma, a partir de julho de 2004, a oferta de incentivos para implantação dos LRPDs passou a ser normatizada pelas mesmas portarias específicas voltadas para os CEOs. Posteriormente, o repasse federal para a remuneração de próteses dentárias foi normatizado por portarias específicas.

Vale observar que o repasse desses incentivos federais está condicionado à adesão dos gestores locais aos princípios normativos instituídos pelas portarias específicas para implantação dos CEOs e LRPDs. Assim, fora dos padrões estabelecidos pela PNSB, o gestor local não pode se habilitar ao recebimento de recursos federais extras para sustentação das ações de saúde bucal no SUS[7] (MAIA, 2010). Além disso, para o recebimento dos incentivos de custeio, os CEOs devem cumprir uma produção mensal mínima, estabelecida por números de procedimentos, a ser monitorada pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

[6] São as dez portarias, em ordem cronológica: GM/MS nº 1.570 (29/07/04); nº 1.572 (29/07/04), nº 1.063 (04/07/5), nº 599, nº 600 (ambas de 23/03/06), nº 2.373, nº 2.374, nº 2.375 (as três de 07/10/09), SAS nº 205 (20/05/10) e GM nº 2.898 (21/09/10).

[7] O condicionamento às diretrizes normativas para o recebimento dos incentivos federais voltados para a atenção à saúde bucal é uma realidade também do âmbito da atenção básica, onde fora da estratégia de saúde da família o gestor não faz jus ao recebimento de incentivos federais.

(SIA-SUS). Os CEOs devem oferecer um mínimo de cinco especialidades odontológicas[8] e devem contar com um rol de equipamentos, materiais e recursos humanos estabelecido pelas referidas portarias.

De acordo com a referida normatização, os CEOs são unidades de saúde cuja demanda deve estar voltada preferencialmente para as referências oriundas das ESBs na ESF. Como critério para a seleção do município a receber os incentivos para a implantação de CEOs e/ou LRPDs deve ser considerado aquele que contar com o maior percentual de cobertura das ESBs na ESF.

Indicando uma sintonia com as diretrizes da regionalização previstas na Política Nacional de Saúde do SUS, a referida normatização determina que o planejamento dessa oferta deve estar em consonância com os respectivos PDRs. Assim, o conjunto de portarias estabelece que gestor local interessado em implantar um CEO[9] deve encaminhar proposta à CIB do respectivo estado, que, após apreciação, encaminha-a à Coordenação Nacional de Saúde Bucal do MS. Na proposta de implantação deve ser identificada a área de abrangência da unidade pleiteada, indicando para que região sanitária a unidade CEO será referência, mencionando, inclusive, a população a ser coberta.

No tocante ao limite quantitativo de unidades CEO a serem habilitadas por território, foi determinado que poderão credenciar-se como CEO quantas unidades sejam necessárias para atendimento à demanda da população da respectiva região de saúde, estando este limite submetido exclusivamente à disponibilidade financeira do MS.

No tocante aos LRPDs, estes podem ser unidades de natureza pública ou privada, e devem oferecer, no mínimo, os serviços de prótese dentária total e prótese parcial removível. A normatização vigente até 2005 previa uma base populacional mínima para a cobertura de cada LRPD; no entanto, a partir de março de 2006, não há mais a exigência do critério populacional para a implantação desses laboratórios. A remuneração de próteses dentárias confeccionadas nos referidos LRPDs foi instituída ainda em 2004, através de portaria específica, que estabelecia um valor para cada tipo de prótese (total ou parcial), sendo o pagamento feito por produção. Atualmente, com a edição de novas portarias específicas em 2009, a remuneração de próteses é feita por pacotes de produção. O gestor informa um volume mensal de próteses e recebe um valor fixo por mês (BRASIL, 2009 c).

---

[8] São as especialidades ofertadas no âmbito dos CEOs: diagnóstico bucal, endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, e atendimento a pacientes especiais.

[9] No tocante ao fluxo de credenciamento dos LRPDs, em 2009 foi estabelecido que a proposta de implantação destas unidades deve ser encaminhada diretamente à Área Técnica de Saúde Bucal do MS, não mais sendo exigida a submissão da proposta à CIB do respectivo estado para a implantação desse tipo de unidade de saúde.

Assim, a publicação desse conjunto de ações normativas e o consequente aumento no volume de recursos voltados para a oferta de assistência de média complexidade em saúde bucal e de próteses dentárias no interior da PNSB vêm norteando o processo de implantação de unidades CEO e LRPD no país de 2004 até os dias atuais. Este processo, que a princípio deve ocorrer de forma convergente com as diretrizes da oferta de atenção secundária prevista pela Política Nacional de Saúde vigente do país, proporcionou, a princípio, um aumento no acesso a ações especializadas em saúde bucal no âmbito do SUS, indo ao encontro do já reconhecido avanço das ações assistenciais no nível básico de atenção.

No entanto, a pesquisa acadêmica voltada para o tema da oferta de atenção secundária em saúde bucal, apesar da baixa densidade de publicações (SILVA et al., 2007; FIGUEIREDO e GOES, 2009; COLUSSI et al., 2009), revela a situação inconclusa do processo de organização deste nível de atenção no âmbito do SUS.

Nesse contexto, Figueiredo e Góes, em 2009, em artigo voltado para as características da oferta da atenção secundária em saúde bucal no Estado de Pernambuco, apresentaram um levantamento quantitativo de procedimentos odontológicos realizados nos 22 CEOs do referido estado ao longo do ano de 2006. Considerando variáveis como o porte populacional e a situação do município no PDR do estado, as conclusões destacam a baixa capacidade de oferta dos serviços especializados e as consequentes limitações no estabelecimento de sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas locorregionais de saúde identificados pelo estudo. Por fim, os referidos autores destacam a necessidade de novas pesquisas, sobretudo quanto a implantação e efetividade de protocolos de referência e contrarreferência e avaliação da qualidade da atenção, entre outros aspectos.

Leal e Tomita (2006) evidenciaram a inexistência de um planejamento local para a distribuição da oferta de atenção à saúde bucal nos discursos de gestores municipais ligados aos processos de gestão e formulação de políticas de saúde em saúde bucal, em dois municípios no interior de São Paulo.

Colussi et al. (2009), a partir de dados disponíveis do SIA SUS em relação ao estado de Santa Catarina, no período de 2000 a 2006, observaram que a oferta de média e a alta complexidades em odontologia caracteriza-se, principalmente, por uma demanda maior que a oferta e pela má distribuição das especialidades ofertadas, fatores apontados como limitadores da integralidade do atendimento odontológico no estado.

Maia (2008), em estudo voltado para a reorganização da atenção à saúde bucal no Estado do Rio de Janeiro entre janeiro de 1998 e dezembro de 2007, observou que no período

estudado foram habilitados 46 CEOs em 27 municípios no estado, sendo que em 11 destes municípios (41%) ocorreu queda na produção total de ações especializadas.

Vale registrar que além da baixa densidade de publicações acadêmicas voltadas para o tema da oferta de atenção secundária em saúde bucal, a pesquisa dos dados assistenciais da oferta de ações e serviços de saúde bucal na média complexidade nos sistemas de informação do SUS aponta para a ausência de informações consolidados em âmbito nacional de caráter quantitativo e também qualitativo, no que diz respeito à distribuição regionalizada desta oferta. Nesse contexto, a investigação para o entendimento do processo de expansão dessa oferta mostrou a falta de estudos de avaliativos das políticas votadas para esta área de atenção a saúde.

É nesse contexto que tem origem o interesse em expandir o conhecimento acerca da média complexidade no quadro da Política Nacional de Saúde Bucal no contexto da regionalização, representado na presente tese de doutoramento. Desta forma, o presente trabalho se preocupou em oferecer uma avaliação da Política Nacional de Saúde Bucal como política de saúde, no contexto da regionalização em curso no SUS.

Nesse sentido, o trabalho conta com duas revisões bibliográficas: a primeira está voltada para a área de atenção a saúde bucal no âmbito do sistema público de saúde no país, desde as suas primeiras iniciativas em âmbito nacional. A seguir, uma revisão bibliográfica sobre os princípios da regionalização da saúde descreveu como este tema passou a figurar nos documentos norteadores das políticas nacionais de saúde no Brasil. Na segunda metade deste trabalho são apresentadas duas pesquisas originais: a primeira reuniu os principais documentos da gestão regionalizada dos estados brasileiros com vistas a menção da oferta de ações especializadas em saúde bucal. Numa segunda e vasta pesquisa nas bases de dados do SUS foi construído um panorama atual da distribuição qualitativa e quantitativa da oferta de CEOs e LRPDs no Brasil.

Esse panorama considerou variáveis selecionadas capazes de proporcionar uma análise das características da oferta mediante as diretrizes da regionalização da assistência preconizada pelo Pacto pela Saúde de 2006. Nesse sentido, o presente trabalho se esforçou em reunir um conjunto de informações voltadas para uma discussão sobre a forma como a condução do processo de implantação de CEOs e LRPDs nos estados brasileiros vem incorporando o princípio da regionalização da assistência à saúde, inserido nas diretrizes da Política Nacional de Saúde ao longo do período de vigência da PNSB.

Dada a importância da interface entre a média complexidade e a atenção básica, esse conjunto de informações incluiu também dados sobre a cobertura nos municípios e o

panorama da oferta nos estados das Equipes de Saúde Bucal no interior da Estratégia de Saúde da Família. Assim, a baixa densidade de informações acadêmicas e institucionais voltadas para a oferta das ações de saúde no interior da PNSB serviu de estímulo para a realização de uma pesquisa capaz de fornecer um retrato atualizado em âmbito nacional.

A coleta e a organização das informações selecionadas suscitaram as seguintes indagações: A distribuição regional dos CEOs e LRPDs está em consonância com as orientações normativas do MS voltadas para o cumprimento da diretriz da regionalização? A PNSB segue as diretrizes da regionalização do SUS na média complexidade?

Com o objetivo de responder em alguma medida essas indagações, o presente trabalho esta organizado da seguinte forma:

No capítulo 1 desta tese são escritos os aspectos metodológicos da pesquisa proposta. Na sequência, são apresentados os referenciais teóricos que nortearam o desenho do referido levantamento, bem como os materiais e métodos que embasaram a investigação.

No capítulo 2, é oferecida uma retrospectiva histórica da evolução da atenção à saúde bucal no país. Essa retrospectiva tomou como eixos principais de condução as publicações relativas às Conferências Nacionais de Saúde Bucal e os principais levantamentos epidemiológicos em saúde bucal realizados no país até 2010. Ainda neste capítulo, é descrita cronologicamente a sequência da normatização da oferta de atenção à saúde bucal no do SUS desde o ano 2000.

No capítulo 3 é feita uma breve retrospectiva dos princípios da regionalização no país. Foi realizada uma revisão sobre os instrumentos do planejamento regionalizado da assistência à saúde de acordo com a normatização vigente desde a edição da NOAS, e contemplando o definido pelo Pacto pela Saúde de 2006. Em seguida, no mesmo capítulo, é feito um paralelo entre as diretrizes da gestão regionalizada do SUS e as diretrizes da PNSB. Descreve-se ainda, para cada estado da federação, os resultados da pesquisa relativa a situação atual dos principais instrumentos do planejamento regionalizado frente à situação da oferta da média complexidade no interior da PNSB.

No capítulo 4, estão expostos os resultados da pesquisa que retratou o panorama da oferta de Equipes de Saúde Bucal na ESF e de todas as unidades de saúde do tipo CEO e LRPD implantadas no país até setembro de 2010. A apresentação da pesquisa é feita para o país e para os estados. No caso dos estados, a apresentação incluiu variáveis pré-selecionadas relacionadas ao processo de regionalização da assistência.

No capítulo 5 é proposta uma discussão, com base nos dados da pesquisa, acerca do processo de implantação da oferta da média complexidade no interior da PNSB e de sua

relação com a oferta na atenção básica. Esta discussão pretende oferecer um olhar que considera as diferentes realidades regionais do país, bem como os diversos estágios de evolução do processo de regionalização do SUS e de implantação da PNSB. Ainda neste capítulo, são destacados os resultados parciais, divulgados em dezembro de 2010, acerca do último Censo de Saúde Bucal realizado pelo Ministério da Saúde naquele ano. A discussão proposta com base nessas informações tem caráter provisório e preliminar, dado o montante limitado de informações desse inquérito liberadas até o fechamento desta tese.

Por fim, no capítulo 6, “considerações finais”, é feita uma análise prospectiva do panorama da oferta da atenção secundária em saúde bucal nos moldes da PNSB. Neste segmento são oferecidas contribuições para que a continuidade do processo de implantação da Política Nacional de Saúde Bucal se caracterize pelos princípios constitutivos do SUS que são a integralidade da atenção e a equidade na oferta de ações e serviços e saúde.

1 **ASPECTOS METODOLÓGICOS**

Diante do exposto na introdução, a presente tese de doutoramento realizou dois processos de pesquisa com o objetivo de pretende embasar um debate acerca das ações e serviços de saúde bucal nos moldes da Política Nacional e Saúde Bucal (PNSB). A primeira pesquisa esteve voltada para a construção de um panorama da situação dos Planos Diretores de Regionalização (PDRs) dos estados brasileiros e do Distrito Federal, no que diz respeito a descrição da oferta de ações especializadas em saúde bucal. O segundo processo investigativo é composto por um retrato nacional da distribuição qualitativa e quantitativa da oferta de ações especializadas em saúde bucal na forma de CEOs (Centros de Especialidades Odontológicas) e LRPDs (Laboratórios Regionais de Prótese Dentária), levando em conta os níveis de agregação municipal, estadual e regional. O conjunto dos dados de ambos os levantamentos, que foram realizados no mês de setembro de 2010, pretende contribuir para uma discussão acerca da forma pela qual as ações e serviços de média complexidade no interior da PNSB vem ocorrendo no contexto da regionalização em curso no país.

Assim, a presente pesquisa tem por objetivo geral:

- Realizar uma abordagem avaliativa e identificar o estado atual do processo de implantação da atenção especializada em saúde bucal nos moldes da Política Nacional e de Saúde Bucal editada pelo MS em 2004.

Os objetivos específicos do trabalho são:

- Fornecer subsídios para a adequação dos critérios e normas para a implantação dos CEOs e dos LRPDs sob uma ótica regionalizada, de acordo as diretrizes normativas vigentes na política de saúde do país;
- Contribuir para o processo de avaliação da PNSB, através do estudo de implantação e desenvolvimento dos CEOs e dos LRPDs em âmbito nacional.

O próximo tópico deste capítulo apresenta os referenciais teóricos que nortearam o desenho da pesquisa. Em seguida, no item Materiais e Métodos, são apresentadas as características dos dados qualitativos e quantitativos acerca dos CEOs, LRPDs e das Equipes de Saúde Bucal (ESBs) na Estratégia de Saúde da Família, levantados no âmbito do país.

Nesse item são descritos os tipos de dados colhidos bem como a forma de sua organização que resultou na constituição do banco de dados que subsidiou as análises realizadas nos capítulo 5 desta tese.

1.1 **Os referenciais teóricos da pesquisa**

O referencial político e normativo da pesquisa consideraram documentos federais no âmbito do SUS, emitidos de 2000 até setembro de 2010, cujo conteúdo contempla orientações e normas voltadas para a regionalização da assistência a saúde na média complexidade e para a oferta de atenção a saúde bucal.

Assim, os documentos selecionados apresentam as seguintes características:

- Políticas Nacionais de Saúde vigentes no período;
- Política Nacional de Saúde Bucal publicada no período;
- Documentos do Ministério da Saúde relacionados às normas e diretrizes para a gestão da oferta da atenção básica e da média complexidade em saúde bucal publicadas no período.

Abaixo, no quadro 1, estão listados os documentos selecionados, e indicados os principais tópicos de cada um que nortearam o perfil da pesquisa.

ANO	DOCUMENTO	TÓPICOS DESTACADOS
2001/02	Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 e 2002. (NOAS-SUS 01/01 e NOAS-SUS 01/2002)	Diretrizes sobre o planejamento do sistema de saúde a partir do papel dos territórios. O PRD como instrumento fundamental para este processo
	Portaria GM/MS nº 267 de 06 de março de 2001 e Portaria n.º 1444/GM Em 28 de dezembro de 2000	Normas e diretrizes para a inclusão das ESBs na Estratégia PSF. Estabelecem a proporção de 1 ESB para até 6.900 habitantes.

Quadro 01- Documentos normativos pertinentes à pesquisa da evolução da implantação da atenção a saúde bucal no SUS entre 2000 e 2010 (Continua).

ANO	DOCUMENTO	TÓPICOS DESTACADOS
2004	Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal	Planejamento da oferta da assistência em saúde bucal. Estabelece que a estratégia prioritária para a oferta de atenção a saúde bucal no nível básico é através das ESBs. Estabelece as diretrizes para a oferta de assistência especializada nos moldes dos CEOs, e de próteses dentárias nos moldes do LRPDs.
	Portaria GM/MS nº 1.570 de 29 de julho de 2004.	Diretrizes para a implantação dos CEOs, a saber: ser referência para o próprio município, região ou microrregião de saúde, de acordo com o PDR. Estabelece o nº de LRPDs que poderão se habilitar por Região de Saúde: Um, em regiões de saúde com menos de 500 mil habitantes. Um a cada grupo de 500 mil habitantes, em regiões de saúde com mais de 500 mil habitantes.
2005	Portaria GM/MS nº 1.063 de 4 de julho de 2005.	Ratifica as diretrizes da Port. 1.570 (acima). Institui os CEO tipo III. Adota como critério de seleção para implantação de Unidades o maior percentual de cobertura das ESBs. Altera a proporção de LRPDs por grupo de habitantes: Um a cada 100 mil habitantes.
2006	Portaria GM/MS nº 599 de 23 de março de 2006.	Ratificas as diretrizes das Portarias nº 1.570 e 1.063, e libera a base populacional para os LRPDs (poderão credenciar-se com qualquer base populacional).
	Portaria GM/MS nº 600 de 23 de março de 2006.	Institui o financiamento dos CEOs e estabelece suas metas em número e tipo de procedimentos.
	Pacto pela Saúde – Pacto de Gestão	O volume 3 da série Pactos pela Saúde descreve os pressupostos da regionalização da assistência.
2009	Portaria nº 2.373, de 7 de outubro de 2009.	Altera a Portaria Nº 599/GM, liberando a proposta de implantação de LRPD de ser submetido a avaliação pela CIB, sendo esta encaminhada diretamente ao MS. Sua remuneração passa a ser por pacote de produção de próteses, a partir da informação da capacidade de produção, por mês, do estabelecimento a ser credenciado/contratado.

Quadro 01- Documentos normativos pertinentes à pesquisa da evolução da implantação da atenção a saúde bucal no SUS entre 2000 e 2010 (Conclusão).

No Anexo A desta tese, encontra-se disponível um resumo mais detalhado dos conteúdos pertinentes ao trabalho de cada um dos documentos que constam no quadro 1.

As duas edições da NOAS (2001 e 2002) fazem parte da referida seleção documental por serem estas as normas operacionais vigentes no SUS no período da publicação da Política Nacional de Saúde Bucal.

No tocante a NOAS-SUS 01/01 e NOAS-SUS 01/2002 e o Pacto pela Saúde, vale observar que desses documentos, que expressam as diretrizes gerais da gestão do SUS, tiveram destaque para a presente pesquisa as normas e orientação para a elaboração dos Planos Estaduais de Saúde (PES) e dos Planos Diretores de Regionalização (PDRs). O Plano de Saúde é uma das exigências legais para o recebimento dos recursos do Fundo Nacional de Saúde desde a edição da Lei Orgânica da Saúde nº 8.142 de 1990. O PDR foi definido pela NOAS 01/01 como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência à saúde. No Pacto pela Saúde o PDR é ratificado e revalorizado como instrumento fundamental do planejamento da oferta de ações e serviços do SUS.

Além dos documentos normativos citados no quadro 1, foram também consultadas as portarias de implantação de CEOS e LRPDs no país, de outubro de 2004[10] até setembro de 2010, bem como os PDRs vigentes nesse período nos 27 estados da federação.

Todos os fatores destacados no quadro 01, acima, e no Anexo A deste trabalho, nortearam não apenas a escolha do desenho adotado para a pesquisa ora apresentada, mas também serão levados em conta por ocasião da discussão dos resultados obtidos nesse levantamento.

1.2 **Materiais e Métodos**

A metodologia da presente pesquisa partiu da busca dos Planos Diretores de Regionalização (PDRs) através de ferramenta do sítio eletrônico oficial do MS[11]. A pesquisa buscou, da mesma forma, os referidos documentos nos endereços eletrônicos das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Foram analisados todos os PDRs disponíveis, destacando a distribuição da oferta em ações de média complexidade em saúde bucal nas regiões sanitárias. Vale destacar que alguns PDRs datam de anos anteriores a 2006, estando a princípio desatualizados, sobretudo por não incorporarem as diretrizes do Pacto.

Nesse sentido, é importante observar que o MS disponibiliza, na mesma ferramenta de busca que direciona para os PDRs, a listagem atualizada dos CGRs para todos os estados. Essas listagens, padronizadas, expressam a definição dos grupos de municípios que formam

[10] Outubro de 2004 foi o mês da publicação da primeira portaria de habilitação de CEOs e LRPDs, a saber: Portaria nº 2.192/GM, de 8 de outubro de 2004.
[11] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=28602 Acesso em: 11 dez 2010.

um CGR. Esses documentos são mais atualizados que os PDRs disponíveis, sendo razoável afirmar que o MS os considera para atualização dos PDRs no tocante à divisão por regiões de saúde. Desta forma, os CGRs foram igualmente destacados na presente pesquisa, e eventuais alterações no desenho das regiões mediante os respectivos PDRs foram identificadas.

A busca dos Planos Estaduais de Saúde (PES) foi efetuada através dos sítios eletrônicos das secretarias estaduais de saúde.

O processo metodológico da pesquisa foi baseado na leitura dos referidos documentos (PDRs e PES) vigentes em setembro de 2010 com vistas à identificação da descrição da oferta de ações especializadas em saúde bucal, sendo ou não nos moldes estabelecidos pela PNSB.

A segunda pesquisa presente nessa tese, realizada para a composição do banco de dados acerca da oferta de atenção a saúde bucal no contexto da PNSB em âmbito nacional, foi baseada em um levantamento acerca das Equipes de Saúde Bucal (ESBs), Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPDs) implantados nas 27 unidades da federação brasileira até setembro de 2010, considerando os níveis de agregação municipal, regional e estadual. As informações foram colhidas das bases de dados do SUS (DATASUS), tendo como referência o mês de setembro de 2010.

A articulação entre os diferentes níveis de complexidade faz parte dos princípios da regionalização do SUS, e se faz presente também nas diretrizes da PNSB. Especificamente no âmbito da PNSB, esta articulação é fundamental para a garantia da referência de pacientes para os CEOs e para a confecção de próteses dentárias nos LRPDs. Por esta razão é que, além do estudo da oferta de atenção especializada em saúde bucal nos moldes da PNSB, a pesquisa incluiu informações relativas aos LRPDs[12] e às Equipes de Saúde Bucal (ESBs) na Estratégia de Saúde da Família.

O nível de agregação regional foi incluído no desenho da pesquisa por representar a divisão estabelecida pelo PDR ou pelos atuais Colegiados de Gestão Regional (CGRs) para o planejamento da oferta assistencial nos territórios. Essa divisão constitui importante fator no planejamento da oferta de ações especializadas, e, de acordo com o Pacto de Gestão vigente, leva em conta as dimensões culturais, geográficas e relativas à dinâmica do território para a elaboração do seu desenho.

[12] No que diz respeito à inclusão dos dados referentes aos LRPDs neste levantamento, vale destacar que as etapas clínicas da confecção e instalação de próteses dentárias ocorrem preferencialmente no nível da atenção básica, não fazendo, portanto, parte da oferta de ações especializadas em saúde bucal. Por outro lado, a remuneração das próteses dentárias confeccionadas nos LRPDs é feita por produção, a partir de recursos oriundos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), não estando incluída na cobertura per capita relativa ao incentivo de saúde bucal voltado para a atenção básica no SUS. Além disso, os gestores locais fazem jus a um incentivo financeiro federal de implantação para este tipo de unidade, tornando tais características no âmbito equivalentes àquelas voltadas para os CEOs (Nota da autora).

Assim, a seleção dos dados teve como objetivo agrupar informações qualitativas e quantitativas que, uma vez organizadas em seu conjunto, fossem capazes de fornecer subsídios para a discussão do estado atual do processo de implantação da atenção especializada em saúde bucal no interior da PNSB, no contexto da regionalização. No tocante ao nível regional, foram considerados as regiões de saúde compatíveis com o desenho dos CGRs instituídos pelo Pacto pela Saúde de 2006.

A pesquisa optou pelas seguintes dimensões analíticas:

- Quantitativo de ESBs nos âmbitos nacional e estadual, e mediante o recomendado pelas portarias específicas;
- A cobertura em atenção básica em saúde bucal nos municípios através da ESBs;
- Volume de CEOs e LRPDs no país e sua distribuição por estados e por unidades territoriais de qualificação na assistência à saúde de acordo com os CGRs;
- A proporção de municípios e da população em cada unidade territorial de qualificação na assistência à saúde que conta com CEOse/ou LRPDs;
- A identificação do planejamento da oferta de ações especializadas em saúde bucal ou de próteses dentárias nos respectivos PDRs.

Os dados relativos à oferta de atenção básica em saúde bucal através das Equipes de Saúde Bucal (ESBs) na ESF são compostos pelos quantitativo de ESBs, pelo número desejável dessas equipes de acordo com o recomendado pela Portaria n.º 267, de 06 de março de 2001 (“número mínimo de ESBs”), e pelo número e a proporção de municípios que contam com essa oferta. A análise desses dados oferecerá um retrato da cobertura em atenção básica em saúde bucal no país frente aos parâmetros normativos vigentes. Diante deste retrato será possível estabelecer uma relação da evolução e da sintonia da oferta em saúde bucal na atenção básica com a evolução desta oferta na média complexidade, como veremos a seguir.

Em relação à oferta de CEOs e LRPDs em âmbito nacional, foram levantados o número total de unidades, o número e a proporção de municípios atendidos (que contam com CEOs e/ou LRPDs), número e proporção de municípios que contam com CEOs e número e proporção de municípios que contam com LRPDs. Este levantamento proporcionará uma visão nos âmbitos regional e estadual sobre a situação da oferta das unidades responsáveis pela oferta de ações

de média complexidade nos moldes da PNSB. Esta visão permitirá a elaboração das seguintes perspectivas de análise: a distribuição desta oferta no que se refere a concentração/dispersão de unidades no âmbito das regiões de saúde; e o estágio da implantação de unidades entre as regiões geográficas, as regiões de saúde, e entre os estados brasileiros.

Além disso, esses dados organizados serão cotejados com a situação dos PDRs e dos PES de cada ente federativo no que diz respeito a menção da oferta de ações especializadas em saúde bucal. O confronto dessas informações proporcionará uma discussão acerca da medida em que a oferta de ações em saúde bucal na forma prevista pela PNSB vem sendo contemplada pelos instrumentos da gestão regionalizada.

A apresentação dos resultados desta pesquisa para o país contou também com um panorama da distribuição de CEOs e LRPDs por municípios, de acordo com seus portes populacionais. O confronto dessa informação com a menção à pactuação intermunicipal dos serviços oferecidos por CEOs e LRPDs nos PDRs permitirá verificar se os princípios de economia de escala estão sendo contemplados no planejamento da distribuição desta oferta.

No tocante a questão dos portes populacionais, vale destacar algumas informações demográficas:

O IBGE (2010) classifica as cidades brasileiras por portes populacionais da seguinte forma:

- Cidade pequena: 500 a 100.000 habitantes;
- Cidade média: 100.001 a 500.000 habitantes;
- Cidade grande: acima de 500.000 habitantes;
- Metrópole: acima de 1.000.000 de habitantes;
- Megacidade: acima de 10.000.000 de habitantes.

No entanto, para efeitos deste trabalho, optamos por subdividir a categoria “cidade pequena”, criando mais uma categoria denominada “cidade muito pequena”, e agregar as categorias “Metrópole” e “Megacidade” à categoria cidade grande, como indicado abaixo:

- Cidade muito pequena: até 25.000 habitantes;
- Cidade pequena: de 25.000 a 100.000 habitantes;
- Cidade média: de 100.001 a 500.000 habitantes;
- Cidade grande: acima de 500.000 habitantes.

Para expressar o panorama da distribuição de CEOs e LRPDs pelos municípios brasileiros de acordo com seu porte populacional, foi elaborada uma apresentação na forma de gráficos.

Para cada estado, os dados relativos à atenção básica e especializada são apresentados na forma de tabelas. Numa primeira tabela é descrita a proporção de municípios que contam com ESBs, o número mínimo de ESBs frente à população estadual, de acordo com o critério da Portaria n.º 267, de 06 de março de 2001, e o número real de ESBs implantadas no estado. Em seguida, é dado o quantitativo de LRPDs no estado e o percentual de regiões de saúde e de municípios que contam com essas unidades.

Em relação à atenção especializada, são oferecidos para os CEOs, da mesma forma que para os LRPDs, os seguintes dados: quantitativo de unidades no estado e o percentual de regiões de saúde e de municípios que contam com essas unidades. Ainda nesta tabela, é dado o percentual de municípios que contam com unidades de saúde CEO ou LRPD e que têm cobertura por ESBs igual ou maior 50% para a sua população[13].

A forma de apresentação da pesquisa para os estados oferece uma segunda tabela descritiva para cada unidade da federação que apresenta a divisão regional de saúde compatível com os CGRs[14]. Assim, na primeira coluna desta tabela constam as regiões de saúde de cada estado que contam com unidades CEO ("regiões de saúde selecionadas"). As colunas seguintes indicam para cada uma das regiões selecionadas: a proporção de municípios do estado presente na região, a proporção da população do estado presente na região, e o número de municípios com CEOs na região. Ainda tendo como referência a "região de saúde selecionada", é discriminada, em seguida, a distribuição das unidades CEOs e LRPDs. Na última coluna da tabela, descreve-se a identificação das referidas unidades pelas regiões de saúde de acordo com os respectivos PDRs.

Para aqueles estados que contam com regiões de saúde onde não há CEOs, mas há LRPDs, é oferecida uma terceira tabela explicativa, na qual estão apresentados os mesmos dados da tabela referente aos CEOs, descrita no parágrafo acima.

---

[13] Este dado é oferecido com o objetivo de investigar o grau de atendimento da prerrogativa da Portaria nº 1.063, de 4 de julho de 2005. Esta portaria editada, menos de um ano após a publicação da PNSB, introduziu como critério de seleção para os municípios que se habilitarem à implantação de CEOs e/ou LRPDs o maior percentual de cobertura por ESBs.

[14] As regiões de saúde selecionadas para esta pesquisa são compatíveis com as unidades territoriais de qualificação na assistência à saúde - regiões ou microrregiões - no universo do estado, que contam com alguma unidade CEO e/ou LRPD. Esta unidade territorial, denominada nesta pesquisa como "região de saúde selecionada" se refere à divisão por região ou microrregião de saúde compatível com a divisão por Colegiados de Gestão Regional (CGRs) disponibilizada pelo MS. Nos casos em que a instituição dos CGRs alterou o desenho original do PDR, foi dada prioridade à nova divisão, compatível com os CGRs (Nota da autora).

Ainda no tocante a apresentação dos resultados por estados vale destacar que o Distrito Federal, por configurar-se um estado-município, apresentou limitações frente a metodologia escolhida para a organização dos dados desta pesquisa. Desta forma, este ente federado conta com apenas um único município, e não conta com regiões intra estaduais de saúde. Assim, na apresentação dos dados, os resultados relativos a distribuição municipal e regional de unidades no Distrito Federal apresentaram-se com valores relativos de 100%, não representando condições comparativas frente aos demais entes federativos do país.

Os dados relativos a situação atual dos PDRs, PES e CGRs dos estados estão apresentados no item 3.4 desta tese. Os resultados relativos a distribuição da oferta da atenção em saúde bucal no âmbito da PNSB estão apresentados no capitulo 4 deste trabalho.

Por fim vale destacar que além da apresentação na forma aqui descrita, esta pesquisa conta, no seu banco de dados, com informações populacionais das regiões de saúde e dados relativos aos parâmetros assistenciais recomendados pelas normas vigentes do SUS em ações básicas e especializadas em saúde bucal. Sua contínua atualização poderá lastrear um conjunto de pesquisas importantes no tocante à regionalização da PNSB no Brasil.

No Anexo B da presente tese consta a sequência metodológica da pesquisa, onde estão detalhados os trajetos metodológicos que nos permitiram chegar a cada uma das informações citadas neste tópico.

2 A EVOLUÇÃO DO PERFIL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE BUCAL NO BRASIL NO ÂMBITO DO SUS

2.1 Os marcos da evolução da atenção à saúde bucal no país: Conferências Nacionais de Saúde Bucal e os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal

O modelo de oferta de assistência odontológica que predominou até a Constituição de 1988 foi caracterizado pela prática privada, através do desembolso direto, e voltado para a livre demanda. Outra forma de oferta ocorria através do seguro social, oferecendo assistência dentária somente aos trabalhadores privados urbanos. No âmbito da assistência pública, esta oferta se restringia ao atendimento a escolares da rede pública urbana e às urgências e emergências em hospitais públicos (ZANETTI, 1993; SERRA, 1998).

Os programas de saúde escolar, desenvolvidos pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)na década de 50 contemplavam apenas alunos da rede pública de ensino na faixa etária de 7 a 14 anos, tendo, portanto, acesso restrito. Esse programa, que vigorou por mais de duas décadas, adotava o modelo de sistema incremental[15] em saúde bucal. Este modelo de atenção apresentava um caráter restritamente curativo, era desenvolvido de forma desintegrada de outras práticas de saúde e não incorporava práticas preventivas e educativas (SERRA, 1998; NICKEL et al., 2008). As ações e serviços de saúde bucal desenvolvidas pelo SESP orientaram-se também pela fluoretação das águas de abastecimento público nas companhias municipais de água e esgotos administradas pelo próprio SESP[16] (ZANETTI, 1993).

Apesar das limitações importantes, as ações desenvolvidas pelo SESP tiveram sua importância, uma vez que expressaram um marco da programação do serviço público odontológico, mediante a hegemonia da odontologia privada. O mérito das ações do SESP reside no fato de que a odontologia então oferecida nos consultórios pelo desembolso direto, embora tenha continuado majoritária, não era a única modalidade assistencial em saúde bucal (NARVAI, 1994).

---

[15] O sistema incremental em saúde bucal, elaborado na década de 50, foi empregado no Brasil na rede pública de ensino, sendo baseado em um programa intensivo e curativo e com o objetivo de resolver em curto espaço de tempo alguns problemas bucais acumulados, de modo a substituir dentes cariados por restaurados. Seus resultados são relativamente satisfatórios quanto aos tratamentos completos, porém não resultam em redução do índice de cárie e outras doenças bucais na população (WERNECK, 1994).

[16] Além da ação do SESP, em alguns estados a fluoretação das águas de abastecimento público foi gradualmente expandida por iniciativa independente dos governos estaduais (ZANETTI, 1993).

Assim, o modelo de atenção à saúde bucal no âmbito da saúde pública no Brasil até os anos 80 caracterizou-se por excluir as faixas etárias não atendidas nos programas escolares da atenção odontológica, e não foi capaz de mudar o quadro de ocorrência das doenças bucais mais frequentes na população (NICKEL et al., 2008).

Serra (1988) destaca, em relação ao período anterior à criação do SUS, que o modelo de assistência odontológica colocado em prática pelas instituições governamentais era emergencial, paliativo e voltado para uma pequena parte da população. O autor observa a inexistência de um programa nacional de atenção odontológica, bem como a ausência de sentido social no tocante à formação dos recursos humanos.

A reação política a esse modelo foi registrada, nos anos 80, na VII Conferência Nacional de Saúde (VII CNS, 1980), na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS, 1986) e na I Conferência Nacional de Saúde Bucal (I CNSB, 1986).

Neste sentido, o relatório final da VII CNS, realizada em Brasília em 1980, descreveu o modelo de assistência à saúde bucal como:

> [...] ineficaz, ineficiente, descoordenado, com uma má distribuição, de baixa cobertura e alta complexidade, voltado a um enfoque curativo, de caráter mercantilista e monopolista e inadequado no preparo de recursos humanos ” (BRASIL, 1980, p. 213).

A I Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1986, reuniu em Brasília um significativo volume de participantes, sendo 286 delegados oficiais representados pela classe profissional, por gestores e pela população organizada. O Relatório Final desse evento destacou a baixa cobertura oferecida pelo então modelo de prática odontológica, caracterizado por “ineficácia e ineficiência, sendo ainda monopolizador, de altos custos, de tecnologia densa, elitista, iatrogênico e mutilador” (BRASIL, 1986a, p.4).

O referido documento atribuiu a ineficiência dos serviços públicos a uma política que privilegiava os serviços privados, e destacou a existência de concentração de profissionais nos grandes centros urbanos. Por fim, o Relatório observa a inexistência de uma Política Nacional de Saúde Bucal voltada para os interesses da maioria da população (BRASIL, 1986).

Segundo Serra (1998, p. 49), a I Conferência Nacional de Saúde Bucal representou “o encontro e a inserção do pensamento sanitário e político do subsetor de odontologia”. Boa parte das discussões ocorridas nesse importante evento tomou como referência o documento elaborado pelo Núcleo de Odontologia do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), intitulado “Reforma Sanitária e Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde”. O conteúdo do

documento estava voltado para a ideia de um projeto de saúde bucal orientado por ações integradas no âmbito de um sistema único de saúde. Entre os princípios orientadores do Cebes estava, sobretudo, a extensão do significado de "direito à saúde" também à saúde bucal (SERRA, 1998).

O Ministério da Saúde (MS) criou, em agosto de 1987, a Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB). A criação deste departamento ocorreu num contexto de crítica da não-incorporação representantes da categoria e dos segmentos organizados da população na sua composição (SERRA 1998). Uma das mais importantes ações da DNSB foi a publicação, em 1988, do "Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil Zona Urbana, 1986" (ZANETTI; NARVAI; TOLEDO, 1992 apud WERNECK, 1994).

O levantamento de 1986 foi o primeiro da área de saúde bucal com abrangência nacional. Este inquérito, de caráter amostral, forneceu informações sobre os problemas epidemiológicos básicos da população urbana.[17] Contou com o apoio do IPEA (Instituto de Planejamento Econômico e Social) e teve por objetivo fornecer dados para justificar o pleito por um programa nacional de saúde pública em saúde bucal (OPAS, 2006). Seus resultados comprovaram os altos índices de cárie[18] entre as crianças brasileiras, um dos maiores índices de agravos de doenças bucais do mundo, à época, em todas as idades analisadas.

Com base nesses dados a DNSB publicou, em 1989, com o apoio das entidades de classe, a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 1989). Esta foi fundamentada nos princípios da universalização, participação da comunidade, hierarquização, regionalização e integração institucional. Propôs ampliar o acesso aos serviços odontológicos existentes como forma de obter melhorias nos níveis de saúde bucal da população (ZANETTI, 1993).

Essa política definiu faixas etárias prioritárias e privilegiou os serviços emergenciais, as ações preventivas e educativas e os serviços de atenção básica, com destaque para o tratamento da cárie e das doenças periodontais (WERNECK, 1994). No entanto, as propostas nela inseridas sofreram restrições de ordens financeira, política e administrativa. As forças políticas que estavam por trás dessas propostas não foram fortes o suficiente para gerar a reorganização da rede básica de ações e serviços de saúde bucal (ZANETTI, 1993).

Segundo Werneck, (1994) as propostas presentes na Política Nacional de Saúde Bucal de 1989, apesar de indicarem um bom potencial caso conjugadas com outras ações,

---

[17] Esse estudo foi realizado em 16 capitais selecionadas e levantou dados para as cinco macrorregiões, segundo faixas de renda familiar, analisando-se a prevalência da cárie dental, das doenças periodontais, das necessidades e de prótese total e da procura por serviços odontológicos. Foram considerados dez grupos etários para efeitos de levantamento de cárie dental e demanda de serviços: de 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 anos; de 15 a 19 anos; de 35 a 44 anos e de 50 a 59 anos (OPAS, 2006).

[18] O referido levantamento tomou por base o índice CPOD, que mede o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados, em determinada faixa de idade, em determinado local. (OPAS, 2006).

apresentaram caráter verticalizado, sendo implantadas sem discussão junto aos níveis estadual e municipal. Ainda segundo o autor, o mérito desta ação está na ousadia de propor e implementar uma política em nível nacional. No entanto, sua fragilidade pode ser atribuída ao apoio dado a “Instituições e Entidades cujo compromisso não convergia com as propostas emanadas pela Reforma Sanitária” (WERNECK, 1994).

Em 1993, em pleno processo de implantação do SUS, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Bucal (II CNSB). O evento contou com a presença de quase 800 delegados, dentre representantes de usuários e demais segmentos (governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço).

O relatório final da II CNSB de 1993 mencionava o grave quadro epidemiológico do país e destacava a importância da implementação de políticas de saúde bucal que favorecessem a transformação da prática odontológica, através da incorporação de novas tecnologias e de recursos humanos preparados para o desenvolvimento de ações coletivas de saúde (BRASIL, 1993).

Com relação ao modelo vigente de atenção em saúde bucal, o Relatório da II CNSB destacou, dentre outras propostas: a implementação de procedimentos coletivos que deveriam ser realizados por equipe de saúde bucal; a celebração de consórcios entre os municípios que não possuíam estrutura de saúde suficiente para o atendimento especializado em saúde bucal para viabilizar a resolução dos mesmos; e a garantia do atendimento odontológico especializado em ambulatórios de especialidades, através de um sistema de referência e contrarreferência (BRASIL, 1993).

Vale observar que as propostas inseridas no Relatório da II CNSB, ainda em 1993, convergem com as tendências que vieram a ser incorporadas nas diretrizes das então futuras políticas voltadas para a saúde bucal: O trabalho em equipe no âmbito da promoção e prevenção em saúde bucal veio a ser incorporado no final dessa década, através da Portaria n 1.444, de dezembro de 2000, que regulamentou a inserção da saúde bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família. Já a proposta de oferta de ações especializadas a partir da articulação intermunicipal e da organização de redes de referências apresentava similaridades com o modelo de oferta de ações especializadas presentes na Política Nacional de Saúde Bucal de 2004 (PNSB, BRASIL, 2004), como veremos adiante.

Apesar da vocalização, pelos atores da área da saúde bucal, dos obstáculos no sentido da oferta de uma atenção universal e organizada, expressa através dos relatórios da I e II Conferências Nacionais de Saúde e dos dados epidemiológicos de 1986, durante os anos 90,

esta área de atenção não logrou ganhos sanitários significativos nem uma integração com o sistema nacional de saúde.

Em tese apresentada em 1994, Werneck destaca:

> No Setor de Saúde Bucal, que, até a presente data caracterizou-se pela atenção predominante aos escolares do 1º grau (através do Sistema Incremental - SI), pelo atendimento das urgências em adultos, pelo custo elevado de seus insumos, pela utilização de Recursos Humanos pouco preparados para atuar no Serviço Público e, pela inexistência de integração com os demais setores, o planejamento restringiu-se ao caráter normativo, repetindo, por quatro décadas, basicamente um mesmo programa. Este programa logrou apenas alguns avanços quanto aos aspectos administrativos e organizacionais e não alcançou impacto significativo frente ao quadro epidemiológico da população. (WERNECK, M.A.F., 1994, p. 13).

Dez anos após o primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional, em 1996, outro levantamento em saúde bucal foi realizado no Brasil. Realizado pelo MS em parceria com as entidades de classe ABO (Associação Brasileira de Odontologia) e CFO (Conselho Federal de Odontologia) e as Secretarias estaduais e municipais de Saúde, este levantamento teve o objetivo de verificar alterações ocorridas especificamente no perfil da cárie da população brasileira. A pesquisa foi realizada em crianças na faixa etária de 6 a 12 anos de escolas públicas e privadas das 27 capitais e do Distrito Federal (OPAS, 2006). Empregando o mesmo índice de cárie do primeiro estudo, o CPOD, esse inquérito demonstrou queda nos valores deste índice por faixa etária frente ao levantamento anterior.

No entanto, o levantamento de 1996 indicou a persistência do caráter ascendente do CPOD, se comparadas as faixas etárias entre si (OPAS, 2006).

Kornis et al., em publicação de 2006, destacaram que, no âmbito da saúde bucal, ao contexto da publicação dos dados epidemiológicos em saúde bucal de 1996, somaram-se os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998. Esse levantamento, elaborado e executado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), analisa as características gerais relativas a população, migração, educação, trabalho, famílias, domicílios e rendimento (IBGE, 1998).

Os resultados da PNAD divulgados em 1998 revelaram que, àquela ocasião, significativa parcela da população brasileira não tinha acesso aos serviços odontológicos. A pesquisa, que contou com um desenho amostral, indicou que 70% das crianças de 0-6 anos e 4% dos adultos de 20-49 anos nunca haviam consultado um dentista. Além disso, o levantamento indicou também que o número de desassistidos e dos que procuraram

atendimento odontológico e não o obtiveram é expressivamente maior nas classes mais baixas (IBGE, 1998; BARROS; BERTOLDI, 2002).

No contexto destacado por esta pesquisa, em dezembro de 2000 a Portaria do Ministério da Saúde GM/MS nº 1.444 estabeleceu os incentivos financeiros para a inclusão de Equipes de Saúde Bucal (ESBs) no então Programa de Saúde da Família (PSF). A edição desta portaria foi um marco no rumo da oferta de atenção à saúde bucal no sistema público de saúde. A Portaria GM/MS nº 1.444 foi a primeira de uma sequência de portarias que marcou a entrada da saúde bucal na agenda de governo.[19] A importância desta iniciativa esteve ligada à possibilidade inovadora de reordenar, não apenas a prática odontológica, mas sobretudo a própria inserção da saúde bucal no âmbito do SUS (KORNIS et al., 2006; OPAS/MS, 2006).

A partir de dezembro de 2000, com a edição dessa portaria, foi deflagrado um processo de mudança no padrão da oferta a saúde bucal no âmbito do sistema público de saúde. Este processo, que se inicia pelo nível básico de atenção, é respaldado por incentivos financeiros de origem federal de caráter exclusivo e permanente.

Ainda no ano 2000, o MS iniciou a elaboração de um levantamento epidemiológico voltado para os principais agravos em saúde bucal nos diferentes grupos etários, tanto na população urbana como na rural. Identificado como projeto "Censo Bucal Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira - SB Brasil 2003", esse terceiro inquérito em âmbito nacional foi realizado entre 2002 e 2003, e contou com o apoio das entidades de classe, universidades e Secretarias estaduais e municipais de Saúde (BRASIL, 2004 a).

A realização do SB Brasil 2003 teve como objetivo fundamental a obtenção de dados em saúde bucal capazes de embasar, do ponto de vista epidemiológico, a elaboração de uma Política Nacional de Saúde Bucal,[20] e fortalecer a gestão na área de atenção à saúde (QUEIROZ et al., 2009).

Esse levantamento, também de caráter amostral, obteve dados representativos por macrorregião do estado e por porte populacional das cidades envolvidas para alguns agravos e faixas etárias (BRASIL, 2004a). Comparado aos inquéritos anteriores, este foi mais amplo, uma vez que incluiu uma gama maior de dados, como aqueles relativos à situação socioeconômica, autoavaliação da saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos (QUEIROZ et al., 2009).

---

[19] Em 2004, o lançamento da PNSB se deu em um momento de conjuntura política em que, no âmbito do setor da saúde, a saúde bucal é colocada claramente como prioridade do governo Luiz Inácio Lula da Silva, instalado em 2003 (RONCALLI, 2006; GARCIA, 2006).

[20] Vale destacar que, no ano de 2003, no período do recém-empossado governo Luiz Inácio Lula da Silva, num contexto de estratégias voltadas para a superação da exclusão social, a então nova Política Nacional de Saúde Bucal já estava em processo de elaboração (OPAS, 2006, p. 41).

Os principais resultados do Censo Bucal foram publicados em 2004. Apesar da expressiva redução dos níveis de cárie dentária na população infantil nas duas últimas décadas no Brasil, os resultados indicaram ainda elevados índices de doenças bucais em determinados grupos populacionais, disparidades regionais no que tange ao acesso a serviços odontológicos, desassistência de grande parte da população, além da alta ocorrência de edentulismo[21] precoce e necessidades de prótese dentárias (OPAS, 2006; BRASIL, 2004a).

No que se refere ao declínio da cárie e às disparidades regionais, o inquérito mostrou que o declínio desta doença dentária na população infantil estava ocorrendo de forma desigual no país. As crianças do Norte e do Nordeste apresentaram os maiores números de dentes cariados não tratados (BRASIL, 2004a; OPAS, 2006).

No tocante ao acesso da população aos serviços odontológicos, o referido levantamento mostrou que 13% dos adolescentes nunca havia ido ao dentista. Este indicador é de 3% em relação à população adulta, e na população idosa o valor chega a quase 6%. Foram, da mesma forma, apontadas algumas disparidades entre as regiões, tais como: a Região Nordeste apresentou o maior índice de pessoas que nunca foram ao dentista, e a Região Sul os melhores valores relativos ao acesso aos serviços odontológicos (OPAS, 2006; BRASIL, 2004a).

Entre adultos jovens e, sobretudo, nos idosos, o ataque de cárie e o número de dentes perdidos mostraram-se ainda bastante elevados: a necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade. O documento que apresenta os principais resultados do SB Brasil 2003 observa, acerca dessa situação, que o edentulismo continua sendo um grave problema no Brasil, especialmente entre os idosos (BRASIL, 2004a). Aponta ainda como possíveis obstáculos responsáveis pelo panorama epidemiológico encontrado, fatores como as características do modelo de atenção em cada área geográfica e aqueles relacionados a acesso e utilização de serviços de assistência odontológica[22] (BRASIL, 2004a).

Em agosto de 2004, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Bucal. Após a realização das etapas municipal e estadual, na etapa nacional participaram cerca de 900 delegados entre usuários, trabalhadores e prestadores e gestores de saúde.

---

[21] Edentulismo significa ausência total dos dentes naturais na boca (Nota da autora).

[22] Atualmente estão em processo de divulgação no âmbito da Coordenação Nacional de Saúde Bucal do MS os resultados de uma nova edição do Censo Bucal, o Projeto SB-Brasil 2010. Esse departamento informa que o projeto é parte de um amplo processo que visa a construir uma base de dados permanente relativa aos principais indicadores de saúde bucal (CNSB, 2011).

O tema central da III CNSB foi “Saúde Bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social”. O Relatório Final da Conferência destaca que os resultados do então recente levantamento epidemiológico SB Brasil 2003 apontaram para “uma grande dívida social na área da Saúde Bucal”. (BRASIL, 2005). Nesse sentido, o referido documento afirma que a atenção em saúde bucal deve ser vista como uma das prioridades relacionadas ao setor saúde do então atual governo (BRASIL, 2005). E dentre as proposições presentes no relatório, têm destaque “ampliação dos investimentos nos serviços públicos de média e alta complexidade em odontologia, nas três esferas de governo, para garantir o acesso universal a esses serviços”.

No tocante à organização planejada desta oferta no âmbito dos municípios, o referido documento observa, dentre outros aspectos:

> [...] considerar as prioridades de cada região; Investir em cidades-pólo; efetuar imediatamente a micro e macrorregionalização da saúde nos termos da Noas/PDR; Formar consórcios intermunicipais; Fortalecer a referência regional. (BRASIL, 2005, p. 109).

Em 2004 foi publicada, pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal (CNSB) do MS, a atual Política Nacional de Saúde Bucal: Brasil Sorridente (PNSB). Editado com o nome de Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, o documento da CNSB apresenta as diretrizes voltadas para a reorganização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS (BRASIL, 2004). O conteúdo do documento expressa o resultado de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal, e sua elaboração levou em conta as proposições e deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e das I e II Conferências Nacionais de Saúde Bucal.[23] Vale ressaltar que os princípios norteadores da PNSB ratificam os preceitos do SUS no tocante a universalidade, integralidade, equidade e controle social.

No tocante às ações de promoção e proteção à saúde a serem implementadas, o documento destaca a fluoretação das águas, a educação em saúde, a higiene bucal supervisionada e a aplicação tópica de flúor.

Em relação às ações de assistência à saúde, a PNSB preconiza duas frentes de ação: a ampliação e qualificação da atenção básica e a ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária.

[23] A III Conferência Nacional de Saúde Bucal ocorreu no mesmo ano da edição do documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Desta forma, é válido observar que as deliberações da III CNSB não puderam ser citadas como referência para a referida política, mas os princípios de ambos os documentos são convergentes em seu conjunto (nota da autora).

No tocante à atenção básica, a PNSB incorpora os seguintes eixos de ação: prevenção e controle do câncer bucal, implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento, inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica, inclusão da reabilitação protética na atenção básica e a ampliação do acesso. A Estratégia de Saúde da Família é ratificada como estratégia privilegiada para a execução dessas ações.

No tocante à atenção especializada, o documento reconhece a evidente baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária no país. A PNSB observa que a lacuna nessa oferta compromete o estabelecimento de sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas regionais de saúde. O documento destaca ainda que a expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou o crescimento da oferta de serviços de saúde bucal na atenção básica.

Assim, a PNSB enfatiza a necessidade de investimentos voltados para o aumento do acesso aos níveis de atenção de maiores complexidades. O documento informa que o MS contribuirá para a implantação ou adequação de Centros de Referência de Especialidades Odontológicas (CREO)[24], com o objetivo de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados. Essas unidades devem funcionar como referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica e estar integradas ao processo de planejamento locorregional. Esses centros ofertarão tratamentos de maior complexidade, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município.

Em relação à reabilitação protética, o documento informa que o MS pretende contribuir para a instalação de equipamentos em laboratórios de prótese dentária, de modo a contemplar as diferentes regiões do país.

Desde a edição da PNSB, em 2004, uma sequência de publicação de portarias passou a normatizar o credenciamento e a implantação de unidades de atenção especializada em odontologia (denominados pelas portarias específicas de Centros de Especialidades Odontológicas) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, e instituiu os incentivos financeiros federais voltados para esta oferta.

Em 2010, foi divulgado pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal (CNSB), do Ministério da Saúde (MS), o “Projeto SBBrasil 2010”, que consiste em um inquérito em saúde bucal em âmbito nacional. Este apresentou características semelhantes às do Censo Bucal realizado em 2003.[25] Assim, o levantamento de 2010 foi de caráter amostral, baseado

[24] Hoje denominados CEO (Centros de Especialidades Odontológicas).

[25] O levantamento de 2010 contou com uma amostra composta por domínios relativos às capitais e aos municípios do interior. Todos os estados e Distrito Federal representaram um domínio e cada região um outro, representado por 30 municípios do interior. No caso das capitais foram sorteados no mínimo 30 setores censitários. Foram, portanto constituídos

em exames bucais e entrevistas. A investigação esteve voltada para os principais agravos bucais e para informações sobre situação socioeconômica, acesso a serviços odontológicos e percepção de saúde bucal. De acordo com a CNSB, os dados foram coletados de maneira a permitir a construção de uma série histórica, contribuindo para as estratégias de avaliação e planejamento dos serviços. Além disso, a CNSB pretendeu consolidar um modelo metodológico voltado para a vigilância à saúde no interior da PNSB (CNSB, 2011).

Os resultados do Projeto SBBrasil 2010 divulgados até o momento são parciais, porém já permitem alguma comparação com os dados do Censo Bucal de 2003. Nesse sentido, os dados de 2010 apontaram uma queda no ataque da cárie e maior acesso a ações de saúde bucal para determinadas faixas de idade. No capítulo 5 deste trabalho é proposta uma discussão preliminar acerca dos dados parciais desse levantamento, respeitando os limites metodológicos, e levando em conta as informações presentes e os resultados da pesquisa realizada nesta tese.

No tópico a seguir são descritas, em ordem cronológica, as portarias que deram início ao processo de evolução da oferta de atenção à saúde bucal no âmbito do SUS entre o ano 2000, referente à primeira portaria desta sequência, até setembro de 2010, data do corte temporal da presente pesquisa. A descrição desse processo, que teve início pelo nível básico de atenção, será dividida didaticamente em dois tópicos: o primeiro, voltado para a oferta de atenção à saúde bucal no nível básico, e o segundo voltado para esta oferta no nível secundário e para a oferta de próteses dentárias no âmbito dos LRPDs.

2.2 **A normatização da oferta de atenção à saúde bucal no nível básico de atenção no âmbito da PNSB**

Segundo o tópico anterior, o perfil assistencial da saúde bucal no país até os anos 2000 foi fundamentalmente marcado pela oferta reduzida de ações, de baixa complexidade, de caráter predominantemente curativo e mutilador. Além disso, este modelo de atenção de

---

27 domínios de capital mais 5 domínios de interior, um para cada região, num total de 32. Em cada um desses, 5 grupos etários foram analisados. Ao final foram investigados 38 mil indivíduos residentes em 177 municípios.
Em relação aos agravos bucais, foram investigados, além da presença de dentes cariados, perdidos ou obturados através do emprego do índice CPO-D, fatores relativos à condição periodontal , traumatismo dentário, condição da oclusão dentária, fluorose dentária , e edentulismo (ausência de dentes), através da avaliação do uso e da necessidade de prótese dentária (CNSB, 2011).

atenção a saúde bucal operava com uma base limitada de recursos financeiros (em fase de elaboração)[26].

Esse panorama começa a mudar no curso da década de 2000 pelo nível básico de atenção. O MS, atento à necessidade de superação da lacuna existente nessa área de atenção, passou a destinar incentivos financeiros para a inclusão da saúde bucal no então PSF. Nesse sentido, a Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, estabeleceu os incentivos financeiros para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal nesse programa.

No ano seguinte, a Portaria GM/MS nº 267, de 06 de março de 2001, regulamentou novamente as normas e diretrizes para a inclusão das ESBs na estratégia do então PSF. De especial importância para a presente tese, essa portaria define que as Secretarias estaduais de Saúde devem garantir a inclusão das ações de saúde bucal no Plano Diretor de Regionalização (PDR), e que as ações especializadas de saúde bucal deverão ser referenciadas no próprio território municipal ou no município sede. Essa portaria definiu a referência e a contrarreferência das ações das ESBs aos serviços de maior complexidade.

Em 2003, houve um reajuste[27] nos incentivos de implantação e custeio das ESBs, através da Portaria GM/MS nº 673, de 2003. Além desse reajuste, essa portaria liberou o quantitativo para a implantação de equipes de saúde bucal ao critério do gestor municipal, desde que não ultrapasse o número existente de equipes de saúde da família e considere a lógica de organização da atenção básica. A partir de então passou a ser possível a relação de 1:1 entre essas equipes, ou seja, uma ESB para uma ESF.

A Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006 aprovou e regulamentou a Política Nacional de Atenção Básica28. Esta portaria estabeleceu os requisitos necessários à incorporação de profissionais de saúde bucal nesta estratégia, descrevendo as diretrizes relativas ao processo de trabalho. Assim, essa portaria define que, na proposta de implantação ou expansão de ESFs, ESBs e ACSs elaborada pelo gestor local, devem ser informados: o território a ser coberto e a estimativa da população residente; a definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas e microáreas; e o fluxo da

[26] KORNIS et al. A ser publicado em 2011 na revista Physis: Revista de Saúde Coletiva, em 2011.
[27] As portarias ministeriais que reajustam os incentivos de implantação os denominam der incentivos adicionais. A portaria GM/MS nº 74 de 20 de janeiro 2004 estabeleceu novo reajuste aos incentivos de custeio mensal para as duas modalidades de ESBs e determinou um incentivo adicional para a aquisição de equipamentos e/ou instrumentos para cada nova ESB implantada e outro incentivo para a compra dos materiais utilizados na confecção de próteses dentárias. Com essa portaria também o MS passou a oferecer um equipo odontológico para a atuação do THD.
[28] A partir dessa portaria o PSF passa a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF).

referência e contrarreferência à atenção especializada nos serviços assistenciais de média complexidade ambulatorial.

Em maio de 2006,[29] outubro de 2008[30] e dezembro de 2008,[31] novos reajustes para os valores de custeio das ESB foram normatizados por portarias específicas.

A Portaria GM/MS nº 302, de fevereiro de 2009, estabeleceu que as ESBs poderiam ser incorporadas às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACSs), na proporção de 1:1.[32] No entanto, esta portaria foi republicada com a seguinte alteração: "passa a ser vetada a implantação de novas ESBs vinculadas somente a EACs sem que tenham sido previamente vinculadas a uma equipe de Saúde da Família".

A sequência de portarias exclusivamente voltadas para a regulamentação e o financiamento da saúde bucal no nível básico de atenção indicou o esforço do MS, ao longo da década de 2000, no sentido de reordenar e reestruturar a atenção à saúde bucal neste nível de atenção no âmbito do SUS. Esse esforço resultou em expressivo avanço no número de municípios atendidos por esta estratégia: dados do MS informam que, de dezembro de 2002 até setembro de 2010, foram implantadas 20.103 ESBs, atuando em 4.811 municípios, ou seja, em 86% dos municípios brasileiros (*site* do DAB/MS, acesso em 25 dez 2010).

2.3 **A normatização da oferta da saúde bucal no nível da média complexidade no âmbito da PNSB**

O avanço na oferta de atenção à saúde bucal na atenção básica ocorrido na primeira metade da década de 2000 não foi compatível com o panorama desta oferta na média complexidade: os serviços especializados continuavam limitados a uma oferta restrita, carente

---

[29] Portaria GM/MS nº 650 (maio de 2006) reajustou o incentivo adicional das ESBs em ambas as modalidades, destinando este benefício para investimentos nas Unidades Básicas de Saúde e a realização do Curso Introdutório. O MS torna obrigatório para todos os profissionais que integram as Equipes de Saúde da Família a realização do "Curso Introdutório" de acordo com a Portaria GM/MS nº 2.527, de 19 de outubro de 2006, que além de definir os conteúdos mínimos do curso, define também uma carga horária mínima de 40 horas para certificação dos profissionais que integram as ESFs (MAIA, L.S., 2008).

[30] Em outubro de 2008 a Portaria GM/MS nº 2.489 regulamentou novos valores de incentivo financeiro para o custeio mensal das ESBs, de acordo com sua modalidade de implantação. Além disso, essa portaria definiu que as ESBs implantadas nos municípios de até 50.000 habitantes da área da Amazônia Legal e aqueles que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos receberão 50% a mais sobre os valores transferidos.

[31] A Portaria GM/MS nº 3.066 de dezembro de 2008 reajustou mais uma vez os valores dos incentivos federais para o custeio mensal das ESBs.

[32] Desde que observado o Capítulo II e o item 3 do Anexo à Portaria nº 648/GM (2006). Segundo a portaria, os valores dos incentivos financeiros para as ESBs vinculadas a EACS serão transferidos conforme modalidade de implantação da ESB e tendo como base o número de equipes de ACSs com profissionais de saúde bucal cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

de diretrizes e de financiamento de ordem federal (KORNIS *et al.*, 2011, no prelo). Segundo o MS, até o lançamento da PNSB, em 2004, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos do SUS correspondiam a tratamentos especializados (*site* do DAB/MS, acesso em 25/12/10).

Os resultados do Censo Bucal de 2003 (SB 2003) tornaram a necessidade da oferta de serviços de maior complexidade uma evidência inegável: o inquérito mostrou a realidade dos altos índices de agravos de doenças bucais, a desassistência e a ocorrência precoce de edentulismo (BRASIL, 2004 a). Essas evidências indicaram não apenas uma lacuna no âmbito da oferta de serviços de maior complexidade capazes de previr a perda de dentes, como também a necessidade de substituição dos elementos dentários perdidos por próteses dentárias.

Às evidências identificadas pela publicação dos resultados do SB 2003 somaram-se os desdobramentos do próprio fortalecimento da oferta de atenção à saúde bucal na atenção básica: as demandas levantadas pela expressiva cobertura da população por ESB requerem referências para o encaminhamento de ações de maior complexidade. Esse fato toma especial relevância no atual contexto de implantação das diretrizes de gestão presentes no Pacto pela Saúde de 2006, que adota a regionalização da saúde como um de seus eixos estruturantes. Nesse contexto, o panorama da oferta de serviços especializados em saúde bucal começa a mudar após a publicação do documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004.

Assim, a partir de 29 de julho de 2004, com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.570, uma seqüência de portarias normatizou e estabeleceu os critérios e requisitos para a implantação e habilitação de CEOs e LRPDs.

No tocante ao fluxo de credenciamento para os CEOs e LRPDs, a portaria supracitada estabeleceu que o gestor interessado em implantar uma dessas unidades deverá apresentar sua proposta à CIB do respectivo estado. A CIB então encaminha a proposta à Coordenação Nacional de Saúde Bucal (CNSB) do MS, para que esta aprecie a solicitação de credenciamento. A proposta deve conter informações básicas da referida unidade e também deverá contemplar: a descrição dos serviços que serão ofertados; a demonstração da coerência com PDR; e a identificação da área de abrangência no caso do CEO, indicando para que módulo, região ou microrregião este deverá ser referência, mencionando, inclusive, a população a ser coberta.

Em 4 de julho de 2005, outra portaria (GM/MS nº1.063) deu continuidade à definição dos critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de CEOs e LRPDs. Esta portaria inovou ao introduzir como critério de seleção para os municípios que se

habilitarem à implantação de CEOs e/ou LRPDs o maior percentual de cobertura por ESBs; e alterou a base populacional mínima para credenciamento de LRPDs por Região de Saúde: um a cada grupo de 100 mil habitantes, diminuindo a base populacional frente ao estabelecido anteriormente de um para cada 500 mil habitantes.

Em março de 2006, mais uma portaria (GM/MS nº 599) definiu a implantação e estabeleceu critérios, normas e requisitos para o credenciamento de CEOs e LRPDs. Ratificando o definido anteriormente pelas portarias GM/MS nº 1.570 (de 29/07/04) e nº 1.063 (de 04/07/05), esta inovou ao introduzir a modalidade CEO tipo 3 e definir as atividades, equipamentos e materiais, recursos humanos e outros recursos para sua classificação.

Outra inovação trazida pela portaria GM/MS nº 599 está relacionada à liberação de base populacional para a implantação do LRPD. E em relação à área de abrangência para a cobertura dos CEOs, esta portaria inova apenas ao retirar a citação de módulo assistencial, determinando que a proposta de implantação de CEO deverá informar para qual município, região ou microrregião deverá ser referência, mencionando a população coberta.

No tocante aos incentivos financeiros, a portaria GM/MS nº 600, editada em 23 de março de 2006, instituiu os valores dos incentivos financeiros federais de implantação e custeio[33] dos CEOs, de acordo com o quadro abaixo.

Tipo de CEO	Nº de Equipos (Cadeiras)	Incentivo de implantação	Incentivo mensal para custeio
I	**03**	**40.000,00**	**6.600,00**
II	**De 04 a 06**	**50.000,00**	**8.800,00**
III	**07 ou mais**	**80.000,00**	**15.400,00**

Quadro 02- Incentivos federais por Tipo de CEO
Fonte: KORNIS et al. (2011, no prelo).

A portaria nº 600 estabeleceu o quantitativo de uma produção mínima mensal realizada em cada tipo de CEO, a ser verificada por meio dos Sistemas de Informação do SUS, para o recebimento dos incentivos de custeio. Essa produção está descrita no quadro que se segue:

[33] No tocante à Atenção Secundária, vale registrar que a saúde bucal é a única área de atenção que conta com incentivos financeiros federais voltados para tanto para a implantação quanto para seu custeio mensal (KORNIS et al., a ser publicado em 2011).

Tipo de CEO	Dentística e Cirurgias básicas	Periodontia	Endodontia	Cirurgia Oral Menor
I	**80**	**60**	**35**	**80**
II	**110**	**90**	**60**	**90**
III	**190**	**150**	**95**	**170**

Quadro 03- Número de procedimentos por tipo de CEO
Fonte: KORNIS et al. (2011, no prelo).

No tocante a remuneração das próteses confeccionadas nos LRPDs, a portaria nº 1.572/GM, de 29 de julho de 2004 incluiu na Tabela de Procedimentos do SIA/SUS aqueles de próteses dentárias, e estabeleceu seu financiamento e a limitação para a sua cobrança. A preferida portaria define que as próteses realizadas nos LRPDs serão autorizadas através de Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade – APAC e financiadas pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC/Ações estratégicas.

De acordo com esse documento os LRPDs podiam cobrar, no total, até 242 procedimentos por mês, sendo os valores unitários de cada prótese de R$ 30,00 (trinta reais). Uma produção mínima de próteses foi também estabelecida por esta portaria da seguinte forma:

LRPDs	**LRPD localizados em Centros de Especialidades Odontológicas**
40 procedimentos de Próteses Parciais Removíveis maxilar/mandibular 48 procedimentos de Prótese Total	48 procedimentos de Prótese Total

Quadro 04- Número de procedimentos por LRPD.

Em outubro de 2009, uma seqüência de três portarias (GM/MS nº 2.373, 2.374 e 2.375) alterou o fluxo de credenciamento dos LRPDs. A partir de então, o gestor municipal ou o estadual que esteja interessado em implantar um LRPD deve encaminhar sua proposta diretamente à Área Técnica de Saúde Bucal do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, eliminando a etapa de submissão à CIB. Além disso, essa seqüência de portarias atualizou os valores unitários das próteses dentárias para R$ 60,00, e estabeleceu que o financiamento dos serviços realizados nos LRPDs está incluído no Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC). Em relação à forma de pagamento, o município ou

estado gestor da unidade passa a receber de acordo com sua produção, sendo os valores repassados:

- Até 50 próteses/mês: R$ 3.000,00 mensais
- Entre 51 e 150 próteses/mês: R$ 9.000,00 mensais
- Acima de 151 próteses/ mês: R$ 12.000,00 mensais

Assim, a sequência de documentos normativos descritos acima deflagrou, a partir de 2004, o início do processo de implantação de uma oferta inovadora no campo da saúde bucal no âmbito do SUS. Este processo expressou uma mudança radical no padrão da atenção à saúde bucal no sistema nacional de saúde. Ainda que os incentivos sejam apenas parte dos custos referentes a esta oferta, sua disponibilidade aponta para a indução exercida pelo MS no sentido da ampliação da oferta de ações odontológicas especializadas e para o fornecimento de próteses dentárias financiadas publicamente. Destacamos que cabe ao gestor local parte do custeio dessas ações: apenas os CEOs contam com os incentivos de implantação para a adequação das unidades a serem habilitadas. No tocante aos recursos humanos, sua contratação e remuneração, tanto para os CEOs como para os LRPDs fica a cargo do gestor local. Apesar de contar com os incentivos de custeio, os CEOs requerem insumos onerosos e além de manutenção constante dos equipamentos, custos que podem ultrapassar os referidos incentivos federais. Já os LRPDs contam apenas com o repasse para a remuneração das próteses. Esses laboratórios, porém, requerem da mesma forma insumos e equipamentos específicos. Assim, lembramos que os incentivos federais, ainda que tenham significado importante sobretudo como indutores, não são suficientes para a manutenção desta oferta no longo prazo.

3 A REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

3.1 A regionalização no âmbito normativo do SUS: uma retrospectiva histórica a partir de uma abordagem documental

A regionalização da assistência à saúde no Brasil não é um tema recente nos documentos governamentais. A despeito dos obstáculos identificados pela literatura acadêmica e pelos próprios documentos de governo relacionados à construção de um sistema regionalizado de atenção à saúde, a estratégia da regionalização da assistência está presente na legislação brasileira desde a promulgação da Constituição Federal de 1988. O capítulo sobre a Seguridade Social apresenta os princípios norteadores das políticas de saúde, onde se privilegiou a estratégia da descentralização com ênfase na responsabilização dos municípios pela provisão dos serviços e a organização de sistemas de saúde (BRASIL, 2002).

O texto constitucional de 1988 destaca que o acesso às ações e serviços de saúde passa a ser universal e a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de saúde organizado a partir das diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade. No entanto, o referido texto foi formulado com um grau elevado de abstração, não tendo incorporado um detalhamento sobre a forma como os processos operacionais da reformulação do Sistema Nacional de Saúde, onde se inscreveram as questões relativas à regionalização, deveriam ser desenvolvidas. Um maior nível de detalhamento ficaria a cargo, então, da legislação infraconstitucional.

No tocante a implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), essa legislação é composta pelas Leis nºs 8.080 e 8.142, ambas de 1990, denominadas Leis Orgânicas da Saúde.

A Lei nº 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de definir a organização e o financiamento do setor. Esta lei define os papéis institucionais de cada instância governamental nos planos de gestão, estrutura de financiamento e as regras de transferência de recursos entre os diferentes níveis de governo (BRASIL, 1988). A referida lei estabelece os princípios e diretrizes para ações e serviços de saúde, que são: universalidade de acesso; integralidade e igualdade na assistência; controle social; descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo,

enfatizando a descentralização para os municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços.

Assim, no capítulo II, referente a organização, direção e gestão do SUS, essa lei estabelece que o sistema deve ser organizado de "forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente". Da mesma forma que o texto constitucional, a Lei nº 8.080 não detalhou de que forma o processo de regionalização da saúde deveria ser desenvolvido (BRASIL, 1990).

No capítulo III, referente ao planejamento e orçamento das ações de saúde, são definidos a aplicabilidade dos planos de saúde e o financiamento das ações de saúde. Estabelece que os Planos de Saúde são "a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS", cujo financiamento deverá estar descrito em "respectiva proposta orçamentária". A lei deixa claro que é vetada a "transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde", exceto em situações emergenciais (BRASIL, 1990; PLANEJASUS, 2009).

A Lei nº 8.142 discorre sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, estabelecendo a Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde como instâncias deliberativas voltadas para a normatização e operacionalização do referido sistema. Esta Dispõe ainda sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da saúde, mas não trata das questões relativas ao processo de regionalização. No entanto, define que, para receberem os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), os entes federativos deverão apresentar o Plano de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão[34] (BRASIL, 1990). Ainda atualmente, esses documentos governamentais fazem parte do conjunto dos principais instrumentos do planejamento no âmbito da gestão do SUS[35] (CEAP, 2009).

O aparato legal dado pelas Leis Orgânicas da Saúde permitiu expressivos avanços no sentido da construção de um sistema de saúde descentralizado. Tais avanços são reconhecidos e expressos tanto pela produção acadêmica específica, como pelos textos das portarias, normas e demais documentos governamentais federais voltados para o SUS. No entanto, tanto a literatura acadêmica como os documentos de governo reconhecem as limitações no processo descentralizador no tocante à incorporação de uma lógica regionalizada no planejamento da atenção à saúde.

---

[34] Além desses itens, a Lei nº 8.142 determina que os entes federados devem contar, como requisitos para o recebimento dos recursos do FNS, com Fundo de Saúde; o Conselho de Saúde; a Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários, além da contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento.

[35] Somam-se a esses instrumentos o PDR, o PPA, a PPI e o PDI como recursos fundamentais no processo de planejamento regionalizado da gestão do SUS (CEAP, 2009).

Após a edição das Leis Orgânicas da Saúde, diversas portarias do Ministério da Saúde foram elaboradas, a partir de 1991, com a finalidade de normatizar a legislação infraconstitucional. Em relação a esta legislação, têm destaque as Normas Operacionais Básicas (NOBs),[36] que são instrumentos de regulamentação e operacionalização do sistema de saúde e oferecem mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades e recursos para estados e municípios. Como o nome indica, estas Normas operam as transformações previstas na Constituição e nas Leis Orgânicas (CARVALHO, 2001).

O tema da regionalização se fez presente de modo recorrente em todas as edições nas Normas Operacionais do SUS. No tocante aos instrumentos de regulação da descentralização, instituídos através das NOBs e, particularmente, da NOB/96, podemos dar destaque a instituição e ampliação do funcionamento das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) e das Programações Pactuadas Integradas (PPIs). A instituição desses instrumentos, ainda que tenha acarretado o fortalecimento do papel dos estados, não agregou ao processo descentralizador a face da regionalização (VIANA et al., 2008).

No entanto, apesar dos esforços normativos do MS, a pesquisa acadêmica recente converge no sentido da persistência dos obstáculos na construção de sistemas integrados de atenção à saúde. Viana et al. (2008) destacam que as crescentes demandas em saúde, somadas a diversidade e dinâmicas locais e regionais do país, vêm indicando que uma visão estritamente normativa sobre os sistemas de saúde não dá conta da complexidade que se faz necessária na construção de sistemas integrados.

Ademais, a regionalização, como uma estratégia de descentralização, deve também considerar as questões relativas a economias de escala e de escopo[37] (PESTANA e MENDES, 2004), bem como às relações entre escala e qualidade (MENDES, 2002). Assim, a lógica de organização dos municípios em redes apresenta-se como um modo fundamental para a garantia da evolução do processo de consolidação do SUS. Nesse contexto, têm destaque a pronunciada heterogeneidade social e cultural e as características continentais do país.

O tema da regionalização passa a ter significado mais expressivo no âmbito dos documentos que normatizam o SUS a partir da edição da Norma Operacional de Assistência **à**

---

[36] Até hoje foram editadas quatro Normas Operacionais Básicas, a saber: NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96, sendo que as duas últimas resultaram de processos de negociação progressivamente mais intensos entre os atores setoriais, sobretudo através da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde. Em 2001, foi editada pelo MS a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), reeditada em 2002. Mais recentemente, esse órgão elaborou e editou o Pacto pela Saúde de 2006 (BRASIL, 1991, 1992, 1993, 1996, 2001, 2002, 2006).

[37] As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem na medida em que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, gerando economia. As economias de escopo ocorrem quando uma determinada unidade de saúde aumenta a variedade dos serviços que oferece (PESTANA; MENDES, 2004).

Saúde de 2001 (NOAS-SUS 01/01) (VIANA et al, 2010). Essa norma, editada pela Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, apresentou como título "Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso".

Nesse documento, o MS reconhece a existência de obstáculos à conformação de um sistema integrado e regionalizado de saúde, atribuindo-os principalmente à heterogeneidade socioeconômica entre estados e municípios brasileiros, e à característica do arranjo federativo, constituído por entes sem relação hierárquica entre si. Desta forma, a NOAS 01/01 destaca o papel central dos territórios no planejamento e na operacionalização do sistema de saúde.

Assim, a NOAS 01/01 assumiu a regionalização como macroestratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização naquele momento específico da implantação do SUS. Esta norma definiu três grupos de estratégias articuladas voltadas para promover a descentralização com equidade no acesso: a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), o fortalecimento das capacidades gestoras do SUS e a atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios.

A NOAS 01/01 reforçou a elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI)[38]. Essa programação visa a dar consistência às diretrizes de regionalização da assistência à saúde, definindo os critérios de distribuição dos recursos que viabilizem a conformação de redes assistenciais. Assim, tendo por base a realidade local específica e a partir do desenho das regiões definido no PDR, os municípios pactuarão serviços entre si com a previsão de remuneração correspondente à assistência prestada.

Nesse contexto, a NOAS 01/01 destaca o papel do ente estadual como mediador e coordenador do processo participativo entre os municípios para a elaboração da PPI. O referido documento menciona a importância da realização de reuniões regionais de planejamento e pactuação, cuja consolidação deve ocorrer por meio de instrumentos objetivos, desenvolvidos no âmbito de cada estado (NOAS 01). Ressalta, assim, a importância de um processo de descentralização da gestão do sistema de saúde baseado na definição clara de responsabilidades e atrelado à real capacidade de oferta desses municípios (VIANA et al, 2002).

A NOAS 01/02 foi editada através da Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e ratificou o disposto na NOAS 01/01 no que tange ao processo de regionalização, colocando-o "como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade". Esta edição da Norma teve como objetivo superar os principais entraves sofridos

[38] As diretrizes que definem a elaboração da PPI constam na Portaria n.º 483/GM, de 6 de abril de 2001.

pela NOAS 01/01, relacionados, segundo o referido documento, aos seguintes aspectos: o estabelecimento do comando único sobre os prestadores do SUS, a garantia da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais e a explicitação dos mecanismos da gestão estadual para as referências intermunicipais.

A NOAS 01/02 divide-se em três partes: a primeira, acerca da **regionalização;** a segunda explora aspectos para o fortalecimento da capacidade de gestão no SUS e a última detalha os critérios de habilitação e desabilitação de municípios e estados. Esta edição da referida norma operacional ratifica o PDR como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência nos estados, obedecendo às mesmas diretrizes definidas para este plano pela NOAS 01/01. No que diz respeito ao planejamento da média complexidade, e no que tange aos instrumentos de gestão regionalizada, a NOAS 01/02 não traz inovações frente à NOAS 01/01.

Em 22 de fevereiro de 2006, a Portaria nº 399/GM divulgou o Pacto pela Saúde 2006. O conteúdo desta portaria foi reproduzido no volume 1 de uma série publicada pelo MS acerca na nova diretriz normativa do SUS. Esta série, elaborada com apoio do CONASS e do CONASEMS, tem o objetivo de instruir os gestores acerca dos instrumentos de gestão disponíveis e fornecer orientações para a implantação das inovações oferecidas pelo Pacto pela Saúde.

No tocante a esta série de documentos, que atualmente conta com dez volumes, o tema da regionalização, assim como os instrumentos necessários para sua operacionalização, estão presentes nos volumes 1, 3,5 e 10.

O Pacto de Gestão, como parte do Pacto pela Saúde de 2006, define a regionalização como seu eixo estruturante e ratifica o PDR como um dos principais instrumentos para a gestão regionalizada, elegendo / instituindo os Colegiados de Gestão Regional (CGR) como instância de cogestão no âmbito das regiões de saúde.

O volume 3 da série Pactos pela Saúde de 2006 é voltado especificamente para o processo de regionalização. Nesse sentido, o referido documento define que a regionalização é, “um movimento dinâmico e flexível que segue em direção oposta aos métodos fechados, rígidos em suas formas de aplicação” (BRASIL, 2006e). Além de introduzir um caráter mais flexível para o avanço da regionalização do SUS, as atuais diretrizes oferecidas pelo MS estimulam uma inflexão no sentido da valorização dos papéis das SES e das SMS na condução desse processo. O contexto construído pelas diretrizes do Pacto sugere que sejam incorporadas as diferenças regionais na elaboração do processo, incorporando as variáveis de cada realidade da situação de saúde do país.

Em dezembro de 2006, a Portaria GM/MS nº 3.085 regulamentou o Sistema de Planejamento do SUS, o Planeja SUS, cujo objetivo fundamental é "pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e os instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão". Assim, esse sistema constitui um mecanismo de gestão que oferece metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação do SUS. O Planeja SUS define como instrumentos básicos do planejamento: o **plano de saúde, a respectiva programação anual de saúde e relatório anual de gestão.** O sistema oferece guias para a formulação desses instrumentos, com o objetivo de "qualificar as práticas gerenciais do SUS" (PLANEJASUS, 2009).

No próximo tópico, serão descritos cada um dos instrumentos do planejamento regionalizado no âmbito do SUS vigentes nos dias de hoje.

3.2 **Os instrumentos do planejamento regionalizado da assistência à saúde**

De acordo com o Pacto de Gestão (2006), os principais instrumentos de planejamento da regionalização são o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI). **N**o entanto, os Planos de Saúde e Programação Anual de Saúde, bem como o relatório anual de Gestão, estabelecidos pela Lei Orgânica nº 1.842, em 1990, são exigências para o recebimento dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, e devem servir de orientação para os gestores no processo de elaboração dos PDRs e das PPIs.

Neste tópico, definiremos os instrumentos de gestão supracitados, acrescentando a tais definições o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e o Colegiado de Gestão Regional (CGR), no sentido de contemplar todos os recursos de planejamento considerados pelo SUS para a gestão regionalizada da assistência à saúde.

- **Os Planos de Saúde e Programação Anual de Saúde**

O Plano de Saúde é, juntamente com o Relatório de Gestão, parte das exigências legais para o recebimento dos recursos da saúde (Fundo Nacional de Saúde), desde a edição da Lei nº 8.142/1990.

A NOB 96 ratifica o uso desse instrumento e define que Plano de Saúde deve ser aprovado nos Conselhos de Saúde, passando a integrar o conjunto de requisitos a serem cumpridos por estados e municípios para habilitação às condições de gestão (NOB 96). O Plano explicita o diagnóstico da situação social e sanitária, e define os objetivos, metas e prioridades da ação do ente federativo para um período de quatro anos, levando em conta a Programação Pactuada e Integrada – PPI (DENASUS, 2004; PLANEJASUS, 2009).

No contexto de Pacto pela Saúde de 2006, a Portaria GM/MS nº 3.332, considerando a regulamentação do Sistema Planeja SUS, definiu como Plano de Saúde o instrumento básico que, em cada esfera de gestão, define as necessidades e prioridades em saúde referentes a seu território. Esse instrumento deve contemplar todas as áreas da atenção, sendo a base para avaliação e a gestão do sistema de saúde.

Corroborando o definido na Lei nº 8.142 e em documentos normativos do MS nos anos subsequentes (NOB 96; DENASUS, 2004; PLANEJASUS, 2009), essa portaria explicita que o Plano de Saúde deve apresentar os objetivos e as expectativas em termos de resultados a serem buscados no período de quatro anos no âmbito de cada ente federativo. O plano deve explicitar as medidas necessárias à execução e cumprimento dos prazos definidos nos Termos de Compromissos de Gestão. Esse plano norteia a definição da Programação Anual das Ações e Serviços de Saúde, assim como da gestão do SUS.

A Programação Anual de Saúde reúne o conjunto das iniciativas a serem implementadas pelo respectivo ente federativo em determinado ano, com base no definido no respectivo Plano de Saúde. Assim, esta programação consiste na explicitação das ações, metas e os recursos financeiros voltados para o Plano de Saúde. A Programação Anual de Saúde deve identificar também as responsabilidades e parcerias para a execução das referidas ações.

Os resultados decorrentes da implementação desta programação compõem o Relatório Anual de Gestão (PLANEJASUS, 2009).

- **O Relatório Anual de Gestão**

O Relatório Anual de Gestão foi definido pela Lei Orgânica nº 8.142 de 1990, e compõe uma das exigências para o recebimento dos recursos do Fundo Nacional de Saúde. Na NOB 96, o Relatório de Gestão é um dos pré-requisitos para a habilitação dos entes federativos nas condições de gestão definidas nesta Norma (PLANEJASUS, 2009).

O Relatório de Gestão deve apresentar a prestação de contas dos recursos transferidos fundo a fundo aos estados e municípios, e indicar os resultados alcançados frente ao definido

no Plano de Saúde (DENASUS). Assim, os resultados alcançados são cotejados com o conjunto de ações e metas definido na Programação Anual de Saúde (PLANEJASUS, 2009).

O referido instrumento, além de apresentar os resultados alcançados na área da saúde, orienta eventuais redirecionamentos necessários. Assim, esse relatório é fundamental no controle da aplicação dos recursos.

- **O Plano Diretor de Regionalização**

O PDR foi definido pela NOAS 01/01 como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência à saúde em cada estado e no Distrito Federal, de forma a "promover a descentralização com equidade no acesso" (NOAS 01/01).

A elaboração do PDR, de acordo com a NOAS 01/01, consiste num processo que integra as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e é coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Esse processo consiste fundamentalmente na delimitação das regiões de saúde e no planejamento das ações e serviços em saúde, de forma a garantir "níveis adequados de resolução dos problemas de saúde da população".

A NOAS 01/01 estabelece que o PDR deve explicitar as prioridades de intervenção em saúde e visar à garantia de acesso a todos os níveis de atenção. Este instrumento deve estar em consonância com o Plano Estadual de Saúde de cada estado. Assim, a elaboração do PDR deve adotar um enfoque territorial-populacional, não sendo restrito "à abrangência municipal, mas respeitando seus limites e a autoridade do gestor municipal" (NOAS 01/01).

O PDR expressa fundamentalmente o desenho das regiões sanitárias que agregam os grupos de municípios. Essa definição deve tomar por base questões como facilidade de acesso, meios de transporte e necessidade de serviços ofertados.

Em relação à delimitação das regiões de saúde**,** o quadro abaixo apresenta os conceitos referentes às bases territoriais do planejamento regionalizado introduzidos pela NOAS 01/01. Esses foram empregados como conceitos-chave para a organização da assistência no âmbito estadual, a serem observados no PDR.

Módulo Assistencial	Base territorial que apresente resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência de média complexidade, constituído por um ou mais municípios.
Município-sede do Módulo Assistencial	Deve ser necessariamente habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) e ter capacidade de ofertar a totalidade dos serviços constantes do primeiro nível de referência com suficiência para a sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos, conforme definido no processo de regionalização e na programação integrada entre gestores.
Município-polo	Município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.
Região/Microrregião de saúde	Base territorial de planejamento (não administrativa) a ser definida no âmbito estadual, de acordo com as características e estratégias de regionalização de cada estado, considerando variáveis geográficas, sanitárias, epidemiológicas, de oferta de serviços, entre outras.
Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde	Base territorial mínima a ser submetida à aprovação do MS e da CIT para qualificação na assistência à saúde, que deve ser a menor base territorial de planejamento regionalizado de cada unidade da federação acima do módulo assistencial, seja uma microrregião de saúde ou uma região de saúde.

Quadro 5- Qualificação de Regiões/Microrregiões na Assistência à Saúde segundo a NOAS 01/01

As regiões ou microrregiões na assistência à saúde, de acordo com a NOAS 01/01, representam espaços de referência para o planejamento, não constituindo unidades administrativas do sistema.

De acordo com a NOAS 01/01, os estados podem estabelecer apenas regiões de saúde ou definir macro e/ou microrregiões de saúde no seu desenho. O conceito de módulo assistencial, por sua vez, deveria ser sempre adotado, estando fundamentalmente ligado à organização da assistência.

O documento orienta ainda que uma região ou microrregião de saúde pode compreender um ou mais módulos assistenciais. Por outro lado, municípios que dispõem de ações e serviços com resolutividade para o primeiro nível de referência para sua própria população não necessariamente precisam desempenhar papel de referência para outros municípios. Ainda, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

Na qualificação das regiões ou microrregiões na assistência à saúde, além da definição de módulos assistenciais de municípios-sede, deve-se explicitar também a população de abrangência.

A NOAS 01/01 reconhece que os modelos de regionalização não são padronizados, podendo ser diferentes entre as unidades da federação, de acordo com suas especificidades. Define os conteúdos mínimos voltados para o planejamento da assistência que devem estar presentes no PDR, a saber:

> O Plano Diretor de Regionalização deve conter no que diz respeito à assistência, no mínimo:
> A. A descrição da organização do território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos muncípios-sede e municípios-polo e dos demais municípios abrangidos;
> B. A identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião;
> C. O Plano Diretor de Investimentos para atender as prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde;
> D. A inserção e o papel de todos os municípios nas regiões/microrregiões de saúde, com identificação dos municípios sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência;
> E. Os mecanismos de relacionamento intermunicipal com organização de fluxos de referência e contra referência e implantação de estratégias de regulação visando à garantia do acesso da população aos serviços;
> F. A proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas;
> G. A identificação das necessidades e a proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual. (BRASIL, 2001a, p. 35).

Como orientação aos gestores no processo de qualificação de regiões e microrregiões na assistência à saúde, a NOAS 01/01 esclarece que deve ser garantido a todos os cidadãos, além da totalidade da atenção básica, o acesso, o mais próximo possível de sua residência, a ações grupo de serviços conformadores do primeiro nível de referência em média complexidade. Este grupo de serviços nem sempre está disponível em todos os municípios, mas deverá ser ofertado dentro da menor unidade territorial de qualificação da assistência à saúde, na forma a ser definida pelo PDR.

Em relação à atenção de média complexidade, a NOAS 01/01 destaca que este nível de atenção compreende serviços que requerem profissionais especializados e o emprego de recursos tecnológicos que não justifica sua oferta em todos os municípios. A oferta desse conjunto de serviços deverá ser planejada no âmbito regional, levando em consideração fatores como porte populacional, disponibilidade de profissionais e questões de economia de escala.

Essa norma considera que deverá ser planejado um corte no âmbito da oferta de serviços de média complexidade. O corte deve compreender um conjunto de serviços voltados para os problemas mais comuns nesse nível de atenção. Assim, os serviços devem ser oferecidos em uma unidade territorial de assistência à saúde definida do PDR, e contemplar a

população de um conjunto de municípios integrados. Nesse contexto, a NOAS 01/01 destaca a importância de se evitar "a superposição e proliferação indiscriminada e desordenada de serviços" a partir de critérios preestabelecidos, tendo o gestor estadual papel fundamental neste processo.

A segunda edição da NOAS (NOAS 01/02) não alterou as definições relacionadas aos critérios de elaboração do PDR, nem alterou as diretrizes voltadas para a oferta da assistência em média complexidade.

Em 2006 ocorreu a edição do Pacto pela Saúde. Os municípios e estados iniciaram seu processo de adesão ao Pacto progressivamente, tendo sido válidas as prerrogativas e responsabilidades para cada ente federativo na forma definida pela NOAS 01/02 até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG).[39] O TCG é renovado anualmente, substituindo os anteriores processos de habilitação e estabelecendo metas e compromissos para cada ente da federação.

É no Pacto de Gestão – parte do Pacto pela Saúde – que estão descritas as questões relativas à operacionalização da regionalização da assistência. Este Pacto ratifica a importância da elaboração do PDR, destacando que este documento deve expressar o reconhecimento das regiões de saúde, com ênfase na racionalização de gastos e otimização de recursos.

O volume 3 da Série Pactos pela Saúde tem como tema "Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS". Este volume detalha o conteúdo do PDR, a saber:

> • a caracterização do estado;
> • a pactuação feita pelos gestores na identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde, em suas diferentes formas;
> • os mapas dos arranjos regionais que conformam as Macrorregiões de Saúde, caracterizando as ações e serviços a serem oferecidos por cada uma delas;
> • a identificação dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) estruturados e a serem estruturados, com sua composição;
> • situação geolocalizada, da estruturação de redes de atenção à saúde das Regiões e Macrorregiões de Saúde, articuladamente com o processo das PPIs;
> • a identificação dos "complexos regulatórios" – existentes e a serem implantados;
> • outros arranjos e/ou processos pactuados entre os gestores, com o objetivo de potencializar as ações de saúde, em âmbitos regionais. (BRASIL, 2006e, p. 28).

O volume 10 da série Pactos pela Saúde, editado em 2009, retoma a questão do PDR já descrita nos volumes 1 e 3. Nessa publicação, têm destaque os critérios políticos e culturais

[39] O Termo de Compromisso de Gestão substitui o atual processo de habilitação. Sua assinatura expressa a pactuação e apoio entre os entes federados envolvidos, e contempla: as responsabilidades sanitárias do gestor, os objetivos e metas do Pacto pela Vida e os indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos.

para a elaboração do PDR, que devem ser somados àqueles de ordem técnica relativos aos conceitos de economia de escala e de escopo, e sua relação com a qualidade e o acesso. Dessa forma, o PDR, no contexto do Pacto de 2006, incorpora um caráter sistêmico, com vistas à intersetorialidade, ao permitir a combinação das variáveis de saúde com as de caráter econômico, social e cultural na definição das regiões de saúde (VIANA et al, 2010).

O referido documento destaca a importância da atualização do PDR para a operacionalização e coordenação da regionalização. Esta atualização está voltada, entre outros aspectos, para a definição dos territórios da região de saúde. Assim, o documento considera que em alguns estados há necessidade da adoção de outras subdivisões, como a macro ou as microrregiões, de acordo com os serviços e sua densidade tecnológica.

A respeito do planejamento da assistência no interior das regiões de saúde, o Pacto de Gestão destaca a importância da pactuação entre todos os gestores envolvidos na oferta das "ações complementares", que são aquelas que não pertencem ao nível básico de atenção e cuja oferta poderá ser planejada fora do território municipal, de acordo com a complexidade e contingente populacional. Essas ações podem ser consideradas equivalentes ao corte da média complexidade definido pela NOAS.

No entanto, o Pacto de Gestão coloca de forma mais flexível a questão do corte no nível assistencial para delimitação de uma região de saúde. Esse documento não define uma lista de serviços como as duas edições da NOAS, mas informa que este ponto de corte "deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado". No caso dos estados com mais adensamento tecnológico, o Pacto de Gestão informa que a alta complexidade pode estar contemplada dentro de uma Região.

Ainda como inovações frente à NOAS 01/01 e 01/02, o Pacto supera o conceito de módulo assistencial, apresentando a definição das regiões de saúde e das macrorregiões de saúde. Nesse sentido, o Pacto ultrapassa os limites das divisões políticas estaduais e nacionais, e considera de forma diferenciada os municípios de grande porte no conceito de região de saúde. Assim, além das Regiões Intraestaduais, o Pacto define as Regiões Intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional; as Regiões Interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados; e as Regiões Fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos.[40]

[40] Até a vigência da NOAS 01/01 a região/microrregião de saúde era representada por uma base territorial de planejamento definida apenas no âmbito estadual.

No tocante à definição das unidades territoriais de qualificação na assistência à saúde, o Pacto[41] supera os conceitos de módulo assistencial, microrregião, município-sede do módulo assistencial e município-polo adotados até a NOAS 01/02. A partir de uma nova ótica, o volume 3 do Pacto adota apenas dois conceitos de unidades territorial de qualificação da assistência à saúde: as regiões de saúde e as macrorregiões de saúde.

O Pacto orienta que a delimitação das regiões de saúde faz parte de um processo dinâmico, não se resumindo a um processo meramente administrativo. Esse desenho deve ser adequado às diversidades locais, podendo assumir diferentes recortes. Segundo o Pacto, as regiões de saúde são espaços geográficos contínuos identificados pelos gestores municipais e estaduais, a partir não apenas de suas identidades econômicas, culturais e sociais, mas também sob a ótica das redes de transportes, saúde, comunicação, e infraestrutura. Assim, uma parte da média complexidade, a ser definida na CIB, devera ser ofertada neste território.

As macrorregiões de saúde reúnem mais de uma região de saúde e devem oferecer, em seu conjunto, ações e serviços de média e alta complexidade, complementando a atenção integral à saúde. A identificação das macrorregiões também leva em conta critérios de acessibilidade (BRASIL, 2006 e).

É possível observar que as deliberações oferecidas pelo Pacto de Gestão não entram em conflito com o definido pelas edições da NOAS, mas aumentam o grau de flexibilidade para o planejamento no âmbito regional e reforçam os instrumentos de gestão.

- **A Programação Pactuada Integrada (PPI)**

A PPI foi introduzida pela NOB 96. De acordo com essa norma, a PPI é o instrumento que expressa a alocação dos recursos com vistas a reorganizar o modelo de atenção e da gestão do SUS. A PPI deve traduzir as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, através da oferta existente no próprio município, ou pela pactuação com outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual (NOB 96).

A NOAS 01/01 apresentou novamente a PPI, que foi então regulamentada pela Portaria n.º 483/GM, de 6 de abril de 2001. De acordo com essa norma, a PPI é o resultado de um processo dinâmico, mediado pelo ente estadual, de pactuação entre os municípios acerca da oferta de ações de média complexidade ambulatorial e hospitalar. A programação consiste

[41] Esse tópico é definido no volume 3 da série Pactos pela Saúde.

na definição da disponibilidade de oferta, condições de acesso e fluxos, bem como da alocação de recursos relativos às referências intermunicipais, de acordo com o pactuado entre os gestores. A PPI contempla os recursos das fontes federais, estaduais e municipais.

Assim, a PPI deverá oferecer a previsão das parcelas físicas e financeiras correspondentes ao atendimento da população adscrita para cada grupo de ações de média complexidade. A referida programação deverá respeitar os parâmetros financeiros definidos pelas SES para os diferentes grupos de ações assistenciais – o valor *per capita* estadual (BRASIL, 2001a).

A PPI deve tomar como base o diagnóstico dos principais problemas de saúde em cada território para a definição das prioridades, e assim definir e adequar os critérios de distribuição dos recursos. Nesse contexto, a PPI deve considerar as diretrizes da regionalização, e viabilizar a conformação de redes assistenciais (BRASIL, 2001a). Ela destaca, portanto, o importante papel da consolidação do ente estadual na coordenação da política de saúde no âmbito regional. A NOAS 01/02 ratifica os princípios definidos na primeira edição da Norma.

O volume 5 da Série Pactos pela Saúde de 2006 é intitulado "Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde". Editado ainda em 2006, esse volume chama a atenção para a superação dos aspectos normativos contidos na NOAS 01/02 acerca da formulação da PPI. Essa superação está relacionada às alterações no processo de qualificação da gestão dos municípios e dos mecanismos de alocação e transferência de recursos introduzidos pelo Pacto. Assim, o volume 5 oferece a revisão do modelo da referida programação. As diretrizes da elaboração da PPI e acordo com o Pacto pela Saúde de 2006 constam na Portaria GM/MS nº 1.097, de 22 de maio de 2006.

No âmbito conteúdo presente no volume 5 do Pacto pela Saúde de 2006, a PPI é definida como "Programação Pactuada e Integrada da Assistência" e consiste num instrumento de alocação de recursos com vistas a contribuir para a construção de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde. No interior do Pacto, a PPI avança no tocante à maior transparência dos fluxos, definindo que os limites financeiros para a assistência da média complexidade serão compostos por parcela destinada ao atendimento da população própria, somado à parcela relativa ao atendimento da população referenciada, a partir de critérios e parâmetros pactuados. Assim, a PPI supera a adoção de limites financeiros estaduais históricos, relacionados a critérios ultrapassados e pouco transparentes.

A PPI atual deverá permitir com maior clareza a visualização das parcelas financeiras e cada ente, uma vez que durante a vigência da NOAS 01/02 era dada ênfase a parcela federal

na programação. Além disso, essa publicação visa a adequar os gestores frente às mudanças introduzidas pelo Pacto no tocante aos mecanismos de alocação transferências de recursos.

O volume 5 da Série Pactos oferece insumos no sentido de contribuir, ainda, para avanços na elaboração da PPI no tocante à melhor qualificação da estimativa de necessidades em saúde. Assim, o referido volume destaca a eleição de áreas estratégicas para as quais foram elaborados parâmetros assistenciais de cobertura e de concentração.[42] A área de atenção à saúde bucal está presente dentre essas áreas estratégicas. Os parâmetros assistenciais em saúde bucal oferecidos pela referida publicação encontram-se no Anexo 2 deste trabalho.

Os parâmetros supracitados estão voltados para subsidiar a programação de ações de saúde. Assim, esses referenciais têm o objetivo de orientar os gestores na elaboração da PPI a partir de uma análise da oferta de serviços assistenciais, além de proporcionar o acompanhamento dos serviços de saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2006g).

Ainda em 2006, a portaria nº 1.097 (22/05/10) instituiu a PPI no âmbito do SUS. Essa portaria define a PPI como o planejamento qualitativo e quantitativo das ações de saúde, tanto para a população do próprio município, como também para a população referenciada. De acordo com essa portaria, a PPI deve organizar a rede de serviços e definir os fluxos estabelecidos. Segundo este documento normativo, a elaboração da PPI deve tomar por base critérios e parâmetros pactuados e definir os limites financeiros destinados à assistência da população própria e da referenciada.

Essa portaria destaca que a PPI deve ser realizada no mínimo a cada gestão estadual, devendo ser revisada periodicamente, de acordo com alterações como nos fluxos de atendimento, na oferta de serviços, na tabela de procedimentos e nos limites financeiros.

- **Os Colegiados de Gestão Regional**

No que tange à oferta de instrumentos voltados para a gestão regional, o Pacto de Gestão traz como inovação operacional a instituição dos Colegiados de Gestão Regional (CGR). O CRG foi estabelecido pela portaria[43] que editou o Pacto pela Saúde de 2006, e a portaria GM/MS nº 2.691, de 19 de outubro de 2007, estabeleceu o repasse de recursos para a operacionalização dessas instâncias.

---

[42] Parâmetros de concentração são aqueles que projetam a quantidade de ações ou procedimentos necessários para uma população-alvo. São em geral expressos em procedimentos *per capita*. Os parâmetros de cobertura são expressos pela necessidade de atendimentos a uma população num período de tempo (BRASIL, 2006, v. 5 Série *Pacto*). Em geral, são expressos por consultas/habitante/ano.

[43] Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.

De acordo com Viana et al (2010), o CGR expressa uma inovação por “criar um canal permanente de negociação e decisão intergovernamental, com regras definidas e funcionamento estável”. Segundo essas autoras, esse espaço poderá ocupar uma lacuna no âmbito da governança regional, uma vez que configuram um instrumento importante na definição de objetivos comuns e permitem o “estabelecimento de uma lógica voltada para o bem-estar da população e as necessidades de saúde na provisão dos serviços” (VIANA et al., 2010).

O CGR é descrito no volume 1 da série de publicações do Pacto de 2006, onde é definido como “um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa”, cujo funcionamento deve ser acordado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Esse colegiado deve ser composto pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma região de saúde e pela representação estadual. Esse órgão deve instituir um processo de planejamento regional, expressando as responsabilidades de cada gestor com a saúde da população e delineando o conjunto de ações com vistas ao alcance da integralidade da atenção.

O CRG é responsável por fazer a identificação e o reconhecimento das regiões de saúde, criando um espaço de maior articulação para identificar semelhanças e definir responsabilidades. Assim, extrapola os limites político-territoriais a partir dos novos conceitos de regiões de saúde.

O décimo volume da Série Pactos pela Saúde foi editado em 2009 e é denominado “Colegiado de Gestão Regional na Região de Saúde Intraestadual - Orientações para organização e funcionamento.” Este volume procura dar um novo enfoque para a regionalização, como segue:

> O Pacto de Gestão amplia a visão da regionalização para além da assistência, evidencia a conformação de sistemas regionais que deem conta da organização da saúde integral nos diversos componentes. O PDR assume a função de instrumento de planejamento sistêmico do espaço regional, deixando de ser focado na assistência. Institui, além disso, o CGR como instância de cogestão no espaço regional. (BRASIL, 2009g, p.8).

O referido volume da série Pactos pela Saúde destaca a relevância dos CGRs, ratificando-os como instância privilegiada para o planejamento das regiões de saúde e elaboração do PDR.

Assim, os documentos recentes publicados pelo MS voltados para a gestão descentralizada da saúde no âmbito do Pacto colocam o fortalecimento dos CGRs como um

dos prováveis caminhos para a superação dos desafios atuais para o avanço do processo de regionalização no âmbito do SUS.

- **O Plano Diretor de Investimentos (PDI)**

O Plano Diretor de Investimentos (PDI) expressa o planejamento dos recursos relacionados aos serviços definidos nas PPIs. Tomando por base o desenho das regiões feito pelo PDR e o levantamento de necessidades de serviços de saúde, o PDI apresenta a definição dos recursos voltados tanto para investimentos como para o custeio das ações previstas. (OPAS, 2010).

O PDI considera as prioridades identificadas no PDR, com vistas à ampliação das ações e serviços de saúde existentes, de modo a conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde (BRASIL, 2011). Assim, o ente federado apresenta no seu PDI o planejamento e a forma de desembolso dos recursos referentes às ações pactuadas na PPI, de forma a garantir a oferta das ações e serviços acordados (CEAP, 2009).

3.3 **As diretrizes da gestão regionalizada do SUS e a Política Nacional de Saúde Bucal na média complexidade**

Neste segmento do presente capítulo, serão apresentadas as normas e diretrizes da NOAS e do Pacto pela Saúde de 2006 voltadas para a atenção em média complexidade no contexto da regionalização. Será feita uma correlação dessas orientações frente àquelas feitas pela Política Nacional e Saúde Bucal (PNSB) neste nível de atenção.

A edição da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) ocorreu em 2004 – portanto, no período de vigência da NOAS 01/02. Atualmente, sua implantação ocorre no contexto do Pacto pela Saúde de 2006.

No que diz respeito ao planejamento das ações e serviços em saúde bucal no contexto da regionalização, as diretrizes da PNSB convergem com o definido na NOAS 01/02 e estão adequadas ao definido nas diretrizes do Pacto de Gestão[44]. No âmbito da atenção básica, a PNSB ratifica o definido nas NOAS e no Pacto pela Saúde de 2006, e estabelece a

[44] O Pacto de Gestão compõe a série *Pactos pela Saúde* de 2006 e está presente no volume 1.

incorporação da Saúde da Família como uma estratégia fundamental na reorganização da atenção básica em saúde bucal.

A PNSB define também a importância de "assegurar cuidados complementares na atenção básica, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização de cada estado", como forma de assegurar o planejamento da média complexidade. Neste sentido, estabelece a expansão da oferta deste nível de atenção através da estratégia de implantação de Centros de Especialidades[45] e de viabilizar a oferta de próteses dentárias na atenção básica, expandindo esse tipo de acesso. O documento define que os Centros de Especialidades Odontológicas "serão unidades de referência para as equipes de Saúde Bucal da atenção básica, sempre integrados ao processo de planejamento loco-regional", o que identifica sua consonância com o proposto pela então norma vigente do SUS e com o atual Pacto de Gestão.

Após a publicação desse documento, uma sequência de portarias normatizou a oferta de ações especializadas em saúde bucal. Nesse contexto, as portarias normativas da PNSB[46] definiram que as unidades de saúde que propuserem a habilitação como CEO e/ou LRPD devem ser referência para o próprio município, região ou microrregião de saúde, de acordo com PDR. Além disso, a proposta de implantação de um CEO ou LRPD deve ser encaminhada pelo gestor municipal à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que informará o município e a(s) Unidade(s) de Saúde aprovada(s) ao Departamento de Atenção Básica – Área de Saúde Bucal, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS).

No que diz respeito aos CEOs, a proposta deve identificar sua área de abrangência, indicando para qual município, região ou microrregião a unidade é referência, mencionando, inclusive, a população coberta. Essas normatizações indicam total convergência com as diretrizes da regionalização já definidas pela NOAS, e ainda com mais afinidade, com o definido no Pacto de 2006, conforme visto ao longo do presente trabalho. Vale lembrar que o Pacto de Gestão ratifica o PDR como instrumento de gestão no âmbito regional, dando ênfase à importância de sua atualização.

No tocante ao planejamento do perfil da assistência, a NOAS 01/02 apresentava uma seleção de serviços de assistência referentes ao primeiro nível de referência de média complexidade, dentre os quais "algumas ações odontológicas especializadas". Esses serviços estão contemplados no rol de procedimentos ofertados nos CEOs e definidos nas portarias

---

[45] No documento *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal,* os Centros de Especialidades Odontológicas foram então denominados CREO (Centros de Referência de Especialidades Odontológicas). Com a edição da Portaria nº 1.570, de 29 de julho de 2004, esses centros passaram a ser denominados Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

[46] As seguintes portarias normatizaram as diretrizes da PNSB: Portarias GM/MS nº 1.570 (29/07/04); nº 1.063 (04/07/2005) e nº 599 (23/03/2006).

normativas da PNSB. O Pacto pela Saúde, fortalecido pela introdução e atualização de instrumentos de gestão, define que os gestores locais organizados devem estabelecer o corte da oferta do primeiro nível da média complexidade, onde se inserem as ações de saúde bucal.

Ademais, o Pacto pela Saúde de 2006 chama a atenção para a importância da necessidade da pactuação entre os gestores do conjunto de responsabilidades não compartilhadas e das ações complementares, dentre as quais se encontram aquelas voltadas para a média complexidade em saúde bucal (BRASIL, 2006c).

A partir das definições normativas acima citadas, podemos inferir que é alto o grau de convergência entre as diretrizes da PNSB e aquelas das políticas de saúde do MS, no que tange ao planejamento da oferta da média complexidade em saúde bucal no âmbito da regionalização.

Analisando mais especificamente o Pacto pela Saúde, outras duas questões relacionadas ao planejamento da média complexidade merecem destaque frente às definições da PNSB. Estas questões estão voltadas para a incorporação dos *princípios da economia de escala e de escopo na oferta de recursos tecnológicos e recursos humanos especializados*, e a *inter-relação entre a atenção básica e a média complexidade.*

No tocante à primeira questão, o volume 1 da série Pactos destaca que, dentre os objetivos da regionalização, está a garantia do "acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal". O volume 3 da mesma série, relativo à regionalização, ratifica a necessidade da garantia do acesso às ações de saúde de maior complexidade a partir dos princípios da economia de escala, otimizando a aplicação dos recursos, sobretudo nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

O volume 5 destaca, no tocante à definição do escopo da média complexidade, a importância de se levar em conta a imensidão de municípios brasileiros de pequeno porte. Nesses locais não há viabilidade técnica e econômica para a alocação de muitos tipos de equipamentos sanitários, uma vez que tais recursos podem estar ligados a tecnologias que necessitam escalas econômicas mínimas para se justificarem. Daí a importância de se definir o que e onde ofertar serviços de maior complexidade.

Os gestores locais, fortalecidos pelos instrumentos de gestão regionalizada ofertados pelo pacto, devem considerar esses princípios por ocasião do planejamento da oferta de atenção à saúde bucal na média complexidade. Assim, a seguir destacaremos algumas questões definidas pelas portarias normativas da PNSB relativas à oferta de equipamentos e recursos humanos no âmbito dos CEOs e LRPDs.

As portarias normativas da PNSB oferecem o rol de *atividades, equipamentos e materiais, recursos humanos* e "outros recursos" a serem oferecidos em cada tipo de CEO, e também esse tipo de informações voltadas para os LRPDs. A lista desses recursos pode ser vista no Anexo C deste trabalho[47].

No tocante às *atividades* aos *recursos humanos* oferecidos no âmbito dos CEOs, vale destacar que estes representam a oferta de cinco especialidades odontológicas. Ainda que a normatização oferecida pelas portarias pertinentes não exija que estas ações sejam executadas por um profissional especialista, a presença do profissional com formação específica para tal fim pode oferecer maior segurança e agilidade, contribuindo para uma melhor relação custo-benefício. Ademais, uma possível restrição na disponibilidade de tais profissionais, de acordo com a localidade de implantação do CEO ou LRPD, sobretudo fora dos centros urbanos e capitais, é mais uma razão para o planejamento regionalizado desta oferta.

No que diz respeito ao pessoal auxiliar, é válido lembrar que as portarias normativas da PNSB estabelecem a exigência de um auxiliar de consultório dentário[48] para cada equipo odontológico presente nos CEOs.

Tal exigência oferece um desafio para o gestor no que tange à oferta deste tipo de profissional fora das capitais. A Associação de Odontologia de Minas Gerais (ABO-MG) lembra que apenas em 2008 a Lei Federal nº 11.889, de 24 de dezembro, proporcionou o reconhecimento legal dos profissionais "auxiliar de saúde bucal" e "técnico de saúde bucal". Segundo essa entidade, o adiamento da regulamentação profissional ocorreu ao longo de várias gestões governamentais, em função da escassez de escolas para formação e titulação desses profissionais, sobretudo nos municípios de médio e pequeno porte. Sendo assim, essa questão não deve ser negligenciada pelos gestores ao longo do planejamento da oferta de CEOs.

No tocante aos *equipamentos e materiais,* os documentos normativos da PNSB definem um rol dos recursos que devem ser oferecidos em todos os CEOS. Dentre os equipamentos, têm destaque os aparelhos de raios x, os equipos odontológicos, os amalgamadores e os fotopolimerizadores, além de instrumental específico de endodontia e periodontia. Esses equipamentos, além de onerosos, implicam manutenção especializada permanente.

---

[47] O rol de atividades, equipamentos e materiais, recursos humanos e "outros recursos"citados neste parágrafo podem ser vistos no resumo da portaria GM/MS nº 1.570, de 29 de julho de 2004, descrito no Anexo 3, item 3.2 deste trabalho.

[48]Em resolução do Conselho Federal de Odontologia (CFO), de nº 85/2009, os termos THD (técnico de higiene dental) e ACD (auxiliar de consultório dentário) passam a ser denominados TSB (técnico em saúde bucal) e ASB (auxiliar de saúde bucal).

Além disso, a normatização específica estabeleceu metas a serem cumpridas em volume de procedimentos especializados. Esses procedimentos mensais mínimos serão monitorados por meio dos Sistemas de Informação do SUS, e seu cumprimento é exigido para a manutenção dos incentivos de custeio para os CEOs. Isso indica a preocupação do MS em otimizar o uso desses recursos, incorporando a lógica da economia de escala. Desta forma, podemos inferir que as atividades oferecidas no âmbito dos CEOs e LRPDs exigem um grupo de recursos de maior complexidade e especificidade e, portanto, de maior custo de aquisição e manutenção.

No tocante à *integração da atenção básica com o a média complexidade*, o volume 5 da série de publicações do pacto reconhece que a organização atual da assistência no Brasil é marcada ainda pela organização, de forma autônoma, de consultas especializadas, sendo pouco sensível às demandas oriundas da atenção básica.

Tendo em vista que os CEOs constituem locais de referência em atenção especializada, é fundamental que o gestor local considere os possíveis obstáculos ao longo do processo de gestão destas unidades em seus territórios.

Todos esses aspectos são fundamentais no processo de planejamento e oferta da atenção em média complexidade em saúde bucal no contexto do Pacto pela Saúde de 2006. Assim, destaca-se a importância da articulação intermunicipal, sob a mediação do estado e das instâncias deliberativas no âmbito regional, para uma oferta resolutiva, permanente e economicamente viável, capaz de atender às necessidades da população em relação à atenção em saúde bucal, e contribuir para a consolidação da PNSB.

3.4 **A situação atual dos PDRs, PES e CGRs dos estados e o planejamento da média complexidade no interior da PNSB**

A edição da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004, deu início à oferta da média complexidade em saúde bucal baseada fundamentalmente na implantação de CEOs e LRPDs de forma regionalizada nos estados. Desde então, a observação, por parte dos gestores e das instâncias deliberativas do SUS (CIBs e CGRs), acerca dos instrumentos da gestão regionalizada, se faz necessária para o planejamento desta oferta. Isso deve ocorrer não apenas para o cumprimento das normas vigentes do sistema de saúde do país, mas, sobretudo, como um importante recurso de planejamento nesta área de atenção.

Ademais, vale lembrar que as portarias que normatizaram as diretrizes da PNSB definem que a proposta de implantação de unidades tipo CEO e LRPD deve apresentar coerência com o PDR do estado, devendo ser referência para o próprio município, região ou microrregião de saúde. Por outro lado, não há limites ao número de unidades a serem implantadas nos territórios, sendo esta uma definição de acordo com a visão do gestor frente à demanda da população, tendo como limite apenas a disponibilidade financeira do MS.[49]

Entretanto, no âmbito da gestão regionalizada do SUS, desde o início da década atual, o PDR vem se consolidando como um instrumento fundamental para o planejamento da assistência em todas as áreas de atenção à saúde. Esse instrumento deve expressar o desenho das regiões de saúde nos estados e apresentar a identificação de todos os municípios nas regiões de saúde e dos fluxos de referência das ações e serviços pactuados (BRASIL, 2006).

O PDR, enquanto produto da articulação entre os gestores municipais e estaduais, configura um instrumento-chave no planejamento da oferta da média complexidade, onde se insere também a área de saúde bucal.

A partir da edição do Pacto, a instituição dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) expressou mais um esforço do MS no sentido de aprimorar a gestão regionalizada da saúde no SUS. Os CGRs constituem instâncias inovadoras de cogestão das regiões de saúde definidas no respectivo PDR (BRASIL, 2009g). Por contarem com a representação estadual e dos municípios das regiões de saúde e funcionamento estável, os CGRs são potencialmente capazes de manter um canal permanente de negociação e decisão intergovernamental, podendo vir a desempenhar papel fundamental na governança regional (VIANA, et al., 2010).

O Plano Estadual de Saúde (PES) é o documento que expressa as necessidades e prioridades em saúde no âmbito estadual, apresentando as diretrizes e os resultados desejados no período de quatro anos. Assim, o PES, que é a expressão das intenções dos gestores da saúde, deve contemplar todas as áreas da atenção, inclusive a saúde bucal. Considerando que a oferta da média complexidade deve ser mediada pelo ente estadual, esse documento foi escolhido para complementar as informações buscadas pela presente pesquisa.

Tomando por base os referenciais normativos acima, apresentamos nesta seção, esquematicamente, um panorama dos PDRs, e CGRs e PES dos 27 estados da federação.

---

[49] Vale lembrar que, até a vigência da Portaria n º 1.063, de 4 de julho de 2005, no caso específico dos LRPDs, o número de unidades que poderiam se credenciar por Região de Saúde era de um a cada grupo de 100 mil habitantes, podendo credenciar-se um outro LRPD caso este esteja instalado em um CEO.A Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006, liberou a vinculação a uma base populacional para a implantação de um LRPD.A Portaria 2.373, de 7 de outubro de 2009, introduz mais uma inovação no tocante ao credenciamento dos LRPDs: isenta o gestou pleiteante da submissão desta proposta à CIB, devendo ser encaminhada diretamente a Área Técnica de Saúde Bucal – Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Atenção à Saúde.

Nessa perspectiva de análise, daremos destaque à menção à oferta de saúde bucal na média complexidade. Esta análise pretende propiciar o debate acerca do grau de convergência entre o definido nos PDRs e a real distribuição dessas unidades no território brasileiro, o que será apresentado no capítulo 4 desta tese.

A pesquisa apresentada a seguir identifica para cada estado a disponibilidade dos documentos PDR e do PES mais recentes, e a menção à oferta da atenção à saúde bucal na média complexidade nesses documentos. Em caso positivo à resposta a essa questão, a pesquisa descreve todas as informações acerca dessa oferta, com destaque para sua distribuição nas regiões sanitárias. Foi também destacado para todos os estados o ano de instituição do CGR. Em caso de alterações do CGR frente ao PDR, essas foram destacadas.

1. Acre

PDR: 2003: o MS informa que, em 2009, uma resolução da CIB aprovou a constituição dos CGRs, com a definição de três regiões de saúde.

Consta oferta da atenção à saúde bucal na média complexidade no PDR? Sim. Em duas microrregiões de saúde.

PES: 2008-2011: o PES do Acre apresenta, na primeira parte, uma análise epidemiológica das condições de saúde da população, destacando os aspectos demográficos, socioeconômicos e os determinantes e condicionantes da saúde no estado.

O referido documento apresenta, em seguida, uma seção relacionada a diretrizes e metas em saúde para o período 2008-2011. Neste segmento, que estabelece diretrizes para a atenção à saúde, o PES destaca a “realização de ações que garantam a saúde bucal nos aspectos preventivos e curativos”, cuja meta é a cobertura de 10% da população. Além disso, dentre as referidas diretrizes, consta ainda a “realização de ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar no estado, tendo como meta a cobertura em 100% dos municípios”.

O PES do Acre apresenta ainda uma seção voltada para programas específicos, dentre os quais o Programa de Saúde Bucal. Neste segmento, estabelece como diretriz fundamental para a atenção especializada a implantação de CEOs e LRPDs no estado.

CGR: 2010: instituiu três CGRs; acrescentou mais uma divisão ao desenho básico das microrregiões do PDR de 2003.

2. Alagoas

PDR: 2002: o MS informa que, em 2007, houve atualização do PDR, através de resolução da CIB, aprovando a constituição dos CGRs, mantendo-se cinco regiões.

Consta oferta da atenção à SB na média complexidade no PDR?

Segundo o PDR de Alagoas, os municípios-sede de região, para se caracterizarem como tal, necessitam implementar serviços de média e alta complexidade, dentre as quais constam ações especializadas de odontologia.

O referido PDR informa que a oferta de ações especializadas em odontologia referentes ao definido na NOAS constantes no PAB ampliado ocorre em 27 municípios, e a oferta de ações especializadas em odontologia incluídas no primeiro nível da média complexidade ocorre em cinco municípios, porém não especifica os detalhes da distribuição da oferta dessas ações no interior das regiões.

PES: 2008-2011: a Secretaria de Estado de Saúde de Alagoas disponibiliza em seu *site* o documento "Plano Avança Saúde: Desenvolvimento com Bem-Estar Social: 2008-2011". Definido como um "instrumento de planejamento estratégico do governo estadual", o documento representa as prioridades do PES 2008-2011.

O Plano Avança Saúde define, dentre seus eixos estratégicos, a expansão da atenção especializada, mas o documento não especifica as ações em saúde bucal na média complexidade.

CGR: 2007: mantém as regiões de saúde do PDR.

3. Amapá

PDR: 2002: o MS informa que, em 2008, houve atualização do PDR, através de resolução da CIB, instituindo a constituição dos CGRs, mantendo-se três regiões.

Consta atenção à SB média complexidade no PDR? Não.

O referido PDR estabelece que a oferta da atenção básica e do primeiro nível da média complexidade (onde se inserem as ações especializadas em saúde bucal) ocorre no interior da microrregião ou do módulo assistencial. No entanto, na seção onde descreve a disponibilidade de serviços por região, não constam ações de saúde bucal na média complexidade.

PES: indisponível nas bases pesquisadas.

CGR: 2009: instituiu os CGRs, mantendo a divisão regional do PDR.

4. Amazonas

PDR: 2003: o MS informa que, em 2010, houve atualização do PDR, por resolução da CIB/AM, aprovando a constituição de CGR nas sete regiões de saúde, indicando o novo desenho regional.

Consta atenção à SB média complexidade no PDR? Não. O PDR apresenta, além do desenho das regiões, um panorama social, populacional e sanitário do estado. O PDR do Amazonas esclarece que as ações compreendidas dentro do primeiro nível da média complexidade (onde se incluem as ações especializadas em saúde bucal) devem ser oferecidas no interior do módulo assistencial.

PES: indisponível nas bases pesquisadas.

CGR: 2010: institui sete CGRs, diferentes das regiões instituídas pelo PDR de 2003.

5. Bahia

PDR: 2008: o MS informa que, ainda em 2008, através de resolução da CIB, foi aprovada a constituição dos CGRs, com a definição de 28 regiões de saúde.

Consta atenção à SB média complexidade no PDR? Não. Consta apenas o desenho das regiões sanitárias.

PES: 2004-2007: apresenta um panorama da situação de saúde no estado e menciona que a oferta do primeiro nível da média complexidade deverá ocorrer no interior do módulo assistencial. Nesse contexto o PES cita, dentre outras ações deste nível as ações de endodontia, especialidade ofertada no âmbito dos CEOs.

CGR: 2008: instituiu 28 CGRs compatíveis com as microrregiões do PDR de 2008.

6. Ceará

PDR: 2006: o MS informa que, em 2008, houve atualização do PDR, através de ofício da CIB que aprovou a constituição dos CGRs, mantendo-se 22 regiões de saúde.

Consta atenção à SB média complexidade no PDR? Sim, em 16 regiões. O PDR descreve a localização municipal das unidades e os municipios que devem encaminhar as referência.

PES: 2007-2010: apresenta um panorama de saúde do estado e faz menção à atenção especializada em saúde bucal; destaca o avanço desta área de atenção com a construção de

CEOs. O documento menciona as reformas realizadas nos três CEOs, no período de 2003 a 2006, com investimentos do Tesouro do Estado. O referido PES afirma o compromisso do governo em "avançar na descentralização e na atenção integral em odontologia, aproveitando as janelas de oportunidade e o conhecimento da situação de saúde bucal dos cearenses".

O PES do Ceará oferece dados epidemiológicos do estado, indicando as faixas etárias mais prevalentes para as principais doenças bucais. O documento afirma a existência de uma política estruturada voltada para a saúde bucal no âmbito microrregional, que se expressa pelo acesso dos cidadãos a tratamentos especializados. Informa a intenção de construção e equipamento de mais 16 centros até 2011, com a perspectiva de "controlar a incidência/prevalência das doenças bucais, reduzir/limitar os danos causados e reabilitar a saúde bucal dos cerenses".

Em relação às unidades CEO, este PES afirma que essas unidades garantiram uma atenção odontológica no nível secundário organizada e de qualidade, ofertando procedimentos de média complexidade, sendo referência para a população das respectivas microrregiões.

CGR: 2007: instituiu 22 CGRs compatíveis com as regiões de saúde definidas no PDR.

7. Distrito Federal

PDR: 2007: o MS informa que não foram enviadas atualizações posteriores.

Consta atenção à SB média complexidade no PDR? Sim, e indica a distribuição no âmbito das nas regiões intramunicipais.

PES: não disponível.

CGR: o MS informa que a constituição de CGR na modalidade intraestadual não se aplica ao Distrito Federal.

8. Espírito Santo

PDR: 2003: o MS informa que, em 2007, houve atualização do PDR através de resolução da CIB que aprovou a constituição dos CGRs, mantendo-se oito regiões de saúde.

Consta atenção à SB média complexidade no PDR? Não.

PES: 2008. O PES não oferece informações sobre saúde bucal na média complexidade.

O PDR e o PES do Espírito Santo expressam apenas o diagnóstico da situação de saúde do estado e da rede assistencial. Apresentam dados epidemiológicos. Como meta para

2011, o PES estabeleceu “institucionalizar espaços de planejamento macro e microrregionais” bem como “revisar de forma ascendente o PPI, PDI e PDR”, e “elaborar 8 planos microrregionais e 3 macrorregionais anualmente”.

CGR 2008: instituiu 8 CGRs, que mantiveram a composição das microrregiões definidas no PDR, com exceção do CGR Vila Velha/Venda Nova do Imigrante, que é compatível com a microrregião com o mesmo nome do PDR, mas incorporou o município de Ibatiba.

9. Goiás

PDR: 2004: o MS informa que, em 2007, houve atualização do PDR, por várias resoluções CIB que aprovaram a constituição dos CGRs, mantendo-se 16 regiões de saúde.

Consta atenção à SB média complexidade no PDR? Sim. Distribuição de “serviços especializados em odontologia” em todas as macrorregiões, indicando a localização municipal desta oferta.

PES:2008-2011: apresenta um diagnóstico situacional da saúde no estado e descreve sua rede assistencial. No tocante à saúde bucal, na seção relativa aos “Problemas Priorizados”, o documento destaca a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária neste nível de atenção, comprometendo, em consequência, o estabelecimento de adequado sistema de referência e contrarreferência em saúde bucal.

O documento destaca ainda o número insuficiente de profissionais cirurgiões dentistas no serviço público, predominantemente concentrados na capital. Por fim, o PES de Goiás destaca que o modelo de atenção à saúde bucal no estado se apresenta ainda centrado nas ações curativas, desprovido de visão interdisciplinar, apresentando número elevado de exodontias, o que se expressa em altos índices de necessidades de reabilitação em prótese.

CGR: não informa ano de atualização; mantém a divisão conforme PDR.

10. Maranhão:

PDR: indisponível.

PES: indisponível.

CGR: indisponível.

A Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão não conta com *site* próprio. No *site* do MS não consta CGR para este estado. O MS informa que o estado não enviou o PDR e que

dispõe apenas da divisão regional, que equivale às 32 regiões de planejamento criadas em Lei Estadual de 2007 (Lei Complementar nº 108, de 21/11/2007), não constando aprovação da CIB. O documento está disponível apenas na versão impressa. O estado ainda não constituiu CGR.

11. Mato Grosso

PDR: 2005: o MS informa que, em 2010, houve atualização do PDR, através de ofício da Secretaria de Saúde do estado, mantendo-se as 14 regiões de saúde.

Consta atenção à SB média complexidade no PDR? Sim. Em três microrregiões da região norte de saúde consta a oferta de ações especializadas em odontologia.

PES: 2008-2011: apresenta um diagnóstico situacional da saúde no estado, mas não faz menção à área de saúde bucal no âmbito da média complexidade.

CGR: 2010: institui 14 CGR, mantendo as 14 microrregiões do PDR.

12. Mato Grosso do Sul

PDR: 2007: o MS informa que, em 2007, resolução da CIB aprovou a implantação dos CGRs nas macrorregiões, definindo-se como três o número de regiões de saúde.

Consta atenção à SB média complexidade no PDR? Não, o PDR se resume ao desenho das regiões sanitárias.

PES: indisponível nas bases pesquisadas.

CGR: 2007: institui três CGRs compatíveis com as três macrorregiões definidas no PDR.

13. Minas Gerais

PDR: 2008: o MS informa que, em 2010, houve a atualização do PDR por meio de ofício da Secretaria de Saúde, que informa a ampliação de 75 para 76 CGRs, conforme definição das 76 regiões de saúde.

Consta atenção à SB média complexidade no PDR? Não, pois se resume a um desenho das regiões sanitárias.

PES: o estado de Minas Gerais conta com um PES voltado para o quadriênio de 2008 a 2011. Nesse documento, a saúde bucal, dentre outras áreas da saúde, é destacada na seção

“outros programas e iniciativa”, no tópico “Atenção à Saúde”. No entanto, o PES se limita a destacar a importância de promover a saúde bucal no sentido de “satisfazer as necessidades existentes dentro do melhor encaminhamento”. Este documento não estabelece metas ou diretrizes para a distribuição regional das unidades nem discrimina as propostas para atenção básica e média complexidade.

CGR: indisponível no sítio eletrônico do MS.

14. Pará

PDR: 2001: o MS informa que, em 2009, houve atualização através de resolução da CIB/PA, que definiu 19 regiões de saúde.

Consta atenção à SB média complexidade no PDR? Não. O PDR é uma descrição dos instrumentos de gestão do SUS a partir da NOAS, define as bases legais voltadas para a sua elaboração e oferece o desenho das regiões sanitárias.

PES: Não disponível. O *site* da Secretaria Estadual de Saúde do Pará disponibiliza apenas o *link* para 13 Centros Regionais de Saúde, nos quais apenas lista os municípios pertencentes.

CGR: 2009: alterou o desenho do PDR, instituindo 19 CGRs.

15. Paraná

PDR: 2009: o documento, disponível no sítio eletrônico da Secretaria de Estado de Saúde, é mais atualizado que aquele presente no respectivo *link* do MS. Este documento definiu 52 microrregiões; 22 regiões de saúde; 6 macrorregiões; e 2 polos estaduais.

Consta atenção à SB média complexidade no PDR? Sim, o PDR descreve a distribuição dos CEOs no estado, por microrregião. Esta oferta ocorre em todas as macrorregiões, em 18 regiões e 28 microrregiões. O PDR define que o conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade, como primeiro nível de referência intermunicipal, deve ser ofertado no interior das microrregiões.

PES: 2008-2011: o PES oferece um diagnóstico situacional do estado, define as diretrizes da gestão em saúde e destaca os compromissos prioritários do estado para a saúde. Dentre o elenco de compromissos prioritários, o PES estabelece o fortalecimento da Política de Saúde Bucal. No entanto, o documento não delineia diretrizes para esta área de atenção, não discriminando os diferentes níveis de complexidade nesta oferta.

CGR: 2006: instituiu 22 CGRs compatíveis com as 22 regiões de saúde do PDR, apenas alterando o nome da região de Curitiba para Metropolitana.

16. Paraíba

PDR: 2008: o documento, disponível no sítio eletrônico da Secretaria de Estado de Saúde, é mais atualizado que aquele presente no respectivo *link* do MS. Esse documento definiu quatro macrorregiões de saúde, 12 gerências regionais de saúde e 25 regiões de saúde.

Consta atenção à SB média complexidade no PDR? Não. O PDR oferece as bases legais e normativas para a regionalização no estado com base nos princípios do Pacto de 2006, descreve a rede assistencial e institui 25 Colegiados de Gestão Regional compatíveis com as regiões de saúde, dentre outras informações. No entanto, não descreve a distribuição da assistência de serviços especializados.

PES: indisponível nas bases pesquisadas.

CGR: 2008: instituiu 25 CRGs compatíveis com as regiões de saúde do PDR, alterando apenas o nome de uma delas: Terra de Maringá (em lugar da região de Pombal do PDR, mantendo a mesma composição dos municípios).

17. Pernambuco

PDR: 2006: o MS informa que, em 2008, houve atualização do PDR por resolução CIB que aprovou a constituição dos CGRs, definindo 11 regiões de saúde.

Consta atenção à SB média complexidade no PDR? Não. O PDR dá as bases legais da regionalização e define as regiões sanitárias e os municípios pertencentes. O *site* da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco disponibiliza o *link* para 11 Gerências Regionais de Saúde (GERES), que são equivalentes às microrregiões de saúde. Nesses *links e*ncontramos os municípios pertencentes e as unidades hospitalares presentes na referida GERES. Este PDR oferece, em anexo, um adendo com a proposta da 11ª microrregião de saúde (GERES), denominada Serra Talhada.

PES: 2008-2011: oferece uma seção relativa a análise situacional das condições de saúde da população e seus determinantes, além de destacar os aspectos relevantes do panorama da gestão da saúde no estado. Na segunda seção do documento, são destacadas as diretrizes e metas da saúde para o referido quadriênio. A saúde bucal tem destaque neste segmento, dentre as “intervenções específicas”. Assim, as diretrizes para esta área de atenção

no âmbito da média complexidade estão voltadas para a reorganização da oferta através, principalmente, da implantação de CEOs e LRPDs, além da implantação de novos sistemas de fluoretação da água de abastecimento da rede pública do estado.

Dentre as metas estabelecidas pelo referido PES para a área de saúde bucal, destacam-se: a implantação de coordenações regionais de saúde bucal nas 11 GERES; a implantação de CEOs por GERES; a avaliação anual dos serviços dos CEOs por GERES; a capacitação, nas GERES, para as equipes e gestores dos CEOs em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES; apoio técnico aos municípios, por GERES, na implantação de laboratórios para confecção de próteses dentárias.

CGR: 2008: instituiu 11 GERES equivalentes às 10 GERES do estado descritas no PDR e mais a 11ª GERES, mencionada no anexo do referido PDR.

18. Piauí

PDR: indisponível nas bases pesquisadas. O MS informa que o PDR é do ano de 2003, com definição de 11 regiões de saúde e está disponível apenas na versão impressa. Em 2008, o estado implantou CGR, através de resolução CIB, apenas em duas regiões de saúde. Em 2009 foram constituídos mais nove CGRs, através de resolução da CIB, totalizando as 11 regiões de saúde.

O *site* da Secretaria Estadual de Saúde desse estado ainda disponibiliza *links* para 17 Gerências Regionais de Saúde (GERES). O sítio eletrônico informa que os municípios-sede das macrorregiões apresentam capacidade resolutiva para as necessidades de saúde ambulatorial de média complexidade e para os procedimentos hospitalares de nível de complexidade I, II e III.

PES: indisponível nas bases pesquisadas.

CRG: 2009: altera o desenho das GERES do PDR, instituindo 11 CGRs.

19. Rio Grande do Norte

PDR: 2004: o MS informa que, em 2009, houve atualização do PDR, por deliberação CIB que aprovou a constituição dos CGRs, sendo definidas oito regiões de saúde.

Consta atenção à SB média complexidade no PDR? Não. No entanto, o PDR define para todos os municípios suas referências no interior dos módulos assistenciais e

microrregiões, de acordo com as diretrizes da NOAS. Nesse sentido, o referido PDR esclarece que a oferta da média complexidade deverá ocorrer no interior das microrregiões.

PES: indisponível nas bases pesquisadas.

CGR: 2009, instituiu oito CGRs, alterando o desenho do PDR.

20. Rio Grande do Sul

PDR: 2002: o MS informa que, em 2007, houve atualização do PDR, por resolução CIB que aprovou a constituição dos CGRs, mantendo-se 19 regiões de saúde.

Consta atenção à SB média complexidade no PDR? Sim. O PDR descreve a oferta de ações especializadas em odontologia, por regiões e microrregiões, mas não especifica os moldes dessa oferta. Isto pode estar relacionado ao fato de o ano de edição do PDR (2002) ser anterior ao de publicação da PNSB (2004).

PES: 2009-2011: além do diagnóstico situacional de saúde do estado e dados assistenciais, consta a Política Estadual de Saúde Bucal. As diretrizes desta política apontam para a implementação de ações de média complexidade através da implantação dos CEOs. Dentre as metas 2009-2011, o referido PES estabelece: implantar 50 CEOs e 12 LRPDs; realizar, no mínimo, um curso descentralizado por coordenadoria regional par formação de SB e TSB e realizar, no mínimo, um encontro de capacitação para trabalhadores de saúde bucal por Coordenadoria Regional.

CGR: 2007: institui 19 CRS, compatíveis com a divisão regional do PDR em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde.

21. Rio de Janeiro

PDR: 2001: o MS informa que, em 2009, houve atualização do PDR, por deliberação CIB que aprovou a constituição dos CGRs, mantendo-se nove regiões de saúde.

Consta atenção à SB média complexidade no PDR? Não. No interior dos módulos, esse PRD identifica os municípios de referência para a média complexidade I de acordo com a NOAS onde se inserem as ações de odontologia especializada.

PES: 2008-2011: destaca os problemas de saúde segundo uma análise situacional e apresenta as diretrizes e metas voltadas para a melhoria dos perfis de saúde existentes. Neste PES, a PNSB é destacada como a política norteadora da ampliação da atenção especializada no âmbito do SUS, através da implantação de CEOs e LRPDs. O referido documento, que foi

editado em 2008, informa que no Estado do Rio de Janeiro existiam 14 LRPDs e 46 CEOs na ocasião.

No referido PES, no tocante à saúde bucal especializada, é apresentada a meta de implantar 50 Centros de Especialidades Odontológicas, 10 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, além de implementar o atendimento odontológico para paciente hematológico e para pacientes portadores de necessidades especiais em 100% dos centros especializados em odontologia de referência regional.

A Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro disponibiliza também, através de seu *site* oficial, o documento "Saúde na Área: Caderno de Informações em Saúde do Estado do Rio de Janeiro". Este documento, datado de maio de 2009 e que leva em conta a mesma divisão por regiões de saúde definidas no PDR de 2000, foi elaborado com o objetivo de fomentar o planejamento de base regional. Assim, apresenta um conjunto de informações populacionais e sanitárias voltadas para dar a base para o processo de revisão do PDR no contexto da implantação do Pacto pela Saúde. O documento pretende ainda auxiliar na atualização da PPI da assistência à saúde.

CGR: 2009: instituiu nove CGRs compatíveis com as regiões definidas no PDR.

22. Rondônia

PDR: indisponível nas bases pesquisadas. O MS informa que o PDR é de 2006, com definição de seis regiões de saúde e está disponível apenas na versão impressa.

CGR: 2008: instituiu seis CGRs.

PES: indisponível nas bases pesquisadas.

23. Roraima

PDR: 2004: o MS informa que não foram enviadas atualizações posteriores. O estado conta com apenas uma microrregião (Roraima) e oito módulos assistenciais.

Consta atenção à SB média complexidade no PDR? Sim. O PDR descreve a oferta de "Odontologia-endodontia e outros especializados em odontologia" na única microrregião presente. No município-sede de São Luiz, o PDR informa que são ofertados todos os procedimentos do primeiro nível da média complexidade, onde se inserem os procedimentos especializados de saúde bucal.

PES: indisponível nas bases pesquisadas.

CGR: o MS informa que o estado ainda não constituiu CGR.

24. Santa Catarina

PDR: 2008: o MS informa que, em 2009, em ofício da CIB/SC houve a constituição de 16 CGRs, resultantes de ajustes ao atual desenho regional com 21 regiões de saúde.

Consta atenção à SB média complexidade no PDR? Sim. Os CEOs do estado são descritos no PDR, e estão presentes em todas as oito macrorregiões e em 17 (das 19) regiões de saúde. Algumas regiões contam com esses serviços em mais de um município. O PDR conta com uma seção denominada Rede Estadual de Assistência Especializada em Serviços Odontológicos, que oferece um quadro síntese com todos os CEOs disponíveis no estado e suas respectivas referências intermunicipais.

PES: 2006: apresenta uma análise situacional da saúde e da rede assistencial do estado. O documento, no tópico Análise em Relação às Condições de Saúde, dedica uma seção à área de saúde bucal, na qual são oferecidos alguns dados epidemiológicos municipais do estado e é descrita a rede assistencial de atenção básica no âmbito estadual, bem como são oferecidos dados de fluoretação das águas.

No tocante à oferta de atenção especializada em saúde bucal, o PES destaca que do total de procedimentos nessa área de atenção, 5% foram de atenção especializada. Informa também que o déficit nesse tipo de oferta é ainda de 6,4%, inferior ao déficit da atenção básica em saúde bucal.

O PES destaca ainda que o estado foi contemplado com recursos para implantação de 47 CEOs, “os quais serão alocados nas macrorregiões seguindo critérios populacionais, déficit de cobertura nas especialidades e proximidade espacial”.

CGR: 2009: institui 16 CGRs, alternado o desenho do PDR.

25. São Paulo

PDR: 2008: este é o documento mais atualizado deste estado, e definiu 64 Regiões de Saúde com os respectivos CGRs, 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), compatíveis com macrorregiões e suas respectivas Comissões Inter-regiões de Saúde. Dos 645 municípios

do estado de São Paulo, 643 compõem os 64 CGRs. Dois municípios, São Paulo e Guarulhos, não fazem parte destes colegiados, de acordo com a base de dados consultada.

Consta atenção à SB média complexidade no PDR? Não, o PDR mostra o panorama sanitário do estado e aponta as diretrizes da política estadual de saúde em consonância com o Pacto de 2006.

PES: indisponível nas bases pesquisadas.

CGR: 2007: instituiu também 64 CGRs, o mesmo número de regiões de saúde definido no PDR. No entanto, como as denominações são diferentes e no PDR não são discriminados os municípios pertencentes às regiões de saúde, é provável, mesmo não sendo possível afirmar, que os CGRs mantiveram a composição das regiões de saúde do PDR.

26. Sergipe

PDR: o MS informa que o PDR é de 2002, com definição de sete regiões de saúde, e está disponível apenas na versão impressa. Em 2009 houve atualização do PDR, e foi aprovada a constituição dos CGRs, mantendo-se sete regiões de saúde. Não foi possível obter o documento através das bases de dados consultadas.

PES: indisponível.

CGR: 2009: instituiu sete regiões de saúde.

27. Tocantins:

PDR: 2002: o MS informa que, em 2008, houve atualização do PDR e a constituição dos CGRs, definindo-se 15 regiões de saúde.

Consta atenção à SB média complexidade no PDR? Sim, ações especializadas em odontologia são oferecidas em três (das seis) microrregiões de saúde, segundo o PDR.

PES: indisponível.

CGR: 2007: alterou o desenho do PDR de 2002, equiparando-o com o de 2008 (indisponível); foram instituídos 15 CGRs.

De acordo com a metodologia empregada, dos 27 estados da federação, três (ou 11%) não disponibilizam seus PDRs nas bases de dados pesquisadas (Rondônia, Sergipe e Maranhão). Dos estados cujos PDRs estão disponíveis, 11, ou seja, aproximadamente 40% do total (Acre, Alagoas, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Paraná, Rio Grande do Sul, Roraima, Santa Catarina e Tocantins) mencionam a oferta de atenção especializada em saúde

bucal no seu PDR mais atualizado. Destes, cinco estados (Acre, Ceará, Goiás, Rio Grande do Sul e Santa Catarina), aproximadamente 18% do total, mencionam esta oferta tanto no PDR com nos respectivos PES, indicando a princípio um comprometimento maior com o planejamento dessa oferta no âmbito estadual.

Portanto, os dados relativos aos 16 estados restantes, que expressam 60% do total do país, não permitem identificar um engajamento dos mesmos com a oferta de atenção especializada em saúde bucal na ótica regionalizada. Esse dado converge com a observação de que, no Brasil, a regionalização ganha destaque de modo relativamente recente no cenário da política nacional de saúde, resultado do atraso na implementação de estratégias efetivas nesse sentido (VIANA et al., 2010).

No tocante especificamente aos PES, em 14 estados (em torno de 51%) esses documentos não foram acessados pela metodologia empregada na pesquisa. Dos 13 PES investigados, em três deles (Bahia, Pernambuco e Rio de Janeiro, cerca de 11% do total), mencionam a oferta da média complexidade em saúde bucal apenas no PES, porém não o fazem nos respectivos PDRs. Podemos sugerir que estes estados são potencialmente comprometidos com essa oferta em âmbito regional, uma vez que expressam a intenção nos PES.

Dos 27 estados, 4 não disponibilizaram seus PDRs nas bases de dados pesquisadas (Maranhão, Piauí, Rondônia e Sergipe). Dos 23 restantes, cujos PDRs foram localizados, 12 (Amapá, Amazonas, Bahia, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro e São Paulo), que expressam aproximadamente 44% do total do país, não mencionam a oferta de saúde bucal especializada no seu PDR, indicando pouco compromisso no uso deste instrumento da gestão regionalizada no tocante a esta oferta.

No que se refere à instituição de CGRs, o MS informa que até outubro de 2010 foram constituídos 418 CGRs em 25 estados, integrando 5.330 municípios. Este dado expressa o avanço desse instrumento de gestão, através da incorporação pelos gestores da nova possibilidade de articulação regional.

A presente pesquisa encontrou 24 estados com seus CGRs instituídos de acordo com a base de dados do MS. Dos três estados que não constam dessa lista, vale destacar que o Distrito Federal não se aplica à modalidade de CGR intraestadual presente nos demais estados da federação. Os outros estados – Maranhão e Roraima – ainda não instituíram estas instâncias, segundo o MS.

Assim, 85% dos estados brasileiros constituíram Colegiados de Gestão Regional até dezembro de 2010. Destes, sete, ou seja, 26% do total do país, alteraram o desenho oferecido pelos respectivos PDRs para a constituição dos CGRs.

O capítulo a seguir apresenta os resultados da distribuição, por municípios, das unidades CEO e LRPD implantadas até setembro de 2010 nos 27 estados do país. Essa distribuição será cotejada com a presente descrição acerca dos conteúdos dos PDRs e PES, mediante a oferta de ações especializadas em saúde bucal. Pretende-se com isso verificar em que medida há convergência entre o definido nos referidos documentos de gestão regional e a distribuição da oferta da média complexidade em saúde bucal no panorama da regionalização em curso no âmbito do SUS.

4 A DISTRIBUIÇÃO DA OFERTA DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO ÂMBITO DA PNSB: UM PANORAMA DO BRASIL E DOS ESTADOS BRASILEIROS

4.1 Apresentação dos resultados para o país

Neste segmento apresentamos os dados para o país relativos à oferta atenção básica em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família e de atenção especializada em saúde bucal nos moldes da PNSB de acordo com os critérios explicitados na metodologia deste trabalho.

No tocante a atenção básica em âmbito nacional, o gráfico 1 a seguir representa o universo dos municípios brasileiros, indicando a proporção daqueles que contavam com ao menos uma ESB implantada em setembro de 2010.

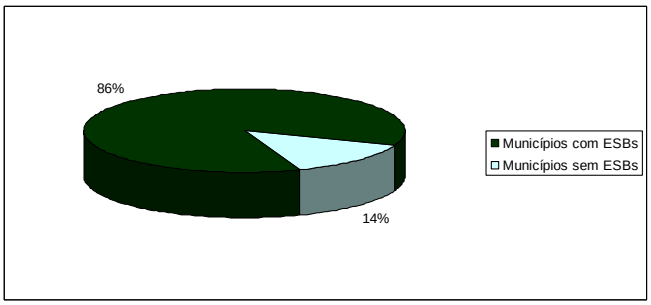

Gráfico 1 - Proporção de municípios com ESBs no universo dos municípios brasileiros em setembro de 2010.

A seguir o gráfico 2 indica a relação entre o número mínimo de ESBs para a cobertura da população do país, em setembro de 2010, considerando ao parâmetros normativos selecionados na metodologia deste trabalho, e o o número de ESBs efetivamente implantadas no país neste mês e ano.

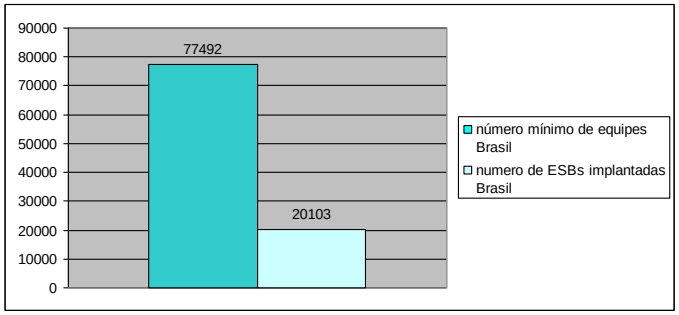

Gráfico 2- Número mínimo de ESBs para a população brasileira (DAB, setembro 2011) de acordo com a Portaria N.º 267, de 06 de março de 2001, e número de ESB implantadas no Brasil em setembro de 2011.

No tocante a oferta de CEOs e LRPDs no país, o gráfico 3 apresentado abaixo indica o quantitativo dessas unidades encontrado pela pesquisa, distribuídos pelas regiões brasileiras, bem como o montante encontrado para o país, em setembro de 2010:

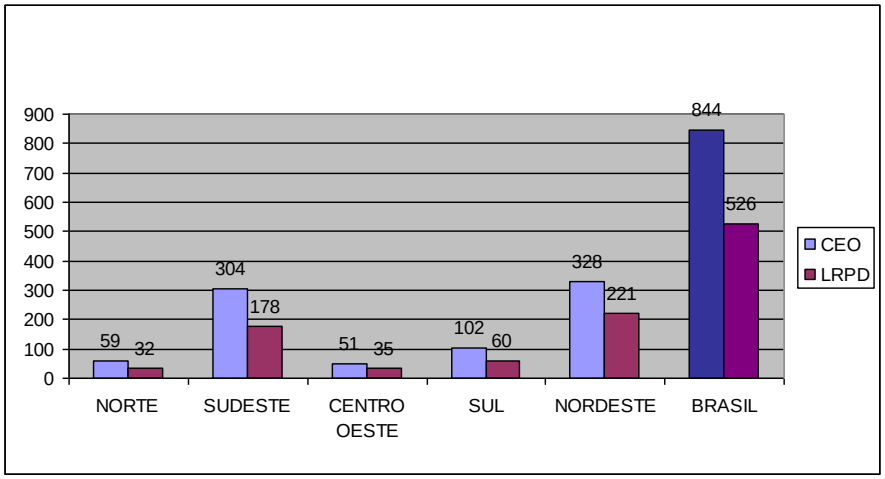

Gráfico 3- Distribuição quantitativa de CEOs e LRPDs por regiões brasileiras em setembro de 2010.

Em relação ao número e a proporção de municípios, no universo do país, que contam com CEOs e/ou LRPDs ("municípios atendidos"), o gráfico 4 a seguir mostra os valores total e percentual desses município. Este gráfico indica ainda, no interior do conjunto de "municipios atendidos", o número de municípios que contam com CEOs, os que contam com CEOs e LRPDs, e os que contam com apenas LRPDs.

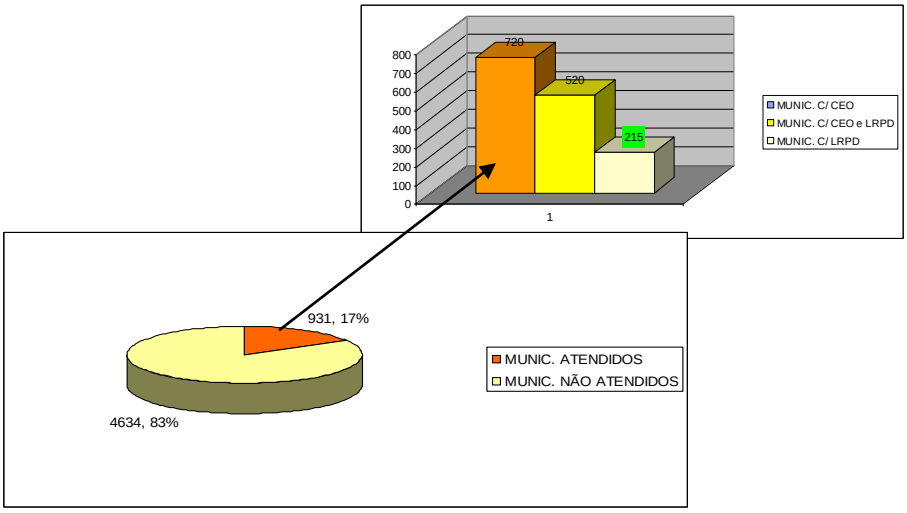

Gráfico 4 - Proporção de municípios atendidos com CEOs e/ou LRPDs no Brasil e número de municípios com CEOs, com CEOs e LRPDs e com apenas LRPDs no Brasil em setembro 2010

Vale destacar que todos os estados e o Distrito Federal contavam com pelo menos uma unidade do tipo CEO, em setembro de 2010. No tocante às capitais de estado, Maceió foi a única que não contava com esse tipo de unidade.

Em relação aos LRPDs, os estados de Roraima, Rondônia, Sergipe, Amapá e o Distrito Federal não contavam com esse tipo de unidade até a data do fechamento desta pesquisa. No tocante às capitais, 14 delas e mais o Distrito Federal não possuíam LRPDs até setembro de 2010 (Maceió, Macapá, Salvador, Vitória, Goiânia, Cuiabá, Recife, Teresina, Porto Velho, Boa Vista, Florianópolis, Aracaju e Palmas).

Em relação a oferta de CEOs e LRPDs por portes populacionais dos municípios brasileiros, o gráfico 5 a seguir representa o universo de "municípios atendidos" no país (que contam com CEOs e/ou LRPDs) indicando a proporção de cada categoria de porte populacional nesse conjunto, em setembro de 2010.

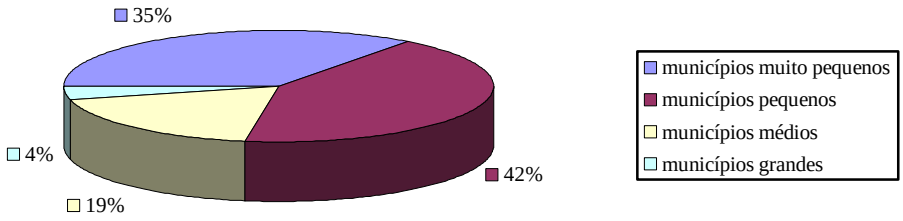

Gráfico 5- Municípios atendidos pela PNSB por portes populacionais.

Os gráficos 6 e 7 apresentam, respectivamente, o universo de municípios que contam com CEOs e daqueles que contam com LRPDs, indicando em cada um deles, a proporção de cada categoria de porte populacional na implantação dessas unidades.

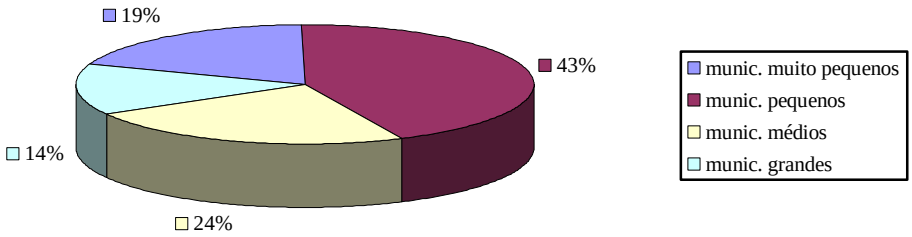

Gráfico 6- Municípios que contam com CEOs por portes populacionais.

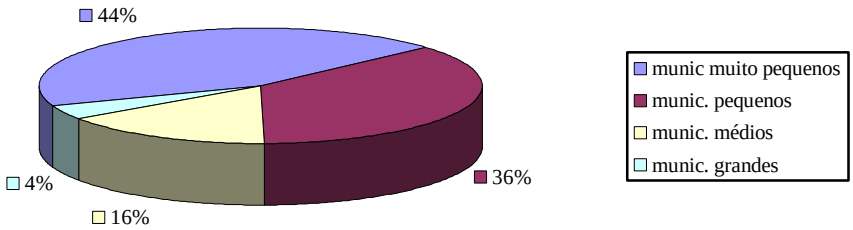

Gráfico 7- Municípios que contam com LRPDs por portes populacionais

Com o objetivo de ilustrar a importância do volume de municípios de pequeno porte mediante o total de municípios do país, o gráfico 8 abaixo mostra a distribuição do total dos municípios brasileiros por categorias de portes populacionais a partir de dados do IBGE de 2006.

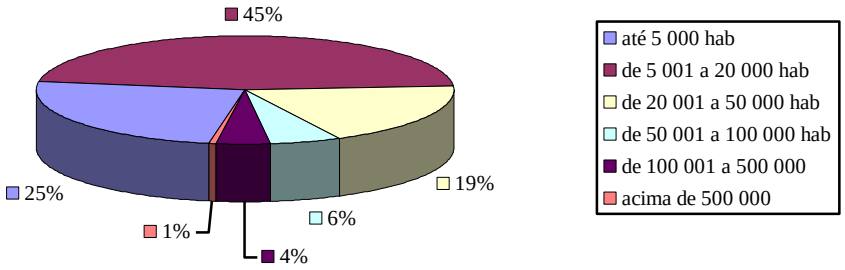

Gráfico 8- Distribuição dos Municípios Brasileiros por portes populacionais.

4.2 **Apresentação dos resultados por estados**

Neste segmento do trabalho são apresentados dados agregados no nível estadual. No âmbito estadual foram identificadas todas as regiões de saúde de acordo com a instituição dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) até setembro de 2010. Foram identificadas as regiões distribuídas por 25 estados da federação: destacamos que o Distrito Federal e o Estado do Maranhão não puderam ter regiões de saúde contabilizadas na pesquisa pelas seguintes razões: o Distrito Federal, por suas características federativas, não conta com regiões de saúde intraestaduais; e o Maranhão não conta com PDR disponível e não constituiu CGR até a data do fechamento da pesquisa. Desse conjunto, destacamos aquelas regiões que contam com CEOs ("regiões de saúde selecionadas"), bem como as que contam tanto com CEOs como com LRPDs, e as que contam com apenas LRPDs. O quadro 06 abaixo apresenta estes resultados para o país:

BRASIL			
Regiões de Saúde - CGR	Regiões com CEO "Regiões selecionadas"	Regiões com CEO e LRPD	Regiões com apenas LRPD
418	272	203	20

Quadro 06 - Regiões de saúde compatíveis com CGR e Regiões com CEOs e/ou LRPDs em setembro de 2010

Para todos os estados da federação foram levantados os dados relativos a oferta atenção básica na ESF bem como relativos a oferta de CEOs e LRPDs de acordo com os critérios explicitados na metodologia deste trabalho. O quadro 07, exposto a seguir, apresenta os referidos resultados da pesquisa:

Região / UF	**Atenção Básica**						**Atenção Especializada**			**Portaria 1.063**
	% municípios com ESB	Nº mínimo ESB	Nº ESB implantadas	Nº LRPD	% Regiões LRPD	% municípios LRPD	Nº CEO	% Regiões CEO	% municípios CEO	% municípios com cobertura ESB ≥50¯%
Nordeste										
AL	100%	98,56	557	10	100%	9,80%	18	100%	17,64%	100%
BA	94,00%	2.102,21	1805	36	75,00%	8,39%	71	92,85%	15,58%	92,95%
CE	99,45%	1.224,83	1.416	41	90,90%	21,19%	69	100%	36,95%	100%
MA	99,07%	913,84	1.219	13	NC	5,99%	25	NC	10,13%	83,33%
PB	99,10%	542,4	1.154	59	88,00%	26,45%	42	88,00%	17,93%	100,00%
PE	97,83%	1.269,15	1.304	11	45,45%	4,86%	41	90,90%	18,40%	85,29%
PI	100,00%	452,13	928	32	81,81%	14,28%	27	90,90%	11,60%	100%
RN	100,00%	450,2	857	22	100,00%	12,57%	22	100,00%	10,77%	100,00%
SE	100%	289,76	363	0	0	0	13	85,70%	17,30%	92,30%
Sul										
PR	86,46%	1.534,99	1.182	35	68,18%	8,52%	44	81,80%	8,77%	76,78%
RS	66,33%	1.573,30	650	13	47,36%	2,62%	20	52,63%	3,22%	52,38%
SC	92,83	877,18	768	12	56,25%	4,09%	38	93,80%	11,60%	68,42%
Sudeste										
ES	91,02%	500,52	407	1	12,50%	1,28%	11	75,00%	12,80%	70,00%
MG	82,06%	2.877,21	2.259	36	26,31%	4,22%	79	31,57%	8,55%	74,71%
RJ	79,34%	2.300,57	679	19	66,66%	20,65%	66	88,88%	45,65%	66,66%
SP	59,50%	5.943,88	1.440	122	54,68%	18,60%	148	46,87%	18,29%	61,50%

Quadro 07 - Oferta de ESB, CEOs e LRPDs nos estados brasileiros e sua distribuição municipal em setembro de 2010 (Continua).

Região / UF	Atenção Básica						Atenção Especializada			Portaria 1.063
	% municípios com ESB	Nº mínimo ESB	Nº ESB implantadas	Nº LRPD	% Regiões LRPD	% municípios LRPD	Nº CEO	% Regiões CEO	% municípios CEO	% municípios com cobertura ESB ≥50¯%
Centro Oeste										
DF	100,00%	370,77	20	0	0	0	6	NC	NC	0
GO	97,96%	847,12	811	14	56,25%	5,69%	24	75,00%	7,31%	72,72%
MT	96,45%	428,65	364	6	28,57%	4,25%	6	42,85%	4,25%	75,00%
MS	98,71%	338,55	423	15	100,00%	19,23%	15	100,00%	17,94%	100,00%
Norte										
AC	100%	98,5	92	1	33,30%	4,50%	2	33,30%	9%	50%
AP	100%	88,86	110	0	0	0	2	66,60%	12,50%	100%
AM	96,77%	484,21	304	7	71,00%	11,29%	12	71,00%	14,50%	88,88%
PA	87%	1.068,79	490	20	63,15%	13,98%	27	57,89%	13,98%	67,74%

Quadro 07 - Oferta de ESB, CEOs e LRPDs nos estados brasileiros e sua distribuição municipal em setembro de 2010 (Conclusão).

No nível e agregação das Regiões de Saúde compatíveis com os CGRs, a apresentação dos dados da pesquisa foi feita para cada ente estadual, destacando as regiões de saúde que contam com CEOs. Nessas regiões foram identificados os parâmetros avaliativos descritos na metodologia do trabalho.

1- Acre:

O Acre possui 22 municípios. O PDR de 2003, que apresentava a distribuição regional em duas microrregiões de saúde, foi atualizado pela constituição de três CGRs em 2009, dando origem a mais uma divisão regional.

Regiões de saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS	Nº de LRPDs	Consta no PDR?
Purús Acre	63,6%	62,92%	2	2 II	1	Proposta de oferta de Odontologia-endodontia, ortodontia e outros especializados em odontologia.

De acordo com o PDR do Acre, a proposta da oferta de ações especializadas em saúde bucal ocorre também na microrregião Juruá. No entanto, esta microrregião não conta com nenhuma unidade de saúde CEO ou LRPD informada nas bases do MS, indicando que essa oferta, possivelmente, não foi efetivada ou ocorre em outro modelo de atenção que não aquele proposto pela PNSB.

2- Alagoas:

Alagoas possui 102 municípios, distribuídos em cinco regiões de saúde compatíveis com os CGRs instituídos em 2007.

Regiões de saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS/ Tipo	Nº de LRPDs	Consta no PDR
1ª Maceió	26,5%	46,10%	2	2 I	1	Não
2ª São Miguel dos Campos	14,8%	13,21%	4	2 I 2 II	2	Não
3ª Santana do Ipanema	23,5%	13,15%	3	2 I 1 II	1	Não
4ª Arapiraca	23,5%	20,20%	6	3 I 3 II	4	Não
5ª União dos Palmares	11,8%	7,32%	3	1I 2 II	2	Não

3- Amapá:

O Amapá possui 16 municípios, distribuídos em três microrregiões compatíveis com os CGRs instituídos em 2008.

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS/ tipo	Nº de LRPDs	Consta no PDR
Santana CGR Sudoeste	25,0%	26,13%	1	1 I	-	Não
Macapá CGR Área Central	43,7%	65,01%	1	1 II	-	Não

4- Amazonas:

O Amazonas possui 62 municípios, organizados em sete colegiados de gestão regional instituídos em 2010, quando o PDR de 2003 foi atualizado, alterando o desenho das regiões.

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS	Nº de LRPDs	Consta no PDR
Triangulo	19,3%	7,03%	1	2 II	1	Não
Amazonas	27,4%	14,18%	3	2 II 1 I	1	Não
Entorno de Manaus	14,5%	57,95%	2	3 II 1 III	1	Não
Médio Amazonas	9,7%	4,45%	1	1 II	1	Não
Baixo Amazonas	8,1%	6,41%	2	1 II 1 II	2	Não

5- Bahia:

A Bahia possui 417 municípios, organizados em nove macrorregiões e 28 microrregiões. A instituição dos CGRs de 2008 obedeceu ao desenho das 28 microrregiões.

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS	Nº de LRPDs	Consta no PDR
Alagoinhas	4,0%	3,88%	2	3 II	1	Não
Barreiras	3,6%	2,73%	3	3 I	1	Não
Brumado	4,0%	2,39%	2	2 II	-	Não
Camaçari	0,1%	3,35%	3	2 II 1 I	2	Não
Cruz das Almas	2,1%	1,74%	1	1 II	2	Não
Feira de Santana	6,2%	7,56%	4	1 I 3 II	3	Não
Guanambi	5,7%	3,50%	2	1 I 1 II	1	Não
Ibotirama	2,1%	1,29%	1	1 II	-	Não
Ilhéus	1,9%	2,55%	2	1 I 1 III	2	Não
Irecê	4,0%	2,24%	1	1 II	1	Não
Itaberaba	3,1%	1,56%	6	2 I 4 II	3	Não
Itabuna	5,3%	3,59%	2	2 II	-	Não
Itapetinga	2,6%	1,52%	2	2 II	-	Não
Jacobina	4,8%	2,72%	3	2 I 1 II	3	Não
Jequié	6,2%	3,61%	3	2 II 1 III	1	Não
Juazeiro	2,1%	3,63%	2	1 I 2 II 1 III	1	Não
Paulo Afonso	2,1%	1,63%	1	1 II	1	Não
Porto Seguro	1,9%	2,32%	2	1 I 1 III	2	Não
Salvador	2,1%	23,04%	5	2 II 3 II 3 III	1	Não

Santa Maria da Vitória	3,1%	2,07%	5	5 II	4	Não
Santo Antonio de Jesus	4,0%	2,73%	2	2 I	1	Não
Seabra	3,6%	1,70%	1	1 II	-	Não
Senhor do Bonfim	2,1%	1,97%	1	1 I	2	Não
Teixeira de Freitas	3,1 %	2,77%	5	4 I 1 II	1	Não
Valença	3,3%	2,15%	1	1 I	2	Não
Vitória da Conquista	4,1%	4,42%	3	1 I 2 II	1	Não

6- Ceará:

O Ceará possui 184 municípios, organizados em 22 microrregiões de saúde. A instituição dos CGRs em 2008 obedeceu ao desenho das 22 microrregiões.

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS	Nº de LRPDs	Consta no PDR
Aracati	2,7%	1,88%	1	1 II	1	Sim, em informa 1 CEO e oferta de ações especializadas em 1 munic. com 4 referências
Aracaú	3,8%	2,45%	3	3 I	1	Sim, informa 1 CEO e oferta de ações especializadas em 1 munic.
Baturité	4,3%	1,57%	1	1 I	2	Sim, infoma 1 CEO em 1 munic.
Brejo Santo	4,9%	2,36%	6	5 I 1 II	7	Sim, oferta de ações especializadas em 1 munic. com 8 referências.
Camocim	2,7%	1,80%	1	1 I	1	Sim, informa 1 CEO e oferta de ações especializadas em 1 munic. com 4 referências.
Canindé	3,3%	2,36%	1	1 II	1	Não informa oferta de ações especializadas ou prótese dentária no PDR.
Cascavel	3,3%	2,85%	1	1 II	1	Sim, informa 1 CEO e oferta de ações especializadas em 1 munic. com 2 referencias.
Caucaia	6,0%	6,91%	4	2 I 1 II 1 III	2	Sim, informa 1 CEO e oferta de ações especializadas em 1 munic. com 8 referências.
Crateús	6,0%	3,56%	4	3 I 1 III	1	Sim, em 1 munic. com 10 referências. Não informa CEOs.
Crato	7,0%	3,85%	5	4 I 1 III	1	Não informa oferta de ações especializadas ou prótese dentária no PDR.
Fortaleza	2,2%	31,01%	4	1 I 1 II 2 III	3	Sim, informa 4 CEOs em 2 munic. e 1 LRPD e a oferta de ações especializadas em 2 munic. com 3 referências
Icó	3,8%	1,98%	2	1 I 1 II	-	Sim, informa 1 CEO e oferta de ações especializadas em 1 munic. com 6 referências.
Iguatú	5,4%	3,67%	5	4 I 1 II	3	Sim, informa 1 CEO e oferta de ações especializadas em 1 munic. com 10 referências.

Itapipoca	3,3%	2,96%	3	3 I	-	Sim, informa 1 CEO e oferta de ações especializadas em 1 munic. com 6 referências.
Juazeiro do Norte	3,3%	4,64%	5	4 I 1 II	2	Sim, informa 1 CEO e 1 LRPD e oferta de ações especializadas em 2 munic. com 4 referências.
Limoeiro do Norte	6,0%	2,65%	2	1 I	2	Sim, em 1 munic. com 3 referências. Não informa CEOs nem LRPDs.
Maracanaú	4,3%	5,62%	4	2 I 2 II	1	Não
Quixadá	5,4%	3,63%	5	5 I	1	Sim, em 1 munic. com 3 referências.
Russas	2,7%	2,23%	1	1 II	1	Informa 1 CEO.
Sobral	13,0%	7,14%	6	4 I 1 II 2 III	2	Sim, em informa 1 CEO oferta de ações especializadas em 1 munic. com 1 referência
Tauá	2,2%	1,31%	2	1 I 1 II	1	Sim, em 1 munic. com 3 referências
Tianguá	4,3%	3,50%	2	1 I 1 III	3	Sim, informa 1 CEO e oferta de ações especializadas em 3 munic. com 8 referências. Informa 2 LRPDs em 2 munic.

7- Distrito Federal:

O Distrito Federal representa um município, organizado em sete regiões de saúde. No entanto, de acordo com a metodologia empregada no presente trabalho, não é possível discriminar a distribuição das unidades de saúde em questão no âmbito de regiões intramunicipais. Desta forma, os dados relativos ao nível de agregação municipal e das regiões de saúde não puderam ser apresentados, e estão indicados como NC (não consta) no quadro 07 deste capítulo .

No entanto, vale destacar que o PDR do Distrito Federal, de 2007, apresenta a divisão em sete regiões de saúde e oito módulos assistenciais. Esse documento mostra a descrição da oferta de Ações de Odontologia Especializada em cinco dessas regiões: Norte (nos módulos de Sobradinho e Planaltina), na região Sul (no módulo Gama), na região Leste (módulo de Paranoá), na região Centro-Norte (módulo Asa Norte), na região Centro-Sul (módulo Asa Sul). As regiões Oeste e Sudoeste não oferecem essas ações de acordo com o documento.

8- Espírito Santo:

O Espírito Santo possui 78 municípios, organizados em oito microrregiões de saúde. Em 2007, a constituição dos CGR manteve a divisão em oito CGRs compatíveis com as microrregiões de saúde.

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS	Nº de LRPDs	Consta no PDR
Cachoeiro de Itapemirim	16,7%	12,11%	3	3 I 1 II	-	Não
Colatina	21,8%	11,61%	2	1 I 1 II	1	Não
Guaçuí	12,8%	4,42%	2	2 I	-	Não
Santa Tereza	9,0%	14,67%	1	1 I	-	Não
Vila Velha	15,4%	20,38%	1	1 I	-	Não
Vitória	5,1%	21,78%	1	1 II	-	Não

9- Goiás:

Goiás possui 246 municípios, organizados em 38 microrregiões e 16 macrorregiões de saúde, compatíveis com as 16 regiões de saúde dos CGRs instituídos em 2007.

A apresentação a seguir, referente às "regiões selecionadas", está expressa por macrorregiões de saúde devido a sua compatibilidade com os CGR. Já a discriminação da distribuição da atenção especializada conforme o PDR do estado está compatível com o nível das microrregiões. Assim, na tabela a seguir identifica-se, na coluna "consta no PDR", a oferta por microrregiões no interior das macrorregiões de saúde.

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS	Nº de LRPDs	Consta no PDR *a distribuição por microrregiões*:
Central	10,2%	26,51%	1	3 I 2 II	1	Microrregiões: Goiânia, em 1 município da micro Cesarina e em 2 município da micro Inhumas*.
Entorno Norte	6,9%	4,82%	2	1 I 1 II 1 III	2	Microrregiões:: Formosa em 2 municípios, Planaltina em 2 municípios; Posse em 1 municípios*.
Entorno Sul	2,8%	11,41%	3	1 I 2 II	2	Microrregiões:Valparaíso em 1 município; Luziânia em 1 município*.
Norte	5,3%	2,31%	1	1 I	-	Não
Oeste I	6,5%	1,80%	1	1 II	-	Microrregiões: Iporá em 1 município; Aragarças em 1 município*.
Oeste II	5,3%	1,70%	1	1 II	-	Microrregiões: S. Luiz Montes Belos, em 2 municípios; Paraúna em 1 município*.
Pirineus	4,9%	7,82%	1	2 III	1	Microrregião: Anápolis, em 1 município*.
São Patrício	10,6%	4,45%	1	1 II	-	Microrregião: Ceres em 2 municipios*.
Serra da Mesa	3,6%	1,87%	2	1 II 1 III	2	Microrregião Uruaçu, em 1 município*.
Sudoeste I	6,9%	5,54%	1	1 II	1	Microrregiões:Quirinópolis em 2 municípios; Rio Verde em 1 município*.

Sudoeste II	4,1%	2,94%	2	2 II	1	Microrregião: Jataí em 1 município*.
Sul	5,3%	3,77%	2	2 II	3	Microrregiões: Itumbiara em 2 municípios; Goiatuba em 1 município; Morrinhos em 3 municípios (em 2 módulos); Pontalina em 1 município*.

* No PDR consta a oferta de "Ações especializadas em Odontologia".

Vale destacar ainda, para o Estado de Goiás, a macrorregião que conta com apenas uma unidade LRPD:

Região de Saúde	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com LRPD	Nº de LRPDs	Consta no PDR *a distribuição por microrregiões*:
Centro Sul	10,16%	12,96%	1	1	Aparecida de Goiânia em 2 municípios, porem não especifica a oferta de próteses dentárias, apenas a oferta de ações de odontologia especializada

10- Maranhão:

O Maranhão possui 217 municípios, e o MS informa que as 32 áreas de planejamento, criadas em Lei Estadual de 2007 (Lei Complementar nº 108, de 21/11/2007), não foram submetidas à aprovação da CIB. O PDR não está disponível nas bases consultadas, estando disponível apenas na versão impressa, que não foi disponibilizada para a presente pesquisa. O estado não constitui CGRs. Desta forma, a distribuição por regiões de saúde selecionadas não está representada para este estado. No quadro 07 deste capítulo não conta, portanto, com os dados relativos à divisão por regiões de saúde para o estado do Maranhão.

11- Mato Grosso:

O Mato Grosso possui 141 municípios, organizados em 14 microrregiões de saúde. Em 2010, a constituição de 14 CGRs manteve a divisão compatível com as microrregiões.

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS	Nº de LRPDs	Consta no PDR
Baixada Cuiabana	7,8%	30,11%	1	1 II	-	Não
Médio Araguaia	5,0%	2,47%	1	1 II	1	Não
Oeste Matogrossense	15,6%	9,76%	1	1 I	1	Não
Sul Matogrossense	13,5%	14,42%	1	1 II	3	Não
Teles Pires	9,9%	9,86%	1	1 II	-	Sim, Ações especializadas em odontologia.

Vale do Peixoto	3,5%	3,33%	1	1 II	1	Sim, Ações especializadas em odontologia.

No caso de Mato Grosso, o PDR de 2005 informa que a oferta de ações especializadas em odontologia também ocorre na região Norte Matogrossense, que não conta com nenhuma unidade CEO e/ou LRPD segundo as bases pesquisadas.

12- Mato Grosso do Sul:

O Mato Grosso do Sul possui 78 municípios, organizados três macrorregiões e 11 microrregiões, de acordo com o PDR de 2007. Neste mesmo ano foram implantados três CGR relativos às macrorregiões.

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS	Nº de LRPDs	Consta no PDR
Campo Grande	41,0%	57,33%	8	4 I 4 II 1 III	7	Não
Dourados	44,9%	31,78%	3	3 II	3	Não
Três Lagoas	14,1%	10,88%	3	1 I 2 II	5	Nao

13- Minas Gerais:

Minas Gerais possui 853 municípios. O desenho básico das regiões de saúde de acordo com o PDR de 2008 é de 13 macrorregiões e 75 microrregiões. Em 2010, houve a atualização do PDR, com a ampliação de 75 para 76 CGRs, aumentando uma subdivisão ao desenho das microrregiões.

A apresentação a seguir leva em conta os atuais 76 CGRs, indicando ainda as respectivas macrorregiões. Vale destacar que o estado possui unidades CEO e/ou LRPD em todas as suas 13 macrorregiões.

Regiões de Saúde selecionadas e as respectivas macrorregiões (em maiúsculas)	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS	Nº de LRPDs	Consta no PDR
Alfenas SUL	2,0%	1,54%	1	1 I	1	Não
Barbacena CENTRO SUL	1,7%	1,14%	1	1 II	1	Não
Belo Horizonte CENTRO	1,5%	16,65%	14	4 I 10 II 1 III	2	Não

Coronel Fabriciano LESTE	0,9%	1,09%	5	1 I 4 II	3	Não
Diamantina JEQUITINHONHA	1,7%	0,87%	2	2 II	1	Não
Divinópolis OESTE	1,5%	2,16%	6	1 I 5 II	3	Não
Governador Valadares LESTE	2,6%	2,00%	2	2 II	4	Não
Itabira CENTRO	1,5%	1,09%	1	1 I	1	Não
Januária NORTE	0,6%	0,56%	2	2 II	1	Não
Juiz de Fora SUDESTE	2,9%	3,25%	3	3 I 3 II	-	Não
Leopoldina SUDESTE	1,2%	0,87%	3	1 I 2 II	2	Não
Montes Claros NORTE	1,3%	2,28%	8	3 I 5 II	1	Não
Passos SUL	2,1%	1,37%	2	2 II	-	Não
Patos de Minas NOROESTE	2,5%	1,69%	1	2 II	1	Não
Pedra Azul NORDESTE	0,5%	0,27%	1	1 II	-	Não
Pirapora NORTE	0,8%	0,69%	2	2 I	2	Não
Ponte Nova LESTE DO SUL	2,3%	1,06%	1	1 II	3	Não
Pouso Alegre SUL	3,9%	2,42%	2	1 I 1 II	1	Não
Sete Lagoas CENTRO	2,8%	2,14%	1	1 II	-	Não
Teófilo Ottoni NORDESTE	1,9%	1,52%	1	1 II	-	Não
Ubá SUDESTE	2,3%	1,46%	1	1 I	1	Não
Uberaba TRIANGULO DO SUL	0,9%	1,84%	4	2 I 2 II	1	Não
Uberlândia TRIANGULO DO NORTE	1,0%	4,21%	3	3 I 1 II	1	Não
Varginha SUL	0,6%	0,90%	5	2 I 2 II 1 III	4	Não

Vale destacar ainda, para o Estado de Minas Gerais, a região que conta com apenas unidades LRPD:

Regiões de Saúde selecionadas e a respectiva macrorregião (em maiúsculas)	Proporção de municípios do estado *na microrregião de saúde selecionada*	Proporção da pop. do estado na região de saúde	Nº de municípios com LRPD	Nº de LRPDs	Consta no PDR
Ituiutaba TRIANGULO DO NORTE	1,0%	0,91%	2	2	Não

14- Pará:

O Pará possui 143 municípios. O desenho básico do PDR de 2001 apresenta 9 polos regionais 34 regiões de saúde. Em 2009 foi alterado o desenho do PDR, instituindo 19 CGRs.

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS	Nº de LRPDs	Consta no PDR
Araguaia-Xingu	2,8%	1,98%	2	2 I	-	Não
Bacia Atlântico-Caetés	11,2%	6,32%	2	2 I	2	Não
Baixo Amazonas	6,3%	7,22%	2	3 I 1 III	1	Não
Baixo Tocantins	6,8%	8,78%	3	1 I 2 II	2	Não
Lago Tucuruí	2,8%	3,13%	1	1 I	2	Não
Metropolitana	16,1%	34,40%	3	2 I 4 II 2 III	1	Não
Planalto Araguaia	3,5%	1,94%	2	1 I 1 II	2	Não
Rio Guamá	7,8 %	4,90%	1	1 I	1	Não
Rod. Transamazônica	6,3%	3,90%	1	1 I	2	Não
Rod. Br 010	7,7%	5,78%	1	1 I	1	Não
Serra dos Carajás	2,8%	3,06%	1	1 I	-	Não

Vale destacar ainda, para o Estado do Pará, as regiões que contam com apenas unidades LRPD:

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com LRPD	Nº de CEOS	Nº de LRPDs	Consta no PDR
Araguaia	2,1%	1,08%	2	-	2	Não
Entre Rios	2,1%	0,85%	2	-	2	Não
Rodovia BR 222	2,8%	1,44%	1	-	1	Não

15- Paraná:

O Paraná possui 399 municípios, organizados em 52 microrregiões de saúde, 22 regiões de saúde e seis macrorregiões de saúde. Em 2006, foram instituídos 22 CGRs compatíveis com as 22 regiões de saúde do PDR de 2009, apenas alterando o nome da região de Curitiba para Metropolitana.

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS	Nº de LRPDs	Consta no PDR
2ª RS Metropolitana	7,3%	31,42%	4	4 II 1 III	1	Sim
3ª RS Ponta Grossa	3,0%	5,47%	3	1 I 3 II	1	Sim
4ª RS Irati	2,2%	1,51%	1	1 II	-	Sim
5ª RS Guarapuava	5,0%	4,29%	4	3 I 1 II 1 III	3	Sim
7ª RS Pato Branco	3,7%	2,34%	1	1 II	3	Sim
9ª RS Foz do Iguaçu	2,2%	4,27%	4	3 II 1 III	1	Sim
10ª RS Cascavel	6,3%	4,85%	1	1 III	1	Sim
11ª RS Campo Mourão	6,3%	3,11%	1	1 II	5	Sim
12ª RS Umuarama	5,3%	2,48%	1	1 II 1 III	2	Sim
13ª RS Cianorte	2,7%	1,33%	1	1 I	1	Sim
14ª RS Paranavaí	7,0%	2,43%	1	2 I	4	Sim
15ª RS Maringá	7,5%	6,66%	2	2 I 2 II	6	Sim
16ª RS Apucarana	4,0%	3,09%	2	3 II	1	Sim
17ª RS Londrina	5,3%	8,17%	4	3 II 2 III	1	Sim
18ª RS Cornélio Procópio	5,5%	2,23%	1	1 II	-	Sim
19ª RS Jacarezinho	5,3%	2,57%	2	2 II	3	Sim
20ª RS Toledo	4,5%	3,34%	1	1 II	-	Sim
22ª RS Ivaiporã	4,3%	1,47%	1	1 II	2	Sim

16- Paraíba:

A Paraíba possui 223 municípios, organizados em 25 regiões de saúde mantidas pelo desenho do CGR de 2008.

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS	Nº de LRPDs	Consta no PDR
Alto Sertão	4,5%	2,94%	1	1 II	1	Não
Atlântico	3,6%	24,89%	6	3 I 2 II	5	Não
Cariri Ocidental	7,6%	3,02%	4	2 II	3	Não
Conceição	1,8%	0,89%	1	1 I	-	Não

Curimataú e Seridó Paraibano	4,9%	2,69%	2	1 I	2	Não
Curimataú Oriental	2,2%	1,48%	2	1 I	1	Não
Fonte de Água Viva	2,7%	5,92%	1	1 II	-	Não
Itaporanga	3,1%	1,37%	1	1 I	1	Não
Patos	11,2%	6,54%	3	3 II	4	Não
Piancó	2,2	1,14%	2	1 I 1 II	3	Não
Piemont da Borborema	6,7%	4,48%	2	2 I	5	Não
Princesa Isabel	3,1%	2,19%	1	1 I	1	Não
Região do Brejo Paraibano	2,7%	2,30%	2	2 I	2	Não
Regional da Borborema	4,0%	13,15%	1	1 I 1 III	4	Não
Renascer do Brejo	5,4%	5,03%	2	2 I	4	Não
Securi	3,6%	1,63%	3	1 I 2 II	3	Não
Sertão Saúde	3,6%	2,97%	1	1 II	1	Não
Souza	4,0%	3,00%	2	1 I 1 II	3	Não
Terra de Maringá	2,7%	1,58%	1	1 I	1	Não
Univale	3,1%	1,52%	1	1 I	3	Não
Vale da Paraíba	6,3%	4,59%	5	4 I 1 II	6	Não
Vale do Mamanguape	4,9%	3,51%	2	2 I	2	Não

Vale destacar ainda, para o Estado da Paraíba, as regiões que contam com apenas unidades LRPD

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com LRPD	Nº de LRPDs	Consta no PDR
Agreste Saúde	1,8%	0,75%	1	1	Não
Avanço ANUG	1,8%	1,27%	3	3	Não

17- Pernambuco

Pernambuco possui 185 municípios. O PDR de 2006 descreve três macrorregiões e dez microrregiões. A constituição dos CGR em 2008 definiu 11 regiões de saúde (GERES-gerencias regionais de saúde).

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS	Nº de LRPDs	Consta no PDR
I GERES	10,3%	27,82%	10	3 I 11 II	2	Não
II GERES	16,7%	9,22%	4	4 I	2	Não
III GERES	11,9%	6,34%	2	1I 1 II	1	Não
IV GERES	17,3%	13,78%	9	7 I 4 II 1 III	3	Não
V GERES	11,3%	5,89%	1	1 II	-	Não
VI GERES	7,0%	4,29%	4	1 I 3 II	3	Não
VIII GERES	3,8%	4,81%	1	1 II	-	Não
IX GERES	5,9%	3,48%	1	1 I	-	Não
X GERES	6,5%	2,09%	1	1 I	-	Não
XI GERES	5,4%	2,61%	1	1 I	-	Não

18- Piauí

Piauí possui 224 municípios distribuídos em 11 regiões de saúde, cujo desenho foi ratificado com a constituição dos CGRs em 2009.

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS	Nº de LRPDs	Consta no PDR
TD Carnaubais	7,1%	5,54%	1	1 I	2	Não
TD Chapada das Mangabeiras	10,7%	6,22%	2	2 I	1	Não
TD dos Cocais	9,8%	11,05%	4	1 I 3 II	6	Não
TD Entre Rios	13,8%	36,87%	6	3 I 4 II	5	Não
TD Planície Litorânea	4,9%	5,28%	3	3 II	-	Não
TD Serra da Capivara	8,0%	4,59%	2	1 I 1 II	1	Não
TD Vale do Canindé	7,6%	3,93%	2	2 I	3	Não
TD Vale do Rio Guaribas	17,4%	10,97%	4	3 I 1 II	10	Não
TD Vale do Sambito	6,7%	3,68%	1	1 I	2	Não
TD Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	8,5%	5,11%	1	1 I	2	Não

19- Rio Grande do Norte

O Rio Grande do Norte possui 167 municípios. O PDR de 2004 descreve seis regionais de saúde, quatro macrorregiões e 14 microrregiões. Em 2009 houve atualização do PDR, definindo a constituição de oito CGRs.

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS	Nº de LRPDs	Consta no PDR
Assu	8,9%	5,51%	2	2 II	2	Não
Caicó	15,0%	9,55%	1	1 II	5	Não
João Câmara	13,8%	9,36%	3	3 II	3	Não
Metropolitana	3,0%	36,97%	4	6 II 1 III	4	Não
Mossoró	8,9%	13,89%	1	2 II	3	Não
Pau dos Ferros	21,5%	7,51%	2	2 II	1	Não
Santa Cruz	12,6%	5,90%	2	1 I 1 II	1	Não
São José do Mipibú	16,2%	11,25%	3	3 II	2	Não

20- Rio Grande do Sul

O Rio Grande do Sul possui 496 municípios. Em 2007 houve atualização do PDR de 2002, mas não houve alteração do desenho original de 19 regiões de saúde (Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS).

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS	Nº de LRPDs	Consta no PDR
1º CRS	4,8%	20,19%	4	3 I 4 II	2	Sim, Ações especializadas em odontologia em Porto Alegre e Cachoeirinha
2º CRS	8,3%	7,02%	1	1 I	-	Não
3º CRS	4,4%	7,98%	1	1 II	1	Sim, Ações especializadas em odontologia em Pedro Osório e Pelotas.
4º CRS	6,4%	5,29%	2	1 I 1 II	2	Sim, Ações especializadas em odontologia em Santa Maria.
5º CRS	9,7%	9,76%	1	1 II	1	Sim, Ações especializadas em odontologia em Bento Gonçalves, Caxias do Sul, Canela, Picada Café,
7º CRS	1,2%	1,67%	1	1 I	1	Sim, Ações especializadas em odontologia em Bagé.
10º CRS	2,4%	4,09%	2	2 I	1	Sim, Ações especializadas em odontologia em Alegrete.
12º CRS	4,8%	2,13%	1	1 I	-	Sim, Ações especializadas em odontologia em S Pedro do Butiá.

16º CRS	8,5%	3,40%	1	1 I	-	Sim, Ações especializadas em odontologia em Lageado
17º CRS	4,0%	2,08%	2	3 I	3	Sim, Ações especializadas em odontologia em Ijuí e Panambi.

Além da oferta de ações especializadas em saúde bucal identificadas no quadro acima, o PDR do Rio Grande do Sul informa a oferta dessas ações nas seguintes regiões que não contam com CEOs e/ou LRPDs, de acordo com a metodologia da presente pesquisa:

- 1ª CRS: em 2 municípios;
- 4ª CRS: em 1 município;
- 6º CRS: em 5 municípios;
- 8º CRS: em 2 municipios;
- 11º CRS: em 4 municipios;
- 13º CRS: em 1 município;
- 18ª CRS: em 2 municípios;
- 19º CRS: em 1 município.

Podemos supor que esta oferta ocorre em moldes diferentes daqueles da PNSB. Vale destacar ainda, para o Estado do Rio Grande do Sul, as regiões que contam com apenas unidades LRPD:

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com LRPD	Nº de LRPDs	Consta no PDR
18º CRS	4,63%	3,15%	1	1	Não
19º CRS	5,64%	1,92%	1	1	Não

21- Rio de Janeiro

O Rio de Janeiro possui 92 municípios. Em 2009, com a constituição dos CGR, foram mantidas as nove regiões de saúde.

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS	Nº de LRPDs	Consta no PDR
Baia da Ilha Grande	3,2%	1,47%	2	2 II	-	Não
Baixada Litorânea	9,8%	4,09%	4	1 I 3 II	-	Não

Centro Sul	11,9%	1,98%	4	1 I 3 II	4	Não
Médio Paraíba	13,0%	5,55%	10	4 I 8 II 1 III	5	Não
Metropolitana I	13,0%	61,93%	10	5 I 23 II 3 III	5	Não
Metropolitana II	7,6%	12,06%	3	1 I 2 II	-	Não
Noroeste	15,2%	2,09%	5	1 I 3 II 1 III	2	Não
Serrana	17,4%	5,80%	4	1 I 4 II	2	Não

Vale destacar ainda, para o Estado do Rio de Janeiro, a região que conta com apenas uma unidade LRPD:

Região de Saúde selecionada	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com LRPD	Nº de LRPDs	Consta no PDR
Norte	8,69%	4,98%	1	1	Não

22- Rondônia

Rondônia possui 52 municípios. PDR é de 2006, com definição de seis regiões de saúde, porém indisponível para consulta. O CGR, de 2008, instituiu seis CGRs, que não puderam ser comparadas com as regiões definidas no PDR.

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS	Nº de LRPDs	Consta no PDR
Arquimedes	17,3%	14,66%	1	1 II	-	Não
Ji Pará	28,9%	23,35%	2	2 II	-	Não
Porto Velho	9,6%	31,36%	1	4 II	-	Não
Vilhena	13,5%	8,70%	1	1 I	-	Não

23- Roraima

Roraima possui 15 municípios e conta com apenas uma região de saúde, de acordo com o PDR de 2004. O estado ainda não constituiu CGR. No entanto, por constar no seu PDR a descrição de sua região de saúde, que é apenas uma, optamos por manter, para efeitos da pesquisa, sua única divisão regional. Roraima possui unidades na sua única microrregião (100%), em um município (6,66 % dos municípios):

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS	Nº de LRPDs	Consta no PDR
Roraima	100%	100 %	1	1 II	-	Sim

24- Santa Catarina:

Santa Catarina possui 293 municípios. O desenho com 21 regiões de saúde instituído pelo PDR de 2008 foi alterado por ocasião da constituição dos CGRs em 2009, com a formação de 16 CGRs.

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS	Nº de LRPDs	Consta no PDR
Alto do Rio de Peixe	6,5%	4,42%	2	1 I 1 II	-	Sim
Alto do Rio Uruguai	5,5%	2,43%	1	1 II	-	Sim
Alto Vale do Itajaí	9,5%	4,38%	2	1 I 1 II	1	Sim
Extremo Oeste – 01	11,9%	4,38%	3	3 I	2	Sim
Extremo Oeste – 02	6,5%	4,41%	2	1 I 1 II	2	Sim
Extremo Oeste – 03	7,5%	3,15%	1	1 I	-	Sim
Extremo Sul Catarinense	5,1%	2,87%	1	1 I	-	Sim
Foz do Vale do Itajaí	3,1%	8,02%	4	3 I 2 II	1	Sim
Grande Florianópolis	7,5%	15,97%	4	3 I 3 II	1	Sim
Médio Vale do Itajaí	5,5%	10,89%	3	3 I 1 II	-	Sim
Nordeste	4,4%	13,56%	2	1I 1 II	1	Sim
Norte	4,4%	5,94%	3	2 I 1 II	1	Sim
Planalto Serrano	6,1%	4,93%	2	2 I	1	Sim
Região Carbonífera (Amplanorte)	3,7%	5,96%	1	1 I	-	Sim
Região de Laguna	5,8%	5,45%	3	2 I 1 II	2	Sim

25- São Paulo:

São Paulo possui 645 municípios. O PDR data de 2008 e apresenta 64 regiões de saúde com os respectivos CGR instituídos em 2007, compostos por 643 municípios. São Paulo e Guarulhos não compõem CGRs.

A distribuição abaixo leva em conta apenas 125 CEOs, uma vez que 23 destes se encontram nos municípios de São Paulo e Guarulhos, que não compõem CGRs.

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS	Nº de LRPDs	Consta no PDR
Alta Mogiana	0,9%	0,28%	2	1 I 1 II	3	Não
Alta Sorocabana	2,9%	0,93%	1	1 II	1	Não
Alto do Tiete	1,5%	3,68%	2	2 II	-	Não
Alto Vale do Paraíba	1,2%	2,34%	2	1 I 1 II	1	Não
Baixa Mogiana	0,6%	0,75%	2	2 II	3	Não
Baixada Santista	1,4%	4,06%	5	1 I 4 II 1 III	4	Não
Bauru	2,8%	1,50%	10	5 I 6 II	6	Não
Campinas	1,7%	1,37%	13	5 I 9 II	8	Não
Central do DRS II	1,7%	0,68%	3	1 I 2 II	3	Não
Central do DRS III	1,2%	0,67%	4	2 I 2 II	2	Não
Circuito da Fé Vale e Vale Histórico	2,6%	1,13%	3	1 I 2 II	3	Não
Consórcios do DRS II	2,6%	0,62%	1	1 II	6	Não
Fernandópolis	2,0%	0,26%	1	1 II	-	Não
Franco da Rocha	0,8%	1,26%	2	1 I 1 II	1	Não
Litoral Norte	0,6%	0,67%	2	1 I 1 II	2	Não
Mananciais	1,2%	2,37%	5	5 I 2 II	2	Não
Mantiqueira	1,2%	0,55%	1	1 I	-	Não
Marília	2,9%	0,90%	9	8 I 1 II	13	Não
Norte Barretos	1,7%	0,66%	3	4 II	2	Não
Piracicaba	1,7%	1,30%	5	2 I 3 II 1 III	4	Não
Região A - DRS Ribeirão Preto	1,4%	0,95%	3	1 I 2 II	3	Não
Região B - DRS Ribeirão Preto	1,5%	1,86%	2	3 I	3	Não
Região C - DRS Ribeirão Preto	1,1%	0,31%	1	1 I	3	Não
Rio Pardo	1,2%	0,52%	1	1 II	2	Não
Rota dos Bandeirantes	1,1%	4,46%	3	1 I 2 II	5	Não
Santo Andre	1,1%	6,35%	6	5 II 1 III	3	Não
São José do Rio Preto	3,1%	1,61%	11	7 I 4 II 1 III	5	Não

Sorocaba	3,1%	3,64%	9	2 I 7 II	3	Não
Sul Barretos	1,2%	0,35%	1	1 II	2	Não
Vale do Paraíba região Serrana	1,5%	1,34%	3	2 II 1 III	3	Não

Em relação aos municípios que não constituíram CGRs:

	Guarulhos	**São Paulo**
Proporção da população do estado	3,11%	26,79%
Nº desejável de ESBs:	185,39	1.592,78
Nº ESBs:	37	129
CEOs	4 II	3 I 16 II
LRPD	1	1

Vale destacar ainda, para o Estado de São Paulo, as regiões que contam com apenas unidades LRPD:

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com LRPD	Nº de LRPDs	Consta no PDR
Adamantina	1,55%	0,30%	4	4	Não
Alta Anhanguera	0,93%	0,34%	3	3	Não
Assis	2,01%	2,63%	3	3	Não
Ourinhos	1,86%	0,53%	6	6	Não
Três Colinas	1,55%	0,97%	2	2	Não
Tupã	1,24%	0,31%	2	2	Não
Vale do Ribeira	2,32%	0,68%	1	1	Não
Votuporanga	2,63%	0,43%	1	1	Não

26- Sergipe:

Sergipe possui 75 municípios. O PDR é de 2002, com definição de sete regiões de saúde, mantidas pela instituição dos CGRs em 2009.

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS	Nº de LRPDs	Consta no PDR

Aracajú	10,6%	35,20%	3	1 II 2 III	-	Não
Estância	13,3%	11,45%	2	1 II 1 III	-	Não
Lagarto	8,0%	11,91%	2	2 II	-	Não
Nossa Senhora da Glória	12,0%	7,61%	2	1 II 1 III	-	Não
Nossa Senhora do Socorro	16,0%	14,74%	2	1 II 1 III	-	Não
Própria	21,3%	7,63%	2	2 II	-	Não

27- Tocantins:

Tocantins possui 139 municípios. O desenho do PDR, de 2002, contava com seis microrregiões de saúde. Este PDR sofreu atualização em 2007, com a constituição dos CGR, definindo-se 15 regiões de saúde.

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com CEO	Nº de CEOS	Nº de LRPDs	Consta no PDR
Araguaia – Tocantins	7,2%	4,99%	1	1 I	-	Não
Araguaína	9,3%	14,90%	1	1 III	1	Sim, Ações especializadas em odontologia
Cantão	11,5%	8,52%	1	1 I	-	Não
Capim Dourado	5,7%	15,87%	1	1 II	-	Não
Centro-	9,3%	10,80%	1	1 I	-	Não
Porto Nacional	8,6%	7,77%	1	1 I	1	Não
Sudeste	5,7%	4,25%	1	1 I	-	Não

Vale destacar ainda, para o Estado do Tocantins, as regiões que contam com apenas unidades LRPD:

Regiões de Saúde selecionadas	Proporção de municípios do estado	Proporção da pop. do estado	Nº de municípios com LRPD	Nº de LRPDs	Consta no PDR
Augustinópolis	10,07%	9,36%	1	1	Não
Lobo Guará	5,75%	4,42%	1	1	Não

Segundo o PDR do Tocantins, a oferta de ações especializadas em odontologia ocorre também nas microrregiões de Palmas e Gurupi, onde não contam CEOs e/ou LRPDs, segundo a pesquisa realizada.

4.3 **O panorama da distribuição dos CEOS e LRPDs no contexto da regionalização: a análise dos parâmetros da pesquisa**

O conjunto de informações reunidas neste trabalho contemplou a oferta da atenção especializada em saúde bucal nos moldes da PNSB, bem como a oferta de LRPDs e o panorama da cobertura por ESB nos estados e nos municípios. Estas informações, de caráter quantitativo, qualitativo e acerca da distribuição regional, levaram em conta ainda as definições dos Planos Diretores de Regionalização (PDRs) de cada estado brasileiro pertinentes a esse tipo de oferta.

Em relação aos resultados, a seguir apresentamos uma análise de cada parâmetro empregado na pesquisa:

- **Oferta de ESBs no âmbito do país**

Até setembro de 2010, a proporção dos municípios que contavam com ESBs apresentou-se bastante expressiva: 86,45%. No entanto, do ponto de vista do número de ESBs existentes frente a seu número mínimo, de acordo com os parâmetros normativos disponíveis, este valor alcançou apenas 25,94% do desejável. Como essa relação é estabelecida entre o número de ESBs e o volume populacional, podemos considerar que apesar de uma boa distribuição no âmbito dos municípios, uma parcela significativa da população ainda não é coberta por esse tipo de oferta.

- **Oferta de CEOs e LRPDs no âmbito do país**

Em relação à oferta de CEOs e LRPDs em âmbito nacional, a proporção de municípios que contam com alguma unidade CEO ou LRPD (16,72%) ainda é bastante incipiente frente à oferta de atenção a saúde bucal no nível básico de atenção. Ademais, desdobrando-se este dado, no tocante especificamente aos municípios que contam com CEOs, a proporção cai para 12,93%, e aqueles que contam com CEOs e LRPDs é de 9,34%. No caso dos municípios que contam apenas com LRPDs, a proporção é de 3,86%.

Sabemos que os CEOs e LRPDs devem funcionar como unidades de referência para os pacientes encaminhados pelas ESBs, não devendo, portanto, estar presentes em todos os

município do país, ao contrário do que é preconizado para ESBs. Assim, sua distribuição planejada no âmbito das regiões sanitárias deve ser o fator de maior relevância.

Apenas o aprofundamento deste estudo, em âmbito regional, poderá apontar as tendências que a relação entre a atenção básica em saúde bucal e a oferta da média complexidade e de próteses dentárias vem adquirindo no atual processo de evolução da PNSB. A seguir, oferecemos esse esforço de análise mediante os dados e informações reunidos para a presente tese. Nesse sentido, analisaremos a partir do tópico "c" os parâmetros pesquisados para todos os estados brasileiros e o Distrito Federal.

- **Proporção de municípios que contam com ESBs**

A proporção de municípios que contam com ESBs no âmbito dos estados ocorreu em 100% em oito dos 27 entes federativos, sendo sete pertencentes a região Norte e Nordeste (AC, AL, AP, PI, RN, SE e TO), e o Distrito Federal (região Centro-Oeste). Os demais 19 estados brasileiros contam com uma média de 89,79% de municípios com ESBs por estado. Excluindo os estados cuja totalidade dos municípios conta com esta estratégia, a menor proporção de municípios com essas equipes ocorreu em SP (59,50%), e a maior em PE (97,83%). Em relação a São Paulo, os obstáculos na distribuição dessa oferta estão provavelmente relacionados ao fato de ser o estado mais populoso e o segundo estado em número de municípios.

Esses resultados para o país expressam o esforço que gestores locais vêm realizando em aderir ao modelo de atenção básica em saúde bucal oferecido pela PNSB. Esse achado corrobora os de outros autores que se debruçaram sobre o tema (MAIA, 2008, 2010; FIGUEIREDO; GOES, 2009; COLUSSI et al., 2009; SILVA et al., 2007), conforme mencionado na introdução desta tese.

- **Número mínimo de ESBs para a cobertura da população do estado**

De acordo com o estabelecido pelos parâmetros normativos vigentes, foi visto que 11 dos 27 estados ultrapassaram o valor relativo ao número mínimo de ESBs para a cobertura da população do estado. São eles: AL, AP, CE, MA, MS, PB, PE, PI, RN, SE e TO. Destes, quatro (AL, PB, PI e RN) alcançaram valores muito próximos ou superiores ao dobro do número mínimo de ESBs, indicando que provavelmente adotaram a proporção de uma ESB para uma população de 3.450 habitantes – ou, noutras palavras, a proporção de uma ESB para

uma ESF. De forma geral, nesse conjunto de estados, podemos identificar um grau expressivo de adesão à estratégia de atenção à saúde bucal na atenção básica.

Dos 16 estados restantes, oito (AC, ES, GO, MT, MG, PR, RR e SC) alcançaram, em números mínimos de ESBs, quantitativos acima de 80,00% frente ao valor mínimo desejável. Isso pode indicar a intenção dos gestores desses locais em atingir esta cobertura. Os demais oito estados (AM, BA, DF, PA, RS, RJ, RO, SP) não alcançaram ainda um grau expressivo de cobertura por ESBs frente a suas populações estaduais. Destes estados, destacamos que quatro (BA, RS, RJ e SP) estão entre os cinco estados mais populosos do país, que juntos representam 43,35% da população. Este resultado pode estar relacionado à dificuldade em operacionalizar tamanha cobertura populacional nesses estados.

Lembramos mais uma vez que o cálculo do número mínimo de ESBs para a cobertura da população de cada estado expressa uma aproximação, uma vez que a cobertura por ESBs é feita no âmbito municipal. Isso significa que uma equipe de um município não cobre a eventual deficiência em número de equipes de outros municípios do mesmo estado, mesmo que a quantidade de ESBs contabilizada no estado seja eventualmente superior ao recomendado pelos parâmetros normativos vigentes.

- **Percentual de regiões/microrregiões que contam com LRPDs**

A presença de LRPDs ocorreu em todas as regiões de saúde compatíveis com os CGRs somente nos estados de AL, MS e RN. Vale destacar, mais uma vez, que o MS conta com apenas três regiões sanitárias, o que facilita sua colocação nesta categoria de resultados.

Nesses estados, em tese, a distribuição destas unidades indica estar satisfatória. Os estados de CE, PB e PI contam com LRPDs em 80,00 a 99,99% de suas regiões, expressando uma distribuição razoável desses laboratórios. Em oito estados (AM, BA, GO, PA, PR, RJ, SC e SP), a distribuição de LRPDs ocorre em 50,00 a 79,99% de suas regiões de saúde. Estes estados têm o potencial de avançar na distribuição desta oferta. Em sete estados (AC, ES, MT, MG, PE, RS e TO), a presença de LRPDs ocorre em menos de 50% de suas regiões sanitárias, indicando uma deficiência na oferta desse tipo de serviços. Quatro estados e o Distrito Federal não contam com LRPDs: AP, RO, RR e SE. O Maranhão, por razões metodológicas já explicitadas, não pode ser contabilizado na pesquisa, apesar de contar com 13 LRPDs.

- **Percentual de municipios com LRPDs**

Todos os estados brasileiros que contam com LRPDs (22 no total) distribuíram essas unidades em menos de 30% de seus municípios. Este dado, por si, indica o potencial de avanço desta oferta mediante os incentivos políticos e financeiros mencionados ao longo do presente trabalho. Logo, excluindo-se os quatro estados (AP, RO, RR e SE), além do Distrito Federal, que não contam com LRPDs, nove estados possuem estes laboratórios em 10,00 a 30,00% de seus municípios, com uma média de 17,52% de municípios que contam com estas unidades, de acordo com a pesquisa. São eles: AM, CE, MS, PA, PB, PI, RN, RJ e SP. A colocação de São Paulo nesta categoria indica o esforço de seus gestores mediante suas dimensões geográficas, populacionais e no quantitativo de regiões sanitárias: mesmo na presença desses obstáculos, São Paulo conta com LRPDs em 18,60% de seus municípios, resultado acima da média em sua categoria.

Em 13 estados (AC, AL, BA, ES, GO, MA, MT, MG, PR, PE, RS, SC e TO), a presença de LRPDs ocorreu em menos de 10,00% de seus municípios, mostrando que a oferta é bastante incipiente nesses locais.

- **Percentual de regiões selecionadas que contam com unidades CEO**

Em relação ao percentual de regiões selecionadas na pesquisa que contam com unidades CEO, verificamos que em cinco estados (AL, CE, MS, RN e RR) existe ao menos um CEO em 100% de suas regiões sanitárias, ou seja, todas as regiões sanitárias compatíveis com os CGRs contam com pelo menos um CEO. Este resultado indica uma distribuição bastante adequada da oferta, nesses estados, ao menos no âmbito das regiões de saúde. Porém, vale destacar que, no caso de Roraima, este estado conta com apenas uma região sanitária (CGR Roraima), o que acabou por colocá-lo dentre aqueles que "contam com unidades em 100% das regiões selecionadas". Algo semelhante ocorre no Mato Grosso do Sul, que apesar de sua área geográfica expressiva, está subdividido em apenas três CGRs, o que acabou favorecendo sua colocação nesse grupo de estados. Assim, vale destacar o mérito dos estados de Ceará e Rio Grande do Norte, onde a distribuição de unidades conta sempre com ao menos um CEO em cada região sanitária. Além disso, o Ceará conta com 22 CGRs, indicando uma divisão regional bastante avançada e portanto uma distribuição satisfatória de unidades CEO.

Ainda em relação ao percentual de regiões que contam com alguma unidade CEO, em oito estados isto ocorre entre 80,00 e 99,99% das regiões de saúde selecionadas, indicando

uma boa distribuição da oferta, pelo menos de acordo com sua divisão regional. Neste grupo estão presentes os seguintes estados: BA, PR, PB, PE, PI, RJ, SC e SE.

Ainda no tocante ao parâmetro discutido nos dois parágrafos anteriores, sete estados contam com unidades entre 50 e 79% das regiões sanitárias, a saber: AP, AM, ES, GO, PA, RO e RS. Estes devem procurar avançar na distribuição regionalizada dessa oferta.

Por fim, cinco estados contam com unidades CEO em menos de 50% de suas regiões de saúde selecionadas: AC, MT, MG, SP e TO. Estes têm uma distribuição incipiente das unidades CEO no âmbito das regiões de saúde. No que se refere ainda a este parâmetro, duas unidades federativas não puderam ser avaliadas, a saber: Maranhão (não conta com CGRs) e DF (cuja divisão em regiões de saúde ocorre no âmbito intramunicipal, não se enquadrando na metodologia da pesquisa).

- **Proporção de municípios que contam com CEOs**

Em todos os estados brasileiros, a distribuição de CEOs ocorreu em menos de 50,00% de seus municípios. Os dois estados com melhores resultados nessa distribuição foram Rio e Janeiro (45,65%) e Ceará (36,95%). Em 15 estados (AL, AP, AM, BA, ES, MA, MS, PA, PB, PE, PI, RN, SC, SP e SE), a distribuição de CEOs ocorreu em 10,00 a 29,99% de seus municípios, indicando o potencial de expansão desta oferta. Nos nove estados listados a seguir, a presença de CEOs ocorreu em menos de 10,00% de seus municípios: AC, GO, MT, MG, PR, RS, RO, RR e TO. Para estes, vale destacar que MG e RS são, respectivamente, o primeiro e o terceiro estado em número de municípios, o que representa um obstáculo nesse tipo de distribuição. Lembramos ainda, nesse contexto, o relevante mérito do Estado de São Paulo, segundo no país em número de municípios e que, mesmo assim, conseguiu distribuir CEOs em 18,29% deles.

O Distrito Federal não pode ser enquadrado neste parâmetro avaliativo, devido a suas características federativas.

- **Proporção dos municípios com alguma unidade que tem cobertura por ESBs igual ou maior que 50%**

O critério introduzido pela Portaria GM/MS nº 1.063 (04/07/2005), para a habilitação de CEOs e/ou LRPDs, leva em conta que a seleção dos municípios será feita considerando aquele com o maior percentual de cobertura por ESBs. Assim, optamos por identificar em que

proporção os municípios que contam com unidades CEO e/ou LRPD têm, ao menos, 50% de cobertura por ESBs. De acordo com a metodologia empregada, o critério estabelecido por essa portaria foi cumprido integralmente pelos seguintes estados: AL, AP, CE, MS, PB, PI, RN, RR e TO. Nesses nove estados, todos nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, 100% dos municípios com alguma unidade têm cobertura por ESBs igual ou maior que 50%.

Ainda no tocante ao parâmetro discutido acima, cinco estados das regiões Norte e Nordeste indicaram ter cumprido parcialmente este critério, tendo o percentual de municípios com unidades CEO e/ou LRPD coberturas por ESB entre 80 e 99%. São eles: AM, BA, MA, PE e SE.

Nos 11 estados listados a seguir, os municípios que contam com unidades CEO e/ou LRPD apresentavam cobertura por ESBs entre 50,00 e 79,99%: AC, ES, GO, MT, MG, PA, PR, RS, RJ, SC e SP. Este fato indica que, nestes estados, o critério acima não vem sendo observado adequadamente.

No Estado de Rondônia, menos da metade dos municípios que contam com unidades CEO e LRPD apresentam coberturas por ESBs igual ou maior que 50%. No caso do Distrito Federal, esse fato também é uma realidade. Tais resultados indicam que os parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.063, de 4 de julho de 2005, não estão sendo atendidos nestas localidades.

A seguir, discutiremos os parâmetros estudados para as regiões de saúde selecionadas, de acordo com a metodologia da pesquisa:

- **Proporção de municípios do estado na região de saúde selecionada**

Em relação a este parâmetro, nos cinco estados (AL, CE, MS, RN e RR) em que o "percentual de regiões que contam com alguma unidade CEO" é de 100%, da mesma forma 100% dos seus municípios estão localizados em alguma região sanitária selecionada pela pesquisa. Vale destacar que Roraima conta com apenas um região de saúde e Mato Grosso do Sul conta com apenas três regiões, o que facilitou sua colocação nesta categoria de resultados da pesquisa.

Nos estados BA, ES, PR, PB, PE, PI, RJ, SC e SE, a proporção de municípios na região de saúde selecionada é entre 80 e 99,99%. Este resultado, com exceção do Espírito Santo, é idêntico àquele relativo ao parâmetro "percentual de regiões que contam com alguma unidade CEO", já apresentado. Isso ocorre obviamente onde a distribuição de CEOs alcança um número grande de regiões, contemplando um número grande de municípios nas regiões

selecionadas. No caso do Espírito Santo, vale lembrar que seu resultado para “percentual de regiões que contam com CEO” é de 75,00%, indicando ainda certa coerência com o resultado do parâmetro ora discutido.

Ainda no tocante à “proporção de municípios na região de saúde selecionada”, os estados AC, AP, AM, GO, MT, PA, RS, RO e TO (9 ao todo) apresentaram resultados entre 50 e 79,99% de seus municípios nas regiões selecionadas, indicando que uma parte considerável de seus municípios está presente em regiões de saúde que contam com CEOs. Já nos estados de MG e SP, os CEOs estão presentes em regiões que abrangem menos de 50% dos municípios do estado. Em relação a estes, vale destacar que são aqueles com maior número de municípios do país, o que indica um obstáculo no alcance desta oferta. Mais uma vez e pelas razões metodológicas já citadas, o Maranhão e o Distrito Federal não puderam ser avaliados sob este parâmetro.

- **Proporção da população do estado na região de saúde selecionada**

Nos estados citados no item acima, onde há CEOs em 100% das suas regiões de saúde, da mesma forma 100% de sua população se encontram no conjunto das regiões de saúde selecionadas. Estes estados são AL, CE, MS, RN e RR.

Em 12 estados (AP, AM, BA, ES, PA, PR, PB, PE, PI, RJ, SC e SE), as unidades presentes estão localizadas em regiões de saúde que cobrem, em seu conjunto, entre 80 e 99,99% da população, indicando que a presença dessas unidades ocorre nas áreas mais populosas do estado e, em tese, estão voltadas para um percentual significativo da população.

Já nos estados AC, GO, MT, MG, RS, RO e TO (7 no total), as unidades CEOs estão localizadas em regiões que comportam, em seu conjunto, entre 50 e 79,99% da população do estado. Nesses locais, a distribuição da oferta tem potencial de avançar no sentido das regiões menos populosas.

Em São Paulo, estado mais populoso do país, as unidades CEO estão localizadas em regiões que, juntas, contemplam 46,75% da população. Isso indica um volume populacional expressivo, no caso de São Paulo. O estado sofre com as dificuldades inerentes à distribuição de oferta assistencial, apesar do esforço dos gestores locais em implantar o maior número de unidades do país (148 CEOs). O Distrito Federal e o estado do Maranhão não puderam ser analisados sob esta ótica, pelas razões metodológicas descritas neste capítulo.

- **Número de municípios com Unidades CEO nas regiões de saúde selecionadas**

O total de regiões de saúde selecionadas na pesquisa foi de 272, presentes em 25 estados. Vale lembrar que o Distrito Federal e o Estado do Maranhão não se enquadraram neste parâmetro analítico. Sendo assim, das 272 regiões de saúde compatíveis com os CGRs, 36,76% têm apenas um município com CEO em seu território, e em 27,94% o CEO está presente em dois municípios. Isso significa que 64,70% das regiões de saúde contam com, no máximo, dois municípios com CEOs. Essa distribuição pode avançar significativamente em mais da metade das regiões de saúde estudadas na pesquisa.

Em 13,97%, o CEO está presente em três municípios, e em quatro na proporção de 8,82%.

Esse resultado indica que em parcela menos expressiva das regiões de saúde pesquisadas (22,79%) a oferta está relativamente mais bem distribuída pelos municípios.

A presença de CEOs nas regiões de saúde em cinco ou mais municípios ocorreu em 12,50%. Esse resultado pode ser visto sobretudo nas regiões de saúde onde se localizam as capitais, o que pode estar relacionado ao fato de que essas regiões contemplam com frequência municípios relativamente avançados do ponto de vista político e administrativo, capazes de implantar esse tipo de unidade de saúde. Isto ocorreu nas regiões de saúde das capitais de Minas Gerais (região Belo Horizonte, com 14 municípios com CEOs), Mato Grosso do Sul (região Campo Grande com 8 municípios com CEOs), Pernambuco (1ª GERES com 10 municípios com CEOs) do Rio de Janeiro (região Metropolitana I com 10 municípios com CEOs).

No Rio e Janeiro e em Minas Gerais, a presença de um número expressivo de municípios com CEOs numa mesma região ocorreu também em regiões que agregam cidades de porte médio, ou que expressam polos regionais, como a região do Médio Paraíba no Rio de Janeiro (10 municípios com CEOs) e regiões de Montes Claros (8 municípios com CEOs) e Varginha (6 municípios com CEOs), em Minas Gerais. O mesmo parece ter ocorrido no caso do Estado de São Paulo: as regiões de Marília (9 municípios com CEOs), Campinas (13 municípios com CEOs), Bauru (10 municípios com CEOs), São José do Rio Preto (11 municípios com CEOs) e Sorocaba (9 municípios com CEOs) contam com um número expressivo de municípios com CEOs. Vale lembrar que o município capital (São Paulo) não compõe CGRs, não sendo incluído na metodologia deste parâmetro avaliativo.

- **Menção da oferta de CEOs e/ou LRPDs nos PDRs**

Em relação a este parâmetro, presente nas tabelas da pesquisa como “Consta no PDR?, os resultados mostraram que isto ocorreu integralmente nos estados CE, PR, SC e RR.

A menção à oferta de CEOs e/ou LRPDs ocorreu de forma parcial ou incompleta em seis estados: AC, AL, GO, MT, RS e TO. A seguir, apresentamos as características dessa descrição nos respectivos PDRs.

Os PDRs dos 15 estados listados seguir não mencionam a oferta de ações especializadas ou de prótese dentárias em seus PDRs: AP, AM, BA, ES, MS, MG, PA, PB, PE, PI, RN, RJ, RO, SP e SE. Por razões metodológicas, Maranhão e Distrito Federal não puderam ser avaliados sob este aspecto. No caso do Maranhão, não há disponibilidade de seu PDR e o estado não constituiu CGRs. No entanto, no caso do Distrito Federal, vale lembrar que a distribuição da oferta de ações especializadas em odontologia é presente no PDR, mas por não contar com a instituição de CGRs, este ente federativo não pode ser avaliado segundo a metodologia aqui proposta.

- **Observações sobre os LRPDs**

Em sete estados (listados a seguir), a metodologia da pesquisa permitiu identificar regiões de saúde compatíveis com os CGRs que não contam com nenhuma unidade CEO mas que possuem em seus territórios uma ou mais unidades LRPDs. Este dado expressa uma implantação incompleta da PNSB nas referidas regiões, ainda que as mesmas contem com ESBs.

Isso ocorreu em Goiás (1 macrorregião com 1 LRPD), Minas Gerais (1 microrregião com 1 LRPD), Pará (3 regiões de saúde, sendo 2 com 2 LRPDS e 1 com 1 LRPD), Paraíba (2 regiões com 1 e 3 LRPDs, respectivamente), Rio Grande do Sul (2 regiões com 1 LRPD em cada), Rio de Janeiro (1 região com 1 LRPD) e São Paulo (7 regiões contanto com entre 6 e 2 LRPDs em cada).

No caso do Rio de Janeiro, fato curioso ocorre na região de saúde que conta com apenas LRPD: no município em que se localiza este LRPD (Campos dos Goytacazes) não há ESBs, e nessa região (Região Norte) não há nenhum CEO. Este fato indica ou a presença de uma rede básica de saúde bucal fora dos moldes da PNSB no município, ou uma implantação

distorcida das diretrizes dessa política. Além disso, a implantação de uma unidade LRPD em um município que não conta com ESBs foge ao critério dado pela Portaria GM/MS nº 1.063.[50]

Ainda no tocante exclusivamente aos LRPDs, três estados (RO, RR e SE) e o Distrito Federal não contavam com nenhuma unidade LRPD em seus territórios no momento do fechamento da pesquisa.

Outros aspectos relativos aos LRPDs foram detectados pela pesquisa, em relação à distribuição dessas unidades no âmbito das regiões e dos municípios, frente à distribuição de CEOs: nos estados de MS, RN e PB, a distribuição de LRPDs e CEOs por regiões de saúde é idêntica (100,00%, 100,00% e 88,00%, respectivamente). No entanto, em termos de distribuição municipal, o percentual de municípios com LRPDs (19,23%, 12,57% e 26,45%, respectivamente) é superior ao dos municípios com CEOs (17,94% 10,77% e 17,93%, respectivamente), indicando um viés no modelo de atenção à saúde bucal, especialmente na Paraíba.

O oposto ocorre no Pará: a distribuição municipal de CEOs e LRPDs é idêntica (13,98% dos municípios), mas os LRPDs estão mais bem distribuídos no âmbito das regiões de saúde: há 20 LRPDs distribuídos em 63,15% das regiões, enquanto os 27 CEOs estão localizados em 57,89% destas unidades territoriais.

No caso do Estado do Piauí, a distribuição municipal e LRPDs é superior (14,28%) frente àquela dos CEOs (11,60%). No entanto, a distribuição de LRPDs no âmbito das regiões de saúde é inferior à distribuição de CEOs (81,81% e 90,90%, respectivamente).
Vale destacar que, para Paraíba e Piauí, o quantitativo de LRPDs é superior ao de CEOs (Paraíba: 49 LRPDs e 42 CEOs; Piauí: 32 LRPDs e 27 CEOs).

São Paulo conta com nove regiões de saúde, que contemplam apenas LRPDs. Em relação à distribuição municipal de LRPDs, esta é praticamente idêntica à distribuição de CEOs (18,60 % e 18, 29%, respectivamente), sendo discretamente superior. Já a distribuição dos LRPDs por regiões de saúde é notavelmente superior à de CEOs: 54,68% e 45,31%, respectivamente.

No tocante à presença de LRPDs em regiões sem CEOs no Estado de São Paulo, ocorreu algo semelhante ao que foi encontrado no Rio de Janeiro, desta vez em maior escala. Das nove regiões que contam com apenas LRPDS, identificamos que em seis delas os municípios-sede desses laboratórios não contam também com ESBs. Este fato representa uma distorção da PNSB e o não-atendimento aos critérios da Portaria GM/MS nº 1.063.

---

[50] Esta portaria, de 4 de julho de 2005, institui o critério de maior percentual de cobertura por ESBs para a seleção de municípios para a habilitação de CEOs e/ou LRPDs.

- **Municípios que têm CEOs e/ou LRPDs e não têm ESBs**

Segundo a Portaria GM/MS nº 1.063, de 4 de julho de 2005, determina que o maior percentual de cobertura por ESBs deve ser critério para a seleção de municípios para a habilitação de CEOs e/ou LRPDs. No entanto, esta pesquisa encontrou, em seis estados, 68 municípios que contam com unidades CEO e/ou LRPD e não têm nenhuma ESB, o que indica o não-atendimento ao referido critério normativo, além de uma distorção da ótica da PNSB.

Este fato ocorreu nas seguintes estados: Minas Gerais, (5 regiões de saúde, em 12 municípios), Paraná (6 regiões, em 6 municípios), Rio de Janeiro (3 regiões, em 3 municípios), Rio Grande do Sul (2 regiões, em 2 municípios), Santa Catarina (3 regiões, em 4 municípios) e São Paulo (22 regiões, em 41 municípios).

5 DISCUSSÃO

A partir de dezembro de 2000, com a edição da primeira[51] de uma sequência de portarias ministeriais específicas voltadas para a área de atenção à saúde bucal, teve início um processo de mudança expressiva no patamar de recursos financeiros, sobretudo de origem federal, empregados nessa área de atenção. Este processo, que se iniciou pelo nível básico de atenção, vem se expandindo progressivamente até os dias atuais, contemplando mais de uma década e diferentes gestões ministeriais. Nesse período, além da progressiva expansão dos recursos financeiros, ocorreu também uma diversificação na oferta e no grau de complexidade das ações e serviços em saúde bucal no âmbito do SUS.

Desta forma, em 2004, a partir da edição da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), foram formalizados por portarias específicas os critérios para credenciamento, implantação e repasse de recursos financeiros federais relativos aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs).

Além da oferta de recursos, atrelada ao cumprimento de pré-requisitos estabelecidos pelas referidas portarias, as diretrizes da PNSB, no tocante ao planejamento da oferta, foram claramente convergentes com os princípios da regionalização inseridos na Política Nacional de Saúde. Assim, como condições para a habilitação dos CEOs e LRPDs, essas portarias estabeleceram, dentre outras prerrogativas relacionadas ao planejamento regionalizado da atenção à saúde, que tais unidades devem funcionar como unidades de referência para o próprio município, região ou microrregião de saúde, e que um dos critérios para sua implantação está ligado à cobertura municipal pelas Equipes de Saúde Bucal (ESBs).

Em 2006 foi editado, pelo Ministério da Saúde, o Pacto pela Saúde de 2006. Os princípios do Pacto, que tomam a regionalização como um de seus pilares fundamentais, devem nortear as políticas específicas do SUS, dentre as quais se encontra a PNSB. Em relação aos instrumentos do planejamento regionalizado no âmbito do SUS, os Colegiados de Gestão Regional (CGR) são uma inovação importante instituída pelo Pacto pela Saúde. Seu fortalecimento como espaço de pactuação regional contribui para a efetivação das funções de gestão do SUS (BRASIL, 2009g).

As ações previstas na PNSB vêm avançando, desde 2004, beneficiadas por diretrizes claras e convergentes com a política de saúde, além de incentivos financeiros exclusivos e

[51] A Portaria GM/MS nº 1.444, de dezembro de 2000, foi a primeira dessa sequência, e instituiu um incentivo financeiro permanente para as Equipes de Saúde Bucal implantadas no então Programa de Saúde da Família, além de um incentivo adicional para a aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos.

permanentes. Ao longo desse período, a área de atenção à saúde bucal vem se mantendo presente na agenda de governo, em sintonia com as macropolíticas do SUS e provida de recursos federais abundantes. Destacam-se os seguintes dados do MS: a PNSB recebeu, entre 2003 e 2006, investimentos de mais de R$ 1,2 bilhão. Em 2007, foram investidos mais de R$ 600 milhões, valor mais de dez vezes superior ao que foi investido no ano de 2002. Entre 2007 e 2010, o montante investido pelo MS alcançará mais de R$ 2,7 bilhões.[52]

Diante desse panorama de gastos crescentes, vale indagar de que forma o planejamento no âmbito regional da oferta das ações e serviços de média complexidade e de próteses dentárias vem buscando uma sintonia com as prerrogativas do atual processo de regionalização do SUS.

A pesquisa realizada para a presente tese expressou uma possível abordagem acerca desse processo, tendo como eixo fundamental a distribuição regional das unidades CEO e LRPD. Essa abordagem levou em conta, também, aspectos da cobertura populacional nos estados pela atenção básica em saúde bucal na forma prevista pela PNSB, e a população presente nas regiões de saúde contempladas pelas referidas unidades.

Em relação aos resultados da pesquisa, foi possível identificar as tendências e o panorama da situação do país e de cada ente federativo frente aos parâmetros avaliados. Em relação ao Brasil, os resultados relativos aos parâmetros “oferta de ESBs no âmbito do país” e “proporção de municípios que contam com ESBs” expressaram que, no nível básico de atenção, há uma situação de expressiva adesão dos municípios brasileiros a essa estratégia, com ênfase na Região Nordeste. Noutras palavras, uma expressiva parte dos municípios do país instituiu ESBs.

Do ponto de vista do volume de ESBs frente ao estimado para a população do país, ainda há muito que se avançar. Observando-se atentamente aos dados das tabelas construídas para a pesquisa, foi possível verificar que tal resultado pode ser atribuído à cobertura deficiente por ESB na maioria das capitais e cidades de médio porte.[53] Dito de outra forma, é possível inferir que a adesão à estratégia por ESBs apresenta coberturas mais amplas nos municípios de pequeno porte, maioria do país. No entanto, como a população se concentra nas capitais e centros regionais, onde a cobertura por ESBs ainda é incipiente, o quantitativo de ESBs ainda é deficiente sobretudo nesses locais, gerando esse resultado para o país.

---

[52] Dados disponíveis em http://dab.saude.gov.br/cnsb/brasil_sorridente.php. Acesso em fevereiro de 2011.
[53] De acordo com o IBGE, cidade média em termos populacionais é aquela que conta com uma população entre 100.001 e 500.000 habitantes (IBGE, 2010).

São reconhecidos os obstáculos das estratégias com as características da Estratégia de Saúde da Família nas cidades de grande porte e nos centros urbanos. A pesquisa aqui realizada foi capaz de confirmar que este fato é uma realidade também no tocante a saúde bucal.

Caetano e Dain, ainda em 2002, já haviam identificado as dificuldades para a reestruturação do modelo assistencial nos grandes centros, no sentido da estratégia preconizada pelo então PSF. As autoras observam a intensa concentração da população nas metrópoles e destacam que, apesar da expressiva cobertura pelo PSF no âmbito dos municípios, do ponto de vista da população coberta, essa estratégia contemplava apenas um terço da população brasileira à época. A situação identificada pelas autoras há nove anos é compatível com aquela expressa na presente pesquisa, no que diz respeito à cobertura por Equipes de Saúde Bucal.

A pesquisa "Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos – dez estudos de caso" elaborada pelo Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz[54] e cuja síntese de resultados foi publicada em 2005, chama a atenção para o consenso acerca da ausência de dificuldades na implementação do então PSF em municípios de pequeno porte.

Em relação aos grandes centros, a pesquisa supracitada detectou três grandes grupos de problemas na implementação desse modelo de atenção: dificuldades de substituir o modelo tradicional de atenção básica, obstáculos na inserção e no desenvolvimento de recursos humanos; e questões relativas ao monitoramento do processo e dos resultados do programa. Além disso, foram identificados também problemas relacionados com a garantia da integralidade, no tocante à integração aos demais níveis de complexidade.

Ainda de acordo com a pesquisa publicada pela Fiocruz, as faixas de financiamento do MS, segundo cobertura municipal para o PSF, não são adequadas para grandes centros urbanos, onde se fazem necessários quantitativos de equipes extremamente elevados para atingir os patamares de cobertura preconizados. Nesse sentido, Dain e Caetano (2002) destacaram as dificuldades dos gestores municipais nas localidades de maior porte em alcançarem os investimentos compatíveis com a implementação desse programa, afirmando que a lógica de incentivo do PSF apresenta-se inadequada e insuficiente para esse tipo de municípios.

---

[54] Esta pesquisa foi elaborada para oferecer subsídios ao desenvolvimento do PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. O projeto, sob a responsabilidade do Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) do Ministério da Saúde, objetiva apoiar a expansão e consolidação do PSF em grandes centros urbanos, caracterizados como municípios acima de 100 mil habitantes (BRASIL, 2005c).

Explorando o tema da implantação do PSF em municípios de diferentes portes populacionais, várias publicações indicam que, no êxito de implantação desse tipo de programa, predominam os municípios de pequeno porte. A maioria dos autores concorda que em poucos municípios com sistemas de saúde mais complexos o PSF alcançou caráter substitutivo frente ao modelo assistencial vigente. Em relação ao êxito da implantação do PSF em municípios de pequeno porte, dentre outros fatores, a literatura acadêmica aponta, sobretudo, para aqueles relativos ao caráter do financiamento do programa: nos municípios menores, o incentivo financeiro representa um poder diferenciado e decisivo de indução dessa estratégia assistencial (ROCHA et al., 2008; HENRIQUE e CALVO, 2009).

Sabemos que não houve alterações na lógica de financiamento da ESF. Os obstáculos observados pelas publicações supracitadas se perpetuam nos dias atuais e, de acordo com os resultados da pesquisa, se estendem ao campo da saúde bucal dentro dessa estratégia. Por outro lado, lembramos que o Brasil é um país predominantemente composto por municípios de pequeno porte (IBGE, 2010), o que justifica o sucesso e o avanço dessa estratégia em expressiva parte do país.

No tocante à distribuição de unidades CEO e LRPD, a metodologia adotada na pesquisa permitiu uma perspectiva de análise para o país e outra a partir das regiões de saúde estudadas no âmbito dos estados, como veremos a seguir.

Do ponto de vista do porte populacional dos municípios atendidos pela PNSB no âmbito do país (municípios que contam com CEOs e/ou LRPDs), foi identificado que 77% desses municípios contam com até 100.000 habitantes. Desses 77%, 35% são municípios de até 25.000 habitantes. Lembramos que a distribuição dessas unidades deve considerar os princípios de economia de escala escopo, e a opção de sua implantação deve ser prevista no PDR. Assim, quando não pactuadas para o atendimento de mais de um município, o credenciamento dessas unidades em cidades muito pequenas e pequenas indica uma fragilidade no planejamento da oferta. Como foi possível verificar nos resultados apresentados no capítulo 3, e que serão comentados a seguir, poucos foram os estados que previram o planejamento da oferta de unidades CEO e LRPD nos seus PDRs, ou em outro instrumento da gestão regionalizada, identificando os fluxos de referência. Assim, o maciço credenciamento de unidades em municípios pequenos e muito pequenos, como identificado pela presente pesquisa, indica um grave problema no âmbito da PNSB.

Do ponto de vista da distribuição de unidades CEO e LRPD pelos municípios brasileiros de acordo com seu porte populacional, verificamos também a concentração destas unidades em municípios pequenos e muito pequenos.

No caso dos CEOs, verificou-se que 62% dessas unidades se encontram em municípios de até 100.000 habitantes. Desse montante, 19% estão em municípios muito pequenos, isto é, com até 25.000 habitantes. Caso esta implantação não esteja prevista e planejada no âmbito regional, isso indica não apenas que os princípios de economia de escala não estão sendo observados, mas também que a viabilidade operacional e financeira desses CEOs pode estar gravemente comprometida. Lembramos que os CEOs devem alcançar metas estabelecidas pelo MS em números de procedimentos para que seja mantido seu incentivo financeiro de custeio.

No caso dos LRPDs, a situação é mais gritante: 44% dos LRPDs brasileiros estão implantados em municípios muito pequenos, isto é, com até 25.000 habitantes. Outra fatia de 36% dos LRPDs se encontra em cidades de até 100.000 residentes, resultando num montante de 80% de LRPDs implantados em municípios pequenos ou muito pequenos.

A alta concentração e LRPDs em municípios de pequeno porte deve ser interpretada em conjunto com outros achados da pesquisa: dos 526 LRPDs existentes, 215 (41%) se encontram em municípios que contam apenas com este tipo de unidade, não contando com CEOs. Em algumas regiões de saúde do país, como veremos a seguir, a PNSB se faz presente, na atenção especializada, apenas na forma de um ou mais LRPDs, sem nenhum CEO em toda a região sanitária.

Soma-se a esse quadro a baixíssima frequência da identificação dos fluxos de referência nos PDRs para as ações de reabilitação oral, item que será discutido a seguir. Essas constatações no tocante aos LRPDs levantam uma suspeita: municípios muito pequenos e pequenos, que contam apenas com LRPDs (não contando com CEOs), e que não pactuaram a oferta de próteses dentárias nos PDRs, são frequentes no país. Assim, é possível que essas localidades estejam apresentando uma tendência a adotar um modelo de atenção ultrapassado e mutilador, baseado na extração de dentes (que ocorre na atenção básica) e na colocação de próteses dentárias, voltado para a população do seu município. No item “n” do tópico 4.3, capíulo 4, foram abordadas as distorções na distribuição dos LRPDs frente à presença de CEOs e de ESB encontradas na pesquisa que corroboram essa suspeita.

Municípios que contam apenas com LRPDs necessitariam fazer parte de uma rede integrada de atenção à saúde em âmbito regional, como previsto pela PNSB, para que seus cidadãos tenham acesso a serviços especializados e às opções de reabilitação oral baseadas na conservação dos dentes. A implantação maciça de LRPDs nesses municípios, na ausência de referências para serviços de maior complexidade em saúde bucal, somada a uma cultura ultrapassada da substituição de dentes por próteses, são fatores que podem estar favorecendo

tal suspeita. Acrescenta-se a isso a atual isenção da submissão à CIB do processo e credenciamento dos LRPDs,[55] o que impossibilita a discussão e o planejamento dessa oferta, bem como a de ações complementares a ela, no âmbito regional.

Do ponto de vista da distribuição das unidades CEO no âmbito das regiões de saúde compatíveis com os CGRs, identificou-se uma concentração de unidades em apenas 65% dessas regiões no Brasil. Considerando que o total de regiões de saúde que constituíram CGRs, em setembro de 2010, era de 418, em 25 estados (Maranhão e Distrito Federal não puderam ser enquadrados nesta análise pelas razões metodológicas expostas no capítulo anterior), e que até esta data havia 813[56] CEOs implantados nos 25 estados citados, seria razoável esperar que houvesse ao menos uma dessas unidades em cada região de saúde brasileira. No entanto, os resultados da pesquisa indicaram uma concentração desses CEOs em apenas 272 regiões de saúde do país.

Em apenas cinco estados há CEO(s) em 100,00% das suas regiões de saúde: Alagoas, Ceará, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte e Roraima. Destes, dois acabaram por constar nesta categoria apenas pela razão de contarem com um baixo número de divisões regionais: Mato Grosso do Sul (3 regiões de saúde) e Roraima (1 região de saúde).

Os 526 LRPDs identificados no país estão distribuídos em 22 estados, uma vez que Amapá, Distrito Federal, Rondônia, Roraima e Sergipe não possuíam essas unidades até a data do fechamento da pesquisa. A situação da distribuição por regiões de saúde no âmbito do país é ainda mais crítica: apenas em Alagoas, Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Norte há LRPDs em todas as regiões de saúde, lembrando que Mato Grosso do Sul possui apenas três divisões regionais, o que facilita sua colocação nesta categoria. Da mesma forma, os resultados da pesquisa apontaram para a concentração de LRPDs em determinadas regiões de saúde do país.

No tocante aos estados brasileiros de forma individualizada, a metodologia empregada na pesquisa permitiu uma análise comparada de acordo com os parâmetros selecionados e apresentados no capítulo 4.

No conjunto dos parâmetros relativos à oferta de ESBs nos municípios, bem como à oferta regionalizada de CEOs e LRPDs, alguns estados se destacaram, expressando resultados compatíveis com um avanço na oferta de atenção à saúde bucal nos moldes da PNSB. Outros

---

[55] A Portaria nº 2.373, de 7 de outubro de 2009, introduz a seguinte inovação: o gestor municipal ou o estadual que esteja interessado em implantar um LRPD deve encaminhar sua proposta diretamente à Área Técnica de Saúde Bucal do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, eliminando a etapa de submissão à CIB (BRASIL, 2009b).

[56] Este total de CEOs leva em conta os CEOs do país (844), excetuando-se aqueles do Maranhão (25) e do Distrito Federal (6).

mostraram resultados razoavelmente satisfatórios, mas com potencial de avançar ainda mais na distribuição dessa oferta. E ainda, um número expressivo de estados indicou a necessidade de aprimorar seus mecanismos de planejamento da gestão regionalizada, ao menos no tocante à oferta das ações previstas na PNSB.

A seguir oferecemos um esforço de análise no sentido de classificar estes estados, de acordo com as caarcterísticas do processo de implantação de ESBs e de unidades CEO e LRPD, e trazer contribuições acerca dos potenciais e limites que a evolução da implantação da PNSB vem apresentando no Brasil, nos seus sete anos de vigência.

Região Nordeste

Os estados nordestinos apresentaram os melhores resultados nos parâmetros relativos à atenção básica em saúde bucal, de acordo com a pesquisa. Além disso, no conjunto da Região Nordeste, destaca-se o Ceará dentre os 27 entes federativos do país, tanto nos parâmetros relativos à atenção básica em saúde bucal como nos parâmetros relativos à oferta regionalizada de CEOs e LRPDs.

No âmbito da atenção básica em saúde bucal, o Ceará apresenta grau elevado de adesão às ESB entre seus municípios (99,45%), contanto ainda com um quantitativo de ESBs para a população estadual superior ao número mínimo recomendado. Destacamos que esse estado conta com 95,65% de municípios de pequeno porte (até 100.000 habitantes, IBGE, 2010), o que favorece melhores resultados no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

A distribuição dos LRPDs no Ceará alcança ótima proporção no âmbito das regiões de saúde (90,90%). No tocante à proporção de municípios que contam com essas unidades, é a segunda no país (21,19%), sendo superada apenas pela Paraíba neste quesito. Lembramos que os LRPDs devem funcionar como locais de referência, não tendo, atualmente, um limite mínimo ou máximo para sua cobertura populacional. Do ponto de vista do financiamento, são remunerados por pacotes de serviços através do FAEC. Assim, quando devidamente pactuados, estão aptos a atender a mais de um município, sendo o fator de maior importância sua distribuição planejada no âmbito das regiões de saúde.

Nesse contexto, vale lembrar que, ao menos no tocante à atenção básica, o Ceará tem longa experiência na oferta assistencial nos moldes da Estratégia de Saúde da Família. A experiência e o pioneirismo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desenvolvido no estado desde 1987, representou importante referência para o surgimento de iniciativas de caráter nacional a partir da segunda metade dos anos 90.

O programa, criado inicialmente em âmbito estadual a partir de fundos especiais de emergência do Governo Federal, acabou por perder seu caráter emergencial e se consolidar como uma estratégia de extensão de cobertura e interiorização das ações de saúde. No início da década seguinte, o MS encampou esse modelo de atenção e passou a expandi-lo pelos estados das regiões Nordeste e Norte, instituindo o então Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS). O caso do Ceará, somado a outras experiências exitosas em âmbito local, levou o MS, em 1993, de criar o então PSF. No final da década de 90, o PSF foi apresentado como proposta de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica (BRASIL, 2005c).

O pioneirismo e a longa tradição do PSF no Estado do Ceará são razões que podem estar relacionadas aos bons resultados nos parâmetros avaliativos no nível básico de atenção, relacionados ao campo da saúde bucal. À disponibilidade de um incentivo financeiro anual por equipe de saúde bucal implantada, além de um incentivo de custeio, somou-se uma estrutura assistencial com tradição nesse modelo de atenção. Esse conjunto de fatores contribuiu para proporcionar a extensão dos ganhos já conquistados no âmbito da atenção básica em saúde para o campo da saúde bucal.

No âmbito do quantitativo de unidades, o Ceará conta com 69 CEOs e 41 LRPDs, sendo o terceiro estado em número total de unidades, logo atrás de São Paulo e Minas Gerais, os dois estados mais populosos do país.

No tocante aos dados relativos à distribuição dos CEOs, tanto no âmbito das regiões como dos municípios, estes atingem valores excelentes no Ceará, de acordo com a metodologia empregada: 100,00% e 36,95%. A distribuição de CEOs no âmbito dos municípios foi superada apenas pelo Estado do Rio de Janeiro, como comentaremos a seguir. No entanto, considerando que estas são unidades especializadas, uma distribuição de quase 40,00% no âmbito municipal e em 100,00% das regiões de saúde apresenta-se bastante satisfatória. Dos municípios cearenses que contam com unidades CEO ou LRPD, nenhum é desprovido de cobertura por ESBs, e em todos a cobertura é maior que 50,00%, indicando o atendimento às prerrogativas da Portaria GM/MS nº1.063.[57]

No tocante aos parâmetros relativos às regiões de saúde, o Ceará conta com CEOs em todas as suas regiões sanitárias, de forma que toda sua população reside em regiões contempladas.

[57] Essa portaria define critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de CEOS e LRPDs, e introduz como critério de seleção para os municípios que se habilitarem à implantação dessas unidades o maior percentual de cobertura por ESBs (BRASIL, 2005b).

O PDR do Ceará apresenta a descrição da oferta de ações tanto de odontologia especializada como de prótese dentária, indicando a localização municipal dessa oferta, descrevendo ainda a presença de CEOs e LRPDs e os fluxos de encaminhamento para as referidas unidades. Vale lembrar que esta descrição é quase totalmente compatível com a distribuição de CEOs e LRPDs encontrada pela pesquisa. No entanto, o PDR não atrela a oferta na forma de CEOs para todas as regiões, indicando que em algumas delas essa oferta pode estar ocorrendo em outros moldes. De qualquer forma, o grau de detalhamento do PDR desse estado e seu alto grau de compatibilidade com os dados da presente pesquisa refletem um amadurecimento do processo de planejamento da oferta assistencial no Ceará no tocante à atenção à saúde bucal.

Ademais, a Secretaria de Saúde do Ceará (SESA/CE) elaborou e publicou, em 2007, o documento "Diretrizes da Política Estadual de Saúde Bucal 2007-2010", que expressa um conjunto de iniciativas voltadas para a gestão da atenção à saúde bucal nos níveis primário e secundário. O documento destaca uma série de prioridades de investimentos e ações concretas voltadas para a estruturação da rede assistencial em saúde bucal nos moldes da PNSB (CEARÁ, 2008). Informa, ainda, sobre a intenção do gestor estadual em oferecer o apoio às seguintes ações: implantação e estruturação de novos CEOs regionalizados no âmbito do estado, estabelecimento da pactuação intermunicipal junto às CIB para os CEOs regionais e a realização de oficinas anuais com gerentes dos CEOs regionais e municipais. Essas oficinas estão voltadas prioritariamente para a discussão de temas como o processo de trabalho, metas, organização do serviço, avaliação, custeio, protocolos clínicos, e referência e contrarreferência (CEARÁ, 2008).

Assim, os resultados obtidos pelo Estado do Ceará diante dos parâmetros avaliativos empregados na pesquisa desta tese indica o amadurecimento dos processos de gestão do próprio estado, não devendo ser atribuído exclusivamente a um caso isolado de êxito da PNSB em âmbito estadual.

No tocante ao processo de regionalização da atenção à saúde, vale destacar que o Ceará deu início ao processo de descentralização desde fins dos anos 80, a partir de iniciativas do próprio estado, quando se iniciou o repasse das unidades estaduais para os municípios. No início da década seguinte, foram definidas as ações e serviços de saúde a serem assumidas pelos municípios. Com a edição da NOB 93, o Ceará deu maior amplitude ao processo de descentralização, indo além da transferência da rede prestadora de serviços de saúde da esfera estadual para municipal. Ainda na década de 90, a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA/CE) iniciou uma reestruturação técnico-administrativa do sistema estadual de saúde,

na qual a PPI passou a ser elaborada de forma descentralizada, compatibilizando responsabilidades entre estado e municípios. Desde então, a programação das referências intermunicipais passou a ser pactuada nas CIBs (CEARÁ, 2011).

Segundo a própria SESA/CE, foi ainda na década de 90, teve início o processo de discussão e construção de um modelo de assistência regionalizado. Em 1998 foram definidas as 21 regiões de saúde, que vieram a dar origem às atuais 22 regiões de saúde do Ceará. O estudo para o desenho das regiões, ainda na década de 90, considerou a malha viária, o fluxo das referências para internação, a continuidade territorial e a capacidade de oferta de serviços de saúde de cada município (CEARÁ, 2011).

O amadurecimento do processo de gestão regionalizada no Ceará, que acumula uma experiência de mais de 20 anos, contemplou inúmeras iniciativas de diferentes ordens, e algumas inclusive podem ser identificadas dentre as prerrogativas presentes no Pacto de Gestão, a saber: capacitação e seleção qualificada dos recursos humanos gerenciais; instituição de CIBs microrregionais; estabelecimento de estratégias de organização da atenção, que no caso da atenção secundária tiveram como foco as microrregiões de saúde; estabelecimento de um elenco de ações prioritárias para os níveis secundário e terciário de atenção à saúde; e a instituição de programas estaduais voltados para a operacionalização das áreas ambulatoriais e de internação (CEARÁ, 2011).

Todos esses esforços conferiram ao Estado do Ceará a capacidade de fortalecimento do papel de coordenador do SUS. Retomando, portanto, o tema dos resultados do Ceará nos parâmetros desta pesquisa, podemos inferir que a uma estrutura caracterizada pelo amadurecimento dos instrumentos de gestão somaram-se os incentivos financeiros exclusivos e permanentes para a implantação e o custeio de ESBs, bem como de CEOs e LRPDs. Soma-se ainda a este quadro a vigência de uma política específica, a PNSB, consoante com as diretrizes da regionalização da assistência no SUS. O conjunto desses fatores está fortemente relacionado à colocação do Estado do Ceará como aquele que apresentou melhores resultados relativos à oferta regionalizada das ações e serviços previstos na PNSB, de acordo com a metodologia da pesquisa desta tese.

Os outros estados da Região Nordeste apresentaram resultados bastante adequados diante dos parâmetros avaliados nesta pesquisa, com destaque para a Paraíba e o Rio Grande do Norte. Estes estados são: Alagoas, Pernambuco, Piauí, e em menor escala, Sergipe. Divergem desse quadro os estados nordestinos do Maranhão e da Bahia, como veremos adiante. De forma geral, o melhor desses estados está focado no nível básico de atenção.

Os estados da Paraíba, Rio Grande do Norte, Alagoas, Pernambuco, Piauí e Sergipe apresentaram resultados bastante satisfatórios no tocante à oferta da atenção à saúde bucal no nível básico. Em cada um deles, o percentual de municípios com ESBs é bastante próximo ou igual a 100,00%, e em todos eles o número de ESBs supera o quantitativo mínimo recomendado pelos documentos normativos. Da mesma forma, todos os municípios, nesse grupo de estados, que contam com CEOs e/ou LRPDs, são cobertos por ESBs, e pelo menos 80,00% apresentam taxas de cobertura populacional mínima de 50,00%, sendo compatíveis com o parâmetro da Portaria GM/MS nº1.063.

A distribuição de unidades CEOs no âmbito das regiões de saúde apresentou um bom resultado nesse grupo de estados, havendo a presença desse tipo de unidade em pelo menos 80,00% das regiões de saúde.

Já no que diz respeito exclusivamente aos LRPDs, sua distribuição no âmbito das regiões de saúde foi de pelo menos 80,00%, com exceção de Pernambuco e Sergipe. Em Pernambuco, a distribuição regional dessas unidades é menor que 50,00%, e Sergipe não conta com LRPDs.

Em relação ao quantitativo de unidades, vale lembrar que a Região Nordeste é a que conta com o maior número de unidades CEO e LRPD no país. Além do Ceará, Paraíba e Bahia fazem parte do grupo de seis estados que contam com os maiores quantitativos de unidades no país: a Paraíba conta com 101 unidades e a Bahia, com 107.

Vale observar, no tocante especificamente aos LRPDs, que os estados da Paraíba e do Piauí são os únicos do país que contam em seus territórios com um quantitativo maior de LRPDs que de CEOs, tendo a Paraíba ainda duas regiões de saúde que contam apenas com esse tipo de unidade, não contando com nenhum CEO. Este achado merece estudos aprofundados nesses estados. Uma maior oferta de laboratórios de próteses dentárias frente à oferta de ações reabilitadoras, e ainda mais, na ausência de locais de referência para ações de média complexidade em saúde bucal, pode caracterizar um modelo de atenção ultrapassado e de caráter mutilador, contrariando os princípios da PNSB e da ciência odontológica moderna.

Em relação às regiões de saúde que contam com CEOs neste grupo de estados, essas contemplam pelo menos 80,00% do total dos municípios e de suas populações estaduais. Este fato, em tese, possibilita o acesso de uma parcela expressiva da população aos CEOs implantados nesses locais.

O bom resultado, de forma geral, desses estados, sobretudo no nível básico de atenção, pode estar relacionado às mesmas razões do Estado do Ceará, em escala proporcional. Lembramos que os estados nordestinos foram, após o Ceará, os primeiros a encampar o

Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), ainda nos anos 90. O processo de expansão manteve-se com o PACS (1992), e antes do final dessa década, boa parte dos estados nordestinos também contavam com PSF. Os resultados para a atenção básica encontrados na presente pesquisa indicam a extensão às ações de saúde bucal dos ganhos obtidos pela experiência nesse tipo de estratégia, sobretudo a partir do ano 2000, com a instituição de incentivos específicos para essa área de atenção.

Esses estados apresentaram, no conjunto do país, também os melhores resultados juntamente com o Estado do Ceará, para os parâmetros relativos à distribuição de CEOs e LRPDs. Obviamente, esses achados merecem o aprofundamento das investigações, caso a caso.

Apesar da escassez de publicações acerca da implantação da atenção à média complexidade em saúde bucal em todo o país, destacamos, no caso do Estado de Pernambuco, uma publicação de 2009 voltada para o tema. Esta estudou algumas características dos municípios-sede dos 22 CEOs implantados no estado no ano de 2006. A produção de procedimentos odontológicos foi pesquisada nesses CEOs e cotejada frente às metas estabelecidas pelas portarias ministeriais. Os autores adotaram como parâmetro de desempenho o grau de cumprimento das referidas metas de procedimentos (FIGUEIREDO e GOÉS, 2009).

O estudo supracitado incluiu algumas variáveis para a caracterização dos municípios: a situação do município no PDR como referência para a média complexidade, a cobertura populacional por ESBs (acima ou abaixo de 50% de sua população), o porte populacional do município, o tipo de gestão municipal e o IDH (FIGUEIREDO e GOÉS, 2009).

Em relação ao cumprimento das metas, 40,9% dos CEOs pernambucanos obtiveram desempenho bom, enquanto que 31,8% obtiveram desempenho ruim. No entanto, o maior peso no cumprimento de metas foi obtido pelo conjunto de procedimentos de atenção básica, também obrigatórios nos CEOs no conjunto das metas, em detrimento dos demais (FIGUEIREDO e GOÉS, 2009).

Em relação ao porte dos municípios e sua identificação no PDR, o estudo mostrou que um pouco mais da metade dos CEOs (54,5%) estava localizada em cidades com mais de 100 mil habitantes e que a quase totalidade dos municípios que contavam com CEOs (86,4%) era composta por município-referência da média complexidade, de acordo com o PDR. Os resultados indicaram que o grupo dos municípios sede de microrregião e municípios sede de módulo obtiveram melhores desempenhos, enquanto que a totalidade dos municípios satélites teve desempenho ruim (FIGUEIREDO e GOÉS, 2009).

Considerando que o critério de bom desempenho escolhido pelos autores está relacionado ao cumprimento de metas, esse fato explica a ocorrência de melhores resultados em municípios de maior porte, e também naqueles que são sede de microrregiões e de módulos assistenciais: nesses municípios, onde os CEOs foram provavelmente planejados e pactuados como locais de referência, estando voltados para demandas amplas, não foram encontrados problemas no cumprimento de metas.

Ainda no tocante ao estudo pernambucano, em relação à cobertura por ESBs, apenas 59,1% dos municípios tinham cobertura superior a 50% de sua população por essas equipes. Na pesquisa apresentada nesta tese, o percentual foi de 85,29%, indicando avanço no sentido da cobertura por ESBs no período entre 2006 e 2010, em Pernambuco.[58]

A pesquisa de Figueiredo e Goés (2009) indicou, em relação à cobertura por ESBs, que este fator parece não influenciar o critério de desempenho escolhido: os achados mostraram que o grupo de municípios com cobertura populacional superior a 50% por ESBs foi o que teve os piores resultados no cumprimento das metas pelos CEOs (FIGUEIREDO e GOÉS, 2009). De acordo com nossa interpretação, tal resultado pode estar, na realidade, relacionado com outro achado desses autores: o de que quanto menor a cidade (menor porte populacional), pior o desempenho dos CEOs.

Segundo nossa análise dos dados desses autores, ocorre que os municípios de pequeno porte, onde as coberturas por ESBs costumam ser as melhores, em geral não representam municípios de referência para a média complexidade, o que compromete o cumprimento das referidas metas quantitativas. Nesse sentido, destacamos a importância do planejamento no momento de eleição do município a sediar tais unidades, onde uma maior rigidez normativa na exigência do estabelecimento de referências intermunicipais prévias à implantação de CEOs daria mais sentido à exigência no cumprimento de metas.

Dando continuidade à discussão acerca do Nordeste, a Bahia é o maior estado em área dessa região, e conta com a maior população (27,31% da população nordestina), sendo ainda o quarto estado mais populoso do país (atrás apenas de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro). Como todos os estados populosos e/ou com grande área territorial, a Bahia sofre com as dificuldades na distribuição da oferta assistencial. Não alcançou, assim, o mesmo patamar de resultados dos demais estados nordestinos nos parâmetros avaliativos pesquisados para esta tese. No entanto, os resultados apresentados indicaram um esforço desse estado na distribuição da oferta de atenção à saúde bucal nos moldes da PNSB.

---

[58] A leitura cautelosa da metodologia da pesquisa de Figueiredo e Goés (2009) revelou a possibilidade da comparação dos dados das duas pesquisas.

Mesmo sendo o estado com maior número de municípios na região (417), 94,00% deles contam com ESBs. Em relação ao número ideal e equipes frente à população estadual, a Bahia não alcança o valor mínimo recomendado, chegando apenas a 85,86% desse valor. Lembramos que esta é uma realidade frequente nos demais estados com grande densidade populacional e com concentração da população nas áreas metropolitanas. A região metropolitana de Salvador, capital baiana, é a sétima em volume no país (IBGE, 2010).

A Bahia conta com CEOs e LRPDs em 92,85 e 75,00% de suas regiões, respectivamente, sendo esses valores expressivos dada a vastidão do território e frente a outros estados do país, como veremos à frente. Dos municípios baianos, 87,2% estão em regiões contempladas por CEOs, onde se localizam também 92,66% da sua população, indicando uma abrangência razoável dessa distribuição. Do ponto de vista quantitativo, a Bahia é o quarto estado em total de unidades, e o terceiro em número de CEOs.

Ainda no tocante aos estados nordestinos, o caso do Maranhão tem destaque pela precariedade de informações adquiridas ao longo do processo de pesquisa. A divisão por regiões de planejamento não foi homologada pela CIB. O estado não constitui CGRs e seu PDR não está disponível nas bases consultadas. Desta forma, não foi realizada a análise sobre a distribuição de CEOs e LRPDs por regiões de saúde.

O Maranhão é o quarto estado mais populoso e segundo maior em extensão do Nordeste, e o oitavo em extensão no âmbito do país (IBGE, 2011). Além disso, é o quarto colocado na participação do PIB da Região Nordeste, estando atrás apenas de Ceará, Pernambuco e Bahia. Apesar da sua expressão nos âmbitos populacionais, geográficos e econômicos, a pesquisa apontou, no Estado do Maranhão, uma precariedade no que se refere ao uso dos instrumentos de gestão regionalizada no planejamento da assistência à saúde.

O que foi possível avaliar para o Maranhão está relacionado aos dados da atenção básica, que apresentaram-se positivos, reproduzindo o padrão encontrado para o Nordeste: a grande maioria de seus municípios aderiu às ESBs (99,07%), e o estado conta com 33,39% a mais que o número mínimo de equipes recomendado pelas portarias normativas. Em relação aos municípios que contam com unidades, 83,33% têm coberturas por ESBs igual ou maior que 50%, atendendo parcialmente ao critério da Portaria nº 1.063.

O Maranhão conta com 25 CEOs e 13 LRPDs em seu território; no entanto, como estas unidades constituem preferencialmente locais de referência, a ausência de informações sobre sua distribuição no âmbito das regiões de saúde e sobre o planejamento desta oferta no PDR não permitiu uma análise da situação da implantação regionalizada destas unidades neste estado.

Além do Maranhão, mais dois estados do Nordeste não disponibilizaram seus PDRs nas bases consultadas por esta pesquisa: Piauí e Sergipe. Apesar disso, ambos constituem CGRs, e nos respectivos sítios eletrônicos das Secretarias Estaduais de Saúde, descrevem a divisão estadual por regiões sanitárias. Assim, foi possível a realização da análise no tocante a distribuição de unidades por regiões de saúde. Já o quesito "consta a oferta de atenção à saúde bucal no PDR" desta pesquisa, para estes estados, foi omitido, pela impossibilidade de leitura do referido documento.

Por fim, destacamos uma questão que nos chamou a atenção em sete dos nove estados no Nordeste: Bahia, Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte não apresentam, nos respectivos PDRs, as referências relacionadas à oferta de ações especializadas em saúde bucal ou de próteses dentárias. Maranhão, Piauí e Sergipe não contavam com seus PDRs disponíveis para consulta. Exceção se faz aos estados do Ceará, cujo PDR é completo, e de Alagoas, que informa parcialmente oferta de atenção à saúde bucal no seu PDR. Isso nos leva à seguinte indagação: até que ponto os resultados adequados da maioria dos estados nordestinos para a oferta de CEOs e LRPDs estão de fato consoantes com as diretrizes da PNSB, no sentido do planejamento regionalizado da oferta? Sua simples distribuição homogênea nas regiões sanitárias não garante aos usuários, moradores dessas regiões, o acesso a esse tipo de assistência, caso não tenha sido feita uma pactuação prévia entre os gestores. Além de uma boa distribuição no âmbito regional, é essencial que haja uma previsão dos fluxo de pacientes entre os muncípios, e que esta previsão conste nos instrumentos da gestão regionalizada, com vistas à garantia dos usuários de diferentes municípios o acesso aos serviços especializados em saúde bucal.

Região Sul

Os três estados que compõem a Região Sul fizeram o uso pleno do PDR como instrumento do planejamento regionalizado das ações previstas pela PNSB. Nesse quesito, a Região Sul se destacou positivamente, ainda que, por outro lado, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul não tenham apresentado resultados tão bons nos demais parâmetros desta pesquisa.

Paraná e Santa Catarina oferecem em seus PDRs (de 2009 e de 2008, respectivamente) a descrição completa da oferta de CEOs no âmbito das regiões de saúde. O PDR do Paraná define ainda o conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade que devem ser ofertados no interior das microrregiões como primeiro nível de referência intermunicipal. O

PDR de Santa Catarina oferece um quadro síntese com todos os CEOs disponíveis no estado, indicando as respectivas referências intermunicipais, bem como a descrição da rede estadual de assistência especializada em serviços odontológicos. Nos dois estados, essa discrição é compatível com a pesquisa sobre CEOs e LRPDs aqui apresentada.

O Rio Grande do Sul conta com o PDR menos atualizado (2002) e descreve a oferta de ações especializadas em odontologia, por regiões e microrregiões, mas não especifica os moldes dessa oferta. Isto pode estar relacionado ao fato de o ano de edição do PDR (2002) ser anterior ao de publicação da PNSB (2004). No entanto, a Secretaria de Estado de Saúde gaúcha publicou em 2004, mesmo ano de publicação da PNSB, o Plano Estadual de Atenção à Média Complexidade em Saúde Bucal. Esse documento tem como objetivo apoiar tecnicamente a criação e implementação de CEOs e de LRPDs de acordo com o PDR, a partir da definição de critérios populacionais, epidemiológicos e geográficos, assegurando a equidade na referência às ações especializadas em saúde bucal. No documento consta uma proposta de regionalização da média complexidade em odontologia, indicando os municípios com condições técnicas de ser sede de CEOs e LRPDs, e o número de unidades a serem implantadas no estado (RIO GRANDE DO SUL, 2004). Da proposta original de 54 CEOs e 21 LRPDs feita em 2002, até setembro de 2010, apenas 20 CEOs e 13 LRPDs haviam sido implantados. No entanto, vale destacar o esforço de organização do planejamento deste estado, expresso pela elaboração e publicação do referido documento.

Os resultados dos estados do Sul em relação à atenção básica foram significativamente inferiores aos apresentados pelo conjunto dos estados nordestinos: o percentual de municípios com ESBs no Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul foi de 86,46%, 92,83% e 66,33%, respectivamente. Nos três estados, mais de 95,00% de seus municípios são de pequeno porte, o que em tese significa maior adesão a esta estratégia, não configurando fator diferencial frente aos estados nordestinos.

Nenhum dos três estados do Sul conta com o número mínimo e ESBs recomendado para a população estadual, mas Paraná e Santa Catarina alcançam, respectivamente, quantitativos de 77,0% e 87,5% do número desejável de equipes, enquanto que o Rio Grande do Sul alcança apenas 41,31% deste valor. Este fato não pode ser atribuído a uma grande concentração das populações desses estados nas capitais e cidades grandes.[59] Dados do IBGE de 2010 indicam que, no Paraná, apenas 21,58% da população está em cidades grandes e na capital, enquanto que em Santa Catarina, apenas o município de Joinville conta com mais de

[59] Cidades grandes são aquelas com mais de 500.000 habitantes, de acordo com o IBGE (2010).

500.00 habitantes, e no Rio Grande do Sul, apenas a capital pode ser considerada uma cidade de grande porte.

Sobre esse resultado, podemos observar que a tradição e a experiência que a Estratégia de Saúde da Família adquiriu desde os anos 90 no Nordeste não é uma realidade para todo o país, tampouco na Região Sul. Isso não significa que não tenha havido, nesta região, desde a fundação do SUS, o desenvolvimento de uma rede assistencial de atenção básica sob outros moldes, derivados da própria história, das características culturais e da ocupação do território nesses locais. As características particulares do desenvolvimento das políticas e da rede e atenção à saúde nos estados da Região Sul, com destaque para a rede básica, necessitariam de estudos mais aprofundados que permitissem uma interpretação fiel dos resultados obtidos pela presente pesquisa.

No tocante à distribuição de CEOs e LRPDs pelas regiões de saúde, no Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, os CEOs estão distribuídos em 81,80%, 93,80% e 52,63% das mesmas, respectivamente, enquanto que os LRPDs se localizam em 68,18%, 56,25% e 47,36% das regiões de saúde, respectivamente. Lembramos que tais resultados são bastante inferiores frente àqueles alcançados pelos estados nordestinos, com destaque negativo para o Rio Grande do Sul. O conjunto dos resultados da região Sul, de acordo coma metodologia aqui empregada, deixa a desejar diante dos princípios da integralidade da atenção preconizados pela PNSB.

No tocante a esta distribuição, é justo destacar que as características da metodologia da pesquisa desenvolvida por esta tese proporcionaram uma tendência a gerar melhores resultados para estados com menor número de regiões de saúde. Os estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul apresentam um número expressivo e regiões (22, 16 e 19, respectivamente) se comparados com a média dos estados brasileiros (16,72) e, sobretudo, frente a suas extensões territoriais. Assim, sua colocação no *ranking* proporcionado por esta pesquisa pode estar relacionada ao viés gerado pela metodologia, não sendo integralmente fiel ao grau de avanço no processo de regionalização dos CEOs e LRPDs no contexto da PNSB. Noutras palavras, os resultados para esses estados podem ser superiores caso seja empregada outra metodologia de análise.

No tocante ao parâmetro relativo às características das regiões de saúde que contam com CEOs, no Paraná estas concentram 87,40% dos municípios e 91,03% da população. Para Santa Catarina, os percentuais são de 93,00% e 96,76%, respectivamente. O Rio Grande do Sul apresentou um resultado bastante precário neste parâmetro, sendo que apenas 54,50% dos seus municípios e 63,61% de sua população estão em regiões com CEOs. Tais resultados

indicam, em especial no Rio Grande do Sul, que as regiões onde foram implantadas estas unidades não são, de forma geral, as que concentram o maior número de municípios nem as mais populosas, indicando que expressiva parcela da população não tem acesso às unidades CEO do estado.

Ainda em relação aos parâmetros supracitados, Santa Catarina foi o estado que apresentou os melhores resultados na Região Sul. No entanto, os três estados desta região ainda têm potencial de avançar no sentido da melhor distribuição regional dessa oferta.

Apesar do bom resultado do Estado de Santa Catarina na distribuição de unidades no âmbito das regiões de saúde, estudo publicado em 2007 destacou que uma maior oferta de ações especializadas desde a publicação da PNSB em Santa Catarina não garantiu o aumento proporcional desse tipo de oferta frente às ações de saúde bucal como um todo (COLUSSI et al., 2007).

A publicação a que se refere o parágrafo acima realizou um estudo descritivo da atenção odontológica de média e alta complexidade em Santa Catarina, a partir de dados do SAI-SUS, no período de 2000 a 2006. Os autores observaram que os procedimentos especializados corresponderam a aproximadamente 6% do total dos procedimentos odontológicos ao longo do período analisado, estando acima da estimativa percentual para o país (3,5%), segundo informações de 2004 da Área Técnica de Saúde Bucal do MS (BRASIL, 2004). Foi destacado também que houve um crescimento quantitativo nos procedimentos especializados, em especial após a publicação da PNSB (2004). No entanto, os autores fizeram significativas observações sobre esse achado: em valores relativos frente ao total de procedimentos odontológicos não houve mudança, uma vez que também houve aumento dos procedimentos básicos. Segundo os autores, este fato leva à hipótese de que, no período, houve aumento do acesso aos serviços de saúde bucal, mas a oferta relativa de procedimentos especializados permaneceu com deficiência (COLUSSI et al., 2007).

Além disso, dentro do conjunto de procedimentos especializados, o procedimento com maior participação foi o de apoio diagnóstico de radiologia. Este fato ocorre porque no SIA-SUS não é possível discriminar este tipo de procedimento dos demais procedimentos de média complexidade. No ano de 2006, a participação deste procedimento de diagnóstico no conjunto de ações especializadas em saúde bucal no Estado de Santa Catarina chegou ao percentual de quase 44,4%. Os autores concluíram que o percentual de procedimentos especializados propriamente ditos, referentes ao tratamento e reabilitação das condições de saúde bucal, é menor do que os 6% estimados para o referido estado (COLUSSI et al., 2007).

Os autores concluem atribuindo o baixo resultado relativo das ações especializadas à inexistência de um sistema efetivo de referência e contrarreferência em saúde bucal (COLUSSI et al., 2007).

Em relação ao atendimento ao critério estabelecido pela Portaria GM/MS nº 1.063, sobre a cobertura por ESBS como seleção de municípios para a implantação de CEOs e LRPDs, no Paraná 76,78% dos municípios que contam com estas unidades apresentam coberturas por ESBs maior ou igual a 50%; em Santa Catarina o percentual é de 68,42%, enquanto no Rio Grande do Sul é de apenas 52,38%. Esses resultados indicam o atendimento insuficiente ao critério da referida portaria, mais uma vez, com destaque para o Rio Grande do Sul.

No tocante à diretriz da PNSB relativa à instituição de CEOs e LRPDs como locais de referência para as ESBs, os estados do Sul apresentam algumas distorções: além da existência de um percentual expressivo de municípios que contam com CEOs ou LRPDs e têm baixas coberturas por ESBs, a pesquisa apontou a existência de municípios que possuem CEOs e/ou LRPDs em seus territórios mas, curiosamente, não contam com nenhuma ESB. No Paraná isso ocorreu em seis regiões, em seis municípios; em Santa Catarina, em três regiões, em quatro municípios; e no Rio Grande do Sul em duas regiões, em dois municípios. Este fato pode sugerir que nesses locais, possivelmente, existe uma rede básica de atenção à saúde bucal em moldes outros que não aqueles preconizados pela PNSB. Isso indicaria uma adaptação da política, e não uma distorção real de seus princípios norteadores. Por outro lado, caso isso não seja uma realidade, a presença de CEOs e/ou LRPDs na ausência de uma rede básica em saúde bucal representa um grave desvio da proposta de atenção contida da PNSB. Assim, as diretrizes da PNSB, bem como as portarias normativas a ela relacionadas, deveriam ser revistas, atrelando mais rigidamente a presença de uma rede básica, seja ou não na forma de ESBs, como um critério decisivo para a implantação de unidades CEO e LRPD. Estudos mais aprofundados sobre estes casos seriam essenciais para uma análise mais precisa.

Em relação à questão discutida no parágrafo acima, o Rio Grande do Sul apresenta ainda outra distorção dos princípios da PNSB no tocante à oferta de LRPDs: nesse estado existem duas regiões de saúde que contam com apenas LRPDs e nenhum CEO. A oferta isolada de próteses dentárias sem a possibilidade de encaminhamento dos pacientes para a recuperação dos dentes contraria a proposta contida na PNSB, de acordo com o comentado para o Estado da Paraíba, onde também ocorreu tal situação.

As características do conjunto de resultados obtidos nos estados da Região Sul podem sugerir que, nesses locais, a condução da política de saúde bucal de dá sob certas condições

particulares frente ao restante do país, sem desprezar os incentivos federais voltados para a oferta de ações e serviços contidos na PNSB.

No caso do Paraná, estado com melhor de forma geral do grupo do Sul, o processo de regionalização do território é anterior à regionalização das ações de saúde proposta nas NOAS e no Pacto pela Saúde. Esse processo esteve ligado diretamente à ocupação espacial do território, ocorrendo de leste para oeste, em consequência dos ciclos econômicos (WEBBER, 2009).

Em publicação eletrônica referente ao Encontro Técnico do Projeto de Cooperação ENSP/SESDEC-RJ (Escola Nacional de Saúde Publica e Secretaria do Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio e Janeiro), realizado em outubro de 2008, na seção relativa à oficina que discutiu o processo de planejamento regional do Paraná, o então secretário estadual de Saúde da SES-PR, Gilberto Berguio Martin, relatou que a discussão sobre a regionalização da SESA/PR (Secretaria de Estado de Saúde do Paraná) teve início a partir de 2003, com o mapeamento da rede hospitalar e o estabelecimento de programas de incentivos aos hospitais regionais. Em 2005, o órgão se ocupou em reorganizar o fluxo assistencial, levantando as necessidades populacionais e a capacidade instalada do estado nos diferentes níveis de complexidade por regiões de saúde. Ainda nesse ano foi feito um redesenho das regiões de saúde, estabelecendo 22 regionais de saúde (PROJETO ENSP/SESDEC, 2008). A divisão em 22 regionais foi mantida, em 2006, com a instituição dos CGR no estado.

Ainda sobre a publicação acima, o então secretário de Saúde do Paraná destacou os 21 consórcios intermunicipais como mecanismos fundamentais para a dinâmica dos serviços especializados em saúde. O gestor destacou que as prefeituras são agrupadas através de associações regionais de municípios, que criam seus consórcios intermunicipais de saúde, onde são estabelecidos os termos associativos que consideram também a pactuação financeira (PROJETO ENSP/SESDEC, 2008).

Essa publicação eletrônica informa também que em 2007, quando as informações sobre a rede de saúde do Paraná estavam sistematizadas, foram instituídas as oficinas macrorregionais. O estado estabeleceu também 22 CIBs regionais voltadas para a elaboração da proposta de organização do fluxo assistencial, a partir do levantamento de toda a capacidade instalada e das necessidades de saúde (PROJETO ENSP/SESDEC, 2008). Assim, é válido considerar que no momento da publicação da PNSB, em 2004, e nos anos consecutivos, quando foram publicadas as portarias normatizadoras voltadas para o fortalecimento da saúde bucal no SUS, o Paraná contava com um contexto amadurecido do

reconhecimento de sua rede e suas necessidades em saúde. Este fato pode ter dado características próprias à implantação da PNSB no Paraná.

Além disso, no Estado do Paraná em especial, e na Região Sul de forma geral, a constituição de Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) para a oferta de serviços públicos de saúde é uma prática comum. De acordo com Webber (2009), que desenvolveu dissertação voltada para a análise da reorganização da atenção à saúde bucal no âmbito da 10ª Regional de Saúde do Paraná, que conta com CEOs implantados em consórcios, essas associações recebem incentivos financeiros mensais da SESA/PR e algumas contam com cirurgiões-dentistas cedidos pela própria secretaria.

O sítio eletrônico da SESA/PR informa que os CEOs podem ser instalados em parceria com os CIS, prefeituras e universidades. A contrapartida desses entes está relacionada a contratação de recursos humanos, estrutura física e aquisição do material de consumo (PARANA, 2011).

Desde 2001, o Paraná conta com a Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná (ACISPAR). A entidade, que conta com o apoio da SESA/PR, foi criada com o objetivo promover o fortalecimento dos CIS do estado, no atendimento aos usuários do SUS. Conta atualmente com 21 consórcios associados (ACISPAR, 2011). De acordo com dados fornecidos por *e-mail* pela SESA/PR, em fevereiro de 2010, o estado contava com CEOs dentro de 13 CIS, além de CEOs em universidades e CEOs municipais.

De acordo com Casola, que em 2009 apresentou dissertação de mestrado voltado para a avaliação dos serviços de atenção à saúde bucal no âmbito da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, desde 1998 o estado já conta com leis estaduais que dispõem sobre a implantação de consórcio intermunicipal voltados para a prestação de serviços públicos de saúde.

No tocante ao tema dos Consórcios Intermunicipais de Saúde,[60] vale destacar que esse tipo de organização foi definido na Lei Orgânica da Saúde, a de nº 8.080/90 (BRASIL, 1990) e na Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990) como uma alternativa para os municípios desenvolverem as ações de saúde dentro do processo de municipalização (LIMA, 2000).

---

[60] Os Consórcios Intermunicipais constituem pessoa jurídica civil de direito privado (na maioria dos casos), e trabalham com recursos públicos vindos dos municípios, estados e da União, sendo aptos a receber também recursos provenientes de fontes diversas. Assim, devem seguir os princípios básicos da administração pública no que diz respeito a concurso público para contratação de pessoal, licitações para aquisição de bens e insumos e também quanto à prestação de contas. Com a publicação da NOB 96 os CIS passaram a ser considerados uma estratégia de articulação entre os municípios a partir de sua vontade política, sob a coordenação do estado, no âmbito do processo de regionalização e hierarquização da rede de serviços. Aparentemente, são constituídos pela necessidade de formação de parcerias para a viabilização do sistema de saúde nesses municípios (LIMA, 2000).

Lima, em 2000, publicou artigo originado de estudo que descreve a situação dos consórcios de saúde no Brasil, sua distribuição e organização nas diferentes regiões do país, com dados colhidos em 1997. O Paraná, nesse estudo, foi o segundo estado em número dessas associações, logo atrás de Minas Gerais. Os CIS mostraram, na ocasião da publicação, estarem concentrados nos estados do Sudeste e Sul do Brasil. A autora conclui que esta modalidade de gestão é utilizada principalmente em municípios pequenos, e que nenhuma capital contava com esse tipo de associação à época.

Também em 2000, Ribeiro e Costa publicaram artigo voltado para uma ampla discussão acerca da expressão dos CIS no processo de regionalização da assistência à saúde no Brasil. Os autores destacaram, através de estudos de caso, a importância desse tipo de associação nos municípios de pequeno e médio portes no país, e observaram que o principal fator na implementação dos consórcios estava relacionado à ampliação da capacidade de governo municipal no tocante à oferta serviços ambulatoriais (RIBEIRO; COSTA, 2000).

De acordo com dados mais recentes coletados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais do IBGE, em 2009 existiam 2.323 municípios no Brasil com consórcios intermunicipais voltados para a área da saúde, sendo que os estados com maior número de municípios com estas organizações são: Minas Gerais (657), Paraná (342), Rio Grande do Sul (281), São Paulo (230) e Santa Catarina (214). Os dados de 2009 indicam que permanece a concentração desse tipo de organização nas regiões Sul e Sudeste do país (IBGE, 2009). Com certeza, a importante participação desse tipo de organização na oferta de serviços públicos de saúde na Região Sul, com destaque para a média complexidade, influenciou o desenho e as características da oferta nesse nível de atenção na área da saúde bucal.

Assim, as características dos sistemas estaduais de saúde na Região Sul nos sugerem o caráter peculiar da condução da política de saúde bucal na região. Diferentemente dos estados nordestinos, cuja experiência e pioneirismo explicam a boa cobertura da Estratégia de Saúde da Família também na área de atenção à saúde bucal, nos estados do Sul esta cobertura foge aos moldes preconizados pela PNSB. A possível existência de uma rede de atenção básica em outros moldes antes do início do processo de fortalecimento da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS pode justificar os resultados desta pesquisa, nessa área de atenção, para os estados sulistas. Esta suposição requer estudos aprofundados.

Por outro lado, na assistência especializada, as particularidades dos processos de regionalização da assistência em cada um dos estados do Sul, em suas respectivas escalas, podem estar relacionadas aos resultados relativos ao na presente pesquisa: como fatores que justificam os resultados nesses estados, podemos destacar a importância dos CIS na oferta de

atenção especializada em saúde bucal e a existência de policlínicas e clínicas universitárias suprindo em outros moldes esse tipo de assistência.

Estes aspectos, somados às próprias limitações da metodologia da pesquisa, devem ser interpretados junto com os resultados e justificam o aprofundamento do estudo nesta região do país.

Região Sudeste

A Região Sudeste é a mais populosa do país e conta com as três maiores populações estaduais: São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro. Esses estados compõem a região ao lado do Espírito Santo. Os fatores relativos às grandes concentrações populacionais, além das características particulares desses estados, conferiram ao Sudeste a ocorrência de resultados heterogêneos nos critérios avaliativos desta pesquisa.

No tocante à atenção básica em saúde bucal, Espírito Santo e Minas Gerais apresentam um percentual bastante satisfatório na adesão dos municípios às ESBs: o Espírito Santo, que tem a menor população da região e não conta com nenhuma cidade com mais de 500.00 habitantes (IBGE, 2010), é o que tem o maior percentual de municípios que contam com essas equipes: 91,02%. Minas Gerais, apesar de ser o estado com o maior número de municípios do país, alcança relativa boa adesão destes às ESBs – 82,06% –, indicando que a presença de um número expressivo de municípios de pequeno porte (96,60% dos municípios mineiros contam com até 100.000 habitantes) favorece tal .

Rio de Janeiro e São Paulo apresentam resultados progressivamente inferiores no tocante à adesão de seus entes municipais às ESBs. O Rio de Janeiro, cujo percentual de cidades de pequeno porte é o menor da região (68,47%), apresenta apenas 79,34% de seus municípios cobertos por ESBs. Já São Paulo, mesmo tendo 88,37% de suas cidades com menos de 100.000 habitantes, apresenta percentual ainda menor: apenas 59,50% dos municípios paulistas contam com ESBs.

Isso pode indicar, assim como no caso da Região Sul, que em estados com sistemas de saúde mais complexos, a oferta assistencial na atenção básica já atingia certo grau de amadurecimento por ocasião da oferta de incentivos para as ESBs. Dessa forma, em algumas localidades, o sistema local de atenção básica voltado para a saúde bucal pode ter se mantido sob outros moldes que não os propostos pela PNSB.

Em relação ao número mínimo de equipes frente às populações estaduais, nenhum dos quatro estados alcançou o valor recomendado; no entanto, e mais uma vez, Espírito Santo e Minas Gerais alcançam melhores resultados na atenção básica, chegando o primeiro a um número de ESBs de 81,81% do desejável e o segundo, a 78,51% deste valor.

Os estados do Rio de Janeiro e São Paulo contam com quantitativos de ESBs significativamente aquém do desejável para suas populações: esses estados alcançaram apenas 29,51% e 24,22%, respectivamente, do número de ESBs recomendado pelas portarias normativas, sendo, nesse quesito, os piores resultados nacionais. Podemos atribuir este fato à grande concentração da população desses estados nos municípios capitais e nas cidades de grande porte,[61] onde as coberturas pela Estratégia de Saúde da Família são frequentemente inferiores. De acordo com dados de 2010 (IBGE, 2010), 42,35% da população do Estado de São Paulo e 56,10 % da população do Estado do Rio de Janeiro residem nas cidades grandes e nas capitais. Este fato está relacionado aos resultados referentes ao parâmetro avaliativo em questão.

Em relação aos municípios que contam com unidades CEO ou LRPD e têm coberturas por ESBs iguais ou maiores que 50% (atendimento a prerrogativa da Portaria nº 1.063), mais uma vez os estados do Espírito Santo e Minas Gerais apresentaram resultado superior no âmbito da atenção básica: respectivamente, 70,00 e 74,71% dos municípios com CEOs ou LRPDs têm pelo menos 50% de suas populações cobertas por esta estratégia. Destaca-se que esses resultados são bastante inferiores aos estados Nordestinos. Rio de Janeiro e São Paulo apresentam novamente resultados progressivamente inferiores: obtiveram, respectivamente, os seguintes percentuais neste parâmetro: 66,66 e 61,50%. É importante destacar que os quatro estados do Sudeste têm muito que avançar nesse sentido, uma vez que a presença de CEOs sem cobertura adequada pela atenção básica compromete não apenas a integralidade da atenção como também cumprimento de metas pelos CEOs de acordo com a normatização vigente.

Os resultados relativos aos parâmetros de atenção básica indicaram que na região Sudeste os resultaos no âmbito da saúde bucal nos moldes da PNSB apresentaram-se bastante aquém daqueles identificados na região Nordeste, e discretamente melhores que os resultados da região Sul.

No tocante ao quantitativo de CEOs e LRPDs, a Região Sudeste é a segunda região no país no total e unidades, concentrando três dos seis estados com maior número destas

[61] De acordo com o IBGE (2010), são consideradas cidades de grande porte aquelas com mais de 500.000 habitantes.

unidades. São eles: São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, que juntamente com Bahia, Ceará e Paraíba são os estados com maior número de CEOs e LRPDs.

Quanto à distribuição de unidades LRPD no âmbito desses estados, Espírito Santo e Minas Gerais indicaram não ter incorporado de maneira significativa essa oferta: o Espírito Santo conta apenas com uma unidade LRPD, e Minas Gerais conta com estas unidades em apenas 26,31% de suas regiões, e com um quantitativo bastante insuficiente mediante o número de municípios mineiros: apenas 36 LRPDs, que se distribuem em apenas 4,22% dos municípios desse estado.

Rio de Janeiro e São Paulo avançaram de maneira mais expressiva na oferta de LRPDs: estes laboratórios estão presentes em 66,66% das regiões fluminenses e em 54,68% das regiões paulistas. Destacamos que o Estado de São Paulo conta com mais regiões que têm LRPDs que regiões com CEOs.

Em relação à oferta de LRPDs, vale destacar que em três dos quatro estados do Sudeste ocorre uma distorção: Minas Gerais (em uma região), Rio de Janeiro (em uma região) e São Paulo (em 8 regiões) contam com regiões de saúde que têm LRPDs mas não contam com nenhum CEO. A simples oferta de próteses dentárias sem a possibilidade de encaminhamento para reabilitação dos elementos dentários expressa um retrocesso na proposta da PNSB, de acordo com o já comentado para o Estado da Paraíba.

Nesses mesmos estados, outra distorção foi encontrada frente às prerrogativas da PNSB: a presença de regiões de saúde que têm unidades CEO e/ou LRPD e não contam com nenhuma equipe de saúde bucal (ESB). Esse fato, presente também nos três estados da Região Sul, indica uma variação da forma como a PNSB determina o planejamento desta oferta caso haja uma rede de atenção básica à saúde bucal noutros moldes. Por outro lado, se não houver oferta de atenção bucal no nível básico, este fato indica uma verdadeira contradição no modelo de atenção preconizado. Investigações mais profundas se fazem necessárias para esclarecimento desta questão.

No tocante à distribuição regional de CEOs na Região Sudeste, o Espírito Santo, que conta com 11 CEOs e oito regiões de saúde, concentrou suas unidades em apenas seis regiões. Dada sua pequena área geográfica, o Espírito Santo tem o potencial de avançar bastante na cobertura de todas as suas regiões sanitárias na oferta de CEOs. Mesmo considerando que, de acordo com os resultados da pesquisa, as unidades CEO estão localizadas nas regiões mais populosas (contam com 84,97% da população e 80,8% dos municípios), uma parcela expressiva da população ainda não conta, nas suas regiões de saúde, com essas unidades.

O Estado de Minas Gerais é o quarto maior em extensão territorial no país e conta com o maior número de municípios (853) e de regiões de saúde (76), também em âmbito nacional. Esses fatores contribuíram naturalmente para o baixo resultado de Minas Gerais na distribuição regional de CEO no contexto da metodologia aqui empregada: apesar de contar com 79 destes centros (inferior apenas a São Paulo), apenas 31,57% das suas microrregiões e 8,55% de seus municípios contam com tais unidades.

Olhando do ponto de vista do percentual da população e dos municípios que se encontram nas regiões contempladas pelos CEOs em Minas Gerais, vemos que há uma mudança positiva dos resultados, mas indicando ainda que muito se tem a avançar nesta oferta: apenas 53,07% da sua população e 41,0% dos seus municípios se encontram nessas regiões. Esses resultados expressam o desafio a ser enfrentado pelo Estado de Minas Gerais no avanço no sentido da oferta de ações especializadas em saúde bucal nos moldes da PNSB.

Em relação à gestão estadual das políticas de saúde em Minas Gerais, vale destacar que esse estado, no tocante à atenção primária, desde 2003 já contava com o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (MINAS GERAIS, 2007). Ainda nesse sentido, desde a construção do PDR de 2003-2006, Minas Gerais já apresentava a iniciativa de implantação de 75 CIBs microrregionais e 13 CIBs macrorregionais. A proposta de planejamento da assistência para as CIBs microrregionais considerava a autossuficiência na atenção secundária à saúde e a oferta de cursos de gestão microrregional (MINAS GERAIS, 2007).

Aprofundando o tema da condução estadual do SUS em Minas Gerais, desde 2007, o governo do estado vem trabalhando num conjunto de estratégias articuladas denominado “Choque de Gestão na Saúde”, voltado para o enfrentamento dos problemas do sistema de atenção à saúde por meio da conformação de redes de atenção.

As redes de atenção à saúde constituem uma proposta estratégica de mudança na gestão do SUS em Minas Gerais. A proposta parte do reconhecimento de que a alta e diversificada demanda pela resolução de problemas de saúde de ordem aguda e crônica, além dos fatores relativos à transição demográfica e às consequências da violência na saúde, geraram sistemas de atenção fragmentados e voltados, principalmente, para o pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar (PESTANA, 2009).

Assim, o governo do estado vem trabalhando na superação desses obstáculos na atual gestão da saúde. Segundo Pestana *et al*. (2009), as redes de atenção à saúde são organizações que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Desta forma, a oferta de atenção primária deve ser descentralizada, e a concentração dos serviços de atenção secundária deve ocorrer em polos microrregionais. Os serviços de saúde sensíveis aos

benefícios da economia de escala, como os CEOs, devem ocorrer em polos. No entanto, quando houver conflito entre a economia de escala e o acesso, como acontece em regiões de baixa densidade demográfica, deve prevalecer o critério do acesso (PESTANA et al., 2009).

De acordo com Pestana et al. (2009), as redes de atenção à saúde no SUS devem ser construídas de acordo com uma base territorial definida pelo PDR. A partir daí, os serviços de nível de complexidade secundários e terciários estão organizados por eixos de atenção, por exemplo: atenção às mulheres e às crianças, às doenças cardiovasculares, aos idosos. Já os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e a governança são transversais a todos os eixos de atenção. Isso diferencia as redes de atenção à saúde dos programas verticais de saúde pública. E ainda segundo esses autores, o centro de comunicação das redes está localizado na atenção primária, que é responsável pelo ordenamento dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações (PESTANA et al., 2009).

No âmbito da saúde bucal, desde 2010, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), através da Coordenadoria de Saúde Bucal, vem desenvolvendo o Projeto de Reorganização da Atenção em Saúde Bucal (PRA-Saúde Bucal), baseado na metodologia do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Ao longo do desenvolvimento desse processo, em junho de 2010, as gerências técnicas em saúde bucal das 28 Gerências Regionais de Saúde (GRS) estabeleceram uma série de discussões voltadas para a elaboração de diretrizes estaduais para a organização da atenção a partir da adaptação às diferentes realidades. No momento, o projeto está em fase de testes de versões “piloto” em alguns municípios mineiros, e sua aprovação e repasse para todo o Estado estão previstos para o final deste ano (MINAS GERAIS, 2010).

Diante de todo esse conjunto de iniciativas por parte da gestão estadual de saúde do Estado de Minas Gerais, vale indagar em que medida os resultados obtidos pelos critérios avaliativos desta pesquisa expressam a realidade da oferta de atenção especializada em saúde bucal e de próteses dentárias no âmbito regional. Estudos detalhados no nível estadual seriam essenciais para elucidar essa questão. Por outro lado, podemos supor que algumas características particulares podem ter influenciado o perfil dos resultados do estado na pesquisa realizada.

A exemplo do que ocorre no Paraná, a presença dos CIS em Minas Gerais é bastante expressiva. De acordo com dados do IBGE, Minas Gerais contava, em 2009, com 657 de seus municípios com algum CIS, sendo o estado com o maior número de municípios associados neste tipo de organização no país. Estas associações mineiras contam com o Colegiado de Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (COSECS-

MG), entidade voltada para o intercâmbio de experiências e informações dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Estado de Minas Gerais. Esse órgão informa a existência, em 2009, de 65 CIS no , envolvendo 714 municípios, o que significa a cobertura de 84% dos municípios e 58% da população mineira (MINAS GERAIS, 2009).

A oferta de serviços especializados em saúde bucal e de próteses dentárias no âmbito dos CIS mereceria novo estudo. No entanto, com os dados disponíveis é possível supor que, em alguma medida, a realidade dos CIS em Minas Gerais pode ter reflexo na percepção dos gestores sobre as necessidades da implantação de serviços e ações em saúde bucal nos moldes da PNSB.

Assim, a análise dos resultados da pesquisa para Minas Gerais deve ser realizada a partir do reconhecimento do avanço existente no âmbito dos instrumentos e estratégias de gestão, bem como das particularidades na condução da política estadual de saúde e da política estadual de saúde bucal. Estes aspectos refletem na forma como as ações e serviços contidos na PNSB são oferecidos no âmbito do estado. Estudos mais profundos do caso mineiro podem indicar em que medida os resultados alcançados nos parâmetros desta pesquisa estão ou não sendo capazes de expressar o grau de avanço da PNSB.

Retomando a discussão acerca da distribuição regional dos CEOs na Região Sudeste, o estado com o melhor nesse parâmetro na região foi o Rio de Janeiro, onde 88,88% das regiões contam com 65 CEOs distribuídos em 46,65% dos municípios fluminenses. A distribuição municipal fluminense é também a maior do país, superando, inclusive, o Estado do Ceará nesse parâmetro. Além disso, 91,1% dos municípios estão nas regiões que contam com CEOs onde se encontram também 94,97% da população do estado.

O interessante no caso particular do Rio de Janeiro é a concentração de unidades na região de saúde da capital, a Metropolitana I. A região, que concentra 61,93% da população em apenas dez municípios, conta com 31 CEOs, isto é, 48% dos CEOs do estado. Destes, 19 estão na própria capital. Este quantitativo de CEOs numa única cidade ocorre apenas em São Paulo, que conta também com 19 CEOs. No entanto, lembramos que a população carioca representa apenas 39% do volume populacional paulistano.

Aprofundando o estudo sobre o estado fluminense, achados acadêmicos nos levaram a questionar se essa boa distribuição de CEOs no âmbito das regiões de saúde e dos municípios resultou de fato em aumento no número de procedimentos especializados no âmbito do estado.

Em trabalho de mestrado de vasta amplitude, Maia (2008, 2010) construiu uma série histórica da produção ambulatorial em saúde bucal dos 92 municípios do Estado do Rio de

Janeiro no período entre janeiro de 1998 e dezembro de 2007. O corte temporal escolhido pela autora contempla, portanto, um período que se inicia antes da publicação da PNSB e avança três anos ao longo da sua vigência. Maia realizou levantamento no qual foram selecionados procedimentos do sistema SIA-SUS que apresentassem sensibilidade para a avaliação da repercussão das ações da PNSB do panorama dos procedimentos realizados no estado nessa área de atenção. O levantamento permitiu comparar o desses dados a partir da implantação de ESBs, CEOs e LRPDs nos municípios fluminenses. A autora incluiu nesse levantamento também o global dos procedimentos básicos e de ações especializadas em saúde bucal.

Os resultados deste expressivo inquérito, no tocante à atenção secundária em saúde bucal no Estado do Rio e Janeiro, trouxe contribuições para o debate no contexto dos dados colhidos para a presente tese. Em 2007, foram localizados pela autora (Maia, 2008) 46 CEOs, distribuídos em 27 municípios do Estado do Rio de Janeiro, com uma concentração de 18 CEOs na capital. Na ocasião, a cobertura por ESBs na capital era de apenas 5,62%, contrariando as diretrizes da PNSB no tocante à posição dos CEOs como locais de referência paras as ESBs e da Portaria GM/MS nº 1.063, no que se refere ao critério de seleção do municípios para a implantação dessas unidades.

Em 2010, a pesquisa desenvolvida para esta tese encontrou 65 CEOs em 48 municípios, sendo 19 na capital, indicando a persistência, ainda que em menor escala no estado, da concentração dessas unidades. Olhando de outro modo, se considerarmos o total de CEOs na região de saúde em que se encontra a capital (Região Metropolitana I), esse valor sobe para 31 unidades, 47,69% do total de CEOs do estado. Considerando que a cobertura por ESBs no município do Rio de Janeiro era, em 2010, de apenas 11,65% da população, e na região Metropolitana I a média da cobertura por ESBs é de 32,96%, esse quadro permanece semelhante ao encontrado por Maia em 2007.

Explorando os dados da pesquisa de Maia (2007), no tocante à atenção secundária, a autora observou que do total de municípios com CEOs, 41% deles apresentaram queda na produção total de ações especializadas no período estudado.

Do grupo de 41%, em apenas dois municípios (que representam 7,4%), a queda pareceu ter ocorrido pela presença de uma assistência na atenção básica ofertada de forma suficiente e adequada. Nesses municípios, através da observação dos dados relativos ao início da atuação das ESBs, suas respectivas coberturas e o início de atuação dos CEOs, a autora concluiu que uma provável boa resolutividade no nível básico de atenção resultou numa desejada redução progressiva da demanda por ações especializadas. Nesse contexto, Maia (2008) levanta a questão da pertinência das metas para os procedimentos especializados a

serem cumpridas no âmbito dos CEOs: a autora sugere a revisão do desenho das referidas metas, onde estas deveriam ser avaliadas em conjunto com o do município nas ações de atenção básica em saúde bucal.

Estamos de acordo com a necessária revisão da forma como foram elaboradas as metas de para os CEOs. No nosso entendimento, essas metas deveriam ser consideradas de forma diferenciada entre os procedimentos básicos e os especializados, como indica Maia (2008), e apenas fazem sentido mediante uma expectativa da demanda no contexto do planejamento regionalizado da implantação de CEOs.

No tocante à implantação de CEOs em grandes centros urbanos, esta ocorre frequentemente a partir de unidades de saúde preexistentes que se habilitam ao credenciamento como CEOs. Nesses locais, onde já existe uma rede assistencial complexa, os então habilitados CEOs continuam a receber a mesma demanda, que se mantém prioritariamente espontânea, com importante tendência para a produção de procedimentos básicos e emergenciais, sobrecarregando o serviço e comprometendo a prioridade dada aos paciente oriundo das ESFs ou unidades básicas de saúde. Essa distorção na proposta contida na PNSB deveria ser revista, considerando-se as particularidades do funcionamento dos sistemas de saúde nas grandes cidades e da implantação de CEOs num contexto de baixa cobertura por ESBs.

Corroborando nosso pensamento, em estudo sobre a integralidade da atenção em CEOs baianos, Chaves et al. (2010) observaram que a implantação de CEOs em municípios nos quais a atenção primária à saúde não esteja adequadamente estruturada não é recomendada, uma vez que a atenção secundária estaria atendendo à livre demanda e executando procedimentos básicos e, portanto, não cumprindo o princípio da integralidade pretendida.

É claro que existe uma demanda reprimida importante nas grandes cidades, pela oferta de ações especializadas em saúde bucal e pela oferta de atenção à saúde bucal como um todo. Esse fato está fortemente relacionado à implantação numerosa de CEOs nas capitais brasileiras, com especial destaque para o caso carioca. No entanto, essa demanda jamais será sanada, ainda que se invista maciçamente na implantação de CEOs, se não houver concomitantemente um investimento na oferta, e sobretudo na estruturação, de um sistema de atenção básica eficiente e eficaz. Essa estruturação deveria levar em conta questões relativas a cobertura, capacitação de recursos humanos e adequação dos processos de trabalho. Os esforços nesse sentido podem ser identificados no âmbito dos executivos municipais, porém requerem estudos mais aprofundados para o esgotamento da questão.

Guerra (2009) apresentou dissertação de mestrado na qual investigou os fatores relativos à implantação dos CEOs do ponto de vista do fluxo institucional de credenciamento nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. Em relação à implantação dos 18 CEOs cariocas, a autora identificou, através de entrevistas com gestores e de pesquisa documental, que a presença de ESBs se confirmou como não sendo um critério priorizado "até mesmo porque o município do Rio de Janeiro, um dos pioneiros, não continha nenhuma no momento da implantação [dos CEOs]" (GUERRA, 2009, p. 71). Os achados de Guerra confirmam nossa constatação sobre o não-cumprimento do critério da Portaria nº 1.063 na implantação de CEOs, sobretudo nas cidades de grande porte, onde com frequência a coberturas por ESBs é incipiente.

Dando continuidade à análise da Região Sudeste, o Estado de São Paulo é o mais populoso do país, e o segundo em número de municípios. Conta com 64 regiões de saúde, número inferior apenas ao de Minas Gerais (76). Vale lembrar que Minas Gerais conta com a segunda maior população do país e é o estado com maior número de municípios. As similaridades entre esses dois estados sugerem um exercício de comparação no tocante à distribuição regional de CEOs, que procuraremos demonstrar a seguir.

Assim como no caso de Minas, o grande porte do Estado de São Paulo quanto ao número de municípios e regiões de saúde influenciou negativamente seus resultados no tocante a distribuição regional de CEOs, pelas razões inerentes à metodologia da pesquisa realizada para esta tese.

Vale destacar, em relação à distribuição de CEOs pelas regiões de saúde paulistas, que as duas maiores cidades do Estado de São Paulo não compõem os CGRs, não participando, portanto, da distribuição dos CEOs na forma realizada para a pesquisa. Assim, descontando do total de CEOs do estado aqueles presentes na cidade de São Paulo (19) e em Guarulhos (4), discorreremos sobre a distribuição dos demais 125 CEOs.

São Paulo conta com 45,31% de suas regiões que constituíram CGRs contempladas por esse tipo de unidade. O resultado de São Paulo, ainda que bastante abaixo da média nacional (75,15%), quando comparado ao de Minas Gerais (31,57%), é significativamente superior. No conjunto dessas regiões estão localizados 49,5% de seus municípios, que, ao comparamos com o valor de Minas Gerais neste quesito (41,0%), ainda se mostra significativamente superior, reforçando o resultado superior de São Paulo frete ao de Minas na distribuição regional de CEOs.

Já o parâmetro relativo ao percentual da população nas referidas regiões, em São Paulo este alcança o percentual de 47,37%, valor inferior ao de Minas Gerais (53,07%), que mesmo

tendo CEOs em um número menor de regiões, estas contemplam um percentual mais alto da população. Assim, o de São Paulo indica que as regiões escolhidas para a implantação dessas unidades não são, provavelmente, as mais populosas.

Do ponto de vista quantitativo, São Paulo é o primeiro colocado na pesquisa: conta com 148 CEOs, indicando uma larga diferença frente ao segundo colocado, Minas Gerais, com 79 CEOs. Destes, 19 estão na capital do estado e quatro estão no município de Guarulhos, e nenhum dos dois constituiu CGRs. Em relação aos LRPDs, São Paulo conta com 122, número incomparável ao segundo colocado no país: a Paraíba, com 59 destes laboratórios.

Os CEOs paulistas estão distribuídos em 18,29% dos municípios do estado. Vale destacar que, no panorama do país, tal percentual é bastante positivo, sendo compatível ao de Pernambuco (18,40%) e inferior apenas aos estados do Ceará (36,95%) e Rio de Janeiro (45,65%), e bem superior ao de Minas Gerais (8,55%), sendo a média nacional de municípios com essas unidades por estado de 14,10%. Lembramos que São Paulo é incomparavelmente maior em população, área e número de municípios frente aos demais estados citados, que tiveram semelhante ou superior nesse quesito, indicando o mérito paulista na distribuição municipal de CEOs. Nesse contexto, vale lembrar que, no caso de São Paulo, os resultados devem ser avaliados levando-se em conta a dimensão de sua população, o número de municípios, a complexidade de seu sistema de saúde no âmbito estadual e as particularidades na constituição das regiões de saúde.

No tocante a tais particularidades, a ausência de São Paulo e Guarulhos na constituição dos CGRs pode indicar que estes municípios, os dois mais populosos do estado, optaram por conduzir de maneira autônoma a relação de fluxo de demanda com seus municípios vizinhos.

Ainda no âmbito da gestão estadual do SUS em São Paulo, desde a edição do Pacto pela Saúde de 2006, este estado vem apresentando iniciativas voltadas para a regionalização solidária da assistência e da gestão da saúde no contexto das prerrogativas do Pacto de Gestão. Nesse sentido, a partir de ações da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES/SP) e do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS/SP), o estado conta com oficinas regionais que trabalham na utilização dos diagnósticos de situação de saúde na identificação de problemas prioritários gerando contribuições regionais para a construção do Plano Estadual de Saúde – PES (CONASS, 2008).

Nesse contexto, o Estado de São Paulo vem destinando auxílios financeiros estaduais para programas específicos a partir de deliberações das CIBs. Dentre esses existem, por

exemplo, o auxílio para as Equipes de Saúde da Família para municípios com baixos IDHs, e para o Sorria São Paulo, iniciativa estadual voltada para a gestão da atenção à saúde bucal.

O Sorria São Paulo, programa elaborado pela área técnica de saúde bucal da SES/SP, tem por objetivo fortalecer da saúde bucal na atenção básica. Dentre suas ações estão um auxílio financeiro para municípios com baixos IDHs, destinado a modernizar e manter as unidades odontológicas municipais. Além disso, o programa apoia também a ampliação da rede de assistência, destinando recursos estaduais para investimento e custeio de novas unidades (SÃO PAULO, 2008b).

Por fim, em relação ao Sudeste, destacamos que nenhum dos quatro componentes desta região aponta, em seu PDR, a oferta de ações especializadas em saúde bucal ou de próteses dentárias. Desta forma, não há garantias de que os resultados que foram considerados adequados para a regionalização de CEOs e LRPDs expressem, de fato, os princípios e diretrizes do planejamento desta oferta de acordo com as portarias normativas específicas. Lembramos que, em especial nessa região, os parâmetros das Portarias nº 1.063, de 4 de julho de 2005, que trata do emprego do critério de cobertura por ESBs para a seleção do município para a implantação de CEOs e LRPDs, e da n.º 267, de 06 de março de 2001, que diz respeito ao sistema de referenciamento dessas unidades conforme o PDR, foram particularmente desrespeitados.

Por outro lado, com exceção do Espírito Santo, os demais estados da região estão entre os mais populosos do país e contam com sistemas de saúde amplos e complexos. Neles se justifica a elaboração de iniciativas institucionais do planejamento para cada área de atenção, entre elas a saúde bucal, a exemplo de São Paulo, que elaborou e publicou o documento “Sorria São Paulo”, e no caso de Minas Gerais, com o Projeto de Reorganização da Atenção em Saúde Bucal. Esses documentos têm o potencial de nortear o planejamento da oferta e estimular a articulação entre os municípios e desses com o estado, no sentido de avançar nas prerrogativas normatizadas pela PNSB em relação à regionalização da atenção à saúde bucal.

Além disso, as complexidades na estrutura do sistema de saúde de cada estado influenciam diretamente no grau de percepção dos gestores acerca da necessidade de implantação de CEOs e LRPDs nos estados.

Região Centro-Oeste

A Região Centro-Oeste é a menos populosa do país, e conta com apenas quatro cidades de grande porte: Brasília, que corresponde ao Distrito Federal, e as capitais dos três outros estados que compõem a região: Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

Os resultados relativos à cobertura por atenção básica em saúde bucal em Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul se apresentaram bastante aquém do desejável, porém superiores, de uma forma geral, aos das regiões Sul e Sudeste, reproduzindo em menor escala o quadro nordestino. Nos três estados, o percentual de municípios que contam com ESBs é maior que 95,00%.

Já no tocante ao número mínimo de ESBs frente às populações estaduais, Goiás e Mato Grosso não alcançam esses valores, mas chegam a 95,73% e 84,91%, respectivamente, do desejável.

Mato Grosso do Sul ultrapassa o número mínimo de ESBs para a população do estado. Lembramos que, no universo da região, o estado é o que apresenta o menor volume populacional o que, em tese, facilita o alcance desse valor.

O Distrito Federal, que conta apenas com o município de Brasília, apresenta uma cobertura bastante baixa por ESBs – 5,39% –, indicando a característica de cidade de grande porte identificada nas outras capitais do país.

Em Goiás e Mato Grosso, todos os municípios que contam com unidades CEO contam também com ESBs e, destes, 72,72% em Goiás e 75,00% no Mato Grosso têm coberturas iguais ou maiores que 50,00% por essas equipes, atendendo parcialmente ao critério da Portaria nº1.063, de 4 de julho de 2005.

No Mato Grosso do Sul, todos os municípios que têm CEOs contam com ESBs; em 100% deles a cobertura é igual ou maior que 50,00%, sendo este o estado que alcançou melhor resultado nesse quesito, na região.

Em relação às distribuições regionais das unidades CEO e LRPD, destacamos duas questões metodológicas pertinentes aos estados da Região Centro-Oeste que influenciaram os resultados da pesquisa: o Distrito Federal, por representar um estado e um município, não pode ser enquadrado em vários parâmetros avaliativos presentes neste trabalho, uma vez que a metodologia adotada não contemplou as regiões intramunicipais. Já no tocante à distribuição regional de unidades no Mato Grosso do Sul os resultados foram aparentemente positivos, uma vez que o estado foi beneficiado pelo baixo número de regiões sanitárias: apenas três. Esta característica da regionalização impossibilita uma análise mais realista da distribuição de unidades de saúde quanto à possibilidade de acesso da população aos serviços nelas ofertados.

Do ponto de vista quantitativo, a Região Centro-Oeste é a que conta com o menor número total de unidades, sendo o menor quantitativo de CEOs e o segundo menor de LRPDs, após a Região Norte. No tocante à distribuição de unidades no âmbito das regiões de saúde, Goiás conta com LRPDs em 56,25% e o Mato Grosso em apenas 28,57% de suas regiões, apontando uma adesão baixa e insuficiente a este tipo de implantação.

Mato Grosso do Sul conta com o maior quantitativo de LRPDs da região, ainda que baixo: 15 unidades, distribuídas nas suas três regiões, isto é, 100,00% de suas regiões. O Distrito Federal não conta com nenhuma unidade LRPD.

Em relação à distribuição regional de CEOs, Goiás conta estas unidades em 75,00% das regiões de saúde, sendo o melhor resultado na região neste tópico. Mato Grosso conta com CEOs em apenas 42,85% das regiões. Esses resultados mostram uma distribuição ainda incipiente dessas unidades no âmbito regional, sobretudo no Mato Grosso.

Os resultados relativos ao Mato Grosso do Sul não são expressivos para análise da distribuição regionalizada das unidades de saúde, pelas razões metodológicas já explicadas. Destacamos, porém, que o estado conta com 15 CEOs, o segundo em número de unidades na região, apesar de ser o que conta com a menor população. Estes CEOs estão localizados nas suas três regiões, isto é, 100,00% delas.

O Distrito Federal conta com seis CEOs no total, mas apenas uma verificação de sua distribuição no interior das regiões intramunicipais seria capaz de permitir uma análise do seu processo de regionalização.

No tocante a Goiás, o percentual de municípios e da população presentes nas regiões que contam com CEOs é de 72,40% e 74,94%, respectivamente, e para Mato Grosso os percentuais são de 55,3% e 69,95%. Esses resultados indicam que uma parcela bastante expressiva da população nesses estados não tem acesso a este tipo de unidade no interior da sua região de saúde. Por outro lado, mais uma vez verificamos que Goiás apresenta resultados discretamente melhores no tocante à localização das unidades CEO nas regiões mais populosas e que concentram maior número de municípios.

Na Região Centro-Oeste como um todo, o parâmetro avaliativo que apresentou maior destaque foi o relativo à presença da descrição da oferta da assistência especializada em saúde bucal no PDR: três dos quatro entes federativos da região – Goiás, Mato Grosso e o Distrito Federal – apresentaram bons resultados nesse parâmetro.

O PDR de Goiás é o mais detalhado do grupo. A descrição da oferta de ações especializadas em saúde bucal é bastante compatível com as informações colhidas pela pesquisa, apesar da diferença temporal entre a edição deste documento (2004) e a coleta dos

dados. No entanto, a descrição da oferta no PDR se restringe à “assistência odontológica especializada”, não especificando se esta ocorre na forma de CEOs ou em outros moldes. Apesar disso, a compatibilidade existente entre as informações do PDR e os dados da pesquisa indica que o estado apresenta-se como o melhor do grupo no tocante ao planejamento da oferta. Esse melhor resultado ocorreu também do ponto de vista quantitativo (37 unidades). Lembramos que esse estado é o mais populoso da região.

A descrição da oferta assistencial em saúde bucal no PDR do Mato Grosso, que data de 2005, não é compatível com os dados da pesquisa. Este fato pode estar relacionado a diferenças temporais importantes entre o ano de publicação do referido documento e o ano de coleta dos dados da pesquisa. Não há descrição de CEOs no PDR, estando a descrição restrita à menção de ações especializadas em odontologia.

O PDR do Distrito Federal apresenta a descrição da oferta de ações de odontologia especializada, que ocorre, de acordo com esse documento, em sete módulos assistenciais e em cinco das sete regiões intramunicipais de saúde. Tendo em vista que o Distrito Federal conta com apenas seis CEOs e nenhum LRPD, vale considerar que esta oferta pode estar ocorrendo em moldes diferentes em relação aos preconizados pela PNSB. E ainda, o Mato Grosso do Sul não aborda a descrição da oferta assistencial no seu PDR.

Considerando as limitações metodológicas relativas ao Mato Grosso do Sul e ao Distrito Federal, que restringiram sua análise, é possível observar que, no âmbito da Região Centro-Oeste, o Mato Grosso do Sul foi o estado que alcançou melhor resultado no tocante à oferta de atenção básica em saúde bucal nos moldes da PNSB: o estado é o que tem a maior adesão dos municípios a essa estratégia, e é o único que alcança o número mínimo de Equipes de Saúde Bucal para a população do estado, ultrapassando esse valor. O estado também é o único que apresenta coberturas por ESBs maiores que 50% em todos os municípios que têm unidades CEO ou LRPD, respeitando as prerrogativas da Portaria GM/MS nº1.063.

Nos parâmetros relativos à oferta regionalizada de CEOs e LRPDs, Goiás apresentou resultado superior, de forma geral, no âmbito da região. Esse foi identificado nos tópicos relativos ao planejamento da oferta no PDR, à distribuição de unidades nas regiões de saúde e à população presente nas regiões que tem CEOs e LRPDs.

Por fim, em relação à Região Centro-Oeste, destacamos que, de forma geral, os estados da região têm muito a avançar, tanto na atenção básica, como na oferta regionalizada de CEOs e LRPDs. Na atenção básica, o avanço deve ocorrer, sobretudo no Distrito Federal, da mesma forma que nas demais cidades de grande porte do país, e no Mato Grosso, que

atingiu os menores percentuais nos parâmetros voltados para esse nível de atenção na saúde bucal.

Vale destacar que Mato Grosso faz parte da Amazônia Legal, região que compartilha dificuldades no planejamento da assistência à saúde em todos os níveis, relacionadas a suas características geográficas e ambientais. Esse aspecto representa um obstáculo diferenciado relativo a este estado, e deve ser levado em conta na análise de seu nos parâmetros da pesquisa. As questões relativas às características da Amazônia Legal serão exploradas na discussão sobre a Região Norte, a seguir.

Em relação à distribuição de CEOs e LRPDs, esse avanço deve ocorrer quantitativamente na Região Centro-Oeste, sobretudo em Goiás e no Distrito Federal. Por outro lado, e principalmente, a região deve avançar no âmbito do planejamento, no tocante à atualização dos instrumentos de gestão, aumentando o grau de detalhamento da rede assistencial, incluindo informações relativas aos fluxos de referência intermunicipal para CEOs e LRPDs.

Região Norte

Esta região é composta pelos estados de Acre, Amazonas, Rondônia, Roraima, Pará, Amapá e Tocantins. É a maior em área geográfica e a segunda menos populosa do país, depois do Centro-Oeste. Em toda a região, apenas três cidades[62] podem ser consideradas de grande porte populacional.

Na atenção básica em saúde bucal, os estados nortistas apresentam resultados superiores, de uma forma geral, aos das regiões Sul e Sudeste, discretamente superiores aos da Região Centro-Oeste e bastante inferiores aos da Região Nordeste. Dos sete estados presentes na região, três contam com ESBs em 100% de seus municípios (Acre, Amapá e Tocantins) e dois contam com percentuais acima de 90%: Amazonas e Roraima. Os percentuais mais baixos da região nesse parâmetro ocorrem em Rondônia e no Pará.

Nesse sentido, destacamos que Rondônia apresenta várias fragilidades no desenvolvimento da PNSB, compondo, junto com o Maranhão, os piores resultados na pesquisa. Já o Pará é o segundo estado em extensão no país, o mais populoso e com o maior número de municípios da Região Norte, fatores que influenciaram negativamente seus

[62] Apenas as capitais do Amazonas e do Pará, além da cidade de Ananindeua, também no Pará, contam com mais de 500.000 habitantes, sendo consideradas, segundo o IBGE, cidades de grande porte (IBGE, 2010).

resultados nesse parâmetro. Mesmo assim, 87,41% dos municípios paraenses contam com ESBs.

Em relação ao número mínimo de ESBs para a população dos referidos estados, Acre, Amapá, Roraima e Tocantins alcançam quantitativos acima de 85,00% de seus respectivos valores, apresentando neste quesito os melhores resultados da região. Já os estados do Amazonas, Pará e Rondônia repetem as limitações no tocante à atenção básica, apresentando quantitativos de ESBs inferiores a 65% do desejável. Em relação a esses resultados, destacamos que Amazonas e Pará contam com as duas maiores populações metropolitanas da Região Norte (IBGE, 2010), o que interfere, pelas razões mencionadas acima, em seus resultados nesse parâmetro. No conjunto destacamos, ainda, que o Estado do Amazonas sofre com as características geográficas que repercutem negativamente na fixação de recursos humanos, interferindo assim no alcance e na manutenção do quantitativo desejável de ESBs.

No tocante ao atendimento ao parâmetro da Portaria nº 1.063, no Amapá, Roraima e Tocantins, todos os municípios que contam com unidades CEO ou LRPD têm coberturas por ESBs iguais ou maiores que 50%. O Estado do Amazonas, mesmo lidando com as dificuldades inerentes a suas características geográficas, ainda atende a este critério em 88,88% dos municípios que possuem unidades. Acre, Pará e Rondônia têm muito o que avançar no cumprimento desta diretriz normativa, em especial e mais uma vez no caso de Rondônia, onde esse critério é atendido em apenas 40% dos municípios com CEO ou LRPD.

Em relação ao quantitativo de LRPDs, destacamos que na Região Norte ocorre baixa adesão a esse tipo de oferta assistencial: esta é a região que tem o menor número desse tipo de unidade, sendo que três estados não contam com nenhum LRPD: Amapá, Roraima e Rondônia. Acre conta com apenas um desses laboratórios; Amazonas com sete, número irrisório para seu território e seu quantitativo de municípios e regiões; e Tocantins com apenas quatro, reforçando o baixo resultado da região neste tópico. O estado com melhor resultado nesse parâmetro é Pará, que conta com 20 LRPDS, valor ainda tímido frente à vastidão de seu território e de sua população. No entanto, neste parâmetro, o Pará se apresenta um pouco mais próximo das características da região vizinha, o Nordeste, que tem alta adesão a esse tipo de oferta.

Em relação à distribuição regional de unidades CEO e LRPD, vale destacar uma particularidade relativa ao Estado de Roraima: ele conta apenas com um CGR e uma única região de saúde. Da mesma forma como ocorreu no estado de Mato Grosso do Sul, esta característica favoreceu um aparente bom resultado de Roraima nos parâmetros relativos à distribuição regional das referidas unidades de saúde.

Em relação à distribuição regional do pequeno quantitativo de laboratórios nortistas, destacamos os casos de Pará e Amazonas, onde o volume de LRPDs se faz mais expressivo para esse tipo de análise. Nesses estados, a distribuição de LRPDs ocorre em 63,15% e 71,00% das regiões de saúde, r respectivamente, valores ainda precários para o atendimento das necessidades da população, sobretudo se levarmos em conta as expressivas áreas geográficas de ambos os estados.

Ainda no tocante à distribuição dos LRPDs paraenses, o estado apresenta uma distorção relativa ao desenho dessa oferta delineado pela PNSB: a exemplo do que ocorreu na Região Sudeste, o Pará conta com três regiões de saúde que contam apenas com LRPDs, não tendo implantado nenhum CEO. Lembramos a importância de se oferecer ações reabilitadoras em conjunto com aquelas de ordem protética, com o objetivo de não estimular uma prática mutiladora e ultrapassada da odontologia.

Em relação aos CEOs, lembramos mais uma vez que os quantitativos da Região Norte são baixos frente à imensidão territorial de seus estados: existem 59 CEOs em toda a região, número inferior apenas ao do montante da Região Centro-Oeste. Nesse sentido, em relação à distribuição regional dessas unidades, destacamos que, de forma geral, os resultados de todos os estados do Norte é baixo. Em Roraima, que conta com apenas uma região de saúde, esse aspecto não pode ser avaliado. No conjunto dos demais estados, o melhor resultado ocorreu no Amazonas, que apesar dos obstáculos relativos às características do seu território, alcançou a distribuição dessas unidades em 71,00% das regiões. Nesse sentido, e sem invalidar o mérito do referido estado, vale observar que, por suas características geográficas, o Amazonas tem muito o que avançar na distribuição de CEOs, uma vez que nem mesmo uma eventual oferta de destas unidades em 100% das regiões de saúde garante o acesso de sua população às ações neles ofertadas.

Os demais estados da Região Norte distribuem seus CEOs em menos de 70,00% das suas regiões de saúde. Nesse contexto, têm destaque negativo Acre e Tocantins, onde os CEOs não estão presentes em mais do que 50,00% das regiões. A razão para esses resultados baixos está diretamente relacionada ao baixo quantitativo de unidades. Assim, uma análise mais expressiva se faz para o Pará, que conta com 27 CEOs e 19 regiões de saúde, e tem uma distribuição bastante concentrada, contando com CEOs em apenas 57,89% dessas regiões.

Em relação ao percentual da população estadual nas regiões que contam com CEOs, nos estados do Amapá e Amazonas, estas unidades se localizam nas regiões mais populosas, que concentram, respectivamente, 91,14% e 90,02% das populações. Já no Acre e no Pará, os

CEOs estão localizados em regiões que comportam apenas 62,92%, e 78,41% da população. Todos os CEOs do Acre e um terço dos CEOs do Pará se localizam nas regiões onde se encontram as capitais, que contam com, respectivamente, 62,92% e 34,40% da população. A concentração de CEOs nas regiões das capitais representa uma característica encontrada também no Estado do Rio de Janeiro.

Em relação à menção no PDR das ofertas de ações especializadas em saúde bucal e de próteses dentárias, a pesquisa realizada mostrou que isto ocorreu de forma parcial em apenas dois estados da região: Acre e Tocantins. O Estado de Rondônia não disponibilizou seu PDR nas bases de dados pesquisadas. Assim, o quesito "consta a oferta de atenção à saúde bucal no PDR" desta pesquisa, para este estado, foi omitido da pesquisa.

No caso do Acre, consta no PDR a oferta de ações especializadas em odontologia, mas o documento, que é anterior à publicação da PNSB, não especifica em que moldes tal oferta está ocorrendo, uma vez que não menciona a presença de CEOs ou LRPDs. Além disso, a oferta dessas ações não encontra compatibilidade com os dados sobre a oferta de CEOs, de acordo com a pesquisa realizada.

No caso do Tocantins, da mesma forma, a edição do PDR é anterior à publicação da PNSB. No PDR, apenas constam a oferta e as ações especializadas em odontologia em uma das nove regiões atendidas pela PNSB, indicando incompatibilidade entre os dados da pesquisa e as informações do PDR.

Nesse sentido, no conjunto da Região Norte, o planejamento da oferta de ações especializadas em saúde bucal e de próteses dentárias não se faz presente de forma adequada nos instrumentos da gestão regionalizada. Lembramos que a Região Norte, o estado do Mato Grosso e parte do Estado do Maranhão compõem a Amazônia Legal.[63] Esta área, que representa cerca de 61% do território brasileiro, compartilha dificuldades relacionadas a seus aspectos geográficos e ambientais particulares. De acordo com o CONASS (2006), os estados da Amazônia Legal enfrentam desafios comuns na implementação das prerrogativas do Pacto pela Saúde. Esses desafios estão relacionados às desigualdades sociais e econômicas e de acesso, à baixa densidade demográfica, à enorme extensão territorial, aos impasses nas regiões de fronteiras e à centralização de tecnologia nas capitais (CONASS, 2006).

Ainda de acordo com o referido Conselho, a Amazônia legal apresenta dificuldades no planejamento da assistência em todos os níveis de atenção. Nesse sentido, em relação à oferta

[63] O conceito de Amazônia Legal foi instituído com o objetivo de definir a delimitação geográfica de uma região com características ambientais e sociais comuns, apta politicamente a captação de incentivos fiscais voltados para a promoção de seu desenvolvimento regional (BRASIL, CÂMARA DO DEPUTADOS, 2005).

de CEOs e LRPDs, têm destaque os problemas de fixação de profissionais com as qualificações específicas, especialmente no interior dos estados (CONASS, 2006). Ademais, os municípios pequenos têm reduzida capacidade de gestão, agravando ainda mais as dificuldades inerentes ao território onde se localizam. Por fim, no tocante ao perfil da proposta da Estratégia de Saúde da Família, ajustes são fundamentais para sua adaptação às realidades regionais (CONASS, 2006).

No âmbito da gestão, a enorme extensão territorial e a baixa densidade populacional na região da Amazônia Legal geram dificuldades relacionadas à constituição de CIBs regionais e à própria criação de regiões de saúde (CONASS, 2006). Tais instâncias seriam fundamentais para a superação das dificuldades na pactuação e no planejamento da assistência. Nesse sentido, os resultados relativos à Região Norte devem ser avaliados mediante as particularidades existentes no âmbito da gestão e do planejamento da oferta de assistência à saúde em todos os níveis. A presente pesquisa permitiu identificar que tais obstáculos são também uma realidade na saúde bucal, tanto no nível da atenção básica como na oferta de ações especializadas na Região Norte do país.

5.1 **Os primeiros resultados do Censo Bucal de 2010: uma discussão preliminar**

Em dezembro de 2010, foram divulgados os primeiros resultados do “Projeto SBBrasil 2010”, que consiste em um inquérito em saúde bucal realizado pelo MS em âmbito nacional, com características semelhantes às do Censo Bucal realizado em 2003.

Apesar de os resultados divulgados até o momento serem parciais, estes já permitem, sob alguns aspectos, um exercício analítico frente às tendências que as principais afecções bucais vêm apresentando no Brasil.

Os dados de 2010 apontaram para uma importante queda no ataque da cárie em quase todas as faixas de idade, e uma mudança no perfil de acesso às ações curativas para algumas faixas de idade, como veremos a seguir.

O Censo de 2010 usou o índice CPO-D, reconhecido internacionalmente, o qual é voltado para avaliar a experiência de cárie, verificando elementos dentários ainda cariados (“C”), perdidos ou extraídos (“P”) ou obturados (“O”). Devido a seu caráter cumulativo, esse índice apresenta tendência ascendente ao longo da vida, sendo avaliado por faixa de idade. Os valores encontrados para cada faixa etária podem ser confrontados com inquéritos anteriores, ou com aqueles valores recomendados pelos órgãos internacionais como a OMS (WHO,1997).

Os dados de 2010 apontaram uma queda expressiva no ataque da cárie em todas as faixas etárias, exceto na faixa dos cinco anos de idade, que é considerada representativa para as crianças em idade pré-escolar, que ainda estão na fase da dentição decídua (“de leite”). Nesta faixa, o inquérito de 2010 mostrou que houve queda no valor do CPO na ordem de 18%, mas o componente C do referido índice (dentes cariados) não foi alterado. Assim, a queda pode ter ocorrido tanto no componente “perdidos” como no componente “obturados”, sem que se possa, até o momento, descriminá-la.

A faixa etária dos 12 anos, quando a dentição permanente se completa, é considerada a idade de monitoramento global da cárie e do acompanhamento das tendências da doença para comparações internacionais. Nesta faixa, o Censo de 2010 mostrou redução de 25% no valor do CPO, com queda ainda mais acentuada para o componente relativo aos dentes cariados, na ordem de 29%.

A próxima faixa etária investigada contemplou adolescentes entre 15 e 19 anos de idade. Nessa idade, o CPO apresentou o dobro do valor relativo aos 12 anos. Levando-se em conta que o índice é cumulativo, esse padrão de aumento é considerado compatível com os parâmetros internacionais (CNSB, 2011). Os resultados parciais do Censo de 2010 não revelaram o padrão de queda do CPO como um todo. No entanto, foi divulgado que o componente “C” (cariados) sofreu queda de aproximadamente 39% em relação a 2003.

Na faixa etária de 35 a 44 anos, houve queda no CPO na faixa de 19% por conta dos componentes “C” e “P”, enquanto houve aumento relativo do componente “O” (obturados). Nos idosos entre 65 e 74 anos de idade, o CPO não sofreu alteração frente a 2003.

Os valores de CPO encontrados no Brasil em 2010 são compatíveis com os da Venezuela. “Comparando-se o Brasil com países de mesmo grau de desenvolvimento na Europa e na América, a média brasileira se situa em um valor intermediário” (CNSB, 2010, p. 2).

A necessidade do uso de prótese dentária consiste outro agravo à saúde bucal investigado em 2010, e que permite comparação com o inquérito de 2003. Nesse tópico, foi observada queda significativa para os adolescentes e adultos, enquanto que nos idosos, mais uma vez, o quadro se manteve inalterado.

Um achado importante da pesquisa de 2010 é relativo às diferenças regionais no Brasil na ocorrência dos principais agravos bucais: em relação ao CPO aos 12 anos, este valor é mais baixo nas capitais que no interior, e no tocante às regiões, aquelas com piores valores são a Região Norte (em primeiro lugar), seguida pela Região Nordeste e depois Centro-Oeste. As regiões Sul e Sudeste apresentam os melhores resultados relativos ao CPO aos 12 anos. As

diferenças entre os valores médios na Região Norte (mais alto) e Sudeste (mais baixo), do CPO aos 12 anos, chegam a 90%.

Ainda no tocante às disparidades entre as regiões brasileiras, no Nordeste o componente “O” (obturados) do CPO aos 12 anos é menor que no Sudeste, indicando que o maior ataque da doença se combina com um menor acesso aos serviços odontológicos. Em relação ao observado em 2003, foi mantido o padrão das diferenças regionais (CNSB, 2010).

A interpretação de dados epidemiológicos em saúde bucal exige a revisão de alguns conceitos fundamentais no que diz respeito ao declínio da cárie dentária no Brasil e no mundo. Existe um consenso na literatura de que um expressivo declínio da cárie está ocorrendo entre crianças nos países industrializados e em alguns países em desenvolvimento, inclusive no Brasil. Os fatores associados a esse declínio são também consensuais, e estão ligados prioritariamente à utilização em larga escala de dentifrícios fluorados (pastas de dente). A fluoretação das águas de abastecimento público contribui em menor escala para tal declínio. Outros fatores associados são as melhorias nas condições de vida das populações, as mudanças nos padrões dietéticos e nos próprios critérios de diagnóstico da doença (NADANOVSKY, 2000; BALDANI et al., 2004).

De caráter relevante para o presente trabalho é a constatação, pela literatura específica, de que não há embasamento científico que indique que a presença de serviços odontológicos contribua para a redução das cáries (NADANOVSKY, 2000). A literatura aponta, de forma geral, que a oferta de serviços tanto curativos como preventivos não foi determinante para a queda dessa doença. Os programas educativos tampouco foram capazes de gerar mudanças de comportamento duradouras aptas a influenciar o risco de cárie. Mesmo nos países que contavam com serviços estruturados, a queda na prevalência de cárie apenas ocorreu a partir do consumo amplo dos dentifrícios fluorados (BALDANI *et al*., 2004).

No entanto, está claro que as condições socioeconômicas têm efeito na prevalência dessa doença. As mudanças positivas nessas condições têm papel importante na redução observada nos índices de cárie dentária. Assim, a melhora no nível de informação, de educação, bem como de moradia, emprego, escolaridade e renda *per capita* são fatores associados, de fato, com a queda na ocorrência dessa doença (NADANOVSKY, 2000). Inúmeros estudos foram capazes de associar com êxito fatores como nível educacional, nível de instrução dos pais e aspirações profissionais com a conduta pessoal e de higiene oral (FERREIRA et al., 2007; DORRI et al., 2011).

Em resumo, o que é consensual e cientificamente comprovado em relação ao declínio da cárie dentária é que esse processo vem ocorrendo em vários países do mundo

desenvolvido e em desenvolvimento desde os anos 1970. O fator mais fortemente relacionado é o uso do flúor nos dentifrícios. O flúor nas águas de abastecimento representa um fator adicional nesse benefício. Fatores sociais que elevam o nível de informação e acesso a bens de consumo geram a redução da cárie provavelmente por induzirem comportamentos mais saudáveis em relação a dieta e higiene pessoal de forma permanente. A presença de serviços odontológicos e oferta de ações educativas, preventivas ou curativas não influenciaram de maneira expressiva tal declínio. Atualmente, a ocorrência da cárie vem sendo caracterizada pela polarização nos grupos menos privilegiados (NADANOVSKY, 2000; BALDANI et al., 2004; FERREIRA et al., 2007; DORRI et al., 2011).

Nesse sentido, o reconhecimento dos fatores que influenciam a ocorrência da cárie de acordo com a literatura mundial é fundamental na interpretação dos dados dos inquéritos amplos em saúde bucal, como os realizados no país em 2003 e 2010. Não há informações capazes de estabelecer uma relação direta de causa e efeito entre a maior oferta de serviços odontológicos promovida pela PNSB e os dados relativos à cárie colhidos em 2010. O que se pode inferir com maior segurança é que o crescimento do país, o avanço de parcela da população acima da linha da pobreza, o menor desemprego e o maior acesso à informação são fatores que podem estar associados à adoção do uso do dentifrício fluorado, de uma dieta de melhor qualidade e de hábitos de vida mais saudáveis. Estes, sim, são fatores que a literatura científica foi capaz de estabelecer numa relação com o declínio da cárie.

Se por um lado a presença de serviços odontológicos tradicionais não provou influenciar no padrão da cárie, esta oferta, sem dúvida, pode influenciar o comportamento dos componentes “P” e “O”, do índice CPO, em todas as faixas etárias. Os indivíduos, ao terem acesso a serviços odontológicos, terão seus dentes cariados (“C”) substituídos por obturados (“O”) ou perdidos (“P”).

Os efeitos de abordagens com o perfil das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família na prevalência da cárie e na evolução do CPO-D demandam estudos epidemiológicos específicos, já que os estudos disponíveis estiveram voltados para a investigação de serviços tradicionais de assistência à saúde bucal e a programas educativos escolares.

Destacamos que a proposta da abordagem contida nessa estratégia diverge dos modelos tradicionais de assistência odontológica e educação para a saúde. A atuação das Equipes Saúde Bucal, além das ações curativas e preventivas, consiste na busca ativa, na adscrição de clientela e no acompanhamento de gestantes, crianças e adultos em todos os ciclos de vida (PNSB, 2004). Poderíamos supor que essa estratégia, diferentemente dos

modelos convencionais, pode ter o potencial de influenciar positivamente no CPO das populações.

Nesse contexto, dentre os resultados divulgados até o momento do Censo Bucal de 2010, destacamos aqueles relativos à faixa etária dos cinco anos: nesta faixa de idade, apesar da queda no valor do CPO, foi mantido o valor do componente "C" (cariados) do índice. Isso indica que não houve alteração na ocorrência de dentes cariados em relação a 2003, e que essas crianças em idade pré-escolar não tiveram maior acesso a tratamentos curativos (indicado pelo componente "O", obturados), uma vez que houve queda no CPO como um todo.

Essas crianças nasceram sob a vigência da PNSB e cinco anos após a publicação da Portaria relativa à inclusão das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF),[64] a princípio, deveriam ter sido beneficiadas pela proposta preventiva e pelo acompanhamento supervisionado da saúde bucal previsto pela PNSB. Assim, o que podemos inferir em relação aos resultados do Censo de 2010 liberados até o momento para essa faixa etária, é que a cobertura por Equipes de Saúde Bucal que vem ocorrendo desde 2000 no país não foi capaz de promover benefícios às crianças nascidas sob sua vigência.

Já na faixa dos 35 aos 44 anos, o aumento relativo do componente "O" (obturados) do índice CPO frente aos dados de 2003 indica, a princípio, que esta faixa da população teve maior acesso a serviços odontológicos e recebeu tratamentos restauradores em lugar de extrações. Este dado, entretanto, deve ser avaliado no contexto do conjunto de resultados do referido inquérito para as demais faixas de idade: esta foi a única faixa etária que apresentou tal resultado para o componente "O", de acordo com o divulgado até o momento.

Lembramos que a faixa etária dos 35 aos 44 anos conta com alta participação de população economicamente ativa e com maior facilidade de locomoção e aceso à informação, frente às faixa pré-escolar e dos idosos, para as quais este componente do CPO não mudou.

Uma vez que o referido Censo não discriminou em que tipo de serviço os tratamentos restauradores foram realizados, não há motivos para atribuirmos esse resultado a um maior acesso às ações restauradoras no âmbito da PNSB: muitos desses tratamentos restauradores podem ter sido realizados através de desembolso direto no sistema privado ou ainda através de seguros de saúde odontológicos, sobretudo para a população empregada formalmente.

---

[64] Portaria n.º 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000, que estabelece o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.

Ainda em relação aos resultados do Censo de 2010, foi possível observar que as propostas da PNSB também não foram capazes de promover uma mudança no padrão de distribuição das doenças bucais e do acesso a ações restauradoras entre as regiões do país. A prevalência da cárie e o acesso a ações restauradoras frente a 2003 mantiveram o padrão das disparidades regionais. Lembramos que o perfil da distribuição da cárie no Brasil é convergente com aquele identificado pela literatura específica, de redução global da cárie, com polarização nas camadas menos favorecidas (FERREIRA et al., 2007).

Nesse sentido, o referido censo mostrou que as regiões Norte e Nordeste concentram os maiores valores de CPO aos 12 anos em comparação com as regiões Sul e Sudeste. Além disso, no Nordeste os jovens na faixa etária de 12 anos têm menor acesso a tratamentos restauradores que no Sudeste, apresentando o componente "O" (relativo a dentes obturados) do CPO com valor relativo menos elevado. Esse dado é relevante frente aos resultados da pesquisa realizada para esta tese. No Nordeste, foram encontrados os melhores resultados na maior parte dos parâmetros da pesquisa, com destaque para aqueles ligados à atenção básica:[65] na região foram encontrados os maiores valores para a cobertura de saúde bucal no nível básico de atenção, o maior quantitativo de unidades CEO e LRPD, bem como os maiores índices de atendimento às prerrogativas da Portaria GM/MS nº 1.063.[66]

É importante a interpretação crítica dos resultados do Censo 2010. O uso dos seus resultados para a avaliação do impacto da PNSB (como informado pela CNSB em 2010) é bastante frágil. No entanto, é válido levar em conta suas informações para "identificar problemas e reorientar as estratégias de prevenção e assistência" (CNSB, 2010, p. 1). Nesse contexto, a fluoretação das águas de abastecimento, iniciativa que faz parte das ações previstas pela PNSB, deve ser valorizada e continuada mediante seu potencial de atuação na redução da prevalência da cárie.

[65] O parâmetro relativo ao uso do PDR como instrumento do planejamento regionalizado da oferta de atenção à saúde bucal apresentou fraco na Região Nordeste.

[66] Esta portaria introduz como critério de seleção para os municípios que se habilitarem à implantação de CEOs e LRPDs o maior percentual de cobertura por Equipes de Saúde Bucal (BRASIL, 2005b).

6 **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O processo de implantação do sistema nacional de saúde no Brasil, desde a regulamentação do SUS, em 1990, foi caracterizado sobretudo pela descentralização das ações e serviços de saúde para as esferas subnacionais de governo. O processo de descentralização esteve predominantemente ligado à transferência da gestão das ações e serviços do SUS, com ênfase na esfera municipal, não tendo sido acompanhado de estratégias articuladas voltadas para a regionalização da atenção à saúde (VIANA et al., 2010).

Em que pesem as particularidades desse processo, avanços concretos podem ser atribuídos à descentralização da saúde. Esses avanços proporcionaram, principalmente, a ampliação da cobertura de serviços e maior participação dos estados e municípios no financiamento dessa área social. No entanto, dentre suas fragilidades, encontram-se a falha na conformação de arranjos cooperativos na saúde, as desigualdades no acesso e no gasto público, a precária integração entre os diferentes níveis de complexidade, que, entre outros aspectos, apontam para o caráter inconcluso do processo de regionalização da saúde no país (VIANA et al., 2010).

As características que o processo de descentralização imprimiu nos sistemas locais de saúde brasileiros indicam a entrada tardia de iniciativas voltadas para a regionalização na agenda de governo e sua frágil combinação com as estratégias de descentralização aqui implantadas. É reconhecida a baixa incorporação da dimensão do território na formulação de políticas públicas, especialmente na saúde (VIANA *et al.*, 2010).

Essa conjuntura resultou na constituição de sistemas de saúde locais fragmentados, incapazes de superar as iniquidades inter e intrarregionais. Além disso, os instrumentos da gestão regionalizada (PDRs e PPIs) foram sujeitos, muitas vezes, a uma elaboração burocrática, não representando as condições reais do planejamento da oferta das ações e serviços de saúde (SESDEC, 2008).

Nesse sentido, reconhecemos que os limites da regionalização da atenção à saúde bucal estão atrelados aos limites da regionalização da Política de Saúde como um todo. Ainda que esta área de atenção conte com uma política em âmbito nacional alinhada com os princípios normativos da regionalização em curso, como a PNSB, e com a oferta de recursos federais na forma de incentivos, esses fatores, embora fundamentais para o avanço desta área de atenção no âmbito político e assistencial, não são capazes de superar as próprias limitações impostas pelo estágio de desenvolvimento da regionalização do SUS.

No tocante aos incentivos financeiros, ainda que tenham tido papel determinante como indutores da ampliação e da diversificação da oferta de atenção em saúde bucal, apontando em determinada direção, estes têm poder limitado, uma vez que não são capazes de romper com o *status quo* das características dos sistemas locais de saúde. Além disso, o desenvolvimento e o avanço de políticas específicas como a PNSB no âmbito local está fortemente condicionado pelas características dos sistemas locais de saúde. Essas características apresentam caráter profundamente heterogêneo no âmbito do país, indicando graus variáveis no que diz respeito às capacidades administrativas e financeiras, e a disposição política dos gestores municipais e estaduais (VIANA et al., 2010).

No panorama caracterizado pelas limitações inerentes ao estágio atual do processo de regionalização no SUS, políticas específicas como a PNSB, bem como suas portarias normativas, devem sofrer ajustes contínuos orientados por estudos avaliativos. Esses ajustes contribuem para que a oferta de ações e serviços previstos na política possa avançar no sentido da integralidade e da superação de desigualdades na oferta, contribuindo para o processo permanente de construção do SUS. Assim, estudos como o realizado para a presente tese podem oferecer possíveis direções para um aperfeiçoamento da normatização da PNSB a partir de sua formulação inicial.

As principais fragilidades no planejamento regionalizado da oferta de ações especializadas em saúde bucal e de próteses dentárias no interior da PNSB, segundo os resultados desta pesquisa, estão relacionadas aos seguintes aspectos: em boa parte do país, o PDR não se expressou como um instrumento regionalizado das ações previstas na PNSB. Na grande maioria dos estados brasileiros, o PDR não conta com a descrição do planejamento da oferta de ações da PNSB no âmbito regional.[67] Dos estados que o fazem (10 ao todo), apenas três[68] especificam o fluxo de referência e contrarreferência de serviços especializados em saúde bucal. Sabemos que a temporalidade do PDR é quadrienal, porém suas atualizações poderão ocorrer anualmente,[69] de acordo com as indicações previstas no relatório de gestão. No entanto, as atualizações dos PDRs atualmente estão relacionadas ao redesenho, quando ele existe, das regiões sanitárias, de acordo com os CGRs. Em relação aos documentos

[67] No que tange à normatização da saúde bucal no SUS, este fato contraria os critérios da Portaria n.º 267, de 06 de março de 2001, que portaria estabelece que as ações especializadas de saúde bucal deverão ser referenciadas no próprio território municipal ou no município sede, conforme o Plano Diretor de Regionalização – PDR – do SUS (BRASIL, 2001).
[68] Esses estados são Ceará, Paraná e Santa Catarina, como pode ser visto na capítulo 4.
[69] A Portaria GM/MS nº 2.571, de novembro de 2009, dispõe sobre a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Pacto pela Saúde. Esta portaria define que o prazo de vigência do plano de saúde, do Plano Diretor de Regionalização e do Termo de Compromisso de Gestão será de quatro anos. No entanto, o Plano de Saúde e o Plano Diretor de Regionalização poderão ser ajustados anualmente, de acordo com as indicações previstas no relatório de gestão.

governamentais no âmbito estadual, apenas três estados, Ceará, Rio Grande do Sul e São Paulo, elaboraram Políticas Estaduais de Saúde Bucal que expressam alternativas importantes, uma vez que se configuram em iniciativas próprias voltadas para a gestão e o planejamento dessa oferta.

De forma geral, a pesquisa mostrou que o planejamento regionalizado da oferta de ações especializadas em saúde bucal não conta com instrumentos formais voltados para a organização dos fluxos intermunicipais de referência. Ademais, uma parte extremamente expressiva das unidades CEO se localizam em municípios muito pequenos[70] (19%) e pequenos[71] (43%), onde, na ausência de uma pactuação intermunicipal, as demandas consistem exclusivamente na população do próprio município. Este fato contraria os princípios normativos da própria PNSB e compromete fortemente os princípios da economia de escala e de escopo, bem como o avanço no sentido da integralidade da atenção neste campo da saúde. Esse fato deve ser levando em conta no processo de aperfeiçoamento da normatização da PNSB e de outras políticas específicas, uma vez que a realidade brasileira é marcada pela extrema predominância de municípios pequenos, como visto no gráfico 4 (Distribuição dos Municipios Brasileiros por portes populacionais), presente no item 4.1 deste trabalho[72].

Nesse sentido, Deitos, em 2009, apresentou dissertação de mestrado que tomou por base dados de estudo descritivo realizado pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal entre 2007 e 2008 voltados para alguns CEOs do país. A partir dessas informações, o autor investigou as características de 56 CEOs de seis estados, no tocante a vários aspectos, dentre os quais a ocorrência da referência intermunicipal nos atendimentos e as dificuldades no cumprimento das metas de procedimentos.[73] Em relação às referências intermunicipais, Deitos identificou que mais da metade dos CEOs estudados (52,73%) atendem apenas a usuários do próprio município. O referido trabalho não especifica se aqueles que realizam atendimento a usuários de outros municípios o fazem de forma pactuada entre as prefeituras (DEITOS, 2009).

No tocante ao cumprimento das metas de procedimentos dos CEOs estabelecidas pelas portarias normativas, Deitos (2009) observa que, de acordo com sua investigação,

---

[70] Até 25.000 habitantes.
[71] Até 100.000 habitantes.
[72] Este gráfico, presnete na página 84 deste trabalho mostra a forte predominância de municípios de até 5 000 habitantes (25%) e de 5 001 até 20 000 habitantes (47%) no conjunto dos municípios brasileiros.
[73] A Portaria nº 600, de 23 de março de 2006, instituiu o financiamento dos CEOs e estabeleceu metas para o monitoramento de uma produção mínima mensal apresentada e verificada por meio dos Sistemas de Informação do SUS, para fins de repasse dos recursos federais de custeio (BRASIL, 2006b).

50,91% dos CEOs pesquisados apresentam dificuldades em cumpri-las. Seus achados reforçam a percepção dada pelos dados da pesquisa desta tese, de que a pactuação das referências intermunicipais para as ações especializadas ofertadas nos CEOs têm ocorrido em pequena escala no país. Este fato, além de contrariar as prerrogativas da própria PNSB, os princípios da economia de escala, e limitar o acesso da população, contribui para a dificuldade no cumprimento das metas preestabelecidas. Estudo realizado nos CEOs de Pernambuco em 2006, que avaliou o desempenho destes centros a partir do cumprimento das referidas metas, indicou que os melhores desempenhos ocorreram nos municípios sede de módulo assistencial (FIGUEIREDO e GOÉS, 2009).

Nesta perspectiva, podemos afirmar que o estabelecimento dos fluxos de referência para os CEOs, ainda que estejam presentes na normatização voltada para a PNSB, não tem se configurado como um critério na aprovação junto ao MS da implantação destes centros. Nesse contexto, tem destaque o papel das Secretarias de Saúde de Estado como mediadoras do planejamento no âmbito regioanl e estadual.

Assim, sugerimos maior rigor normativo e operacional no fluxo de credenciamentos dessas unidades. As metas de produtividade passam a ser compatíveis com uma demanda mais ampla e diversificada, tornando coerente a exigência de seu cumprimento para a manutenção do incentivo de custeio.

Recomendamos maior empenho dos gestores na elaboração e atualização dos PDRs no tocante à descrição da oferta assistencial e no estabelecimento dos fluxos de referência e contrarreferência entre os municípios. Outras iniciativas, como a elaboração de uma política estadual de saúde bucal na qual conste o planejamento desta oferta, consistem numa alternativa a este instrumento de planejamento regionalizado.

É válido destacar que as diretrizes voltadas para a regionalização no interior do Pacto oferecem perspectivas mais amplas para o reconhecimento das regiões de saúde frente às normatizações anteriores. O Pacto atualizou os instrumentos da gestão regionalizada, proporcionando novas possibilidades para a governança regional, através da instituição dos CGRs e da revalorização do PDR, que passou a incorporar dimensões sociais, econômicas e culturais para a definição das regiões de saúde (BRASIL, 2009g; VIANA *et al.*, 2010). O aperfeiçoamento dos instrumentos e das instâncias de gestão regionalizada pode, num futuro próximo, contribuir para o avanço do planejamento da oferta de ações especializadas, dentre as quais aquelas contidas na PNSB.

Dando continuidade à discussão acerca dos instrumentos normativos da PNSB, no eu diz respeito às metas instituídas pela Portaria nº 600, destacamos **a importância de se**

reformular a forma de avaliação dos CEOs a partir do cumprimento das metas de procedimentos para fins de repasse dos incentivos de custeio.

Entendemos que a existência de metas quantitativas são critérios limitados para a avaliação destas unidades. Entretanto, uma vez instituídas, só fazem sentido num contexto de planejamento que leve em conta a estimativa da demanda frente às referidas metas. Noutras palavras, as metas se justificam apenas se estiverem compatíveis com a previsão da demanda do conjunto dos municípios que referenciarão pacientes para cada unidade, de acordo com seu tipo.[74] Nesse sentido, e diante dessa perspectiva, o planejamento deverá considerar também o tipo e CEO (tipo I, II ou III) a ser implantado frente à demanda esperada.O cumprimento dessas metas é condicionado, principalmente, por fatores como o volume populacional na área de localização do CEO, sua pactuação no âmbito da região sanitária e a atuação das ESB na atenção básica, na região. Uma simples exigência de volume de procedimentos desprovida de uma avaliação mais ampla do contexto de sua implantação consiste num critério frágil para condicionar a manutenção do repasse financeiro.

Além disso, os **critérios de avaliação para os procedimentos de atenção básica e para os especializados nos CEOs deveriam ser interpretados separadamente**: nos municípios nos quais os procedimentos de atenção básica mantiverem um volume compatível com os parâmetros assistenciais de referência[75] de maneira estável e prolongada, existe uma tendência, no médio prazo, de queda nas necessidades de ações especializadas. Isso ocorre porque os agravos bucais diagnosticados e controlados em estágios iniciais tendem a não evoluir para quadros que requerem procedimentos mais complexos. Nesses casos, uma queda no volume de procedimentos de média complexidade, dentro de determinada conjuntura, deve ser considerada um avanço e não uma falha no cumprimento de metas. Essa situação parece ter ocorrido em dois municípios do Estado do Rio de Janeiro, de acordo com o estudo realizado por Maia (2008). Estudos adicionais nesse sentido se justificam no sentido de se delinear uma expectativa de queda de demanda por algumas açoões especializadas a partir de uma cobertura satisfatória em atenção básica em saúde bucal. Estudos com este perfil poderiam fornecer instrumentos mais justos para a avaliação do dos CEOs.

Ademais, destacamos que uma queda desejável pela demanda de ações especializadas na presença de uma cobertura adequada em ações de atenção básica em saúde

---

[74] Para cada tipo de CEO (I, II, ou III), que está relacionado ao número de equipos odontológicos presentes, há um quantitativo diferente em número de procedimentos para o cumprimento das metas estabelecidas pelas portarias específicas.

[75] Os parâmetros assistenciais em saúde bucal, tanto para a atenção básica como para a especializada, estão recomendados no volume 5 da *Série Pactos pela Saúde: Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde* (BRASIL, 2006g).

bucal deverá ocorrer para agravos específicos à saúde bucal, que são preveníveis por intervenções precoces. Dentre essas alterações destacamos aquelas relacionadas a muitos procedimentos endodônticos, periodontais e protéticos. Por outro lado, os procedimentos de diagnóstico precoce de câncer bucal, cirurgia oral menor, e aqueles atendimentos para pacientes especiais (que compõem especialidades obrigatórias dos CEOs), bem como os procedimentos de ortodontia, não são sujeitos a uma queda na sua demanda na presença de uma eficiente cobertura por atenção básica: ao contrário, dada a natureza destas afecções, uma boa cobertura em atenção básica tende a gerar um aumento na demanda por ações especializadas, pela maior freqüência no seu diagnóstico.

Retomando a questão do fluxo de credenciamento de CEOs e LRPDs, além da pouca rigidez na exigência da pactuação das referências intermunicipais,[76] outra diretriz normativa não vem sendo observada para a aprovação das propostas de implantação, como veremos a seguir.

A pesquisa presente nesta tese e alguns trabalhos acadêmicos (FIGUEIREDO e GOÉS, 2009; GUERRA, 2009) indicaram que o **critério introduzido pela Portaria nº 1.063**, de 4 de julho de 2005, **relativo ao percentual de cobertura por ESBs como seleção para os municípios que se habilitarem à implantação de CEOs ou LRPDs, foi atendido de forma precária para o conjunto do país, e em alguns estados em especial, como no caso do Rio de Janeiro** (GUERRA, 2009), **bem como na maioria das capitais**. A região em que esse critério foi atendido com maior frequência foi a Nordeste, onde já existe uma realidade de cobertura satisfatória por ESBs na maioria dos estados, o que favoreceu a ocorrência deste resultado.

Vale observar que, na Região Sul, há um percentual expressivo de municípios que contam com CEOs ou LRPDs e têm baixas ou nenhuma cobertura por ESBs. Existe possivelmente uma rede básica de atenção à saúde bucal em moldes diferentes daqueles presentes na PNSB nessas localidades, o que não significa uma distorção dos princípios desta política. Porém, caso isso não seja uma realidade, **a presença de CEOs e/ou LRPDs, na ausência de uma rede básica em saúde bucal, representa um grave desvio da proposta de atenção contida da PNSB.**

A oferta de CEOs em municípios com baixa ou nenhuma cobertura por ESBs proporciona condições desfavoráveis para o funcionamento dos CEOs e para a melhoria das condições de saúde bucal das populações. Uma baixa cobertura em atenção básica faz com

[76] De acordo com a Portaria n.º 267, de 06 de março de 2001, as ações especializadas de saúde bucal deverão ser referenciadas no próprio território municipal ou no município sede, conforme o PDR.

que os agravos em saúde bucal não sejam diagnosticados e tratados em seus estágios iniciais. Esses agravos, que inicialmente não são notados pelo paciente e não geram dor, continuam avançando e se tornam emergências ou casos mais complexos, que exigem atuação do profissional especialista. Quando isso ocorre, o CEO se torna o primeiro local de atendimento desses pacientes, perdendo seu caráter de referência para a atenção básica. Esta situação é mais onerosa para o sistema de saúde, gera uma demanda excessiva para os CEOs e os pacientes acabam por receber tratamentos mais radicais.

Corroborando com nossa percepção, um estudo baseado em entrevistas com 611 usuários de quatro centros de especialidades odontológicas da Bahia, realizado em 2008, observou que os pacientes com maior facilidade no acesso geográfico ao serviço especializado, com ficha de referência e oriundos da atenção primária tiveram mais chance de alcançar a integralidade na assistência à saúde bucal em relação aos demais usuários (CHAVES et al., 2010). Assim, é coerente a adoção do critério de cobertura de atenção básica em saúde bucal para a seleção do município a sediar estabelecimentos de referência para a média complexidade.

Contudo, nos casos das capitais, onde as baixas coberturas por ESB são uma realidade inerente ao perfil da Estratégia de Saúde da Família, critérios diferenciados para a implantação de CEOs e LRPDs deveriam ser introduzidos, a fim de se tornarem coerentes com as realidades locais. A referência a ser considerada para a cobertura em saúde bucal pela atenção básica poderia estar relacionada a uma área programática intramunicipal, levando em conta o volume populacional e a presença e distribuição de unidades básicas de saúde. Assim, seria válido que as regras normativas não condicionassem a implantação da atenção especializada nos moldes da PNSB à adesão ao modelo assistencial baseado exclusivamente nas ESBs, sobretudo nas capitais e cidades de grande porte.

Explorando a questão do aperfeiçoamento dos instrumentos normativos relacionados à PNSB, destacamos ainda a deliberação da Portaria nº 2.373, de 7 de outubro de 2009, sobre o fluxo de credenciamento dos LRPDs. A partir dessa data, a proposta de implantação desses laboratórios não mais é submetida à CIB, devendo ser encaminhada diretamente à Coordenação Nacional de Saúde Bucal (CNSB).

No nosso entendimento, a isenção da etapa estadual no processo de credenciamento desse tipo de unidade impede que as possíveis identificações de necessidades comuns entre os municípios de uma mesma região de saúde estimulem a pactuação dos serviços ofertados nos referidos laboratórios. Tal pactuação deverá permitir o aproveitamento dos princípios de escala e escopo, além de expressar uma alternativa essencial para regiões com precariedade na

fixação de mão de obra específica. Vale lembrar que, a partir de 2006, não há mais base populacional mínima para a implantação de LRPDs[77] e que sua remuneração é feita por pacotes através de fundos do FAEC. Condições assim permitem que os LRPDs possam ser pactuados para o atendimento de um número variável de municípios. Ao contrário disso, o que os resultados da pesquisa indicaram foi uma concentração desses laboratórios em municípios muito pequenos, alta ocorrência de LRPDs isolados, isto é, em municípios ou regiões de saúde que não contam com CEOs, e baixa frequência de pactuação dessa oferta nos PDRs.

Dessa forma, **consideramos que a Portaria nº 2.373, de 7 de outubro de 2009, contraria as próprias diretrizes da PNSB, comprometendo o cumprimento dos princípios da gestão regionalizada do Pacto de Gestão.**

A fragilidade normativa referida nos parágrafos anteriores, somada à falta do uso dos instrumentos de gestão regionalizada para o planejamento da oferta, levou à ocorrência de distorções na implantação de LRPDs relacionadas ao modelo de atenção em saúde bucal previsto pela PNSB: desessete regiões de saúde distribuídas em seis estados brasileiros contam com LRPDs sem a presença de nenhum CEO. E ainda, em dois estados, há um quantitativo de LRPDs maior que o de CEOs.

Esses achados nos levam a questionar se a forma como as ações protéticas estão sendo ofertadas contribui para a mudança do modelo de atenção em saúde bucal preconizado pela PNSB. Esse modelo é voltado para a conservação dos dentes e para a adoção de ações não-mutiladoras. É importante que a normatização vigente não estimule a manutenção de um modelo ultrapassado de atenção odontológica.

Ainda no tocante ao aperfeiçoamento dos instrumentos normativos voltados para a PNSB, no âmbito da atenção básica, destacamos a edição da portaria GM/MS nº 302, em fevereiro de 2009, que estabeleceu que profissionais de Saúde Bucal previamente vinculados à Estratégia Saúde da Família poderiam ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) no caso de descredenciamento da respectiva Equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2009). **Essa alteração contraria as diretrizes voltadas para a reorganização da Atenção Básica contidas no documento "Política Nacional de Atenção Básica" (aprovada pela Portaria nº648, de 2006)**. As diretrizes presentes na referida política explicitam que a Atenção Básica deverá ser desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe, cujo processo de trabalho deve ter caráter interdisciplinar, integrando áreas técnicas e profissionais de

[77] A Portaria nº 599 de 23 de março de 2006, definiu que os LRPDs poderão credenciar-se com qualquer base populacional (BRASIL, 2006a).

diferentes formações. A desvinculação da atuação das ESBs da Equipe de Saúde da Família compromete a própria reorganização da atenção básica na forma regulamentada pela Portaria nº 648**,** bem como consolida uma prática isolacionista, não compatível com os horizontes contemporâneos do exercício atual da odontologia (KORNIS *et al*., 2010).

Os esforços pela garantia da continuidade dos incentivos financeiros no interior da PNSB não devem desconsiderar as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, sob o risco de gerar um retrocesso mediante as conquistas da área de atenção à saúde bucal, ao longo da última década, no âmbito do SUS.

Num balanço final sobre os dez anos de vigência dos incentivos voltados para o nível básico de atenção em saúde bucal e nos seis anos de vigência dos incentivos para a atenção especializada, um número expressivo de ESBs, CEOs e LRPDs foi implantado no Brasil, como a presente pesquisa indicou. É importante destacarmos o mérito da PNSB e dos gestores do SUS no sentido da ampliação do acesso e da diversificação da oferta. Além disso, esse conjunto de ações políticas e operacionais acabou por colocar a saúde bucal na agenda de governo. A valorização desta área de atenção a partir dos anos 2000, sobretudo por parte do Governo Federal, representou o esforço de superação de uma lacuna existente na história da saúde pública no Brasil.

Hoje, mesmo com todas as limitações, uma parcela da população ainda não claramente dimensionada passou a ter a possibilidade do acesso a serviços especializados em saúde bucal, alternativas clínicas à extração dentária, substituição de ausências dentárias por próteses, avaliação precoce de lesões orais potencialmente cancerígenas, atendimento de pacientes com necessidades especiais e realização de cirurgias orais ambulatoriais, dentre outros serviços, nos 844 CEOs e 526 LRPDs existentes no país até setembro de 2010. Este fato representa um avanço expressivo para esta área de atenção e um esforço de resposta às necessidades de uma população que porta ainda uma carga significativa de doenças bucais.

Sabemos que os mecanismos de indução federal para áreas específicas da saúde não são capazes, por si só, de superar os obstáculos inerentes ao processo de regionalização. No entanto, um maior empenho dos gestores locais, norteados por políticas e normatizações específicas coerentes com as diretrizes do Pacto de Gestão e da Política Nacional de Atenção Básica, o reconhecimento das novas concepções introduzidas pelo Pacto, relativas à delimitação e ao planejamento do espaço regional por ocasião do planejamento da oferta em saúde bucal, e o amadurecimento do funcionamento dos CGRs podem contribuir para a continuidade do avanço da PNSB no sentido da superação das desigualdades na oferta.

Os resultados da pesquisa indicaram que a normatização atual da PNSB apresenta limitações no tocante ao processo de implantação de CEOs e dos LRPDs no contexto da regionalização em curso no país. Seus princípios, sob vários aspectos, ainda não têm se expressado na maneira como a implantação dessas unidades vem ocorrendo. Mesmo diante dos obstáculos inerentes ao processo da regionalização da saúde como um todo, o aperfeiçoamento da normatização da PNSB, de forma coerente com os princípios do planejamento regionalizado, poderá contribuir para uma ação mais convergente dos gestores locais com a política nacional de saúde.

Considerando os seis anos de existência da PNSB, estudos voltados para a sua avaliação são mais do que necessários para seu aperfeiçoamento, sobretudo diante do montante de recursos que ela mobiliza. Esses estudos são essenciais para adequar normas, orientar a tomada de decisão e contribuir para seu êxito. A continuidade da oferta de recursos federais está, sem dúvida, atrelada à comprovação de seu uso eficiente e à identificação de resultados concretos da PNSB, como política setorial e também como parte do processo de construção do SUS.

REFERÊNCIAS

ACRE. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização – PDR.** Rio Branco, 2003.

_____. _____. **Plano Estadual De Saúde 2008 – 2011**. Rio Branco, 2008.

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. **Regionalização das Ações de Saúde do Estado de Alagoas Plano Diretor**. Alagoas, 2002.

_____._____. **Plano Avança Saúde**: desenvolvimento com bem estar social - 2008 – 2011. Maceió, 2008.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização do Estado do Amazonas.** Amazonas, 2003.

AMAPÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Amapá, 2002.

BAHIA, Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Bahia, 2008.

_____. _____. **Plano Estadual de Saúde Mais Saúde com Qualidade**: reduzindo desigualdades. Bahia, 2004.

BALDANI, M.H.; VASCONCELOS, A.G.G.; ANTUNES, J.L.F. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(1): 143-152, jan-fev, 2004.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.709-717, 2002.

BARROS A.J.D.; BERTOLDI A.D. Desigualdades na utilização Brasília, 2010 e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência e Saúde Coletiva** 7 (4): 709-717, 2002.

BRASIL. Câmara dos Deputados. [Sítio eletrônico oficial]. **Agência Câmara de Notícias:** Amazônia Legal, O7/07/2005**.** Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/agencia/noticias/70447.html> Acesso em: mar. 2010.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em: mar. 2010.

_____. **Lei n.8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/ListaReferencias.action?codigoBase=2&codigoDocumento=134561> Acesso em: mar. 2010

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei8142.htm> Acesso em: mar. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 7a, Brasília, 1980. **Relatório Final**. Brasília, 1980. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/7conf_nac5_rel.pdf> Acesso em: set. 2010.

_____. _____. Conferência Nacional de Saúde, 8a, Brasília, 1986. **Relatório Final**. Brasília, Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf> Acesso em: set. 2010.

_____. _____. Conferência Nacional de Saúde Bucal, 1a, Brasília, 1986. **Relatório Final**. Brasília, 1986 a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/1_cnsb.pdf> Acesso em: set. 2010.

_____._____. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal**. Princípios, objetivos, prioridades. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Bucal, 1989. 24p. Série A. Documentos Técnicos DNSB, 5.

_____. _____. Conferência Nacional de Saúde Bucal, 2a, Brasília, 1993. **Relatório Final**. Brasília, 1993. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/2_conf_saudebucal.doc> Acesso em: set. 2010.

_____._____. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Bucal, Fundação Serviços de Saúde Pública**. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal**: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília, 1988.

_____._____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB/ SUS 01/1993**. Anexo Único Sobre as CIB e CIT. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/Nova%20Home/CIB/nob93.pdf > Acesso em: mar. 2010.

_____._____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB/ SUS 96.** Gestão Plena com responsabilidade pela saúde cidadão. Brasília, 1997.

_____._____. **Portaria GM/MS 1444 de 28 de dezembro de 2000.** Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, 2000.

_____._____. **Portaria GM/ MS nº 267, de 06 de março de 2001**. Define as Diretrizes e Normas da inclusão das ações de saúde bucal no PSF. Brasília, 2001.

_____._____. **SAS**: Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília, 2001 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SAS**: Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Brasília, 2002.

_____._____. **Portaria GM/ MS nº 1101 de 12 de junho de 2002**. Estabelecer, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. SUS. Brasília, 2002 a.

_____._____. **Portaria GM/MS nº 673, de 03 de junho de 2003**. Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família e dá outras providências. Brasília, 2003.

_____._____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, 2004.

_____._____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais Brasília, 2004 a. 68 p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

_____._____. **Portaria GM/MS nº 74 de 20 de janeiro de 2004.** Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, inclui procedimentos de moldagem para prótese e dá outras providências. Brasília, 2004 b.

_____._____. **Portaria GM/MS nº 1570 de 29 de julho de 2004.** Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação dos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Brasília. Ministério da Saúde, 2004 c.

_____._____. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: Avaliação da Implementação em Dez Grandes Centros Urbanos. **Síntese dos Principais Resultados** 2.ª edição atualizada. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 2005 c.

_____._____. **Portaria GM/MS nº 1572 em 29 de julho de 2004.** Estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Brasília, 2004 d.

_____._____. Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). **Orientações para Proceder Auditoria na Atenção Básica**. Brasília, 2004 e.

_____._____. Conselho Nacional de Saúde. **Conferência Nacional de Saúde Bucal**: acesso e qualidade superando exclusão social. Brasília, 2005. 148 p. (Série D. Reuniões e Conferências)

_____._____. **Portaria GM/MS nº 283 de 22 de março de 2005**. Antecipa do incentivo financeiro para Centros de Especialidades Odontológicas - CEO em fase de implantação, e dá outras providências. Brasilia, 2005 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.063, de 4 de julho de 2005**. Define critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Brasília, 2005 b.

_____. _____. **Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006.

_____._____. **Portaria GM/MS nº 599 de 23 de março de 2006**. Define a implantação de Especialidades Odontológicas e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Brasília, 2006 a.

_____._____. **Portaria GM/MS nº 600 de 23 de março de 2006**. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasília, Ministério da Saúde, 2006 b.

_____._____. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada**. Brasília: Ministério da Saúde (Série Pactos pela Saúde) V.1 Brasília, Ministério da Saúde 2006 c.

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

_____._____. **Regionalização Solidária e Cooperativa** ,V.3 Brasília, 2006 e. Série Pactos pela Saúde

_____._____ Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**,V 4. Brasília, 2006 f. Série Pactos pela Saúde

_____._____ Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**, V.5 Brasília, 2006 g. Série Pactos pela Saúde.

_____._____. **Portaria SAS nº 205, de 20 de maio de 2010.** Exclui da Tabela de Habilitações do Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (SCNES), a habilitação de código 0402 - Laboratório Regional de Prótese Dentaria e Inclui na Tabela de Serviços Especializados/Classificação do SCNES, o serviço 157 e sua classificação. Brasília, Ministério da Saúde, 2010 a.

_____._____. **Portaria GM/MS nº 650 de 28 de março de 2006**. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006 h.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 750, de 10 de outubro de 2006**. Normas de cadastramento das equipes da Estratégia de Saúde da Família, nos tipos: Equipe de Saúde da Família - ESF, Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal - ESFSB e Equipe de Agentes Comunitários de Saúde - ACS, no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES. Brasília, 2006 i.

_____._____. Programa Brasil Sorridente –A Saúde Bucal Levada a Sério. Sub – Compontente Fluoretação da Água. **Cartilha do Gestor**. Brasília, 2006 j.

_____._____. **Portaria GM/MS nº 91 de 10 de janeiro de 2007**. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

_____._____. **Portaria GM/MS nº 2.489, de 21 de outubro de 2008**. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2008.

_____._____. **Portaria GM/MS Nº 154 de 8 de março de 2008**. Recompõe a Tabela de Serviços/Classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES e define que a partir da competência Maio de 2008, apresentação Junho de 2008, os Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar - SIA e SIH/SUS, farão a consistência da produção apresentada com os serviços/classificações cadastrados no SCNES. Brasília, 2008 a.

_____._____. **Portaria GM/MS nº 3.066 de 23 de dezembro de 2008**. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2008 b.

_____._____. **Portaria GM/MS nº Portaria Nº 302, de 17 de fevereiro de 2009.** Estabelece que profissionais de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família poderão ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde – EACS (Republicada) Brasília, Ministério da Saúde, 2009.

_____._____. **Portaria GM/MS nº Portaria Nº 2.372 de 7 de outubro de 2009**. Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Brasília, Ministério da Saúde, 2009 a.

_____._____. **Portaria GM/MS Nº 2.373 de 7 de outubro de 2009**. Altera o art. 4º da Portaria Nº 599/GM, de 23 de março de 2006. Brasília, Ministério da Saúde, 2009 b.

_____._____. **Portaria GM/MS Nº 2.374 de 7 de outubro de 2009.** Altera os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) realizadas pelos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2009 c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 2.375 de 7 de outubro de 2009**. Define os recursos anuais para o financiamento de procedimentos de prótese dentária. Brasília, Ministério da Saúde, 2009 d.

_____._____. Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS). **Uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2009 e. 318 p. Série B. Textos Básicos de Saúde

_____._____. **Portaria GM/MS nº 2.898, de 21 de setembro de 2010**. Atualiza o Anexo da Portaria Nº 600/GM, de 23 de março de 2006. Brasília, Ministério da Saúde, 2010 b.

_____._____. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual. **Orientações para organização e funcionamento**, V. 10. Brasília. Ministério da Saúde, 2009 g. 60 p. Série Pactos pela Saúde

_____._____.**Sitio eletrônico oficial.** Disponível em: <28/11/10:http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=28602> Acesso em: 13 mar. 2011.

_____._____. **Sitio eletrônico oficial**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/.> Acesso em: mar.2011.

_____. _____. **Projeto SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Nota técnica à Imprensa. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.sbbrasil2010.org/.> Acesso em: mar. 2011

BRASIL; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**: A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil. Registro de uma Conquista Histórica. Brasília, 2006. Série Temática

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, 6 (2):435-444, 2001.

CASOLA, H.D. **Atenção à saúde bucal**: avaliação dos serviços no âmbito da 15ª regional de saúde do estado do Paraná. 2009. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

CHAVES, S.C.L.; BARROS, S.G.; CRUZ, D.N.; FIGUEIREDO, A.C.L.; MOURA, B.L.A.; CANGUSSU, M.C.T. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Rev Saúde Pública** vol.44 nº6. São Paulo Dez. 2010.

CEARÁ. Secretária de Saúde. A regionalização da saúde no estado do Ceará: um processo pactuado entre os gestores do SUS. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/ce_GR.ppt>. Acesso em: 20 fev. 2011.

_____. _____. Núcleo de Planejamento em Saúde. **Plano Diretor de Regionalização PDR para 2006.** Fortaleza, 2006.

CEARÁ. Secretária de Saúde. **Diretrizes da Política Estadual de Saúde Bucal 2007 – 2010**. Ceará, 2008. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/site/index.php?view=article&catid=83%3Aatencao especial izada &id=98%3Asaude-bucal&option=com_content&Itemid=205.> Acesso: 26 fev. 2011.

CEAP. Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Pacto pela saúde**: possibilidade ou realidade? / CEAP. - 2ª edição. Passo Fundo: IFIBE, 2009. 48 p.

COLUSSI, C.F; NICKEL, D.A.; CALVO, M.C.M.; CAETANO, J.C.; SILVA, A.C.S. Análise da evolução da produção de procedimentos odontológicos de média e alta complexidade na rede de serviços públicos em Santa Catarina. **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 1 7 (4): 939 - 950, 2009.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Implementação do Pacto Pela Saúde na Amazônia Legal**: Perspectiva Estadual. Manaus, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao_conass_perspectiva_estadual_pacto.pdf.> Acesso em: mar. 2011.

_____._____. **Pacto pela Saúde:** regionalização e governança das redes – A Experiência do Estado de São Paulo. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/.../apresentacao_saopaulo_2008.pdf .>. Acesso em fevereiro de 2011.

DEITOS, Alexandre Raphael. **Avaliação na Atenção Especializada em Saúde Bucal.** 2009. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

DISTRITO FEDERAL. **Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal PDR/DF.** Versão 2007. Brasília, 2007.

DORRI, M. SHEIHAM, A., WATT, R.G. The relationship among educational achievement, career aspiration, and oral hygiene behaviours in Iranian adolescents. **Eur J Oral Sci**. 2011 Feb;119(1):48-54.

ENSP/SESDEC. Escola Nacional de saúde Pública/Secretaria de estado e Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. **Projeto De Cooperaçao Ensp/Sesdec**: Oficina avalia o processo de regionalização do Paraná. Disponível em: <http://chagas2.redefiocruz.fiocruz.br/drupalsesdec/?q=node/14> Acesso em: fev. 2009.

ENSP/SESDEC. Escola Nacional de saúde Pública. Secretaria de estado e Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. **Projeto De Cooperaçao Ensp/Sesdec**: Sub-projeto-Desenvolvimento de Metodologias de Planejamento para Constituição de Redes de Atenção e Apoio à Implantação de Instâncias Intergovernamentais de Gestão em Saúde no Âmbito Regional. Relatório Técnico. Rio de Janeiro, 2008.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização do Estado do Espírito Santo**. Vitória, 2003.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011**. Vitória, 2008.

FERREIRA S.H, BÉRIA J.U, KRAMER P.F, FELDENS E.G, FELDENS C.A. Dental caries in 0- to 5-year-old Brazilian children: prevalence, severity, and associated factors. **Int J Paediatr Dent.** 17(4):289-96. Jul; 2007.

FIGUEIREDO, N.; GÓES, P.S.A. :Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 (2):259-267, fev. 2009.

FORTUNA, R. F P. **A saúde bucal no SUS***:* Possibilidades e limites do Programa de Saúde da Família. 2003. (Dissertação de Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

GARCIA, D. do V. **A construção da política nacional de saúde bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

GOIÁS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização – PDR**. Goiânia, 2004. 2ª Edição Revisada

_____._____. **Plano Estadual de Saúde – 2008/2011**. Goiás, 2008.

GUERRA, Kátia Cristina Martins. **Os Centros de Especialidades Odontológicas nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro***:* Uma Investigação dos Fatores Identificáveis como Facilitadores ou Não na Implantação de uma Política de Indução Financeira. 2009. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

HENRIQUE F, CALVO M.C.M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1359-1365, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 1998**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm> Acesso em: nov. 2010.

_____. **Pesquisa de Informações Básicas Municipais**. Pesquisa Básica municípios 2009. IBGE, 2009.Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2009/tabelas_pdf/tabela_MUNIC_134.pdf.> Acesso em: 22 fev. 2011.

_____. **Censo Demográfico 2000**: Características da População e dos Domicílios: Resultados do universo. IBGE, 2001. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/>. Acesso em: nov. de 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**: Primeiros Resultados do Censo Demográfico 2010. IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/populacao_por_municipio.shtm Acesso em: mar. 2011.

KORNIS, G. E. M.; MAIA, L S.; FORTUNA, R. F. P. A Produção Intelectual em Saúde Bucal na Perspectiva Coletiva: uma análise da experiência brasileira de 1990 a 2006. **Rev. Série: Estudos em Saúde Coletiva**, n. 222 Instituto de Medicina Social- UERJ, 2006. 26p.

_____. ; _____. ; _____. Evolução do Financiamento da Atenção à Saúde Bucal no SUS: uma análise ao processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. Artigo aceito para publicação na **Physis Revista de Saúde Coletiva** .Instituto de Medicina Social- UERJ, Rio de Janeiro, 2010. no prelo.

LEAL,R.B., TOMITA, N.E.. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 11 (1):155-160, 2006.

LIMA, A.P.G. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(4):985-996, out-dez, 2000.

MACHADO, C. V. **Direito Universal, Política Nacional**: O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. 2005. Tese. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

MACHADO, C. V.: Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas e muitas lições. **Rev. Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health,** 20 (1), 2006.

MACIEL, S. M. **A promoção da equidade na triagem de usuários da clínica ortodôntica da UFJF**: Elementos para uma política pública renovada de saúde bucal. 2003. (Dissertação de Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade de Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

MAIA, L. S. **Política Nacional de Saúde Bucal**: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal no estado do Rio de Janeiro frente aos incentivos federais. 2008. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

MAIA, L. S.; KORNIS, G.E. M. :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.

MARQUES, R.M; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao principio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 18 (supl.): 2002, p.163-170.

_____.; _____. Atenção Básica e o Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (2):403-415, 2003.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização. da Assistência à Saúde – PDR.** Mato Grosso, 2005.

_____. _____. Superintendência de Políticas de Saúde. Coordenadoria de Gestão da Política de Saúde. **Plano Estadual de Saúde Mato Grosso - 2008/ 2011**. Secretaria de Estado de Saúde - Cuiabá, 2010.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização.** Mato Grosso do Sul, 2007.

MENDES, E V. **Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02**. Segunda versão 2002. Disponível em: <http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/noas.doc> Acesso em: out 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Seminário Internacional Sobre Inovações na Gestão do Sistema de Saúde. São Paulo, 28 A 30 de Novembro de 2007. Garantia e Ampliação do Acesso dos Serviços de Saúde: Integração e Regionalização O Caso de Minas Gerais. Eugênio Vilaça Mendes. São Paulo, 2007.

_____._____. **Plano Estadual de Saúde 2008-2011**. Minas Gerais, 2008.

_____. _____. **Plano Diretor de Regionalização – PDR/MG**. Minas Gerais, 2008a.

_____._____. **Perfil dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais**. Minas Gerais, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Reunião discute projeto piloto de atenção à saúde bucal em Minas Gerais. Minas Gerais, 2010**. Disponível em: <http://200.198.43.10:8080/ses/noticias_e_eventos/reuniao-discute-projeto-piloto-de-atencao-a-saude-bucal-em-minas-gerais/>. Acesso em: fev. 2011.

NADANOVSKY, P. O Declínio da Cárie. In: PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4ª ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2000.

NARVAI**,** P. C.**Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994.

NICKEL, D.A. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 24 (2): 241-146, fev. 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Plano Diretor de Investimentos (versão preliminar). Disponível em: <http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Mapa36.pdf> Acesso em: 28 nov. 10.

PARÁ. Secretaria Especial de Estado de Proteção Social. Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública. **Plano Diretor de Regionalização do Estado do Pará**. Belém, 2001.

PARAÍBA, Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização Da Paraíba PDR-PB.** João Pessoa, 2008.

PARANÁ, Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011**. Paraná, 2008.

PARANÁ, Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**: Hierarquização e Regionalização da Assistência à Saúde no Estado do Paraná. Paraná, 2009.

_____._____. **Plano Diretor de Regionalização**: PDR 2009 [recurso eletrônico]. Paraná, 2009.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. **Plano Diretor de Regionalização**. Recife, 2006.

_____. _____. **Plano Estadual de Saúde 2008-2011**. Pernambuco, 2008.

PESTANA, M.; MENDES, E.V. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte, 2004.

PESTANA, M.; JUNIOR, F.T.; MENDES, E.V. Bases Conceituais e Programáticas do Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais. In: 2, Congresso Consad de Gestão Pública(Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração) – Painel 23: Inovações Gerenciais na Saúde. Brasília, maio de 2009.
PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4ª ed., São Paulo: Livraria Santos Editora, 2000.

PUCCA Jr, G.A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Rev. Ciências & Saúde Coletiva**, 11 (1): 243-246, 2006.

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

RIBEIRO, J. M., COSTA, N. DO R. Regionalização da Assistência à Saúde no Brasil: Os Consórcios Municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). **Planejamento e Políticas Públicas** , n. 22, dez. 2002.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Rio de Janeiro, 2001.

_____. _____. **Plano Estadual de Saúde.** Rio de Janeiro, 2008 - 2011.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. Coordenadoria de Planejamento e Controle do Sistema de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização PDR**. Natal, 2004.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Seção de Saúde Bucal. **Plano Estadual de Atenção à Média Complexidade em Saúde Bucal.** Rio Grande do Sul, 2004.

_____. _____. _____. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**. Rio Grande do Sul, 2002.

_____. _____. _____. **Plano Estadual de Atenção à Média Complexidade em Saúde Bucal**. Rio Grande do Sul, 2004.

ROCHA P.M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S69-S78, 2008.

RONCALLI, A. G. Epidemiologia e saúde Bucal Coletiva: um caminhar compartilhado. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 11 (1): 105-114, Rio de Janeiro, 2006.

_____. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal**: Universalidade, eqüidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva. Tese. 2000. (Doutorado em Odontologia) Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araçatuba, 2000.

RORAIMA, Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Roraima, 2004.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**: PDR 2008 [recurso eletrônico]. Florianópolis: IOESC, 2008. 128 p. ; il.

_____. _____. Diretoria de Políticas de Saúde Gerência de Desenvolvimento de Políticas de Saúde. **Plano Estadual de Saúde Florianópolis**. Santa Catarina, 2006.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011**. São Paulo, 2008. 300p.

_____. _____. **Pacto Pela Saúde. Plano Diretor de Regionalização – PDR do Estado de São Paulo**. São Paulo, 2008.

_____. _____. **Fortalecimento da atenção Básica:** Sorria São Paulo. São Paulo, 2008 b.

SERRA, C G.: **A saúde bucal como política de saúde**: análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. 1998. (Dissertação). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

SILVA, M. C. B. da. ; et al. Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luís (MA). **Ciência & Saúde Coletiva**, 12 (5):1237-1246, 2007.

TOCANTIS. **Plano Diretor de Regionalização – PDR do Estado do Tocantis**. Tocantis, 2002.

VIANA, A.L. D' A.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D.: Política de saúde e Equidade. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo v. 17, n 1, p. 58-68, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100007> Acesso em: mar 2010.

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

_____.; et al. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15 (5):2317-2326, 2010.

VIANA, A.L. D' A.; LIMA, L. D; OLIVEIRA, R. G.. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto-lições do caso brasileiro. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7 (3): 493-507, 2002.

WEBBER, A. A. **Política Nacional de Saúde Bucal:** uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal em Cascavel e demais municípios integrantes da 10ª Regional de Saúde no Estado do Paraná. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

WERNECK, M.A.F. **A saúde bucal no SUS**: uma perspectiva de mudança. 1994. 84f. Tese. (Doutorado) - Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys**: basic methods. 4 ed. Geneva: ORH/EPID, 1997.

ZANETTI, C. H. G. **As marcas de mal-estar social no sistema nacional de saúde tardio: o caso das políticas de saúde bucal no Brasil dos anos 80**. 1993. Dissertação - Departamento de Ciências Sociais, ENSP; Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1993.

ZILBOVICIUS, C. **A Saúde Bucal e o SUS**: Integralidade seletiva em uma conjuntura neoliberal. 2005. Dissertação. (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ANEXO A- Resumo detalhado dos conteúdos dos documentos normativos pertinentes à pesquisa da evolução da implantação da atenção a saúde bucal no SUS entre 2000 e 2010

- A Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 (NOAS-SUS 01/01) foi o primeiro documento normativo no âmbito do SUS a dar ênfase no processo de regionalização da assistência, e teve com o tema "Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso". A NOAS destaca que o instrumento fundamental para o planejamento em saúde a partir das prioridades da população e garantia de acesso a todos os níveis de atenção é o PDR.
- A Portaria n.º 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000, e a Portaria GM/MS nº 267, de 06 de março de 2001, apresentaram as normas e diretrizes para a inclusão das ESBs na Estratégia PSF. No tocante à pesquisa proposta, a Portaria nº 1.444 determinou que o trabalho das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família será voltado para a reorganização do modelo de atenção e para a ampliação do acesso às ações de saúde, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial.
- A Portaria GM/MS nº 267 estabeleceu a articulação da referência e contrarreferência aos serviços de maior complexidade do Sistema de Saúde. Além disso, ambas determinaram a relação entre uma ESB para uma população de até 6.900 habitantes, proporção a ser considerada no desenho da pesquisa em questão.
- O documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, editado pela área técnica em saúde bucal do MS em 2004, afirmou a necessidade da garantia da articulação da rede de atenção básica com toda a rede de serviços das demais complexidades. (BRASIL, 2004). E no que diz respeito ao planejamento da média complexidade a PNSB e sua articulação com o nível básico de atenção, esse documento destaca ainda que esta oferta deverá ocorrer no âmbito dos CEOs, e que estes devem funcionar como locais de referência para as ESBs, sempre integrados ao processo de planejamento locorregional, e deverão ofertar procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica (BRASIL, 2004).

  Em relação aos LRPDs, a PNSB destaca que a etapa clínica da oferta de próteses dentárias deverá ocorrer no nível básico de atenção, através da inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica. Nesse sentido, a PNSB destaca que o MS prestará apoio financeiro e técnico específico para a instalação de equipamentos

em laboratórios de prótese dentária, de modo a contemplar as diferentes regiões, e para a capacitação de técnicos em prótese dentária (TPD) e auxiliares de prótese dentária (APD) da rede SUS, para a implantação desses serviços.

- A Portaria GM/MS nº 1.570, de 29 de julho de 2004, foi a primeira portaria de uma sequência de três documentos normativos acerca dos critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação dos CEOs e LRPDs. Esta Portaria deixa claro que os CEOs são unidades de referência no planejamento regionalizado, devendo estar em consonância com o PDR. O referido documento estabelece que na proposta enviada pelo gestor para a habilitação de unidades CEO deverá constar a identificação da sua área de abrangência, indicando para unidade territorial de qualificação na assistência à saúde é referência, mencionando, inclusive, a população coberta. Assim, a pesquisa ora apresentada levou em conta a população presente em cada unidade de assistência a saúde que conta com CEOs.

  Acerca do quantitativo de unidades CEO que pode ser implantado em cada município, esta Portaria delibera que este limite está relacionado a disponibilidade financeira do MS, o que foi ratificado por duas Portarias subsequentes (nº 599 e nº 1.063). Essa determinação deve ser considerada por ocasião da discussão dos resultados obtidos pela pesquisa em questão.
- A Portaria GM/MS nº 1.063, de julho de 2005, foi a segunda portaria da sequência que deliberou a respeito dos critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de CEOs e LRPDs. Esta ratificou a de nº 1.570, de 2004, no que tange à importância do planejamento regionalizado e consoante com o PDR para a implantação de unidades CEO e LRPD, e para a ausência de critério quantitativo de unidades por território. Esta portaria trouxe como inovações a diminuição da base populacional para cobertura por LRPD (passando a ser de uma unidade para 100 mil habitantes) e a adoção de um critério de seleção do município a receber uma unidade CEO ou LRPD, sendo este o maior percentual de cobertura das ESBs na ESF.
- A Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006, foi a terceira da sequência de documentos voltados para a normatização dos CEOs e LRPDs, e estabeleceu critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Esta ratificou as anteriores e inovou ao isentar de uma base populacional mínima para a cobertura por um LRPD.
- A Portaria MS/GM nº 600, de 23 de março de 2006, definiu os valores dos incentivos de implantação e custeio dos CEOs. No tocante à pesquisa, vale destacar que esta

estabeleceu metas em número de procedimentos a serem realizados pelos CEOs. O cumprimento dessas metas garante a manutenção do incentivo de custeio, e é predominantemente condicionado pelo encaminhamento de pacientes pelas ESBs, uma vez que os CEOs são unidades voltadas prioritariamente para esta demanda.

- O Pacto de Gestão, parte do Pacto pela Saúde de 2006, é o documento que normatiza, no âmbito da gestão do sistema, a atual Política Nacional de Saúde. Na sua secção denominada no item "Diretrizes para a Gestão do SUS", são descritos os principais instrumentos para o planejamento regionalizado da atenção à saúde. Dentre esses instrumentos consta o PDR, que é definido como o resultado do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, no interior dos estados e municípios. O PDR deve apresentar os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde.
- A Portaria GM/MS nº 2.373, de 07 de outubro de 2009, ratificou os critérios e normas para implantação dos CEOs e LRPDs estabelecidos pela Portaria nº 599 e inovou ao isentar a proposta de implantação dos LRPD da aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), orientando que o município interessado em credenciar uma dessas unidades deveria encaminhar a proposta por intermédio de ofício diretamente à Área Técnica de Saúde Bucal, no Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde.

ANEXO B - Sequência metodológica da pesquisa

Os dados da pesquisa desta tese foram colhidos tendo como referência o mês de setembro de 2010. Foram consultadas diferentes bases de dados do sistema DATA SUS disponíveis na *web*. Em seguida foram organizados em planilhas Excel, sendo uma planilha para cada estado da federação.

Vale destacar que limitações relacionadas à falta de atualização das bases de dados, informações numéricas de valores incongruentes por provável erro de alimentação e, sobretudo, a própria característica da informação disponível, foram fatores que, de forma variável, refletiram nas características dos resultados da pesquisa.

A seguir estão detalhados, para cada dado colhido, a seqüência metodológica seguida:

- Número de **ESBs no estado:** foram empregadas as informações disponíveis na página do DAB/MS MS (DAB / Gestão da atenção básica / Evolução do credenciamento e implantação da estratégia de saúde da família/por estado), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://200.214.130.35/dab/historico_cobertura_sf.php, e tendo como referência o mês de setembro de 2010, data do corte da presente pesquisa.
- **Proporção de municípios com ESBs:** foi empregada a base de dados supracitada, de onde se identificou o número de municípios que contam com ESBs tendo como referencia o mês de setembro de 2010. Em seguida, a partir dos dados do *site* do IBGE/cidades (http://www.ibge.gov.br/cidades), foram obtidos os quantitativos de municípios por estado.
- N**úmero mínimo de ESBs para o estado:** foi empregado o parâmetro recomendado pelas Portarias GM/MS nº 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000, e nº 267, de 06 de março de 2.001, a saber: uma ESB para até 6.900 pessoas. Assim, o cálculo feito para este dado levou em conta a população do estado dividida por 6.900. Neste caso, a população do estado foi consultada na própria base de dados do DAB, tendo como referência o mês de setembro de 2010.
- N**úmero e tipo de CEOs e LRPDs**: foi investigada a base de dados da Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica / Coordenação Nacional de Saúde Bucal. No *link* “Cidades Atendidas”, foi identificado o quantitativo, por

estado, de CEOs e LRPDs implantados até setembro de 2010, bem como as respectivas portarias de implantação de cada uma dessas unidades.

- **Percentual de regiões ou microrregiões que contam com alguma unidade CEO:** este percentual foi calculado levando-se em conta o número destas unidades territoriais de cada estado que contam com ao menos uma unidade CEO ou LRPD frente ao total de unidades territoriais de saúde do estado, sempre se considerando a divisão instituída pelos CGRs.
- **Percentual de municípios com alguma unidade CEO: para este cálculo** foi empregada a base de dados do IBGE/cidades (http://www.ibge.gov.br/cidades) como referência para o total de municípios do estado.
- "**Percentual dos municípios com alguma unidade CEO que têm cobertura por ESBs igual ou maior que 50%".** Sobre este dado é necessário destacar algumas informações metodológicas, a saber: para todos os municípios presentes na pesquisa, foi realizado um cálculo voltado para a "**a cobertura na atenção básica pela ESB".** Para esse cálculo, foram consultados os dados oferecidos pelo *site* do DAB MS (DAB, *gestão da atenção básica, evolução do credenciamento e implantação da estratégia de saúde da família município, região, estado*, endereço eletrônico: <http://200.214.130.35/dab/historico_cobertura_sf.php>. Em relação aos dados populacionais, este *site* oferece a proporção de cobertura populacional estimada por ESF, e não por ESB, para cada município. O que é possível obter a partir deste *site* é o número de municípios com ESBs e o número de equipes, por modalidade.

  Para suprir a ausência de dados populacionais de cobertura referentes às ESBs, elaboramos a seguinte equação metodológica: "x" é o número mínimo de ESB para cobrir 100% da população de determinado município, considerando a proporção de 1 ESB até 6.900 habitantes, de acordo com as Portarias n.º 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000, e nº 267, de 06 de março de 2001. Logo, "x" = população do município segundo DAB / 6.900 hab.

  Para sabermos o percentual real da população coberta por ESB em cada município, aplicamos a regra de três simples, a saber:

x ----- 100%

nº de equipes de ESB implantadas[78] ------ y

Onde Y = proporção da cobertura populacional máxima estimada por ESB.

Ou seja:

$$\frac{\text{Número de equipes implantadas} \times 100}{(\text{população} \div 6900)} = y$$

Entretanto, "y" é um valor estimado, uma vez que nem todas as ESB cobrem necessariamente 6.900 habitantes, podendo estar voltadas para um número menor de pessoas. Nesse aspecto, vale destacar as deliberações da Portaria GM/MS nº 648, de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Nesse documento, no seu segmento relativo a "infraestrutura e dos recursos necessários", é recomendada a proporção de uma ESB, independentemente de sua modalidade, integrada a **uma ou duas** Equipes de Saúde da Família (ESFs). Estas, por sua vez, são voltadas para o atendimento de 3.450 habitantes, de acordo ainda com a Portaria GM/MS nº 648.
Sendo assim, em algumas localidades pode ocorrer uma proporção de 1:1 em relação às ESF. Nestes casos a cobertura por ESBs ocorrerá, de acordo com a fórmula supracitada, igual a 200%.

- **"Regiões de saúde selecionadas"**: para este dado foram discriminadas as regiões sanitárias compatíveis com os CGRs instituídos até dezembro de 2010 de acordo com o *site* do MS,(http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=28709). A partir da divisão dos CGRs e mediante o total de municípios de cada estado de acordo com IBGE/cidades, foi calculado o dado: **proporção de municípios do estado na região de saúde selecionada.**

- **Proporção da população do estado na região de saúde selecionada**. Para este cálculo foi usada a soma dos valores das populações de cada município presente na

[78] Implantadas: são equipes já aptas ao recebimento dos incentivos federais, por já se encontrarem em atividade; portanto, foi este o referencial usado nesta pesquisa. Ainda em relação ao número de ESBs implantadas, não foi discriminado tipo, uma vez que o número de profissionais da categoria cirurgião-dentista não varia entre as modalidades de equipes tipo I e II.

referida região de saúde, compatível com o ano de instituição do CGRs, respeitando este ano para cada estado. Mais uma vez, o valor dessas populações foi retirado do *site* do MS, no *link* para DAB/*Gestão da atenção básica* (<http://200.214.130.35/dab/historico_cobertura_sf.php>), de onde foram selecionados, para cada município, a ferramenta população e o ano específico da constituição do CGR

ANEXO C - Resumo das portarias relativas a normatização da oferta de atenção à saúde bucal

3.1 Normatização da atenção a saúde bucal na atenção básica:

Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000: estabeleceu os incentivos financeiros para o financiamento de ações e para a inserção de profissionais de saúde bucal no PSF. Definiu valores dos incentivos financeiros anuais por equipe de saúde bucal (ESB) implantada, definindo também as duas modalidades de composição das equipes: Modalidade I, composta por um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário, cujo incentivo é de R$ 13.000,00; e a Modalidade II, composta por um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico de higiene dental , recebendo o incentivo no valor de R$ 16.000,00. Estabeleceu o pagamento de um incentivo adicional no valor de R$ 5.000,00 por equipe implantada, para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos. Essa portaria definiu o volume populacional a ser coberto por uma ESB, a saber: um ESB para 6.900 habitantes, determinando a relação de um ESB para duas Equipes de Saúde da Família.

- Portaria GM/MS nº 267, de 06 de março de 2001: regulamentou as normas e diretrizes para a inclusão das ESBs no PSF. Ratificou as determinações da Portaria GM/MS nº 1.444 e definiu a referência e a contrarreferência das ações das ESBs aos serviços de maior complexidade. Estabeleceu a carga horária de 40 horas semanais de trabalho dos profissionais das ESBs e definiu o elenco de procedimentos de saúde bucal que devem ser oferecidos na atenção básica.
- Portaria GM/MS nº 673/GM, de 3 de junho de 2003: atualizou o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica (PAB). Estabeleceu que poderão ser implantadas, nos municípios, quantas equipes de saúde bucal forem necessárias, a critério do gestor municipal, desde de que não ultrapassem o número existente de equipes de saúde da família, e considerem a lógica de organização da atenção básica.

Portaria GM/MS nº 74 de 20 de janeiro 2004: estabeleceu novos reajustes aos incentivos de custeio mensal para as duas modalidades de ESBs. Ademais, a portaria determinou um incentivo adicional para a aquisição de equipamentos e/ou instrumentos para cada nova ESB implantada e outro incentivo para as equipes já implantadas para a compra dos materiais permanentes utilizados nas fases clínicas de confecção de próteses. Determinou ainda que as ESBs implantadas na modalidade II passassem a receber, por parte do MS, um equipo completo para a atuação do THD. Esse equipo conta com: uma cadeira, um equipo de três pontas, uma unidade auxiliar, um mocho e um refletor.

Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006: aprovou e regulamentou a Política Nacional de Atenção Básica. Estabeleceu que o PSF passa a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) e é a estratégia prioritária do MS para reorganizar a atenção básica. Reforça a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização da Atenção básica.

Definiu o papel das SES, a saber: Estabelecer, no Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal, metas e prioridades para a organização da Atenção Básica no seu território; Estabelecer no Plano de Saúde estadual metas e prioridades para a Saúde da Família. Em relação à cobertura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

Definiu os recursos necessários à incorporação de profissionais de saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família: I - no caso das Equipes de Saúde Bucal (ESB), modalidade 1: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ou duas ESF, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESF às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes; II - no caso das ESB, modalidade 2: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, com trabalho integrado a uma ou duas ESFs, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESFs, às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes; III - existência de Unidade de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do

Ministério da Saúde, dentro da área para atendimento das equipes de Saúde Bucal, que possua minimamente: a) consultório odontológico para a Equipe de Saúde Bucal, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; b) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde.

Definiu o processo de trabalho, a saber: trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações.

Definiu o processo de implantação da seguinte forma: a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS deve conter: o território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas e micro-áreas; e o fluxo dos usuários para garantia da referência e contra-referência à atenção especializada, nos serviços assistenciais de média complexidade ambulatorial, incluindo apoio diagnóstico e internação hospitalar, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com os protocolos estabelecidos pelo MS. A proposta elaborada deverá ser aprovada pelos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhada à SES sua instância regional para análise, que encaminha à CIB. Após isso, a SES informa ao MS. Os incentivos correspondente às equipes efetivamente implantadas serão liberados a partir do cadastro de profissionais no CNES e da alimentação de dados no sistema que comprovem o início de suas atividades (no S.I.A.).

Definiu o financiamento: estabelece o PAB variável para a saúde bucal e outras áreas.

Definiu o número máximo de ESF pelas quais o município pode fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população / 2400. Farão jus ao recebimento dos incentivos financeiros referentes a Equipes de Saúde Bucal (ESB), quantas equipes estiverem implantadas no SIAB, desde que não ultrapassem o número existente de Equipes de Saúde da Família, e considerem a lógica de organização da Atenção Básica a partir da Saúde da Família.

Definiu as modalidades: I - Equipe de Saúde Bucal Modalidade 1: composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar de consultório dentário; II - Equipe de Saúde

Bucal Modalidade 2: composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 técnico de higiene dental.

Definiu as atribuições dos profissionais da seguinte forma: do Cirurgião Dentista: realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais; realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade; encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF; realizar supervisão técnica do THD e ACD; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. Do Técnico em Higiene Dental (THD): realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais; coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. Do auxiliar de Consultório Dentário (ACD): realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde; proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados; preparar e organizar instrumental e materiais necessários; instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos; cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos; organizar a agenda clínica; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades

referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

A portaria nº 648 estabelece ainda que o MS suspenda o repasse de recursos dos PAB variáveis nas seguintes situações: inexistência de unidade de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou; ausência de qualquer um dos profissionais da equipe por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica e/ou; o descumprimento da carga horária para os profissionais das Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal estabelecida nesta Política.

Portaria GM/MS nº 302, de 17 de Fevereiro de 2009: Estabeleceu que profissionais de Saúde Bucal que estejam previamente vinculados a Estratégia Saúde da Família poderão ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde EACS. Esta portaria foi republicada com a seguinte alteração: Fica vetado a implantação de equipes novas de Saúde Bucal vinculadas somente a equipes de Agentes Comunitários de Saúde sem que tenham sido previamente vinculadas a uma equipe de Saúde da Família.

Portaria GM/MS nº154 de 15 de maio de 2009: incluiu na tabela de tipo de equipes do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) as equipes de saúde bucal, nas duas modalidades existentes, incorporadas às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde.

Portaria GM/MS nº 2.372, de 7 de outubro de 2009: criou o plano de fornecimento de equipamento odontológicos para as ESB na Estratégia Saúde da Família. Todas as ESBs devidamente cadastradas no SCNES e implantadas a partir da competência outubro de 2009 fazem jus a este recebimento.

3.2 Normatização da atenção a saúde bucal na média complexidade:

- Portaria GM/MS nº 1.570 de 29 de julho de 2004: Estabeleceu critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.

Estabeleceu a classificação de CEOs e LRPDs no SCNES e definiu os serviços mínimos que ambas devem ofertar, a saber: No tocante aos CEOs: I - diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; II - periodontia especializada; III - cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; IV - endodontia; e V - atendimento a portadores de necessidades especiais . No tocante aos LRPDs, estes devem, no mínimo, oferecer os serviços de prótese dentária total e prótese parcial removível.

Em relação às condições gerais e ao fluxo de habilitação para os CEOs, a referida portaria define que "poderão credenciar-se como CEO quantas unidades sejam necessárias para atendimento à demanda da população da região/microrregião de saúde limitada à disponibilidade financeira do Ministério da Saúde". No que tange exclusivamente aos LRPDs, a mesma portaria estabelece que seu credenciamento ocorrerá desde que "a base populacional esteja relacionada a uma região ou microrregião de saúde de acordo com o PDR do Estado". O número de LRPDs que poderão se credenciar por Região de Saúde é estabelecido como um a cada grupo de 500 mil habitantes, podendo credenciar-se outro LRPD caso este esteja instalado em um CEO.

Definiu que o gestor municipal, interessado em implantar CEO ou LPDR ou em habilitar alguma unidade de saúde deverá apresentar sua proposta à Comissão Intergetores Bipartite (CIB) do respectivo Estado, indicando se o pleito é para CEO Tipo 1, CEO Tipo 2 ou LRPD.

Definiu que a proposta a ser encaminhada a CIB deve conter minimamente os seguintes elementos: a) identificação do pleiteante e Unidade de Saúde, com cópia do CNES; b) descrição dos serviços que serão ofertados; c) demonstração da coerência com o Plano Diretor de Regionalização; e d) identificação da área de abrangência do CEO, indicando para que município, região ou microrregião é referência, mencionando, inclusive, a população coberta.

E em relação às condições para a habilitação destas unidades, estabelece como critérios: I - estar localizada em município habilitado em alguma condição de gestão e ser referência para o próprio município, região ou microrregião de saúde, de acordo com PDR; II - ser Unidade de Saúde cadastrada no CNES; e III - dispor dos equipamentos e recursos mínimos exigidos nesta Portaria, que estejam exclusivamente a serviço do SUS.

Definiu os equipamentos necessários às unidades, os recursos humanos e cargas horárias, a saber:

Equipamentos: Aparelho de raios-X dentário; equipo odontológico completo (cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor); canetas de alta e baixa rotação; amalgamador; fotopolimerizador; compressor compatível com os serviços; o numero de consultórios odontológicos será de acordo com o tipo de CEO. LRPD: forno para confecção de prótese removível; centrífuga; maçarico para gás butano e para oxigênio; compressor compatível com o serviço; instrumentais compatíveis com os serviços; motor de chicote; prensa; cortador de gesso; torno elétrico; e Muflas e aparelho de microondas. Outros recursos: Mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados para CEOs e LRPDs.

Recursos humanos e cargas horárias: CEO I: 3 ou mais cirurgiões dentista (120 h carga/horária/semanal), 1 auxiliar de consultório dentário por cirurgião dentista; CEO II: 4 ou mais cirurgiões dentista (160 h carga/horária/semanal total dos cirurgiões dentistas), 1 auxiliar de consultório dentário por cirurgião dentista; CEO III: 7 ou mais cirurgiões dentista (280 carga/horária/semanal total dos cirurgiões dentistas), 1 auxiliar de consultório dentário por cirurgião dentista; LRPD:1 técnico em prótese Dentária (carga/horária/semanal40 h) ou 1 cirurgião dentista(carga/horária/semanal 40 h).

Em relação aos tipos de prestadores que poderão se habilitar à implantação destes tipos de unidades de saúde, a portaria define que somente as unidades de saúde de natureza pública, universidades de qualquer natureza jurídica e consórcios públicos de saúde poderão credenciar-se como CEO. Em relação aos LRPDs, o documento esclarece que não há restrição quanto à natureza jurídica das unidades de saúde a credenciarem-se como tal.

- Portaria GM/MS nº 1.572, de 29 de julho de 2004: estabeleceu o pagamento de próteses dentárias totais confeccionadas nos LRPDs e incluiu na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SAI-SUS) os procedimentos especializados voltados para a realização de próteses dentárias. O pagamento das próteses dentárias aos LRPDs se dá por produção. Para tal foram estabelecidos limites para o pagamento mensal: o limite mínimo é de 40 próteses parciais e 48 próteses totais (dentaduras). No tocante aos limites máximos, a portaria estabelece um total de 242 próteses por mês.[79] Para os LRPD localizados em Centros de Especialidades Odontológicas não existe produção mínima a ser cumprida.

- Portaria GM/MS nº 1.063, de 4 de julho de 2005: Define critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de CEOS E LRPDs.

  Definiu as unidades a serem cadastradas no CNES como: CEOs: Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade e define suas especialidades mínimas e os tipos de CEOs; LRPD: SADT para realizar, no mínimo, o serviço de prótese dentária total.

  Ratificou as condições para que a Unidade de Saúde a sejam habilitadas nas modalidades de CEO e/ou LRPD de acordo com a portaria nº 1.570 de 29 de julho de 2004. Ratificou os critérios de cobertura e fluxo de credenciamento de acordo com a portaria nº 1.570 de 29 de julho de 2004, bem como o conteúdo da proposta a ser encaminhada a CIB. Ratificou o perfil dos tipos de prestadores que podem se habilitar ao credenciamento das unidades CEO e LRPD, bem como as atividades, materiais, equipamentos e recursos humanos dos CEOs e LRPDs de acordo com a portaria nº 1.570 de 29 de julho de 2004. Ratificou o rol de equipamentos necessários às unidades CEO e LRPD, bem com os recursos humanos e as cargas horárias de acordo com a portaria nº 1.570 de 29 de julho de 2004.

[79] Vale registrar que, apesar da recomendação do MS para que a oferta das próteses ocorra no âmbito da Atenção Básica, os valores de remuneração das mesmas são faturados por Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade (APAC) e financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) (MAIA, 2008).

Alterou a base populacional para a implantação de LRPD: definiu que o número de LRPD que poderão se credenciar por Região de Saúde passa a ser um a cada grupo de 100 mil habitantes. Estabeleceu que poderá credenciar-se um outro LRPD caso este laboratório esteja instalado em um CEO, Tipo 1, CEO Tipo 2 ou CEO Tipo 3.

Inovou ao deliberar que deverá ser adotado como critério de seleção o maior percentual de cobertura das Equipes de Saúde Bucal do Programa Saúde da Família.

- Portaria GM/MS nº 599 de 23 de março de 2006: Definiu a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabeleceu critérios, normas e requisitos para seu credenciamento.

Ratificou as deliberações das portarias GM/MS nº 1.570 de 29 de julho de 2004 e 1.063, de 4 de julho de 2005. Esta portaria inovou ao introduzir a modalidade CEO tipo 3 e definindo as atividades, equipamentos e materiais, recursos humanos e outros recursos para sua classificação. Outra inovação da portaria nº 599 de 23 de março de 2006 está relacionada à liberação de base populacional para a implantação do LRPD. A partir da sua publicação os LRPDs poderão credenciar-se com qualquer base populacional.

- Portaria GM/MS nº 600 de 23 de março de 2006: Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Definiu os incentivos de custeio para os CEOs, a saber: R$ 79.200,00 para CEO Tipo 1; R$ 105.600,00 para cada CEO Tipo 2; R$ 184.800,00 para cada CEO Tipo 3.

Definiu os incentivos de implantação, a saber: R$ 40.000,00 para cada CEO Tipo 1; R$ 50.000,00 para cada CEO Tipo 2; R$ 80.000,00 para cada CEO Tipo 3.

Estabeleceu as Metas para o monitoramento de produção a partir da análise de uma produção mínima mensal apresentada, a ser realizada nos CEOs, verificada por

meio dos Sistemas de Informação do SUS, conforme segue: I) Para os CEOs Tipo 1: 80 procedimentos, no total, dos subgrupos: 03.020.00-2 (Procedimentos Individuais Preventivos), 03.030.00-8 (Dentística Básica) e 03.040.00-3 (Odontologia Cirúrgica Básica); 60 procedimentos do subgrupo: 10.020.00-4 (Periodontia); 35 procedimentos do subgrupo 10.040.00-5 (Endodontia); 80 procedimentos, no total, dos subgrupos: 10.050.00-0 (Odontologia Cirúrgica) e 10.060.00-6 (Traumatologia Buco-maxilo-facial). II) Para os CEOs Tipo 2: 110 procedimentos, no total, dos subgrupos: 03.020.00-2 (Procedimentos Individuais Preventivos), 03.030.00-8 (Dentística Básica) e 03.040.00-3 (Odontologia Cirúrgica Básica); 90 procedimentos do subgrupo: 10.020.00-4 (periodontia); 60 procedimentos do subgrupo 10.040.00-5 (Endodontia); 90 procedimentos, no total, dos subgrupos: 10.050.00-0 (Odontologia Cirúrgica) e 10.060.00-6 (Traumatologia Buco-maxilo-facial). III) Para os CEOs Tipo 3: 190 procedimentos, no total, dos subgrupos: 03.020.00-2 (Procedimentos Individuais Preventivos), 03.030.00-8 (Dentística Básica) e 03.040.00-3 (Odontologia Cirúrgica Básica); 150 procedimentos do subgrupo: 10.020.00-4 (periodontia); 95 procedimentos do subgrupo 10.040.00-5 (Endodontia); 170 procedimentos, no total, dos subgrupos: 10.050.00-0 (Odontologia Cirúrgica) e 10.060.00-6 (Traumatologia Buco-maxilo-facial).

Estabeleceu que as unidades credenciadas estão aptas a receber os recursos de custeio somente após efetivo funcionamento do serviço, atestado pelo gestor junto ao DAB/SAS/MS.

- Portaria GM/MS nº 2.373, de 7 de outubro de 2009: Alterou o definido pela Portaria nº 599/GM (23/03/06), no que diz respeito ao fluxo de credenciamento dos LRPDs. A partir da edição do documento normativo de 2009, o gestor municipal ou o estadual que esteja interessado em implantar um LRPD deve encaminhar sua proposta diretamente à Área Técnica de Saúde Bucal do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, eliminando a etapa de submissão à CIB. A Portaria nº 2.373 não altera o conteúdo da referida proposta, mas exige a emissão de documento pelo gestor informando a capacidade de produção, por mês, do estabelecimento a ser credenciado ou contratado, para fins de remuneração que passa a ser feita por pacotes.
- Portaria GM/MS nº 2.374 de 07 de outubro de 2009: Alterou os valores dos procedimentos a serem remunerados aos LRPDs e o cadastro dessas unidades junto ao CNES. Assim, o LRPD passou da categoria referente ao Tipo de Estabelecimento de

"Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)", para o então criado subtipo de estabelecimento "Laboratório Regional de Prótese Dentária".

- Portaria GM/MS nº 2.375 de 7 de outubro de 2009: Fixou os recursos anuais destinados ao financiamento de próteses dentárias e alocados por unidade federada. Informa os novos recursos disponibilizados pelo MS a serem incorporados ao Teto Financeiro de Alta e Média Complexidade dos Estados e Municípios.
- Nota Técnica emitida pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal: Orientações referentes às alterações na forma de repasse financeiro para remuneração de próteses dentárias instituídas pelas Portarias nºs 2.373, 2.374 e 2.375: a nota esclarece que esse repasse passa a ser por pacotes. O município ou estado passa a receber de acordo com sua produção, sendo os valores repassados: até 50 próteses/mês: R$ 3.000,00 mensais; entre 51 e 150 próteses/mês: R$ 9.000,00 mensais; e acima de 151 próteses/ mês: R$ 12.000,00 mensais.
- Portaria da SAS nº 205 de maio de 2010: Excluiu da Tabela SCNES a habilitação referente aos LRPDs e determinou novamente a classificação dos LRPDs da seguinte forma: estabelecimentos isolados do Tipo 39 - Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado) e subtipo 03 - Laboratório Regional de Prótese Dentária.
- Portaria GM/MS nº 2.898, de 21 de setembro de 2010: Atualizou os códigos de cada procedimento definidos pela Portaria GM/MS nº 600, de 23 de março de 2006, incluindo novos códigos, e manteve o número de procedimentos considerados para a meta a ser cumprida no âmbito dos CEOs.