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

Leila Senna Maia

O processo de consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal: a atenção terciária como desafio da segunda década da política de saúde bucal do SUS

Rio de Janeiro
2014

Leila Senna Maia

O processo de consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal: a atenção terciária como desafio da segunda década da Política de Saúde Bucal do SUS

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

Orientador: Prof. Dr. George Edward Machado Kornis

Rio de Janeiro

2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

M217 Maia, Leila Senna
O processo de consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal: a atenção terciária como desafio da segunda década da política de saúde bucal do SUS / Leila Senna Maia. – 2014.
200 f.

Orientador: George Edward Machado Kornis.

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

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

CDU 616.314-084

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

_____ _____

Assinatura Data

Leila Senna Maia

O processo de consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal: a atenção terciária como desafio da segunda década da Política de Saúde Bucal do SUS

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

Aprovada em 28 de abril de 2014.

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. Dr. Paulo Henrique Almeida Rodrigues
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

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

_____

Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra
Universidade Estácio de Sá do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2014

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a Aécio Santelli Maia e a João Pedro F. Senna, minhas maiores referências de família, amor, carinho, compreensão e apoio. Sem a ajuda e cumplicidade de vocês, nada disso seria possível!

AGRADECIMENTOS

Ao mestre, orientador e amigo George Edward Machado Kornis, toda a minha admiração, o meu profundo respeito e minha eterna gratidão! Agradeço a confiança, a postura ética, a paciência, os estímulos, o compromisso assumido e os conhecimentos repassados ao longo destes dez anos de convivência. Todos estes fatores foram essenciais no processo de minha formação acadêmica, desde o mestrado até o doutorado que agora concluo.

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

A UERJ e especialmente ao IMS, casa que aprendi a amar e respeitar, pela oportunidade de realizar minha formação completa no campo da saúde coletiva. Às funcionárias da secretaria acadêmica Márcia Cristina, Sílvia Regina, Simone Mota e Eliete Ester, pela maneira cortês com que sempre me trataram e pela compreensão das dificuldades impostas pelas questões burocráticas.

Toda minha gratidão a Ana Silvia Gesteira, pela gentileza e incentivos sempre a mim dedicados, e principalmente pela preciosa ajuda profissional, tanto na revisão do texto quanto na formatação desta tese.

A Sulamis Dain, pela disposição costumeira e conhecimentos transmitidos ao longo dos meus anos de mestrado e doutorado. Agradeço ainda por suas preciosas contribuições, tanto por ocasião do exame de qualificação, como na função de ledora desta tese.

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

A Ana Cecília Faveret e Roberto Parada, por suas participações e valiosas contribuições em todas as bancas de qualificação e defesa, tanto do mestrado como do doutorado.

A Maria Helena Costa Couto e aos demais colegas do CEP/IMS, agradeço o apoio, a solidariedade e a compreensão do meu afastamento nos últimos meses.

A bibliotecária Maria Luisa Mesiano e demais funcionários da biblioteca do IMS/UERJ, agradeço a gentileza e presteza com que sempre atenderam as minhas solicitações.

A Marcus Valério Frohe de Oliveira, amigo e companheiro de trabalho frente à Câmara Técnica de Odontologia do DGH/MS, gostaria de manifestar minha sincera gratidão pela maneira generosa, gentil e sempre solícita com que acolheu minhas solicitações e

compartilhou conhecimentos. Agradeço por toda colaboração desde o levantamento e discussão dos dados, tradução e entendimento dos textos em inglês, até o suporte emocional durante o processo de elaboração desta tese. Sem seu apoio e solidariedade, o desenvolvimento deste trabalho certamente não teria tido o mesmo rumo!

Agradeço ainda aos amigos Marcos Augusto Morais e Elisabete Rocha de Souza, por todos os momentos compartilhados em nosso ambiente de trabalho no DGH/MS. O convívio sempre alegre com vocês foi um fator estimulante para que eu seguisse em frente mesmo nas horas de impaciência e desânimo.

Da mesma forma, agradeço às amigas e companheiras de trabalho Rosa Maria Cardoso Calvalcanti, Denize Coutinho Gamba e Maria de Fátima Rezende, pela torcida, apoio e incentivos manifestados desde a época do concurso para o doutorado, quando ainda trabalhávamos juntas no HFA.

Aos técnicos de saúde bucal da SES/RJ, especialmente aos amigos Jorge Rocha Silva, e Mara Cristina Demier F. Ribeiro, agradeço a maneira gentil e solidária com que sempre acolheram minhas solicitações e ideias. É uma honra compartilhar conhecimentos e somar experiências com vocês!

A Renata Ferraiolo, amiga, colega de profissão e companheira de orientação, agradeço o suporte emocional durante todo o processo de elaboração desta tese.

Agradeço ainda a todos os amigos e pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, aproveitando a oportunidade para pedir desculpas pelos momentos de impaciência, assim como pela reclusão dos últimos tempos.

De tudo ficaram três coisas:
A certeza de que estamos começando,
A certeza de que é preciso continuar e
A certeza de que podemos
ser interrompidos antes de terminar.
Fazer da interrupção um caminho novo,
Fazer da queda um passo de dança,
Do medo uma escola,
Do sonho uma ponte,
Da procura um encontro,
E assim terá valido a pena.

Fernando Sabino

RESUMO

MAIA, Leila Senna. *O processo de consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal:* a atenção terciária como desafio da segunda década da política de saúde bucal do SUS. 2014 200f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Esta tese tem por objeto descrever e analisar o processo de desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no terceiro nível de atenção. Para entender esse desenvolvimento, foram realizados três macroprocessos de pesquisa. O primeiro grupo de pesquisas procurou mapear a distribuição espacial dos hospitais com disponibilidade de leitos/SUS nos país e saber, dentre estes, quantos contam com serviços de atenção à saúde bucal cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). O segundo grupo de pesquisas se ocupou em levantar junto ao DATASUS, através das ferramentas de consulta TABNET e TABWIN, dados nacionais relativos ao movimento das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) voltadas para procedimento de código 041402041-3 cuja descrição é "Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais" em todas as unidades hospitalares que apresentaram este tipo de produção no país no biênio 2011/12. Foram consideradas 15 categorias de análise. O terceiro grupo de pesquisas buscou levantar junto ao *site* do Ministério da Saúde dados das Comissões Intergestores Regionais (CIR) existentes no Brasil até dezembro de 2012 assim como os Planos Diretores de Regionalização (PDR) e os Planos Estaduais de Saúde (PES) dos 26 estados e do Distrito Federal. Os resultados da pesquisa foram cotejados com aqueles verificados no TABWIN acerca do local de internação e de residência dos usuários SUS que se submeteram ao procedimento pesquisado. A fim de permitir uma análise comparativa deste processo numa perspectiva internacional, também foram levantados dados acerca da assistência hospitalar pública em saúde bucal levada a termo nos três países da América do Norte e em 31 países da Europa. Os resultados das pesquisas revelaram o caráter focalizador da atual ação da PNSB, em contraste com a atenção à saúde bucal hospitalar realizada na grande maioria dos países estudados. Entre outros resultados, as pesquisas permitiram concluir que: somente 32% dos hospitais que apresentaram AIH para os fins pesquisados possuía serviço de atenção à saúde bucal cadastrado SCNES; 1% das AIH apresentadas está relacionado ao atendimento de pacientes internados por motivos médicos; e 44% dos estados brasileiros preveem em seus instrumentos de gestão a atenção à saúde bucal em nível hospitalar. Assim, são apresentadas algumas sugestões tanto para o aperfeiçoamento da normatização da PNSB no que diz respeito à gestão da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, como para a expansão e extensão dos cuidados assistenciais em saúde bucal a todos os pacientes internados ou em tratamento ambulatorial nos hospitais do SUS.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Política Nacional de Saúde Bucal. Assistência Hospitalar. Atenção terciária. Odontologia em Saúde Pública. SUS. Brasil.

ABSTRACT

MAIA, Leila Senna. *The consolidation of the National Oral Health Policy*: tertiary care as challenge for the second decade of the Brazilian oral health policy. 2014 200f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

This thesis aims to describe and analyze the development process of the National Oral Health Policy (PNSB) in the third level of assistance. To understand it, three research processes were performed. The first sought to map the spatial distribution of Brazilian hospitals with available beds in the public sector and check how many were registered for oral health assistance in the National Health Services Registry System (SCNES). The second used statistics tabulation tools (TABNET and TABWIN) from the Ministry of Health's data department (DATASUS) to search for the registration of Hospital Admission Authorization (AIH) with procedure code 041402041-3 (Dental treatment for patients with special needs) in the country in the biennium 2011/12. Fifteen analysis categories were considered. The third examined the Ministry of Health's website for the existing Regional Management Commissions (CIR) in Brazil until December 2012 as well as for the Master Regionalization Plans (PDR) and the State Health Plans (PES) of the 26 Brazilian states and the Federal District. These results were compared to the ones produced by the TABWIN tool regarding hospital and residence venues of the users who have undergone the searched procedure in the Brazilian National Health System (the so-called SUS). In order to allow a comparative analysis of this process in an international perspective, three countries in North America and 31 European countries were surveyed on the oral health care procedures available in their public hospitals. The results revealed the current focalizing character of the PNSB in contrast to the hospital oral health care practiced in most studied countries. Among other results, the research showed that: Only 32% of the hospitals with AIH for the studied procedure have its oral care service registered in the SCNES; 1% of AIH is related to patients hospitalized for medical reasons; and 44% of the Brazilian states provide oral health care in hospitals in their management documents. Thus, some suggestions are presented for both PNSB normalization improvement, regarding the management of the health services network for the care of people with disabilities, and for the expansion and extension of oral health care for all inpatients or outpatients in SUS hospitals.

Keywords: Oral Health. National Oral Health Policy. Hospital Care. Tertiary Care. Public Health Dentistry. SUS. Brazil.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribuição geográfica dos hospitais/SUS/ Brasil até dezembro de 2012..... 73

Gráfico 2 Distribuição regional dos hospitais públicos/Brasil até dezembro de 2012..... 73

Gráfico 3 Distribuição regional dos hospitais filantrópicos/Brasil até dezembro de 2012..... 75

Gráfico 4 Distribuição regional dos hospitais privados/Brasil até dezembro de 2012..... 76

Gráfico 5 Número de hospitais no Brasil que contam com Serviços Especializados de Atenção à saúde Bucal cadastrados no SCNES por estados..... 77

Gráfico 6 Percentual de hospitais/SUS com serviços 114 especializados de atenção à saúde bucal cadastrados no SCNES/capitais brasileiras até dezembro de 2012..... 78

Gráfico 7 Proporção de AIHs totais/SUS e AIHs com códigos listados na Portaria nº 1.032 no biênio 2011/2012..... 90

Gráfico 8 Distribuição de AIHs/Brasil no período pesquisado em relação às faixas etárias selecionadas..... 94

Gráfico 9 Relação de AIHs/SUS por caráter de atendimento nos anos de 2011/12..... 96

Gráfico 10 Número de CDs lotados nos hospitais que apresentaram AIH para o procedimento pesquisado no biênio 2011/12 e não contam com serviço 114..... 97

Gráfico 11 Evolução dos índices de cárie no Brasil segundos os censos 2003 e 2010..... 117

Gráfico 12 ESBs implantadas no Brasil até dezembro/2012..... 120

Gráfico 13 CEOs implantados no Brasil até dezembro/2012..... 120

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Modalidades de possíveis de implantação das ESB na ESF..... 58

Quadro 2 Evolução do custeio das ESB na ESF..... 59

Quadro 3 Normatização da oferta de saúde bucal na atenção básica..... 59

Quadro 4 Modalidades de CEOs..... 62

Quadro 5 Produção mensal obrigatória para os CEOs..... 62

Quadro 6 Evolução de incentivos federais de implantação e custeio por tipo de CEO..... 64

Quadro 7 Valores de custeio mensais por número de próteses pactuadas..... 65

Quadro 8 Portarias de normatização dos CEOs e LRPDs..... 65

Quadro 9 Portarias de normatização da atenção em saúde bucal em nível terciário..... 69

Quadro 10 Classificação dos Serviços de Atenção Especializados em Saúde Bucal conforme o SCNES..... 80

Quadro 11 Distribuição da produção de AIHs pagas para o Procedimento "Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais" no Brasil nos anos de 2011/12..... 82

Quadro 12 Hospitais que realizaram o procedimento pesquisado em relação aos hospitais que contam com serviços 114 cadastrados no SCNES..... 85

Quadro 13 Percentual de AIHs (pacientes considerados especiais) internados em relação ao nº total de AIH no SUS no período de 2011/12..... 88

Quadro 14 Nº Total de AIHs com o CID da Portaria nº 1.032 em relação ao número de AIHs para o procedimento pesquisado nos anos de 2011 e 2012..... 91

Quadro 15 Frequência de procedimentos de origem não odontológica/ facial que solicitaram a AIH para realização procedimento pesquisado no período 2011/12..... 93

Quadro 16 Número de Hospitais Regionais e Universitários que realizaram o procedimento pesquisado..... 98

Quadro 17 Relação entre o nº de hospitais, produção apresentada e a pop. do estado que teve acesso ao procedimento pesquisado..... 100

Quadro 18 Frequência segundo procedimentos compatíveis secundários e especiais..... 106

Quadro 19 Percentual de AIHs com informação de CBO do anestesista..... 108

Quadro 20 Variação dos índices ceo-d e CPO-D por regiões geográficas..... 118

Quadro 21 Variação do índice CPI nas regiões geográficas do país..... 119

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimentos de Alto Custo/ Alta Complexidade
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
ATM	Articulação Temporo-mandibular
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
BPA-I	Boletim de Produção Ambulatorial. Dados Individualizados
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
CD	Cirurgião-Dentista
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CEO-d	Índice de Dentes Decíduos Cariados Obturados e com Extração indicada
CER	Centros Especializados em Reabilitação
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CGSB	Coordenação Geral de Saúde Bucal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Código Internacional de Doença
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde ou Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública
COAPE	Centro Odontológico de Atenção a Pacientes com Necessidades Especiais

CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
CPI	Índice Periodontal Comunitário
CPO-D	Índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados
CR	Consultório de Rua
CRO	Conselho Regional de Odontologia
CTBMF	Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial
CTQ	Centro de Tratamento de Queimados
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EBC	Empresa Brasil de Comunicação
ECR	Equipe de Consultório de Rua.
EFTA	Associação Europeia de Livre Comércio
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFF	Equipes de Saúde da Família Fluviais
ESFR	Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas
EU	União Européia
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FIC	Formação Inicial e Continuada
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
HCP	Hospital Especializado em Cuidados Prolongados
HR	Hospitais Regionais
HRAC	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
HU	Hospitais Universitários
HUSE	Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia
LC	Lei Complementar
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MAC	Média e Alta Complexidade
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NAQH	Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PABA	Piso da Atenção Básica Ampliado
PAB-Variável	Piso de Atenção Básica Variável
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM	Posto de Atendimento Médico
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Plano Estadual de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PLC	Projeto de Lei Complementar
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio
PNE	Paciente portador de Necessidades Especiais

PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família
PRONATEC	Programa Nacional de acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PS	Plano de Saúde
PSE	Programa de Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à saúde
REFORSUS	Projeto de Reforço à Reorganização do SUS
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações de Serviços de Saúde
RPA	Recibo de Pagamento a Autônomo
RUE	Rede de Atenção a Urgências e Emergências
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SADT	Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAOS	Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SB/Brasil	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
SB	Saúde Bucal
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA- SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIMEC	Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério da Educação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
TABNET	Programa de Tabulações efetuadas na Internet do DATASUS
TABWIN	Programa de Tabulações para Windows do DATASUS
TCG	Termos de Compromisso de Gestão
TRA	Tratamento Restaurador Atraumático
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UC	Unidade Coronariana
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
UCP	Unidade de Internação em Cuidados Prolongados
UF	Unidade da Federação
UOM	Unidades Odontológicas Móveis
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
USB	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensivas
VISA	Vigilância Sanitária
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	20
1	**OPÇÕES, AÇÕES E ENCAMINHAMENTOS METODOLÓGICOS**.....	26
1.1	**Opções metodológicas**.....	26
1.2	**Referenciais teóricos e políticos das pesquisas**.....	29
1.3	**Materiais e Método das pesquisas**.....	30
	INFORMAÇÕES ACERCA DA PRÁTICA ODONTOLÓGICA EM AMBIENTE HOSPITALAR E DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL.....	31
2.	O **CAMPO DE AÇÃO DA ODONTOLOGIA EM ÂMBITO HOSPITALAR**.....	32
2.1	**Informações sobre a oferta assistencial odontológica em ambiente hospitalar na experiência internacional**.	37
2.1.1	América do Norte.....	38
2.1.2	Europa.....	39
2.2	**Informações sobre a oferta assistencial odontológica em ambiente hospitalar no Brasil**.....	41
3	**A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL**.....	45
3.1	**Transversalidades das ações da PNSB**.....	48
3.1.1	Brasil Sem Miséria.....	48
3.1.2	Brasil Sorridente Indígena.....	49
3.1.3	Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário.....	50
3.1.4	Plano Nacional para Pessoas com Deficiência.....	51
3.1.5	Projeto Brasil Sorridente, PRONATEC e Mulheres Mil.....	52
3.1.6	Saúde na Escola.....	53
3.2	**Ações de vigilância em saúde**.....	54
3.2.1	Vigilância epidemiológica.....	54

3.2.2 Vigilância sanitária..... 55

3.3 **A oferta verticalizada da atenção saúde bucal no âmbito da PNSB**..... 55

3.3.1 Atenção básica..... 55

3.3.2 Atenção secundária..... 61

3.3.3 Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias (LRPD)..... 64

3.3.4 Atenção terciária..... 67

INFORMAÇÕES INÉDITAS ORIUNDAS DE PESQUISAS DESENVOLVIDAS ESPECIFICICAMENTE PARA ANÁLISE DO ATUAL ESTÁGIO DA PNSB NO NÍVEL TERCIÁRIO DE ATENÇÃO..... 71

4 **RESULTADOS DAS PESQUISAS**..... 72

4.1 **Número de hospitais no Brasil com registro no SCNES**..... 72

4.2 **Hospitais/SUS com serviços especializados de atenção à saúde bucal cadastrados no SCNES**..... 77

4.3 **Número de AIHs apresentadas para o procedimento "Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais" no Brasil nos anos 2011/12 e disponibilização de valores financeiros pelo MS**..... 81

4.4 **Hospitais que apresentaram AIHs para o procedimento pesquisado em relação aos hospitais com serviço 114 cadastrado no SCNES**..... 84

4.5 **Número total de AIHs no SUS em relação ao número de AIHs para tratamento de "Pacientes com Necessidades Especiais" no período pesquisado**..... 87

4.6 **Número de AIHs para tratamento de pacientes considerados como PNEs (com CID-10 da Portaria nº 1.032) em relação ao número de AIHs para realização do procedimento pesquisado**..... 91

4.7 **Procedimento que gerou a solicitação de AIH principal para o procedimento pesquisado**..... 93

4.8 **Faixa etária dos usuários atendidos com AIHs para procedimento pesquisado no período de 2011/2012 no Brasil**..... 94

4.9 **Número de AIHs por caráter atendimento segundo Região/UF.....** 96

4.10 **Situação de lotação dos CD nos hospitais que não contam com serviço 114 cadastrado no SCNES, mas apresentaram AIH para o procedimento pesquisado**..... 97

4.11 **Hospitais Regionais e Hospitais Universitários com produção de AIHs para o procedimento pesquisado**..... 98

4.12 **Hospitais com produção de AIHs para o procedimento pesquisado em relação ao local de residência dos usuários do estado que o realizaram**..... 100

4.13 **Frequência de AIHs para o procedimento pesquisado em relação aos CIR da unidade hospitalar e da residência do usuário que se submeteu ao ato cirúrgico**..... 103

4.14 **Procedimentos compatíveis com o procedimento 04 14 02 041-3**..... 105

4.15 **Registro do CBO do anestesista**..... 108

5 **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**..... 110

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 131

REFERÊNCIAS..... 138

APÊNDICE A - O SUS e a dinâmica do seu processo de gestão..... 167

ANEXO A. Portaria GM/MS nº 1.032, de 5 de maio de 2010..... 181

ANEXO B. Nota Técnica referente à Portaria GM/MS nº 1.032, de 5 de maio de 2010..... 197

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, estabeleceu incentivos financeiros para a inserção até então inexistente das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família (PSF). A partir dessa data, teve início um gradual e considerável aumento no volume de recursos financeiros oriundos do nível federal voltados para as ações e serviços de saúde bucal no país.

Este fato representou um grande avanço no desenvolvimento desta área no Sistema Único de Saúde (SUS), tanto do ponto de vista do financiamento, com uma oferta inédita de recursos federais específicos para este fim, como do ponto de vista político-assistencial, favorecendo a integração, de forma pioneira e efetiva, da saúde bucal com a política de saúde do país (MAIA, 2008; MACIEL, 2008; WEBBER, 2009; MAIA, 2010; KORNIS et al., 2011; FORTUNA, 2011).

Em 2004, o lançamento do documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) definiu claramente essa área de atenção como uma prioridade do governo Luiz Inácio Lula da Silva[1] (GARCIA, 2006; KORNIS et al., 2011). Assim, a inserção da saúde bucal na agenda da política nacional de saúde pode ser considerada tardia no contexto do SUS. No entanto, a implementação da PNSB vem ocorrendo de forma rápida e intensa, com notável ampliação do acesso das ações e serviços a ela correspondentes e ao crescente aporte de recursos federais voltados para sua operacionalização.

As diretrizes da PNSB apontam claramente para a reorganização da atenção à saúde bucal em todos os níveis de atenção. Esta reorganização é orientada por uma "concepção de saúde centrada no cuidado" e por "ações programáticas e intersetoriais" (BRASIL, 2004 a). Com foco nestes propósitos, o Ministério da Saúde (MS) passou a lançar mão de incentivos financeiros para induzir, sob condições específicas, a adesão às diretrizes formuladas pela PNSB e normatizadas por portarias, promovendo assim o processo de reorganização da atenção à saúde bucal em todas as esferas subnacionais.

Nesse contexto, a PNSB priorizou, na atenção básica, a implantação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) através da Estratégia Saúde da Família (ESF). Até dezembro de 2012

---

[1] O presidente Lula ficou à frente do governo do país por dois mandatos, que compreenderam os períodos: de 1º de janeiro de 2003 até 31 de dezembro de 2006 e de 1º de janeiro de 2007 até 31 de dezembro de 2010. Em 1º de janeiro de 2011, teve início o governo da presidenta Dilma Rousseff. A mudança de governo não alterou esta prioridade, de forma que em agosto de 2012, a presidenta Dilma Rousseff anunciou a expansão do Programa Brasil Sorridente (logomarca da PNSB) com a integração de um conjunto de ações e novos investimentos que deverão alcançar o patamar de R$ 3,6 bilhões até 2014. Notícia disponível em: http://dab.saude.gov.br/noticia/noticia_ret_detalhe.php?cod=1724 Acesso em janeiro de 2013.

foram implantadas 22.203 ESBs nas modalidades I e II[2] distribuídas em 4.901 municípios do país o que termos percentuais significa dizer que cerca de 90% das cidades brasileiras àquela época contavam com este tipo oferta assistencial.

No tocante à atenção secundária, as diretrizes da referida política ampliaram e qualificaram a atenção à saúde bucal através da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias (LRPDs) (BRASIL, 2004a). Assim, de acordo[3] com o MS, até dezembro de 2012 foram implantados 944 CEOs em 774 (14%) municípios brasileiros e 1.351 LRPDs, distribuídos em 1.249 (22%) municípios do país.

Desta forma, a prestação pública de serviços em saúde bucal avançou de um panorama de oferta limitada de procedimentos de baixa complexidade com reduzida realização de procedimentos especializados, em direção à ampliação do acesso tanto na atenção básica como na média complexidade. Ressaltamos que esta ampliação se deu tanto no sentido da diretriz da universalização como da integralidade das ações[4] (MAIA, 2008; KORNIS et al., 2011; FORTUNA, 2011). Ademais, a PNSB, no tocante à atenção básica, promoveu uma mudança positiva não só no padrão assistencial como nos processos de trabalho, possibilitando que os cirurgiões-dentistas (CD), ainda que formados numa ótica profissional de caráter liberal, "saíssem do isolamento dos seus consultórios" em direção a uma prática de trabalho interdisciplinar através de equipes multiprofissionais, tal como estruturadas na Estratégia Saúde da Família.

O trabalho em equipe, as visitas domiciliares e a atenção aos coletivos acabaram por possibilitar outro tipo de demanda: aquela criada por "busca ativa". Assim o CD, de formação privativista, de prática historicamente liberal e baseada na demanda espontânea oriunda da dor ou pela busca de padrões estéticos, precisou "criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde" (OPAS, 2006, p.43).

Nesta perspectiva, é lícito afirmar que a PNSB, através da inserção do CD na Estratégia Saúde da Família, acabou por provocar mudanças em suas práticas e,

---

[2] ESB Modalidade I: composta por Cirurgião-Dentista e Auxiliar em Saúde Bucal e ESB modalidade II: composta por Cirurgião-Dentista, Auxiliar em Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal.

[3] Os dados acerca dos números de CEO e de LRPD implantados até dezembro de 2012 foram extraídos da página do MS/DAB/BRASIL SORRIDENTE/ link Cidades atendidas. Disponíveis em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=cidades_bs> Acesso em janeiro de 2013.

[4] De acordo com a Lei Orgânica nº 8.080, a integralidade é aqui entendida como "um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (BRASIL, 1990).

consequentemente, nas bases curriculares de algumas Faculdades de Odontologia do país (CARVALHO, 2004; LUCIETTO, 2005; MARTELLI et al., 2010). Em outras palavras, no âmbito da atenção básica, a PNSB criou possibilidades para um novo campo de práticas para os cirurgiões-dentistas, o qual começou a representar uma nova perspectiva para a Odontologia nacional. A prática tradicionalmente executada e ensinada sob uma lógica de mercado privativista e individual começou gradativamente a incorporar uma dimensão afeita ao campo da saúde bucal pública e coletiva. Contudo, as inovações instituídas pela PNSB não se restringiram ao campo de trabalho da atenção básica.

Em relação ao nível secundário, a garantia da atenção referenciada dos usuários para os CEOs também representou um avanço inovador. A PNSB reconheceu a importância das especialidades como um modo de garantir a integralidade da atenção à saúde bucal no SUS.

No tocante às próteses dentárias, as normatizações da PNSB elegem a atenção básica como *locus* preferencial de sua oferta no SUS. Assim como os CEOs, os LRPDs devem complementar as ações desenvolvidas na atenção básica tendo como eixo norteador o princípio da integralidade.

Fortuna (2011), em estudo sobre a implantação e distribuição regional de LRPDs no país, observou que até setembro de 2010 foram implantados 526 desses laboratórios. Segundo o MS, até dezembro de 2012 foram implantados no país 1.351 LRPDs, o que significa dizer que em pouco mais de dois anos ocorreu um aumento de mais de 150% no quantitativo destes laboratórios.[5] Este considerável aumento no número de LRPDs pode ser relacionado com a superação de um tradicional indicador de exclusão social no país – o edentulismo.[6] Desta forma, consideramos que a PNSB busca cumprir o seu papel social no sentido de superar uma dívida histórica do Estado brasileiro para com a saúde de sua população.

Na perspectiva de superação de lacunas, a PNSB também inovou no nível terciário de atenção ao possibilitar, no âmbito do SUS, uma oferta inédita de procedimentos clínicos voltados para pacientes portadores de necessidades especiais (PNEs), a serem realizados sob anestesia geral ou sedação em ambiente hospitalar. Ressaltamos que, tradicionalmente, a

---

[5] No mesmo período ocorreu aumento na ordem de 12% no número de CEO habilitados, que passou de 844 (set/2010) para 944 (dez/2012); e de 10% no número de ESBs implantadas no país, que passou de 20.103 (set/2010) para 22.203 (dez/2012).

[6] O levantamento epidemiológico SB Brasil/2002/2003 apontou uma grande dívida social do país para com a saúde dos brasileiros, ao revelar a existência de mais de 30 milhões de desdentados no país. Este fato deflagrou um processo ascendente de discussão, com articulações intersetoriais nas esferas de governo e ações integradas da sociedade civil e movimentos populares, tendo por referência a saúde bucal das populações como indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades, criando uma janela de oportunidades tanto para o lançamento da PNSB como para a entrada desta área técnica na agenda prioritária do governo federal. Foi neste contexto que aconteceu em Brasília, ao final do primeiro semestre de 2004, a III Conferência Nacional de Saúde Bucal, envergando o título “Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social”.

Odontologia levada a termo neste *locus* assistencial se caracterizou pela prática cirúrgica tanto no atendimento ao trauma, patologias e síndromes, como nos casos de urgência odontológica.

Lembramos que a III Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), realizada em 2004 em Brasília, apresentou seu Relatório Final um conjunto de proposições a fim orientar a recém-lançada Política Nacional de Saúde Bucal, no sentido de produzir as mudanças necessárias para assegurar, de forma universal e humanitária, o acesso a ações e serviços de saúde bucal. Entre as proposições trazidas no bojo do referido documento, destacamos aquelas referentes à prática da Odontologia em ambiente hospitalar.

Ressaltamos que o tema central da III CNSB, "Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social", foi discutido à luz de quatro eixos temáticos, a saber: Educação e Construção da Cidadania; Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal; Formação e Trabalho em Saúde Bucal; e Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal. A questão da assistência hospitalar foi debatida em três destes eixos. Vejamos:

1. Formação e Trabalho em Saúde Bucal, itens 7 e 38:

> Sugerir a inserção de conteúdos de saúde bucal na formação de todos os profissionais da área da Saúde, reforçando a importância dos cuidados para pacientes hospitalizados. **Inserir no contexto hospitalar o profissional de odontologia para acompanhar a saúde bucal do paciente hospitalizado** nos diferentes setores de tratamento.
>
> Oferecer curso de capacitação aos cirurgiões-dentistas para agirem em situações de emergências, em níveis ambulatorial e hospitalar, além de garantir a presença de equipamentos e medicamentos necessários (BRASIL, 2005, p.59 e 65 - grifos nossos).

2. Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal, item 43:

> Garantir recursos para a assistência odontológica hospitalar para **portadores de necessidades especiais**, portadores de doenças crônico-degenerativas, e para os casos de urgência e emergência, de acordo com a Portaria n.º 74 de 29/1/04 (BRASIL, 2005, p. 111 - grifos nossos).

3. Organização da Atenção em Saúde Bucal, itens 15 e 118:

> Garantir atendimento clínico na atenção primária, secundária e terciária, **sob anestesia geral, quando necessário, em nível hospitalar para as pessoas com deficiências físicas, pacientes portadores de necessidades especiais e/ou doenças crônico-degenerativas, infectocontagiosas e transplantados,** para agilizar o atendimento neste nível de atenção, dos pacientes com patologias diagnosticadas que representem risco de vida e que demandem tratamento imediato. **Garantir inserção destes procedimentos na tabela SIH-SUS** (grifos nossos); e
>
> **Inserir profissionais de saúde bucal nos hospitais para realização de procedimentos de cirurgia e traumatologia buco-maxilofacial e estomatologia**, **bem como para a promoção e recuperação da saúde bucal dos pacientes internados e em tratamento médico nesses serviços**. Definir critérios claros para a indicação de tratamento odontológico e especializado

> em nível hospitalar, levando em conta a complexidade da doença do paciente referenciado e/ou a gravidade da doença de origem odontológica que o acomete" (BRASIL, 2005, p. 118 e 119 - grifos nossos).

Consideramos, portanto, que a publicação em 2010 da Portaria GM/MS nº 1.032,[7] voltada para atendimento às pessoas com necessidades especiais,[8] representa um esforço da PNSB, não só no sentido de promover a mudança do padrão assistencial, como de dar o primeiro e decisivo passo rumo à qualificação da atenção saúde bucal no ambiente hospitalar.

O rápido e crescente processo de implementação da PNSB no país despertou a curiosidade de muitos pesquisadores, e assim vem suscitando a realização de um conjunto de trabalhos acadêmicos envolvendo diversos tipos de análise desta política, tanto em relação à atenção básica como na secundária. Entretanto, em relação à atenção terciária, ainda não existem trabalhos científicos e técnicos publicados. Esta lacuna talvez derive do fato de a PNSB ter incorporado ações neste nível de atenção muito recentemente, ou mesmo pela falta de informações mais detalhadas por parte do próprio MS acerca da atuação da referida política nesse nível de atenção.

A carência de publicações acadêmicas voltadas para a temática da atenção à saúde bucal no nível terciário nos conduziu a levantar dados assistenciais relativos a esta oferta no SUS. Buscávamos, num primeiro momento, conhecer o grau de abrangência nacional da PNSB neste nível assistencial, e assim obter algumas respostas acerca dos pacientes assistidos (quantos são e quem são), das unidades hospitalares que apresentaram produção de AIHs para fins do tratamento odontológico instituído pela Portaria ministerial nº 1.032 (quantos hospitais, suas localizações e natureza), e dos estados que passaram a oferecer este tipo de assistência (quais e como estão organizando os serviços).

Nossa pesquisa revelou a ausência de informações consolidadas, tanto nos âmbitos local e nacional, de caráter qualitativo e/ou quantitativo no que tange à oferta assistencial de saúde bucal nesse nível de atenção. A coleta e a organização das informações selecionadas nos conduziram a uma questão de caráter capital nesta tese: **a atenção terciária em saúde bucal levada a termo pela PNSB segue as orientações normativas do SUS voltadas para**

---

[7] A Portaria nº 1.032, de 05/05/2010, incluiu procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS permitindo assistência em âmbito hospitalar à pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral ou sedação. Desta forma, o procedimento de código 04.14.02.041-3 é compatível com uma série predeterminada de procedimentos de atenção básica e secundária. Assim, os hospitais que prestam serviço para o SUS passam a receber repasse financeiro para realizar estes procedimentos odontológicos em ambiente hospitalar (BRASIL, 2010 a).

[8] A terminologia "pacientes com necessidades especiais (PNE)" foi formulada de comum acordo com associações de diversos países como a *International Association of Dentirtry for the Handicapped* (IADH). O termo se refere a pacientes portadores de deficiências mentais e físicas; anomalias congênitas; distúrbios comportamentais, sensoriais e de comunicação; transtornos psiquiátricos; doenças sistêmicas crônicas; doenças infectocontagiosas e condições sistêmicas decorrentes de alguns tratamentos médicos.

a regulação da assistência e a distribuição regionalizada dessa oferta? A investigação orientou-se para o entendimento dos processos de desenvolvimento e expansão das ações da PNSB neste nível de atenção. Assim, esta tese pretende dar continuidade ao estudo iniciado no mestrado, quando analisamos a operacionalização e desenvolvimento da PNSB através da implantação das ESBs, dos CEOs e do LRPDs nos 92 municípios do estado do Rio de Janeiro (MAIA, 2008).

Consideramos que a análise do processo de evolução da PNSB no nível terciário de atenção, além de significar um novo desafio acadêmico, representa uma oportunidade de contribuir para com o processo de desenvolvimento desta política com um estudo inédito e pioneiro acerca deste nível assistencial.

Com o objetivo de responder à questão acima formulada, este trabalho está assim organizado: no capítulo 1, estão apresentadas as opções metodológicas e os referenciais teóricos e políticos que embasam as pesquisas realizadas nesta tese. A estruturação dos demais capítulos considerou dois movimentos estruturais. O primeiro compreende aos capítulos 2 e 3, enquanto o segundo abrange os capítulos 4 e 5 e as Considerações Finais.

O capítulo 2 apresenta informações acerca do campo de trabalho da Odontologia em ambiente hospitalar. Ainda neste capítulo são descritos dois panoramas acerca da informação desta oferta assistencial pública nos âmbitos internacional e nacional. O capítulo 3 descreve o atual estágio de desenvolvimento da PNSB. Este exercício considera as inovações ministeriais implícitas nas transversalidades desta política com as demais políticas de governo, além da tradicional oferta verticalizada de ações por níveis de atenção onde se inclui a atenção terciária. O capítulo 4 apresenta os resultados das pesquisas que derivam das opções metodológicas adotadas nesta tese. Em síntese estes resultados traduzem o movimento de AIHs apresentadas no país para o procedimento “Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais” no biênio 2011/12, através de 15 categorias de análise. O capítulo 5 apresenta a discussão dos resultados das pesquisas, tendo por fio condutor os referenciais teóricos adotados na tese. Os dados relativos ao procedimento estudado são relacionados com ações e serviços de saúde bucal inerentes à PNSB nos demais níveis de atenção além de debatidos à luz do processo de regionalização em curso no país.

Juntos, os capítulos 4 e 5 fundamentam um conjunto de observações e sugestões que são apresentadas nas Considerações Finais. Neste segmento são oferecidas contribuições com vistas ao processo de desenvolvimento da PNSB no terceiro nível de atenção, tendo como norte os princípios da integralidade da atenção e universalização do acesso.

1 **OPÇÕES, AÇÕES E ENCAMINHAMENTOS METODOLÓGICOS**

1.1 **Opções metodológicas**

Com o objetivo de promover uma análise do atual estágio da atenção terciária em saúde bucal no SUS levada a terno pela PNSB, a presente tese de doutoramento realizou três macroprocessos de pesquisas, cujos encaminhamentos metodológicos serão explicitados a seguir. Em todos esses processos, o período considerado corresponde aos anos de 2011 e 2012. A escolha do período inicial reside no fato de o DATASUS só passar a cotar com dados nacionais regulares sobre esse tipo de AIH partir de 2011.[9] O período final foi escolhido em função de prazos acadêmicos. Ressaltamos, ainda, que o foco de análise direcionado para a esfera estadual encontra justificativa na responsabilidade que este ente federativo assume diante da definição das regiões de saúde e dos processos de planejamento e regulação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Destacamos que o primeiro grupo de pesquisas buscou mapear a distribuição espacial das unidades hospitalares aptas a realizarem este tipo de atenção no país. Neste bloco investigativo, levantamos junto ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) o número de hospitais com disponibilidade de leitos de internação ao SUS, assim como o número de hospitais que contam com serviço especializado de código 114, cuja descrição é “Serviço Especializado em Atenção à Saúde Bucal”.

O segundo grupo de pesquisa se ocupou de levantar de dados sobre as “AIHs pagas” pelo MS referentes ao procedimento de código 04.14.02.041-3, cuja descrição é “Tratamento odontológico para pacientes com necessidades especiais” em todas as unidades hospitalares do país que apresentaram este tipo de produção. Para tal, foram utilizadas as ferramentas TABNET e TABWIN, ambas do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Neste estágio da pesquisa, foram consideradas as seguintes varáveis de análise para tabulação do TABNET: local de internação; local de residência; frequência por UF/; faixa etária; caráter do atendimento; por ano processamento. A pesquisa realizada no TABWIN considerou o “Movimento de AIH- Arquivos Reduzidos” (RD), segundo as variáveis de tabulação: frequência por natureza segundo hospitais/UF; frequência por ano segundo hospitais/UF;

---

[9] Neste sentido, a CGSB reconhece em Nota Técnica que, em 2010, ano de instituição do procedimento pesquisado no SUS, oito estados (30%) não apresentaram produção deste tipo de AIH.

frequência por ano processamento diagnóstico CID 10; frequência por ano processamento segundo procedimento solicitado e frequência por UF de internação segundo faixa etária. Também foi considerado o "Movimento de AIH- Procedimentos Hospitalares Realizados e Pagos" (SP), para verificação dos procedimentos secundários e especiais compatíveis com o procedimento principal conforme relacionados na Portaria 1.032.

Na sequência deste movimento, observamos quais foram os hospitais que apresentaram produção de AIH para o procedimento pesquisado e verificamos quantos destes hospitais integram o grupo de hospitais com Serviços Especializados de Atenção à Saúde Bucal cadastrados no SCNES. Ainda através deste sistema de informação, verificamos no módulo "profissionais por competência", a situação empregatícia dos cirurgiões-dentistas lotados àquela época nos estabelecimentos que apresentaram produção de AIHs para os fins pesquisados.

Ainda no SCNES verificamos entre as unidades que apresentaram produção de AIHs para o procedimento pesquisado a existência de hospitais regionais (HR) e hospitais universitários (HU). O objetivo deste tipo de análise foi verificar o grau de participação desses hospitais neste tipo de assistência no SUS, e o interesse dos HUs em desenvolver esse tipo de atenção, tendo em vista tanto o aprimoramento das bases curriculares como a capacitação de profissionais no sentido da qualificação da atenção à saúde no SUS.

O terceiro bloco de pesquisas buscou analisar informações acerca das Regiões de Saúde existentes no país até 2012. Os dados quantitativos foram levantados junto ao *site* do Ministério da Saúde (MS), através da ferramenta de consulta "Sala de Apoio à Gestão Estratégica", *link* "Gestão/Financiamento", opção "Regionalização". Os resultados da pesquisa foram cotejados com aqueles acerca do local de residência dos usuários/SUS que se submeteram ao procedimento pesquisado verificados no TABWIN. Esta preocupação metodológica teve por finalidade verificar a execução de iniciativas orientadas para promover o processo de regionalização no que tange à organização dos serviços de assistência terciária em saúde bucal nas unidades federadas, conforme orientação da política nacional de saúde vigente no país.

Da mesma forma, foram levantados e analisados dados referentes aos Planos Diretores de Regionalização (PDR) e Planos de Saúde (PES) dos 26 estados e do Distrito Federal. Esse levantamento de dados, além do referido *site* do MS, considerou também informações disponibilizadas nos *sites* das Secretarias de Saúde das 27 unidades federadas.

A organização deste conjunto de dados resultou na constituição de um banco de dados que subsidiou as análises apresentadas no capítulo 5 ("Discussão dos Resultados"), assim

como as sugestões apresentadas nas “Considerações Finais” desta tese. Essas sugestões visam à melhoria dos processos de planejamento, regulação, controle e avaliação das ações e serviços de atenção terciária em saúde bucal no âmbito da PNSB.

Sabemos que os sistemas de informação em saúde podem apresentar inconsistências dos dados, mas esta possibilidade se coloca em igualdade para todas as unidades de saúde do país, independentemente do nível de gestão. Por outro lado, ressaltamos que os sistemas de informação utilizados nas pesquisas são oficiais e, portanto, representam fontes de consulta do MS tanto para extração de dados estatísticos como para a sustentação do custeio federal dos procedimentos realizados na média e alta complexidade no SUS.

Da mesma forma, reconhecemos que a leitura de dados permite uma gama de interpretações a partir de diferentes pontos de vista. Assim, esclarecemos que nossa escolha autoral parte dos seguintes pressupostos:

- Quanto aos dados quantitativos levantados, estes são um meio para a avaliação das ações atuais da PNSB no terceiro nível de atenção no país.
- Quanto à qualificação das informações através do cruzamento de dados de diferentes sistemas do SUS, esta opção se apresenta como importante ferramenta auxiliar para o monitoramento e avaliação das ações atuais da PNSB, tanto no que tange à gestão assistencial desta política, como no sentido de garantir a sustentação de seu financiamento.

Diante do exposto, a presente tese de doutoramento tem por objetivo principal:

- Realizar uma descrição e uma análise sistemática do processo de desenvolvimento da atenção terciária em saúde bucal nos moldes atuais da Política Nacional de Saúde Bucal editada pelo MS em 2004.

E como objetivos secundários:

- Contribuir para o processo de avaliação e monitoramento da PNSB, através do estudo do desenvolvimento da atenção terciária em saúde bucal em âmbito nacional.
- Apresentar sugestões para o aprimoramento da atenção em saúde bucal voltada para a PNE, tendo como eixo as diretrizes de regionalização e regulação vigentes na política de saúde do país.
- Apresentar sugestões para a expansão da atenção em saúde bucal no nível terciário, de modo a assistir a todos os pacientes internados no SUS, na medida das necessidades.

1.2 **Referenciais teóricos e políticos das pesquisas**

O processo de pesquisa envolveu ainda o levantamento, organização e análise de textos acadêmicos, dados estatísticos e documentos governamentais, conforme apresentado a seguir:

- Levantamento bibliográfico de textos acadêmicos e de textos publicados em periódicos especializados na área de atenção à saúde bucal hospitalar em âmbito nacionais e internacional.
- Levantamento de informações relativas à atenção terciária em saúde bucal enquanto objeto de política pública em âmbito internacional.
- Pesquisas censitárias: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2010 (PNAD/2010) do Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE) e Pesquisas Nacionais de Saúde Bucal realizadas em 2003 (SB Brasil/2003) e 2010 (SB Brasil/2010).
- Levantamento de documentos institucionais do Ministério da Saúde voltados para a gestão do SUS.
- Levantamento de documentos institucionais do Ministério da Saúde voltados para a reorganização e normatização da oferta assistencial em saúde bucal no SUS.
- Levantamento de documentos institucionais relativos à oferta assistencial saúde bucal no nível terciário no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.
- Levantamento de documentos relacionados a outros Ministérios que tratam de temas sociopolíticos em transversalidade com a área da saúde.

Os referenciais políticos e normativos da pesquisa consideram os documentos ministeriais, cujo conteúdo contempla a normatização e as diretrizes voltadas para a Gestão do SUS, emitidos até dezembro de 2012, marco temporal desta tese.

1.3 **Materiais e método das pesquisas**

Foi realizado levantamento nas bases de dados do DATASUS acerca do número de unidades hospitalares no país com o serviço especializado de código 114, cadastrado no SCNES cuja descrição é “Serviço de atenção à Saúde Bucal”. O tipo de serviço escolhido foi “próprio”. O sistema reconhece sete tipos possíveis para a classificação deste serviço: 001 Dentística; 002 Endodontia; 003 Periodontia clínica; 004 Moldagem/ manutenção; 005 Cirurgia Oral; 006 Cirurgia bucomaxilofacial e 007 Atendimento a Pessoa com Deficiência. A pesquisa considerou todas as sete possibilidades de classificação.

Ademais foram levantados, por meio do TABWIN/DATASUS, os dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) relativos a AIHs pagas (arquivo RD) para o procedimento de código 04.14.02.041-3 - “Tratamento odontológico para pacientes com necessidades especiais” - em todas as unidades federativas do país que apresentaram este tipo de produção.

Ainda no TABWIN, além da consulta das unidades hospitalares com produção apresentada para os anos de 2011 e 2012, também foram vistos os dados relativos à natureza do hospital (Regional e ou Universitário/Ensino), faixa etária do usuário e local de residência do paciente. Este último dado tem importância na avaliação da cobertura populacional *versus* regiões de saúde dos estados.

Através da ferramenta TABNET, foram levantados os dados referentes aos valores financeiros pagos pelo nível federal aos municípios, assim como aqueles sobre o local de residência dos usuários que se submeteram a internação para realização do procedimento odontológico pesquisado.

Os dados sobre as regiões de saúde foram extraídos do *site* do Ministério da Saúde “Sala de Apoio à Gestão Estratégica”, *link* Gestão e Financiamento/ Regionalização. Da mesma forma, os dados acerca da cobertura das ESFs e ESBs são provenientes da página do Departamento de Atenção Básica do MS referente ao histórico de cobertura da Saúde da Família.

INFORMAÇÕES ACERCA DA PRÁTICA PÚBLICA ODONTOLÓGICA EM AMBIENTE HOSPITALAR E DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

2 O CAMPO DE TRABALHO DA ODONTOLOGIA EM ÂMBITO HOSPITALAR

De forma tradicional, a Odontologia se faz presente no ambiente hospitalar através da Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF). Esta especialidade tem por objetivo o diagnóstico e o respectivo tratamento cirúrgico de patologias, traumatismos, lesões e anomalias congênitas e/ou adquiridas do aparelho mastigatório e seus anexos, assim como das estruturas craniofaciais associadas.

Neste lócus assistencial, a Odontologia, através de serviços de urgência, emergência e/ou ambulatorial, atende desde os casos mais simples envolvendo dentes e estruturas correlatas até problemas mais complexos relacionados às estruturas ósseas da face.

Entre casos emergenciais mais comuns, configuram as odontalgias e os abscessos dentários. Este tipo de demanda, que deriva principalmente da falta de tratamento da cárie dentária e seus agravos, pode ocorrer por dois motivos, em geral concomitantes: a deficiência dos serviços de atenção básica em saúde bucal, e o alto índice de resolutividade atribuído ao serviço hospitalar, ainda que na maioria dos casos o tratamento realizado incorra na perda de um ou mais elementos dentários. Nesse contexto, também são frequentes casos de alveolite[10] e hemorragias, ambos em decorrência de exodontias. Desta forma, os serviços de Odontologia hospitalares, além do atendimento emergencial realizam de forma eletiva cirurgias de dentes inclusos ou retidos, implantes dentários, enxertos ósseos e tratamento clínico e cirúrgico de cistos e tumores, sejam odontogênicos ou não, localizados em tecido ósseo ou em mucosas, porém considerados benignos.

Esses serviços podem oferecer ainda tratamento para dores orofaciais e problemas funcionais das articulações temporo-mandibulares (ATM), assim como a reconstrução dos maxilares através de cirurgia ortognática,[11] seja por questões funcionais e/ou estéticas. Vale ressaltar que as más oclusões graves de indicação cirúrgica devem ser tratadas em paralelo ao tratamento ortodôntico obrigatoriamente indicado nesses casos.

As correções de deformidades dentofaciais compreendem sequelas de doenças como cânceres, distúrbios (síndromes) ou alterações do desenvolvimento (prognatismo e /ou

---

[10] O termo “alveolite” significa infecção aguda do alvéolo dentário, podendo ocorrer após exodontias.

[11] A cirurgia ortognática é o ramo da cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial que trata de alterações ósseas com implicações na oclusão, ou seja, no reposicionamento da mandíbula em relação a maxila, via de regra em associação a um tratamento ortodôntico.

micrognatismo[12]), além de traumatismos severos.

Ainda em relação aos traumas em região bucomaxilofacial, estes representam as necessidades mais comuns de atendimento emergencial em ambiente hospitalar podendo estar relacionados a fraturas ósseas, de mandíbula, maxilar, arco zigomático, ossos próprios do nariz e órbita, disjunções craniofaciais ou fraturas, avulsões e luxações dentárias, além de feridas orofaciais. Essas lesões geralmente derivam de quedas, acidentes ocorridos por prática de esportes, além de acidentes envolvendo meios de transporte, tais como carros e motocicletas.

Quanto a estes últimos, Barros (2008b), lembra que neste tipo de acidente, além das lesões cranianas, a face é a região do corpo mais atingida (44%). E ainda, segundo informações do Instituto Nacional de Traumatologia (INTO), cerca de 40% das cirurgias de traumas realizadas naquela unidade em 2012 foram em atendimento a vítimas de acidentes com motocicletas (EBC,[13] 2012).

Vale ressaltar que este alto percentual de acidentes com motocicletas não é um dado estatístico que se atém somente ao estado do Rio de Janeiro; ele alimenta as estatísticas nacionais relacionadas aos traumas. Nesse contexto, o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, declarou[14] que em 2011 cerca de 50% dos atendimentos ocorridos nos prontos-socorros do país foram a pessoas com traumatismos sofridos em decorrência de acidentes com motocicletas. Acidentes estes que, além de aumentar os gastos do Ministério da Saúde com internações, acabaram por elevar em 21% a taxa de mortalidade no período de 2006 a 2010.

Além dos acidentes, os dados estatísticos apontam cada vez mais para o aumento de ocorrências de lesões de face derivadas de agressões físicas provocadas por armas de fogo e de corte (MONTOVANI et al., 2006; MACEDO et al., 2007; BRASILEIRO et al., 2010). Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador,[15] a agressão física foi a principal causa dos atendimentos emergenciais registrados durante o período de carnaval de 2012 naquela cidade, sendo que do total de 1.352 atendimentos, 349 (26%) necessitaram de

---

[12] No prognatismo a mandíbula (maxilar inferior) se coloca numa posição avançada em relação ao maxilar superior. Já o micrognatismo (ou retrognatismo) diz respeito a situação clínica em a mandíbula encontra-se subdimencionada em relação a maxila.

[13] Notícia vinculada pela Empresa Brasil de Comunicação S/A – EBC no portal Agência Brasil. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2012-07-29/aumentam-lesoes-decorrentes-de-acidentes-com-moto>. Acesso em: set 2013.

[14] Notícia vinculada pelo portal da *British Broadcasting Corporation* (BBC /Brasil). Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2012/09/120918_transito_brasil_lk.shtml> Acesso em: set 2012.

[15] Notícia vinculada pelo portal da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SES/Salvador). Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1315:intervencao-rapida-minimiza-riscos-causados-pelos-traumas-de-face&catid=39:noticias>. Acesso em: jan 2013.

intervenção cirúrgica na especialidade de CTBMF (SMS/ SALVADOR, 2013).

Contudo, além da assistência cirúrgica, a prática clínica em Odontologia vem ganhando espaço crescente de desenvolvimento em ambiente hospitalar. Esta prática, cuja necessidade e benefícios são reconhecidos em âmbitos nacional e internacional,[16] vem sendo denominada no Brasil por Odontologia Hospitalar ou Medicina Oral. Seu objetivo é o atendimento de pacientes internados e/ou em tratamento ambulatorial de doenças sistêmicas e/ou locais com implicações no complexo bucomaxilofacial e que, portanto, necessitam de cuidados clínicos especiais em saúde bucal. Entretanto, o uso do termo Medicina Oral[17] é recorrente tanto na Europa como em países da América do Norte, no sentido de expressar a especialidade odontológica que se preocupa com o diagnóstico e o tratamento odontológico não cirúrgico de lesões que afetam as regiões oral e maxilofacial de forma independente do local de atendimento.

Vale registrar que, embora possam existir algumas diferenças conceituais, como as informadas acima, ambos os termos se referem à prática odontológica não cirúrgica. Esta prática odontológica, voltada para a assistência de pacientes com necessidades clínicas complexas, via de regra é realizada em ambiente hospitalar estejam estes em tratamento ambulatorial ou em regime de internação. O que em linguagem afeita ao campo hospitalar, significa dizer paciente externo e interno, respectivamente.

Em Odontologia de um modo geral, este grupo de pacientes é convencionalmente denominado "Pacientes com Necessidades Especiais"[18] (PNE). São eles:

- Portadores de Síndromes (anomalias congênitas);
- Portadores de doenças sistêmicas crônicas, tais como: diabetes, cardiopatias, doenças hematológicas, insuficiência renal crônica, doenças autoimunes, doenças vesicobolhosas; e os portadores de doenças infectocontagiosas, como HIV, hepatites e tuberculose;

---

[16] Silva & Lebrão (2001); Silva & Lebrão (2003); Kroetz & Czlusniak (2003); Morais et al. (2006); Filho et al. (2007); Albuquerque et al. (2007); Hosni et al. (2008); Santos et al. (2009); Sassi & Machado (2009); Godoi et al. (2009); Meira et al. (2010); Aguiar et al. (2010) e Costa et al. (2011).

[17] Além do Brasil, em âmbito internacional até meados de 2013 os seguintes países também contavam com *Oral Medicine Academies*: Estados Unidos da América, Canadá, Reino Unido, Finlândia, Alemanha, Grécia, Itália, Portugal, Espanha, Suécia, Índia, Tailândia, Turquia, Croácia, Austrália e Nova Zelândia. Vale ainda ressaltar que, no Brasil, os Conselhos Regionais de Odontologia (CROs) de 22 estados já contam com a atuação de comissões de odontologia hospitalar. O CRO/RJ, em 28 de julho de 2010, através da Portaria nº 11, estabeleceu a criação da Comissão de Odontologia Hospitalar e Medicina Oral com a finalidade de liderar as ações do deste grupo junto aquela autarquia (REVISTA DO CRO-RJ, agosto de 2010, p. 10-11). Disponível em: <http://www.cro-rj.org.br/boletim/boletim190.htm> Acesso em: 5 set.2011.

[18] No Brasil, a especialidade odontológica "Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais" tem por objetivo o "diagnóstico, a preservação, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal de pacientes que apresentam uma complexidade no seu sistema biológico e/ou psicológico e/ou social". Nesse contexto são considerados pacientes especiais os portadores de doenças crônicas, tais como hipertensão e diabetes e também aqueles portadores de paralisia cerebral, deficiências mentais e síndrome de *Down.*

- Portadores de condições sistêmicas especiais, como pacientes irradiados, transplantados, gestantes de alto risco, pacientes oncológicos, imunocomprometidos; e ainda
- Portadores de deficiência física, mental e/ou motora, como transtornos psiquiátricos, distúrbios sensoriais e/ou de comunicação.

Neste sentido, alguns hospitais gerais ou especializados oferecem cuidados especiais em Odontologia, seja para gestantes de alto risco ou para outros grupos específicos, como no caso de pacientes em situação de endocardites infecciosas, no pós-infarto agudo do miocárdio e sob a influência de anticoagulação direta ou indireta. Também é no ambiente hospitalar que devem ser atendidos os PNEs quando da necessidade de anestesia geral ou sedação.

No que tange ao processo de internação do paciente em estado crítico, o atendimento odontológico pode contribuir para o processo de prevenção de infecções hospitalares, sobretudo aquelas ligadas ao trato respiratório, como pneumonia nosocomial, ou hospitalar. Destacamos que esta é uma das principais infecções que acometem pacientes internados em unidades fechadas,[19] sejam elas Unidades de Terapia Intensivas (UTIs) gerais ou específicas como as Unidades Coronarianas (UCs) ou Centros de Tratamento de Queimados (CTQs). Favorecida por microrganismos que proliferam na orofaringe, a ocorrência desse tipo de infecção é preocupante, pois além do seu potencial de letalidade, via de regra acaba por prolongar o tempo de internação do paciente exigindo, além de mais cuidados, maior administração de medicamentos (BRASIL, 2004b; OLIVEIRA; SOUZA, 1999; e ABO, 2007).

Em perspectiva ambulatorial, a atuação do cirurgião-dentista também encontra relevância nos processos de avaliação e adequação do meio bucal,[20] no sentido de prevenir ou minimizar processos inflamatórios capazes de alterar a condição sistêmica de pacientes, de modo a comprometer a resposta de tratamentos médicos e prejudicar a evolução do seu restabelecimento (PAGAN et al., 2007). Esta prática, além de possibilitar um maior conforto aos pacientes, tem relevância na prevenção de infecções bucais com potencial de repercussões sistêmicas ou que possam levar a infecções nosocomiais, sobretudo em pacientes em situações de inunossupressão (quimioterapia, radioterapia, diabéticos descompensados, pós-operatórios extensos, transplantados de órgãos sólidos e não sólidos) ou para aqueles que serão

---

[19] Unidades assistências de acesso restrito de pessoal.

[20] A adequação do meio bucal consiste no selamento de cavidades abertas, remoção de fatores retentivos de biofilme como excessos ou falhas em restaurações, remoção de cálculos, profilaxia e aplicação tópica de flúor. Este procedimento, embasado em critérios científicos, visa controlar o nível de colonização microbiana e assim contribuir para a diminuição do risco de infecção. A estratégia é baseada em um protocolo com recomendação de realização em uma única consulta clínica.

submetidos a cirurgias (RIBEIRO et al., 2012; MAGALHÃES, 2009).

Paiva et al. (2010) lembram que nos tratamentos citoredutivos induzidos por radioterapia e/ou quimioterapia, complicações como mucosite oral, xerostomia, perda de paladar e infecções fúngicas, bacterianas e virais são frequentes e recorrentes. Tais complicações além de implicarem grande desconforto físico, representam um potencial aumento do risco de infecções locais e sistêmicas, que podem comprometer de forma significativa a saúde do paciente. Neste sentido, o uso do laser de baixa potência tem se mostrado eficiente no tratamento da mucosite oral, promovendo a epitelização dos tecidos e proporcionando ações analgésica e anti-inflamatória, possibilitando assim maior conforto ao paciente (SANTOS et al., 2009).

Ademais, a atenção à saúde bucal, entendida como uma resposta a determinadas necessidades de saúde dos indivíduos, pressupõe intervenção não só dos cirurgiões-dentistas como de outros profissionais de saúde numa perspectiva multidisciplinar[21] e multiprofissional, associando cirurgiões dentistas, cirurgiões de cabeça e pescoço, otorrinolaringologistas, cirurgiões plásticos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas, entre outros profissionais. Desta forma, além da assistência odontológica, integra também a atenção à saúde bucal no âmbito hospitalar, o atendimento de neoplasias malignas, tais como: das glândulas salivares (parótida, submandibular e sublingual) e das alterações malignas da mucosa oral, e tratamentos radioterapêuticos e fisioterapêuticos.

A cirurgia plástica reparadora para o tratamento de alterações congênitas da face, tais como fendas labiais e/ou palatais, seja por questões funcionais ou estéticas, também se inclui no leque de procedimentos que atendem às necessidades em saúde bucal e requerem atendimento multiprofissional (BAPTISTA, 2007; SOUZA; SOARES, 2012; KUHN et al., 2013).

Em relação às cirurgias ortognáticas planejadas e executadas por equipe médico-odontológica, estas também vêm sendo utilizadas no tratamento dos casos mais graves e refratários ao tratamento clínico da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), com o objetivo de aumentar a luz das vias aéreas superiores na altura da orofaringe (DURSO; SPALDING, 2001; MORENO et al., 2007; e CARNEIRO et al., 2012).

Como visto neste subitem, o campo assistencial da Odontologia em ambiente hospitalar é amplo e abrangente, e inclui tanto a prática clínica como a cirúrgica. Vale lembrar

---

[21] Existem situações que demandam intervenção multidisciplinar, embora resguardadas as devidas competências profissionais. Neste sentido, as Resoluções nº 100/2010, do Conselho Federal de Odontologia (CFO), e nº 1.950 de 2010,do Conselho Federal de Medicina, tratam respectivamente das áreas de competência dessas duas profissões.

que a **assistência hospitalar em Odontologia, através de sua especialidade cirúrgica, está presente no SUS desde sua constituição**. A novidade que se impõe neste campo de trabalho é a **inclusão da prática clínica odontológica no hospital.** Desta forma, a inclusão desta oferta assistencial no sistema de saúde do país apresenta-se como um grande desafio para PNSB.

Nos próximos subitens deste capítulo, traçaremos dois panoramas acerca do desenvolvimento da oferta assistencial pública em saúde bucal levada a termo em ambiente hospitalar nos âmbitos internacional e nacional.

O que nos levou a construir essa visão panorâmica foi a constatação de uma grande desinformação sobre a temática, prevalente tanto nos meios profissionais específicos, como entre os gestores de saúde e mesmo nos meios acadêmicos. O objetivo da visão deste tipo de atenção numa perspectiva internacional é obter parâmetros que nos permitam ter uma compreensão qualificada da assistência à saúde bucal no nível terciário de atenção.

Quanto ao panorama nacional, este nos permitiu avaliar o atual estágio de desenvolvimento desta oferta assistencial pública nos estados brasileiros, para além da tradicional oferta assistencial da CTBMF.

2.1 **Informações sobre oferta assistencial odontológica em ambiente hospitalar na experiência internacional**

A pesquisa realizada na tese acerca desta temática nos países da América do Norte e em 31 países da Europa[22] apoia-se no fato de esse amplo conjunto de países concentrar a maior tradição de práticas assistenciais e de pesquisas através de suas respectivas *Oral Medicine Academies*.

Foram consideradas informações dos *sites* oficiais dos governos, dos Ministérios da Saúde, dos Seguros Sociais de Saúde, assim como de instituições de classe profissionais que em alguns países da Europa, além da regulamentação do exercício profissional, têm participação nos programas e políticas de governo voltadas para a saúde bucal.

---

[22] Foram analisados os três países da América do Norte (Estados Unidos da América do Norte, Canadá e México) e os vinte e sete países que integram a União Europeia (Alemanha; Áustria, Bélgica; Bulgária; Chipre; Dinamarca; Eslováquia, Eslovênia; Espanha, Estônia; Finlândia; França; Grécia; Hungria; Irlanda; Itália; Letônia; Lituânia; Luxemburgo; Malta; Países Baixos; Polônia; Portugal; Reino Unido; República Checa; Romênia e Suécia). Ademais, ainda neste continente foram analisados os quatro países europeus que compõem a Associação Europeia de Livre Comércio- EFTA (Islândia, Liechtenstein, Noruega e Suíça).

A pesquisa relativa aos países europeus teve como fio condutor a leitura e análise do documento do Conselho dos Dentistas Europeus, intitulado *Manual de Prática Odontológica* (COUNCIL OF EUROPEAN DENTISTS, 2009). Ressaltamos que, independentemente da abrangência desse tipo de oferta assistencial nos níveis básico e secundário de atenção, o presente exercício tem como foco de análise a atenção à saúde bucal em nível terciário enquanto política pública de saúde.

O conceito de hospital[23] considerado neste trabalho se refere aos estabelecimentos de saúde que contam com leitos para a internação de pacientes, de forma a garantir minimamente atendimentos de diagnósticos e tratamentos com provas de admissão e assistência permanente prestada por equipe clínica organizada e multidisciplinar. Em âmbito nacional foram considerados os estabelecimentos com disponibilidade de leitos ao SUS.

Explicitadas as informações necessárias para o entendimento da pesquisa realizada passaremos a relatar uma síntese de seus resultados.

2.1.1 América do Norte

Nos Estados Unidos, o Programa *Medicare*[24] possibilita os cuidados hospitalares necessários para a realização de CTBMF. Da mesma forma, o Programa garante a internação nos casos onde o tratamento odontológico, por questões de segurança do paciente, necessite ser realizado em ambiente hospitalar. No entanto, em ambos os casos, os procedimentos *per si* não estão garantidos. Para que o procedimento cirúrgico seja coberto, é necessário que o paciente tenha aderido a Parte B do Programa, que é opcional. Quanto aos procedimentos odontológicos, é necessário que o paciente pague por eles ou os tenham cobertos por seguro particular.

No Canadá, somente algumas províncias garantem tratamento hospitalar cirúrgico

---

[23] Ressaltamos que em relação a assistência a saúde bucal nos países da Europa o conceito de atendimento hospitalar não é unânime. Existem hospitais ligados a Faculdades de Odontologia que utilizam o termo "atendimento hospitalar" para designar os atendimentos que realizam em serviços assistenciais localizados nessas instituições de ensino, contando estes ou não com leitos de internação.

[24] O Programa *Medicare* gerido pelo governo federal é voltado para cobertura médico-hospitalar de americanos e/ ou residentes permanentes no país com 65 anos ou mais idade, pessoas com deficiências e pessoas portadoras de insuficiências renais que requerem diálise ou transplante. O Programa compreende dois sistemas de cobertura. Um básico e obrigatório (Parte A), que cobre parcialmente os gastos de hospitalização, e outro complementar, de adesão voluntária (Parte B), que cobre despesas com honorários médicos, serviços de diagnóstico radiográfico, transporte em ambulância e serviços domiciliares.

reparador para indivíduos portadores de anomalias craniofaciais, tais como fendas labiais e/ou palatinas, além de tratamento odontológicos sob anestesia geral para pacientes com transtornos mentais severos.

Quanto ao México, tanto o Programa de *Acción Específico de Salud Bucal* (2007-2013) como os demais programas e ações da *Secretaría de Salud* não trazem informações acerca da atenção à saúde bucal em ambiente hospitalar.

2.1.2 Europa

Em relação à oferta de cirurgias orais e maxilofaciais, de forma geral, em todos os países estudados verificamos a ocorrência deste tipo de atenção em ambiente hospitalar. Essas cirurgias englobam o atendimento de patologias, traumas e processos de reconstrução de face e reabilitações complexas.

Importante registrar que os termos *Cranio-Maxillofacial Surgery* e/ou *Oral and Maxillofacial Surgery* na Europa fazem referências a especialidades afeitas ao campo da medicina. Em dez países da Europa,[25] esta prática assistencial só pode realizada por profissionais médicos e/ou cirurgiões-dentistas, quando estes últimos possuírem dupla qualificação (Odontologia e Medicina[26]). O termo *Oral Surgery* é utilizado na Europa em referência à especialidade cirúrgica odontológica.

No tocante à prática assistencial hospitalar sob anestesia geral, seja para atendimento de PNEs e/ou para atendimento de crianças em tenra idade, esta se apresenta garantida em 39% (12) dos países estudados: Alemanha, Bulgária, Dinamarca, Finlândia, Grécia, Islândia, Itália, Letônia, Luxemburgo, Noruega, Polônia, e Suécia.

A atenção à saúde bucal voltada para pacientes internados por condições médicas é relatada em nove países (29%), a saber: Chipre, Dinamarca, Finlândia, Grécia, Países Baixos, Islândia, Itália, Letônia e Reino Unido.

Ainda em relação ao atendimento assistencial de pacientes internados, o Ministério da Saúde da Noruega, com o objetivo de organizar a oferta assistencial hospitalar dos “serviços

---

[25] Áustria, Bélgica, Espanha, França, Hungria, Itália, Luxemburgo, Noruega, Polônia e Portugal.

[26] Lembramos que no Brasil, a Cirurgia Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) - especialidade odontológica e a Cirurgia Crânio-Maxilofacial - especialidade médica, são normatizadas segundo critérios estabelecidos de forma conjunta pelos Conselho Federal de Odontologia e Conselho Federal de Medicina, através das Resoluções: CFO nº 100/2010 e CFM nº 1.950/2010.

de atenção à saúde bucal" no país, desenvolveu em 2011 um projeto intitulado "Organização do cuidado de saúde bucal em ambiente hospitalar multidisciplinar" (*Med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø i sykehus*). O uso do termo "serviço de atenção à saúde bucal" é estabelecido pelo Ministério da Saúde em função do seu entendimento/reconhecimento da insuficiência do termo "serviço odontológico/ dental" frente à abrangência das demandas, complexidade do tipo de atenção pretendida e responsabilidades assumidas por esses serviços.

No âmbito do referido Projeto,[27] a atenção à saúde bucal passa a representar uma das especialidades de saúde com atendimento regular no nível hospitalar. Os serviços devem atuar não só no atendimento das demandas cirurgias, mas também na oferta de procedimentos clínicos voltados para os pacientes internados e/ou em regime ambulatorial, além de fornecer consultorias para as demais clínicas do hospital. Desta forma, o Projeto considera a importância da intervenção multidisciplinar envolvendo profissionais médicos e cirurgiões-dentistas nos casos de síndromes e outras doenças com manifestações bucais (NORGE, 2011). O referido Ministério da Saúde reconhece, ainda, que o sucesso do Programa depende, para além da excelência pretendida para os serviços hospitalares, de sua integração com os demais serviços de atenção básica e secundária em saúde bucal existentes no país.

Em 2012, o Hospital Univeritário *St. Olav*[28] aderiu ao Projeto assumindo o compromisso, junto à Autoridade Regional de Saúde do Norte da Noruega, de implantar o Serviço de Cuidados em Saúde Bucal até 2017. Esse serviço pretende representar o padrão assistencial da atenção à saúde bucal a ser implantado em todas as unidades hospitalares da Noruega.

Em síntese, em relação aos países europeus estudados, a atenção à saúde bucal, de forma geral não é parte integrante dos sistemas nacionais ou de seguro social de saúde. Esse tipo de atenção em geral fica a cargo de programas e outras estratégias oriundas dos diferentes níveis de governo. Neste contexto, o fornecimento dos cuidados em saúde bucal nesses países depende de composições complexas, que envolvem quatro fontes financiamento em diferentes graus, dependendo de cada país: Tributação; Fundos de seguros públicos obrigatórios; Seguros privados subsidiados e Pagamento direto pelos indivíduos. Contudo, independentemente do modelo de saúde nacionalmente adotado e de suas formas de

---

[27] Informações sobre o projeto estão disponíveis no site do hospital em:< http://www.stolav.no/no/Om-oss/Avdelinger/Kjevekirurgi/Tannhelseprosjekt/123023/ > e *site* do Centro Odontológico de Recursos de Saúde da Região Central da Noruega (*Midt-Norge / Midt-Noreg*) Disponível em:< http://www.tkm-n.no/> Acesso em: nov 2012.

[28] O Hospital *St. Olav, Trondheim* tem a responsabilidade de assistir a população residente em *Sul-Trøndelag,* que conta com 302.000 habitantes. Sua abrangência assistencial regional inclui ainda mais três municípios; *Romsdal, Sør-Trøndelag e Nord-Trøndelag,* contabilizando 695.000 habitantes.

financiamento, os países europeus estudados guardam algumas características comuns em relação à atenção à saúde bucal. Assim, vejamos.

A atenção básica é dirigida às crianças e a outros grupos prioritários, geralmente envolvendo mulheres grávidas, pessoas de baixa renda e/ou ex-combatentes militares. Em relação à atenção secundária, são poucos os países que disponibilizam tratamentos odontológicos especializados, e quando o fazem, os procedimentos são em parte custeados pelo próprio paciente ou são voltados, sob condições específicas, para determinados grupos de indivíduos. O mesmo pode ser dito em relação à oferta de próteses dentárias.

No entanto, é no **nível hospitalar que a atenção saúde bucal é mais inclusiva**, sendo assegurada para a maioria dos indivíduos na medida de suas necessidades de saúde. Este fato deriva do **entendimento/reconhecimento** das instituições de saúde, na maioria dos países estudados, de que a **saúde bucal é parte indissociável da saúde geral e assim deve ser vista como fator fundamental no processo de restabelecimento desta.**

2.2 Informações sobre oferta assistencial odontológica em ambiente hospitalar no Brasil

A pesquisa foi realizada nos *sites* das Secretarias de Saúde dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal. No processo de construção do panorama nacional, consideramos os estados brasileiros cujas políticas de saúde bucal ou apresentação da área técnica específica nas respectivas páginas eletrônicas das SES informam a assistência em saúde bucal no ambiente hospitalar. Esta opção metodológica encontra respaldo na **relevância do papel do ente estadual no processo de planejamento regional das ações e serviços de saúde do SUS**. O mesmo motivo justifica nossa busca pela **explicitação de informações** acerca deste tipo de assistência hospitalar nas bases pesquisadas.

A pesquisa focou a assistência à saúde bucal em ambiente hospitalar de modo geral. Portanto, além da assistência cirúrgica (CTBMF) no atendimento ao trauma, às patologias e às anomalias craniofaciais, consideramos o atendimento de pacientes internados ou em tratamento ambulatorial. Da mesma forma, foram considerados os atendimentos assistenciais de PNEs sob anestesia geral ou sedação.[29] Neste contexto informamos que, de acordo com os critérios da pesquisa, somente sete estados – Bahia, Ceará, Minas Gerais, Pernambuco, Rio

[29] O atendimento de PNE sob anestesia é o único objeto de ação da PNSB no nível terciário de atenção, como veremos na capitulo 3 desta tese.

Grande do Sul, São Paulo e Sergipe – e o Distrito Federal (30% das unidades federativas) preveem, em alguma das bases pesquisadas, a atenção à saúde bucal neste nível assistencial.

A **atenção cirúrgica** através da especialidade CTBMF está informada nos estados da Bahia, Ceará, Pernambuco, Sergipe e no Distrito Federal. Interessante notar que a previsão desse tipo de atendimento em Pernambuco está voltada para os oito Hospitais Regionais do estado.

Quanto ao **atendimento das anomalias craniofaciais**, a despeito da existência de Centros de Tratamento de Anomalias Craniofaciais com credenciamento ao SUS em 14 estados[30], conforme informado pelo SCNES, esse tipo de atendimento só foi informado nos meios pesquisados em três estados: Bahia, Ceará e Sergipe.

Quanto à **assistência odontológica para PNEs** sob anestesia geral,[31] somente nos estados de Minas Gerais, Ceará, São Paulo e Sergipe encontramos esta informação nos meios pesquisados. Em Minas, esta informação consta na Resolução SES/MG nº 3.238, de 18 de abril de 2012,[32] e em Sergipe ocorre através do *site* da SES/SE, em apresentação de sua Área Técnica de Saúde Bucal.[33] Os estados de São Paulo e Ceará[34] informam através de suas políticas de saúde bucal.

Em relação ao **atendimento de pacientes em situação de internação ou em tratamento ambulatorial**, nos estados de São Paulo, Sergipe e Rio Grande do Sul, encontramos esta informação. Este último estado informa o atendimento de pacientes oncológicos submetidos a tratamento de radioterapia e/ou quimioterapia, enquanto Sergipe informa o atendimento de pacientes oncológicos e o atendimento de paciente em situação de longa permanência. Vale registrar que Sergipe é o único estado que apresenta fluxos assistenciais definidos para tais tipos de atendimentos.

---

[30] Bahia, Ceará, Distrito Federal, Minas Gerais, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Tocantins. Informação disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Habilitacoes_Listar.asp?VTipo=0401&VListar=1&VEstado=00&VMun=&VComp=&VContador=26&VTitulo=H> Acesso em dezembro de 2013.

[31] Este tipo de assistência está garantido no SUS através da PNSB desde 2010, como veremos no capítulo 3- subitem 3.3.4 desta tese.

[32] Aprova incentivo financeiro e estabelece critérios para a implantação e/ou implementação de Serviços de Assistência Odontológica com uso de anestesia geral ou sedação em ambiente hospitalar de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=8433 Acesso em dezembro de 2013.

[33] Informações disponíveis em: <http://www.saude.se.gov.br/index.php?act=interna&secao=6>Acesso em: dez 2013.

[34] A política de saúde bucal do estado informa a criação de serviços de referência para o atendimento desses pacientes.

No tocante ao estado de São Paulo, a Secretaria de Saúde (SES/SP) instituiu no início de 2012 o Programa "Odontologia Hospitalar - alta complexidade" como parte integrante do "Sorria Mais São Paulo[35]". O Programa visa

> [...] garantir a integralidade de ações em saúde para os pacientes internados pelo SUS e/ou pacientes que apresentem manifestações em cavidade oral decorrentes da doença ou da terapia presente em âmbito hospitalar, inserindo, para tanto, o profissional de saúde bucal na equipe multiprofissional de atendimento hospitalar (SES/SP, Manual de Odontologia Hospitalar, 2012, p. 11).

Integram os objetivos do referido Programa a definição do papel do cirurgião-dentista no contexto da clínica médica e a criação de novos polos de formação de recursos humanos para esse fim. Desta forma, a SES/SP pretende possibilitar maior conforto e melhoria da qualidade de vida dos pacientes internados. O governo do estado disponibilizou o *Manual de Odontologia Hospitalar*[36], que entre outras informações relevantes, fornece aos profissionais diretrizes mínimas de atuação de acordo com as seguintes áreas médicas: Hematologia, Oncologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia e Transplante Hepático, Neurologia e Psiquiatria, Pneumologia, Nefrologia e Doenças Infectocontagiosas.

O Programa considera ainda o atendimento, sob anestesia geral ou sedação, de pacientes portadores de deficiências mentais, autismo, transtornos de déficit de atenção e hiperatividade, transtornos de humor e ansiedade. E quanto aos fluxos assistenciais recomenda que, na medida de suas necessidades, os pacientes sejam referenciados às ESBs, e/ou UBS ou mesmo aos CEOs, de forma a concluir os tratamentos iniciados no hospital.

Assim, o Programa busca integrar os serviços clínicos hospitalares com os demais serviços onde ocorrem processos assistenciais em saúde bucal, promovendo a integralidade da atenção à saúde bucal no estado: na atenção básica, com as ESBs na ESF e/ou UBSs (Unidades Básicas de Saúde) e as UOMs (Unidades Odontológicas Móveis); na atenção secundária, com os CEOs, os AMEs (Ambulatórios Médicos de Especialidade) e as UPAS (Unidades de Pronto Atendimento). No âmbito da atenção terciária, são considerados ainda os Hospitais de Trauma e os Prontos-Socorros (PS).

---

[35] O Programa Sorria mais São Paulo atua em três frentes, a saber: 1- Prevenção- Fluoretação das águas de consumo -; 2- Atenção Básica -Sorria São Paulo e 3-Alta Complexidade –Odontologia Hospitalar.

[36] Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/areas-tecnicas-da-sessp/saude-bucal/manual-de-odontologia-hospitalar Acesso em: março de 2013.

No que tange à gerência dos serviços, a SES/SP espera que o Programa possibilite a ocorrência de reduções do tempo de internação, do uso de medicamentos e dos custos hospitalares. Até dezembro de 2012, 12 hospitais estaduais[37] contavam com equipes de "Odontologia Hospitalar". Contudo, a meta do governo paulista é que ao longo de 2014 o Programa seja estendido a todos os hospitais públicos do estado.

Em suma, como podemos verificar, das oito unidades federativas que informam a assistência à saúde bucal no nível hospitalar em suas políticas específicas ou através da apresentação da área técnica de saúde bucal no *site* das respectivas SES, somente o estado de São Paulo informa a operacionalização desse tipo de atenção de forma integrada aos demais níveis assistenciais.

No próximo capítulo veremos, de forma geral, como o Ministério da Saúde, através do *site* do Departamento de Atenção Básica (DAB), apresenta a Política Nacional de Saúde Bucal e em particular, de que forma e em que medida, a atenção terciária está incluída nesta política.

Conhecer o atual estágio de desenvolvimento da PNSB nos permitirá um melhor entendimento do **seu processo de inserção no SUS e da sua abrangência assistencial no nível terciário de atenção, objeto de pesquisa e análise desta tese**. Ademais, consideramos que o êxito das ações da PNSB nesse nível assistencial depende da integração dos três níveis de atenção.

---

[37] São quatro unidades hospitalares especializadas: Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Instituto de Infectologia Emílio Ribas, Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids e o Cratod (Centro de Referência em Álcool, Tabaco e Outras Drogas). E mais as seguintes unidades sob gestão estadual: Hospital Estadual Mário Covas, Hospital Geral do Grajaú, (na capital), Hospital Geral de Carapicuíba (na Grande São Paulo) e os hospitais no interior do estado: H. Regional do Vale do Paraíba (Taubaté), H. E. Américo Brasiliense; H. E. Sumaré; H. E.de Baurú e Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

3 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

No Brasil, até o final de 2000, o modelo de atenção à saúde bucal operava com uma base limitada de recursos financeiros e oferta reduzida de ações de baixa complexidade e de caráter predominantemente curativo e mutilador. Soma-se a isso o fato de essa oferta assistencial ter sido dirigida preferencialmente a escolares, ou seja, para crianças de seis a 12 anos de idade. Quanto aos adultos e idosos, estes contavam predominantemente com a assistência emergencial, na qual a resolutividade dos problemas frequentemente resultava na perda dos elementos dentários (OPAS, 2006; MAIA, 2008; KORNIS et al., 2011).

Em dezembro de 2000, o MS, reconhecendo a deficiência assistencial desta área de atenção no SUS, através da Portaria GM/MS nº 1.444, passou a destinar incentivos financeiros para a atenção básica em saúde bucal no então PSF (BRASIL, 2000). Nesta perspectiva, no início de 2001, o MS editou a Portaria GM/MS nº 267 como parte do "Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica" (BRASIL, 2001). Desta forma, foram regulamentadas normas e diretrizes para a inclusão das ESBs na estratégia do PSF em duas modalidades possíveis de implantação, a saber: modalidade I, composta por um cirurgião-dentista (CD) e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e modalidade II, composta por um CD, um ACD e um Técnico de Saúde Bucal (TSB).[38] O referido Plano orientava ainda a formação e a educação permanente dos profissionais de saúde bucal por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e os serviços do SUS, além de enfatizar a necessidade de avaliação dos "padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF" (BRASIL, 2001).

Em 2003, a Portaria GM/MS nº 673 estabeleceu o reajuste dos incentivos financeiros para implantação e custeio das ESBs, além de reduzir a proporção de implantação, que era até então de uma ESB para cada duas ESFs, para uma ESB a cada uma ESF (BRASIL, 2003b).

Ainda em 2003, a Área Técnica em Saúde Bucal do MS publicou os resultados do Levantamento de Condições da Saúde Bucal da População Brasileira[39] (SB-2003). Os dados

---

[38] A Lei Federal nº 11.889, de dezembro de 2008, regulamentou o exercício das profissões de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), anteriormente denominado ACD, e de Técnico em Saúde Bucal (TSB), anteriormente denominado THD. (BRASIL, 2008j).

[39] O Censo Bucal 2000, ou SB 2000, foi o maior e mais amplo levantamento em saúde bucal realizado no Brasil. Finalizado em 2003, o inquérito reuniu no total informações de mais de 100 mil exames, realizados em todas as regiões do país, alcançando pela primeira vez municípios de pequeno porte e áreas rurais. Avaliou assim a maioria dos agravos mais importantes da saúde bucal, e contou com uma composição de grupos etários que engloba todos os ciclos de vida. (BRASIL, 2003a; RONCALLI, 2006).

deste inquérito epidemiológico revelaram um quadro preocupante, pois 27% das crianças de 18 a 36 meses e 60% das crianças de cinco anos de idade já apresentavam pelo menos um dente com experiência de cárie. No tocante aos adultos, 28% na faixa etária de 35-44 anos apresentaram edentulismo,[40] enquanto que na faixa de 65-74 anos, a média de elementos dentários presentes na boca foi de apenas seis dentes, ou seja, cerca de 5% da dentição. Ademais, nessa faixa etária, três entre cada quatro idosos já não possuíam dentes em condições de exercer as funções de mastigação, fonação e estética (BRASIL, 2003a).

Além da grave situação da saúde bucal da população brasileira, os resultados do censo evidenciaram a existência de desigualdades regionais no acesso que implicaram no reconhecimento, por parte do MS, sobre a necessidade de garantir a oferta de serviços de atenção à saúde bucal de maior complexidade no âmbito do SUS.

As condições desfavoráveis da população, tornadas públicas pelos resultados do SB 2003, foram convergentes com aqueles apontados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 1998. Os resultados da PNAD divulgados em 2000 revelaram que 29,6 milhões de pessoas (18,7% da população brasileira) nunca haviam consultado um cirurgião-dentista. As maiores proporções estavam entre as crianças até quatro anos (85,6%), os homens (20,5%) e a população residente em áreas rurais (32,0%). A pesquisa revelou ainda que o atendimento odontológico foi aquele que mais se diferenciou dos demais, com 46,9% destes atendimentos pagos em dinheiro; fato sugestivo de que o acesso aos serviços odontológicos foi obtido pelas camadas sociais economicamente superiores (BRASIL, 1998 a).

Foi nesse contexto que o MS editou em 2004 o documento *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal* (PNSB), mais popularmente conhecido como *Programa Brasil Sorridente* (BRASIL, 2004 a). Este tem como objetivo principal a orientação do processo de reorganização da atenção em saúde bucal no SUS. Desta forma, ratifica os princípios desse sistema no tocante a universalidade do acesso, integralidade da atenção, equidade e o controle social, tendo como fio condutor, o conceito do cuidado (PUCCA, 2006).

Como uma política específica, a PNSB propõe dois eixos principais de ações:

1- A promoção e proteção à saúde, com destaque para a fluoretação das águas de abastecimento, educação em saúde, higiene bucal supervisionada, assim como para a aplicação tópica de fluoretos.

2- Ampliação e qualificação assistencial **nos três níveis de atenção**: básico, através

---

[40] O termo “edentulismo” significa a ausência total dos elementos dentários na cavidade oral.

das ESBs, secundário, através da implantação dos CEOs e LRPDs **e terciário, qualificando as ações em âmbito hospitalar.**

A PNSB reafirma a importância da atenção básica preconizando a inclusão de procedimentos mais complexos, além da prevenção, controle do câncer bucal, aumento da resolutividade do pronto-atendimento e a inclusão da reabilitação protética. Ademais, elege a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo preferencial para ampliação do acesso as ações de saúde bucal no SUS.

No âmbito da atenção especializada, a PNSB inova ao estruturar o sistema de referência em atenção à saúde bucal, através da implantação dos CEOs e dos LRPDs.[41] Desta forma, teve início o repasse dos recursos financeiros para incentivo de ações em saúde bucal de média complexidade, considerando a implantação e custeio mensal dos CEOs e a remuneração de próteses dentárias a serem confeccionadas nos LRPDs (BRASIL, 2004a). Vale destacar que a saúde bucal é a única área técnica a contar com incentivos financeiros para custeio mensal de ações secundárias no SUS (BRASIL, 2004a).

Desde a edição da PNSB em 2004, o MS vem publicando uma série de portarias que definiram critérios, normas e requisitos para a implantação e custeio das ações e serviços de atenção à saúde bucal no SUS conforme demonstrado nos Quadros 3, 8 e 9, dispostos neste capítulo.

Além desta perspectiva vertical, característica da gestão por níveis de atenção (básica, secundária e terciária), o MS vem incluindo uma face transversal a esta Política, na medida de sua articulação com outras políticas de saúde. Essa transversalidade, sob nosso ponto de vista, está diretamente relacionada ao novo modelo de gestão do SUS[42] instituído pelo Decreto n° 7.508/11, que estabelece a organização das ações e serviços de saúde na lógica de Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Desta forma, partir de 2011, o *site* do DAB/MS - *link* Brasil Sorridente,[43] além de explicitar articulações da PNSB com as múltiplas políticas do MS, passou a informar a existência de transversalidade das ações de saúde bucal com várias outras políticas de governo. No entanto, a despeito desta informação, até dezembro de 2012, marco temporal superior desta tese, não havia explicações disponíveis no referido *site* sobre como essas articulações devam ocorrer. Nos próximos subitens deste capítulo, passaremos a apresentar

---

[41] Segundo orientações da PNSB a oferta de próteses dentárias deve ser ocorrer na atenção básica, embora seu financiamento ocorra pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC).

[42] O Apêndice A desta tese discorre sobre a dinâmica do processo de gestão do SUS com ênfase na diretriz da regionalização do SUS e sua implicações nas ações e serviços relacionados à PNSB.

[43]< http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php> Acesso em: dez 2013.

estas inovações ministeriais. Informamos que esse exercício representa um esforço desta tese no sentido de vislumbrar os termos das transversalidades informadas.

3.1 **Transversalidades das ações da PNSB**

Conforme informado pelo MS, as ações da Política Nacional de Saúde Bucal são transversais aos seguintes programas de governo: Programas Brasil sem Miséria; Brasil Sorridente Indígena; Plano de Saúde do Sistema Penitenciário, Plano Nacional para Pessoas com Deficiência; Programa Brasil Sorridente, PRONATEC e Mulheres Mil; Saúde na Escola e Rede Cegonha.[44]

3.1.1 Brasil Sem Miséria

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), o Plano Brasil Sem Miséria visa elevar a renda e as condições de bem-estar de famílias com renda per capita inferior a R$ 70 mensais. Para tal, o Brasil sem Miséria agrega a transferência de renda (Bolsa Família) e o acesso aos serviços públicos, nas seguintes áreas: educação, saúde, assistência social, saneamento, energia elétrica, e inclusão produtiva. No que tange aos programas complementares nas áreas de educação e saúde, o Brasil Sem Miséria impõe certas condicionalidades.

No tocante à saúde, as condicionalidades estão relacionadas às consultas de pré-natal, a orientação alimentar, ao retorno para a consulta após o parto, ao monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças, assim como ao monitoramento da vacinação infantil. Estas ações devem ser desenvolvidas pelas equipes de saúde na ESF ou pelas equipes lotadas nas UBSs. Em relação a saúde bucal, o MS pretende ampliar o acesso de mulheres grávidas a ações de prevenção e de tratamentos odontológicos no âmbito da atenção básica

---

[44] A despeito da informação da existência de transversalidade das ações da PNSB na Rede Cegonha, não fica explicitado de que forma e em que medida se dará esta relação. A Rede Cegonha foi lançada pela presidenta Dilma Rousseff em março de 2011 visando garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada na gravidez, no parto, no abortamento e no puerpério. No tocante aos bebês, a Rede busca garantir, além do direito ao "nascimento seguro", o "crescimento e o desenvolvimento de modo saudável" (BRASIL, 2011g).

prevista na PNSB. Ademais, é esperado que essas gestantes possam receber orientações acerca da amamentação e da saúde bucal de seus bebês.

No entanto, que ainda que ocorra a oferta direcionada de ações de saúde bucal realizadas pelas ESBs ou através das UBSs para as beneficiárias do Programa Bolsa Família, os dados referentes a estas ações não fazem parte do conjunto de informações que avaliam o cumprimento das condicionalidades[45] em saúde. Contudo, o DATASUS/MS disponibiliza um sistema de informação[46] que possibilita aos gestores (locais, estaduais e federal) conhecer que percentagem das famílias inscritas no Programa Brasil sem Miséria tem acessado a atenção nesse tipo de atenção no SUS.

3.1.2 Brasil Sorridente Indígena

O Programa Brasil Sorridente Indígena[47] foi lançado em abril de 2011 com o objetivo de ampliar o acesso ao atendimento odontológico nas aldeias. Assim, o Programa pretende estruturar e qualificar os serviços de saúde bucal de forma integral nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs).

Segundo a Coordenação Geral de Saúde Bucal (CGSB), o Programa "é uma extensão do Programa Brasil Sorridente, lançado pelo Ministério da Saúde em 2004, adaptado e aplicado às especificidades e complexidades da saúde indígena" (BRASIL, 2011ab). Nesse contexto, a implantação foi prevista em duas fases contabilizando um investimento do governo federal na ordem de R$ 40,7 milhões para a contratação de profissionais, aquisição de consultórios portáteis, equipamentos de apoio e material de consumo.

Na primeira fase, o Programa, com tempo de duração previsto de seis meses, visa organizar o cuidado através de ações de prevenção e de tratamento odontológico em três DSEIs. Para tal, o MS adquiriu 37 consultórios portáteis e 74 mil *kits* de higiene bucal, a serem distribuídos nas aldeias pelas equipes contratadas especificamente para o Programa. Na

---

[45] Estas condicionalidades segundo o MDS representam compromissos que devem ser cumpridos pela família, na área de educação e saúde, para que possa permanecer recebendo o benefício. Mais informações estão disponíveis no site do referido ministério em: <http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/bolsa-familia/condicionalidades/beneficiario/codicionalidades> Acesso em: nov 2013.

[46] Informações sobre assistência à saúde bucal podem ser consultadas em: <http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/saudebucal/index.asp> Acesso em: nov 2013.

[47] Em 2011, o MS lançou a versão preliminar do documento "Diretrizes do Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal" (BRASIL, 2011ab).

segunda fase, o MS pretende expandir o Programa de modo a contemplar os 34 DSEIs do país. Para esta fase está prevista a contratação de 514 ESBs.

Para as localidades onde existem dificuldades de acesso, dispersão geográfica e ausência de infraestrutura para a instalação de consultórios fixos, os procedimentos assistenciais poderão serão realizados através das UOMs. Também estão previstos a utilização do "Protocolo de Intervenção Odontológica em Comunidades Isoladas" que consiste no tratamento assistencial através da Técnica de Restauração Atraumática (TRA[48]) e o atendimento das necessidades de atenção especializada. Este tipo de atendimento deve ser garantido nos CEOs por meio de "pactuação entre os DSEIs[49] e os municípios de sua área de abrangência que ofereçam os serviços". Da mesma forma, o acesso à reabilitação protética deve ser garantido e as próteses realizadas pelos LRPDs instalados no âmbito nestes municípios (BRASIL, 2011ab).

3.1.3 Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777/2003, visa garantir o acesso à saúde para pessoas privadas de liberdade (masculinas, femininas e psiquiátricas), através de ações e serviços de atenção básica realizadas nas próprias unidades prisionais de estados e municípios qualificados no referido Plano (BRASIL, 2003e).

As Portarias SAS/MS nº 268 de 2003, e 154, de 2008, criaram o Serviço de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, cujas ações devem ser desenvolvidas por equipes multiprofissionais, compostas minimamente por médico, cirurgião-dentista, psicólogo, assistente social, enfermeiro e auxiliar de enfermagem. Incluem ainda a assistência farmacêutica básica, imunizações, ações de redução de danos e a realização de exames laboratoriais. O acesso aos serviços de média e alta complexidade, previsto no Plano, deverá ser pactuado e definido no âmbito de cada estado (BRASIL, 2003f ; BRASIL, 2008c).

Em relação aos adolescentes em conflito com a lei, a Portaria SAS/MS nº 647, de 2008, define normas para a atenção à saúde integral de menores em regime de internação

---

[48] A técnica TRA consiste na realização de restaurações com a utilização apenas de instrumentos manuais sem a necessidade de anestesia local.

[49] Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

provisória em unidades masculinas e femininas (BRASIL, 2008g). Segundo a Portaria, as equipes de saúde devem ser compostas minimamente por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, psicólogo clínico ou social e assistente social sejam lotados em UBSs ou em ESFs.

Em relação aos procedimentos assistenciais, o documento orienta o desenvolvimento de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento e doenças orais, tais como cárie, doenças periodontais, fissuras lábio-palatais, cânceres da cavidade bucal e manifestações orais decorrentes de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Desta forma, são priorizadas as estratégias de orientação sobre higiene bucal, controle de placa bacteriana dental e aplicação terapêutica de fluoretos e autoexame da boca.

Diante do informado, não fica explicitado como ocorre a anunciada transversalidade da PNSB com Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Vale registrar que a Portaria Interministerial nº 1.777, de setembro de 2003, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, já trazia em seu bojo a determinação desta oferta assistencial (BRASIL, 2003e). Portanto, esse tipo de atenção à saúde já estava garantido mesmo antes da publicação da PNSB em 2004.

3.1.4 Plano Nacional para Pessoas com Deficiência

A Portaria Ministerial nº 1.341, editada em junho de 2012, criou incentivos adicionais de custeio para os CEOs que mantivessem atendimento assistencial para pessoas portadoras de deficiências em regime de no mínimo 40 horas semanais (BRASIL, 2012q).

Em relação à adesão dos CEOs à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, o MS editou em 2012 uma Nota Técnica informando que essa Rede visa a “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2012r).

A Nota Técnica explicita ainda que “no âmbito da saúde bucal, a Rede se propõe a garantir o atendimento odontológico qualificado a todos os portadores de deficiência”. Para tal, na atenção secundária são disponibilizados incentivos financeiros adicionais para as unidades CEOs que aderirem aos critérios da portaria ministerial específica para este fim.

Vale registrar que o custeio mensal dos CEOs está atrelado à informação[50] de um quantitativo mínimo de procedimentos de atenção básica **voltados obrigatoriamente à assistência de pacientes com necessidades especiais** (BRASIL, 2006b). Este quantitativo não é alterado com a adesão do CEO aos critérios da Portaria GM/MS nº 1.341(BRASIL, 2012q).

Portanto, existem duas Portarias ministeriais que tratam de recursos para custeio mensal dos CEO voltados para atenção de "pacientes especiais" e/ ou "pessoas com deficiência", configurando uma sobreposição de recursos financeiros voltados para os mesmos fins assistenciais.

3.1.5 Projeto Brasil Sorridente, PRONATEC e Mulheres Mil

O Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC) e o Programa Mulheres Mil fazem parte do Plano Brasil sem Miséria.

O Programa Mulheres Mil, instituído pela Portaria do Ministério da Educação e Cultura (MEC) nº 1.015/2011, tem como objetivo oferecer as bases de uma política social de inclusão e gênero. Destina-se a mulheres em situação de vulnerabilidade social, moradoras de comunidades integrantes dos "Territórios da Cidadania"[51] e/ou com baixo índice de desenvolvimento humano, através do acesso a educação profissional, emprego e renda. Nesse contexto, conta com projetos locais ordenados de acordo com as necessidades das comunidades e segundo a vocação econômica regional (BRASIL, 2011o).

O PRONATEC, criado pela Lei nº 12.513/ 2011, é coordenado pelo MDS em parceria com o MEC. O objetivo do programa é oferecer cursos de Formação Inicial e Continuada[52] (FIC) para pessoas inscritas, ou em processo de inclusão no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico). Com esta estratégia, o governo federal busca integrar a qualificação profissional de trabalhadores, elevando sua escolaridade e fomentando,

---

[50] Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006 (BRASIL, 2006b).

[51] Lançado em 2008 pelo governo Federal, o Programa Territórios da Cidadania envolve 23 Ministérios e tem por objetivo promover o desenvolvimento econômico e universalizar programas básicos de cidadania, por meio de uma estratégia de desenvolvimento territorial sustentável.

[52] No *site* do PRONATEC, através do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos – eixo tecnológico: Ambiente, Saúde e Segurança, estão listadas as seguintes opções de escolha relacionadas com a atenção à saúde bucal: Técnico em prótese dentária, com carga de 1.200 horas; Técnico em Saúde Bucal (TSB), com carga de 1.200 horas; e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), com carga de 300 horas. A escolha dos cursos com formação técnica é condicionada ao grau de escolaridade do candidato. Segundo notícia vinculada ao Ministério de Desenvolvimento Social (MDS), esses "cursos são resultado de esforço dos governos federal, estaduais e municipais para promover a inserção no mercado de trabalho e retirar essas famílias da situação de extrema pobreza".

em escala nacional, o desenvolvimento profissional de inclusão e de promoção do exercício da cidadania (BRASIL, 2011v).

Para atender ao PRONATEC e ao Programa Mulheres Mil, o MS instituiu as Portarias GM/MS nº 1.109 e nº 1.110, ambas em maio de 2012, que estabelecem recursos financeiros anuais para confecção de próteses dentárias nos LRPDs, a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade dos estados e municípios (BRASIL, 2012n; BRASIL, 2012o).

As Portarias informam ainda que o "Programa Brasil Sorridente entrou no escopo de ações de saúde do Plano Brasil sem Miséria com a produção de próteses dentárias, tendo como público-alvo a população em extrema pobreza" (BRASIL, 2012o).

3.1.6 Saúde na Escola

O Programa de Saúde na Escola (PSE), que foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286/2007, resulta da parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, tendo por base a realização de ações articuladas pelas equipes de saúde e educação (BRASIL, 2007c).

No âmbito do MS, o Programa visa ações de prevenção, promoção e de atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens adultos, alunos do ensino público básico. Esses procedimentos devem ser realizados nas UBSs ou através das ESFs. Em relação à atenção à saúde bucal, o PSE preconiza que as ações educativas e preventivas tenham uma abordagem coletiva, incluindo os seguintes procedimentos: exame epidemiológico; aplicação tópica de flúor, educação em saúde bucal; escovação dental supervisionada e entrega de *kits* de higiene oral (BRASIL, 2011ac). Para tal, o MS recomenda que as ESBs realizem visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE.

Segundo o *Caderno de Atenção Básica- PSE* (2009), essas ações devem ser realizadas preferencialmente pelos TSBs, ASBs e Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), sob a surpevisão dos CDs, que também devem ser responsáveis pelo planejamento, organização e avaliação dessas ações (BRASIL, 2009 l).

Em síntese, o esforço concentrado neste segmento da tese, no sentido de descrever a participação transversal das ações de atenção à saúde bucal nas políticas acima elencadas, deriva da leitura das Portarias editadas pelo MS até dezembro de 2012, que tratam desse tipo de atenção à saúde, bem como da leitura de outros documentos ministeriais que tratam dos

temas anunciados. Até o momento de finalização desta tese, inexistia no *site* do DAB/MS, sítio eletrônico que abriga e descreve o escopo da PNSB, informações adicionais a respeito de como a referida política operacionaliza essas ações transversais. Desta forma, ainda não é possível estabelecermos parâmetros para construção de uma base analítica desse processo.

Entretanto, embora os resultados dessas ações não sejam previsíveis, consideramos que será necessário empregar um esforço extra na gestão da PNSB. Ainda que a atenção à saúde bucal passe a contar com maior volume de recursos financeiros, a fragmentação das ações, de modo a atender as diversas políticas de governo, poderá gerar dificuldades não só na qualidade e integralidade da oferta, como também nos processos de monitoramento e avaliação desta Política.

3.2 **Ações de vigilância em saúde**

Como uma política do SUS, a PNSB tem o foco dirigido para práticas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença, procurando estabelecer, através de ações intersetoriais, objetivos e metas a serem alcançados nesse campo de atenção à saúde. Assim, a PNSB apresenta ações de vigilância em duas frentes, a saber.

3.2.1 Vigilância epidemiológica

Um dos pressupostos da PNSB é o levantamento de dados epidemiológicos de saúde bucal. Esses dados, além de subsidiarem o planejamento das ações e serviços de saúde bucal no âmbito do SUS, refletem o esforço e o compromisso do país no processo de melhoria da saúde bucal da população brasileira, tal como orientado pelas políticas da Organização Mundial de Saúde.

Desta forma, a PNSB através da CGSB/MS, coordenou o levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de saúde bucal, intitulado *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal*, também conhecido como Projeto SB Brasil 2010. Esse inquérito epidemiológico analisou a situação da população com relação a cárie dentária, doenças da gengiva, necessidades de próteses dentárias, condições de oclusão e ocorrência de odontalgias.

Essa pesquisa, concluída em 2011, foi o primeiro levantamento epidemiológico

realizado sob a responsabilidade da PNSB e o quarto inquérito[53] realizado pelo MS. Os resultados desse censo encontram-se comentados no capítulo 5 (Discussão) desta tese.

3.2.2 Vigilância sanitária

Outra frente de atuação da PNSB relaciona-se a ações de fluoretação das águas de abastecimento. Nesta perspectiva, a Portaria GM/ MS nº 2.914, de 12 de dezembro de 2011, dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade (BRASIL, 2011z). O documento estabelece a *Norma de Qualidade da Água para Consumo Humano*, responsabilizando União, estados, municípios e Distrito Federal pela adoção das medidas necessárias para o seu cumprimento.

Vale lembrar que a utilização do flúor nas concentrações adequadas na água de abastecimento é aceita internacionalmente como uma medida preventiva de comprovada eficácia, capaz de reduz a prevalência de cárie dental em cerca de 60% para populações submetidas à ingestão da dose ótima[54] por um período de aproximadamente dez anos (BRASIL, 2012z).

3.3 **A oferta verticalizada da atenção saúde bucal no âmbito da PNSB**

Na sequência, passaremos a apresentar as ações da PNSB como apresentadas pelo MS, tendo em vista sua característica vertical, ou seja, por níveis de atenção.

3.3.1 Atenção básica

No âmbito da atenção à saúde bucal, a Política Nacional de Atenção Básica

---

[53] Os demais levantamentos epidemiológicos em saúde bucal foram realizados em 1986; 1996 e 2003. O SB Brasil 2003 mapeou a saúde bucal em âmbito nacional, reunindo mais de 100 mil exames realizados em todas as regiões do país. Os dados dessa pesquisa subsidiaram e orientaram a instituição da PNSB em 2004.

[54] A concentração de íon fluoreto considerada ótima nas águas de abastecimento para que se tenha a proteção contra cáries é de 0,7 mg/l a 1, 2mg/l, dependendo das condições climáticas de cada região a ser assistida.

(PNAB/2011) considera as ESBs na ESF, as Unidades Odontológicas Móveis (UOMs) e as Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas (Ribeirinhas e Fluviais). Ademais, a referida política considera a atuação de profissionais de saúde bucal nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e nas Equipes de Consultórios de Rua (CR) (BRASIL, 2011s).

No tocante às ESBs, conforme informado na apresentação deste trabalho, até dezembro de 2012 foram implantadas 22.203 equipes nas modalidades I e II, distribuídas em 4.901 (88%) municípios brasileiros.

As UOMs foram instituídas pela Portaria GM/MS nº 2.371, de 2009, com o objetivo de ofertar assistência à saúde bucal no nível básico de atenção às populações rurais assentadas, quilombolas ou residentes em locais de difícil acesso aos serviços de saúde bucal. No entanto, ainda que as UOMs possam levar atenção à saúde bucal nos locais de moradia das populações elencadas acima, a atenção secundária, se necessária na continuidade dos tratamentos, deverá ser referenciada para os CEOs (BRASIL, 2009e). As UOMs são de uso exclusivo dos profissionais das ESBs na ESF e contam com veículo motorizado devidamente adaptado. Para a manutenção dessas unidades de saúde, além da doação dos veículos e de equipamentos, o MS garante o repasse de recursos financeiro na modalidade fundo a fundo, tanto para a implantação (R$ 3.500,00 em parcela única) como para seu custeio mensal (R$ 4. 680,00) (BRASIL, 2009 e).

Lembramos que, em portarias anteriores,[55] o MS havia estabelecido que as ESBs que atendem a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos fazem jus a 50% a mais sobre os valores transferidos para seus custeios. (BRASIL, 2006g; BRASIL, 2008f; BRASIL, 2012ad).

Em relação ao atendimento das populações específicas, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2011) orienta a inclusão de ESBs nas Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFRs), assim como nas Equipes de Saúde da Família Fluviais[56](ESFFs). Nos dois tipos de equipes, é facultativa a inclusão de profissionais de saúde bucal nas modalidades I ou II, descritas anteriormente. Neste sentido, a Portaria GM/MS nº 2.490, de 2011, define que o incentivo financeiro a ser repassado às ESFRs que contam com saúde bucal será igual ao repassado para as ESBs na modalidade I, acrescido de 50%. No que tange às ESFFs, a Portaria estabelece que o valor do incentivo mensal de custeio para as unidades que contam

---

[55] Portarias GM/MS nº 650/2006; nº 2.489/2008 e nº 978/2012.

[56] Para a atenção à População Ribeirinha da Amazônia Legal e do Pantanal Sul Mato-Grossense, o MS instituiu as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e as Equipes de Saúde da Família Fluviais. Estas últimas desenvolvem suas atividades nas Unidades Básicas de Saúde Fluviais, enquanto as primeiras devem desenvolver suas atividades em UBSs construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial.

com atenção à saúde bucal será de R$ 50.000,00, a ser repassado na modalidade fundo a fundo.

A Portaria prevê ainda repasse de incentivos financeiros adicionais para a inserção de outros profissionais à composição mínima de ambos os tipos de equipes. No rol desses profissionais inclui-se o TSB, que deverá estar vinculado no mínimo a 500 pessoas para fazer jus a R$ 1.000,00 por mês (BRASIL, 2011t). Destacamos que, desde 2006, conforme estabelecido pelo MS (Portaria GM/MS nº 822),[57] os municípios com população de até 50 mil habitantes nos estados da Amazônia Legal, ou com população até 30 mil habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 nos demais estados, fazem jus ao acréscimo de 50% no valor dos incentivos referentes ao total de ESBs que implantar (BRASIL, 2006j).

Ainda em relação à atenção de populações especificas, a PNAB/2011 prevê a instituição das Equipes de CR. Essa estratégia considera a necessidade de integração intersetorial entre as políticas de saúde e as demais políticas públicas, com vistas a melhorar a capacidade de resposta às demandas e necessidades de saúde da população em situação de rua. Neste sentido, a Portaria GM/MS nº 122/2012 definiu diretrizes de organização e funcionamento dessas equipes, estabelecendo o desenvolvimento de ações compartilhadas e integradas as ESFs e as UBSs (BRASIL, 2012ac).

Na composição das equipes, está prevista a possibilidade de inclusão do TSB a ser obrigatoriamente supervisionado por um CD vinculado a uma ESF ou a outra equipe de atenção básica da área correspondente à de atuação da equipe CR. Vale mencionar, no entanto, que não estão previstos capacitações e/ou incentivos financeiros adicionais para que as equipes profissionais absorvam com segurança mais esta demanda.

A tarefa de supervisão das atividades do TSB com atuação nos CR soma-se às tarefas inerentes as atribuições do próprio CD inserido na ESB, entre as quais destacamos: realizar procedimentos clínicos, atendimento a urgências, procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação das próteses dentárias, coordenar e participar das atividades coletivas voltadas para promoção da saúde e prevenção das doenças bucais, realizar o planejamento e a programação em saúde bucal, onde se inclui o perfil epidemiológico de cerca 4.000 pessoas[58]

---

[57] Os municípios com população de até 50 mil habitantes nos estados da Amazônia Legal, ou com população até 30 mil habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 nos demais estados, fazem jus ao acréscimo de 50% no valor dos incentivos referentes ao total de ESFs e ESBsque implantar. O mesmo vale para as ESFs implantadas em municípios que atendam à população remanescente de quilombos e/ou residente em assentamentos de no mínimo 70 pessoas respeitado o número máximo de equipes por município.

[58] A Política Nacional de Atenção Básica estabelece que cada ESF deva ser responsável por no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000.

sob sua responsabilidade. Somam-se ainda a estas funções a tarefa de supervisão dos TSBs e ASBs que compõem as ESBs na ESF (BRASIL, 2011s).

Ainda no tocante à atenção básica, a Portaria GM/MS nº 1.654/11 instituiu o *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica* (PMAQ-AB), cujos principais objetivos são: estimular ações que promovam o desenvolvimento das equipes; e avaliar aspectos que possam interferir tanto no acesso quanto na qualidade e efetividade das ações de saúde na atenção básica (BRASIL, 2011n). Nesta perspectiva, mais duas portarias ministeriais[59] (2001/12) instituíram e reajustaram respectivamente incentivos financeiros referentes à adesão dos municípios ao referido Programa (BRASIL, 2011r; e BRASIL, 2012ae).

No âmbito da atenção à saúde bucal, o incentivo financeiro corresponde a R$ 2.500,00 por ESB vinculada a uma ou a duas Equipes de Atenção Básica, sendo que 20% deste valor é repassado na fase de adesão ao PMAQ-AB. Esse valor é integral e independe da modalidade de habilitação da ESB.

Ressaltamos que a implantação efetiva das ESBs, assim como o repasse dos incentivos federais para seu custeio, estão condicionados ao cadastramento das mesmas junto ao SCNES. Da mesma forma, o MS exige que a produção das ESBs seja informada mensalmente nos Sistemas de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e da Atenção Básica (SIAB/SUS) (BRASIL, 2011n).

Na sequência deste seguimento, os Quadros 1, 2 e 3 apresentam de maneira sintetizada dados referentes às equipes profissionais, ao custeio e à normatização da atenção à saúde bucal na atenção básica.

Quadro 1. Modalidades de possíveis de implantação das ESBs na ESF

Modalidade	Equipe
I	CD generalista ou especialista em saúde da família e ASB ou TSB.
II	CD generalista ou especialista em saúde da família, TSB e ASB ou outro TSB.

Fonte: elaboração própria, a partir das Portarias GM/MS.
*Profissionais das mod. I ou II podem desenvolver parte de suas atividades UOM (BRASIL, 2012af).

O Quadro 2, a seguir, aponta para o compromisso do MS no sentido de atualizar valores financeiros para assegurar a oferta da atenção à saúde bucal na Estratégia Saúde da

[59] Portarias GM/MS nº 2.396/ 2011 e nº 1.089 /2012.

Família. Os valores correspondem a valores nominais correntes e, portanto, não deflacionados.

Quadro 2. Evolução do custeio das ESBs na ESF

Nº, origem da Portaria e Ano de Publicação	**Custeio mensal/R$**		
	Modalidade I	**Modalidade II**	**Modalidade III**
74/GM /2004	1.700,00	2.200,00	———
2.489/GM /2008	1.900,00	2.450,00	———
3.066/GM /2008	2.000,00	2.600,00	———
2.371/GM /2009	———	———	4. 680,00
1.599/GM /2011	2.100,00	2.800,00	———
978/GM /2012	2.230,00	2.980,00	———

Fonte: elaboração própria, a partir das Portarias GM/MS

O Quadro 3 sintetiza as portarias em vigência até dezembro de 2012, relativas à provisão da saúde bucal no âmbito da atenção básica.

Quadro 3. Normatização da oferta de saúde bucal na atenção básica

Nº e origem da Portaria	**Data da edição**	**Objetivos**
1.444/GM	28 de janeiro 2000	Institui incentivos financeiros para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF.
267/GM	06 de março de 2001	Aprovar as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do PSF.
74/GM	20 de janeiro de 2004	Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de SB no âmbito do PSF e inclui procedimento de moldagem para prótese.
650/GM	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 ESF e para o PACS, instituídos PNAB.

750/GM	10 de outubro de 2006	Define normas de cadastramento das equipes da ESF, nos tipos: ESF, ESF com Saúde Bucal – ESFSB e Equipe de Agentes Comunitários de Saúde – EACS, no CNES.
90/GM	17 de janeiro de 2008	Atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de ESFs, modalidade I, e de ESBs na ESF.
2.489/GM	21 de outubro de 2008	Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para as ESFs e ESBs, instituídas pela PNAB. Ademais, define 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.
3.066/GM	23 de dezembro de 2008	Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para as ESFs e ESBs, instituídas pela PNAB.
302/GM	17 de fevereiro de 2009	Estabelece que profissionais de ESB/ESF poderão ser incorporados às Equipes de EACS.
154/SAS	15 de maio 2009	Inclui na tabela de Tipo de Equipes do SCNES, os tipos de equipes EACSSB_M1 e EACSSB_M2.
2.372/GM	07 de outubro de 2009	Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as ESBs na ESF.
122/GM	25 de janeiro de 2011	Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.
576/SAS	19 de setembro de 2011	Estabelece novas regras para a carga horária semanal dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgião-dentista; e normas para o cadastramento, no SCNES, das Equipes de Atenção Básica que farão parte do PMAQ.
2.371/GM	07 de outubro de 2011	Institui no âmbito da PNAB o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal —UOM e cria incentivos financeiros para implantação e custeio mensal destas unidades móveis.
2.488/GM	21 de outubro de 2011	Aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e o PACS. Define ainda a organização de RAS como estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população.
2.396	23 de outubro de 2011	Define que o valor integral mensal do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável para ESB é de R$ 2.000,00 e determina que 20% deste valor (R$ 400,00) seja repassado às ESB vinculadas a 1 ou a 2 (duas) EAB na fase de Adesão ao PMAQ-AB.
2.490/GM	21 de outubro de 2011	Define os valores de financiamento das ESFR e custeio UBSF, mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, instituídos PNAB.
703/ SAS	21 de outubro de 2011	Estabelece normas para o cadastramento, no SCNES, das novas equipes que farão parte da ESF.
2.396/GM	22 de outubro de 2012	Institui incentivos financeiros referentes à adesão dos municípios ao PMAQ-AB.
122/GM	25 de janeiro de 2012	Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de CR.

366/GM	05 de março de 2012	Define os recursos financeiros para aquisição de equipamentos odontológicos destinados aos Municípios que implantaram ESBs na ESF.
978/GM	16 de maio de 2012	Define valores de financiamento do PAB variável para as ESFs, ESBs e aos NASFs instituídos pela PNAB.
1.089/GM	28 de maio de 2012	Redefine que o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável ESB para R$ 2.500,00 e determina que 20% deste valor (R$ 500,00) seja repassado às ESBs vinculadas a 1 ou a 2 EABs na fase de Adesão ao Programa.
3.012/GM	26 de dez. de 2012	Redefine a composição das ESB da ESF constante na PNAB.
3.022/GM	26 de dez. de 2012	Define os recursos financeiros destinados à aquisição de equipamentos odontológicos para os Municípios que implantaram ESBs na ESF.

Fonte: elaboração própria, a partir das informações do DAB/SAS/MS até dezembro de 2012.

3.3.2 Atenção secundária

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) são estabelecimentos de saúde a serem inscritos do SCNES como clínica especializada/ambulatório de especialidades e devem estar aptos a realizar atendimento, no mínimo, nas seguintes especialidades odontológicas: Diagnóstico bucal, com ênfase na detecção do câncer bucal; Periodontia especializada; Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; Endodontia; e Atendimento a Pacientes Portadores de Necessidades Especiais (PNEs).

Segundo dados do MS, até dezembro de 2012 foram implantados[60] 944 CEOs em 774 (14%) municípios brasileiros. Em relação aos LRPDs, como já visto na apresentação desta tese, foram implantados[61] 1.351 desses laboratórios no país, distribuídos em 1.249 (22%) municípios.

Existem três modalidades possíveis de implantação de CEOs, que variam de acordo com o número de equipos odontológicos disponíveis em cada unidade, conforme demonstrado no Quadro 4, que se segue.

---

[60] Notícias MS/SAS/DAB disponível em:< http://dab.saude.gov.br/noticia/noticia_ret_detalhe.php?cod=1724> Acesso em janeiro 2013.

[61] Dados segundo site do DAB/MS disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/cidades_atendidas.php>.Acesso em janeiro de 2013.

Quadro 4. Modalidades de CEOs

Modalidade	Número de equipos/cadeiras odontológicas
I	Até três
II	De três a sete
III	Mais do que sete

Fonte: elaboração própria, a partir das Portarias GM/MS nº 1.570/ 2004 e nº 599/2006.

Em 2006, a Portaria GM/MS nº 599, além de inovar instituindo o CEO tipo III, determinou as atividades mínimas a serem realizadas nas unidades CEOs. Desta forma a Portaria estabeleceu valores mínimos obrigatórios de produção a serem realizados mensalmente por cada especialidade[62] e informados regularmente no SIA/SUS (BRASIL, 2006 b).

Ainda em 2006, a Portaria GM/MS nº 600 estabeleceu os incentivos financeiros para a implantação e custeio[63] dos CEOs tipo III. O repasse de incentivos federais para o custeio dessas unidades de saúde está condicionado a informações de suas produções mensais. Os quantitativos mínimos da produção mensal estão descritos no Quadro 5, abaixo (BRASIL, 2006c).

Quadro 5. Produção mensal obrigatória para os CEOs

Tipo de Ceo	At. básica p/ PNEs	Periodontia	Endodontia	Cir. Oral Menor
I	80	60	35	80
II	110	90	60	95
III	190	150	95	170

Fonte: elaboração própria, a partir das Portarias GM/MS nº 600 de 2006 e nº 1.464 de 2011.

Em 2010, a Portaria SAS/MS nº 718 alterou a estrutura da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS de forma a melhor organizar os procedimentos e adequar seus

[62] Os CEO devem obrigatoriamente oferecer atendimento em pelo menos cinco frentes assistenciais, a saber: Atenção básica para PNEs, Endodontia, Periodontia, Cirurgia oral e Diagnóstico precoce do câncer de boca. Contudo, as normas ministeriais não exigem que as ofertas assistenciais sejam realizadas por profissionais pós-graduados nessas especialidades odontológicas.

[63] A Portaria GM/MS nº 1.571/ 2004 instituiu incentivos financeiros de implantação (R$ 40.000,00 e R$ 50.000,00) e custeio mensal (R$ 6.600,00 e R$ 8.600,00) dos CEOs tipo I e II, respectivamente. A Portaria foi revogada pela Portaria GM/MS nº 600/2006, que manteve os mesmos valores para implantação e custeio dos CEOs I e II e instituiu valores para implantação e custeio mensal dos CEOs tipo III.

valores. Essa Portaria também instituiu novos procedimentos, tais como aparelhos ortodônticos e/ou ortopédicos, implantes dentários osteointegrados e próteses sobre esses implantes. Os novos procedimentos devem ser ofertados nos CEOs e/ou nos Centros de Tratamento da Má Formação Labiopalatal[64] (BRASIL, 2010g).

A Portaria GM/MS nº 1.464, de junho de 2011, em seu artigo 3º, explicita que os procedimentos básicos a serem realizados no âmbito dos CEOs devem atender exclusivamente aos PNEs (BRASIL, 2011h).

Em junho de 2012, os valores de incentivos federais para os CEOs foram reajustados pela Portaria GM/MS nº 1.341. Assim ficaram definidos os seguintes valores a serem repassados para a implantação desses serviços: R$ 60.000,00; R$ 75.000,00 e R$ 120.000,00 respectivamente aos tipos I; II e III. Quanto ao custeio mensal, este passa a ser de R$ 8.250,00 para os CEOs tipo I; R$ 11.000,00 para os CEOs tipo II; e R$ 19.250,00 para os CEOs tipo III (BRASIL, 2012q). A referida portaria ainda instituiu incentivos financeiros adicionais de custeio para os CEOs que optarem por aderir a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.[65]

Em Nota Técnica,[66] a CGSB explicitou que todos os CEOs credenciados pelo MS poderiam solicitar esse incentivo adicional, desde que observados e cumpridos alguns compromissos, como: disponibilizar no mínimo 40 horas semanais para atendimento exclusivo a pessoas portadoras de deficiência; manter a produção mínima estabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.464/2011; e alimentar de modo regular e consistente a produção desses CEOs no SIA/SUS através de *Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado* (BPAI) (BRASIL, 2012r).

Vale ressaltar que o atendimento de PNEs no âmbito dos CEOs foi garantido pelas Portarias GM/MS nº 599/2006 e GM/MS nº 1.464/2011, como visto acima. Desta forma, a instituição de recursos financeiros adicionais pela Portaria GM/MS nº 1.341/2012 para atendimento da Pessoa com Deficiência nos CEO[67] possibilita uma sobreposição de valores para o mesmo fim.

O Quadro 6 dispõe sobre a evolução dos valores financeiros federais de implantação e

---

[64] Os Centros de Tratamento da Má Formação Labiopalatal são unidades assistenciais habilitados no SCNES em hospitais que realizam procedimentos integrados estético-funcional em portadores de má-formação labiopalatal no SUS (BRASIL, 1994). Até dezembro de 2012, existiam no Brasil 26 destes serviços habilitados em 14 estados.

[65] O uso do termo "Pessoas com Deficiência", tal como na Portaria GM/MS nº 1.341 (2012), atende ao Decreto presidencial nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, também conhecido como Plano Viver Melhor.

[66] Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_tecnica_ceo_cuidados.pdf. Acesso em: maio 2013.

[67] Segundo o MS, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência "busca levar atendimento integral e de qualidade às pessoas com necessidades especiais". Portanto, para o MS, os termos "Pacientes com Necessidades Especiais" e "Pessoas com Deficiências" são equivalentes (http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=adesao_ceo).

custeio mensal para os CEOs, de acordo com as modalidades de habilitação.

Quadro 6. Evolução de incentivos federais de implantação e custeio por tipo de CEOs

Tipo de CEO	Incentivo de Implantação/ Port. Nº600/2006	Incentivo custeio/ Port. 600/2006	Incentivo de Implantação/ Port. 1.341/2012	Incentivo custeio/ Port. 1.341/2012	Incentivo adicional de custeio/ RAPD*
I	40.000,00	6.600,00	60.000,00	8.250,00	1.650,00
II	50.000,00	8.800,00	75.000,00	11.000,00	2.200,00
III	80.000,00	15.400,00	120.000,00	19.250,00	3.850,00

Fonte: elaboração própria, a partir das Portarias GM/MS nº 600/2006 e nº 1. 341/2012.
*Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

3.3.3 Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias (LRPDs)

De acordo com a Portaria GM/MS nº 599, de 2006, os LRPDs devem ser cadastrados no SCNES como Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) para realizar, no mínimo, o serviço de prótese dentária total e/ou prótese parcial removível (BRASIL, 2006b).

Em outubro de 2009, O MS editou Portarias[68] que, além de alterarem o fluxo de credenciamento dos LRPD também reajustaram[69] o valor unitário das próteses dentárias para R$ 60,00 (BRASIL, 2009g; BRASIL, 2009h; BRASIL, 2009i). Ainda em 2009, a CGSB/MS explicitou, em Nota Técnica,[70] que o repasse de valores financeiros federais para o financiamento das próteses no âmbito dos LRPDs passou a ser realizado conforme faixa de produção, correspondendo aos seguintes valores: 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 (BRASIL, 2009n).

Esses valores foram reajustados em 2011 pela Portaria SAS/MS nº 211 (R$ 100,00), e

[68] Portarias GM/MS nº 2.373, nº 2.374 e nº 2.375.

[69] Em 2004, a Portaria nº 1.572 GM/MS incluiu na Tabela de Procedimentos do SIA/SUS procedimentos relativos a próteses dentárias, estabelecendo seu financiamento e a limitando sua cobrança em até 242 procedimentos/mês. O documento estabeleceu que o financiamento das prótese deve ocorrer através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC/Ações estratégicas no valor unitário de R$ 30,00 e a necessidade de Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade – APAC para sua realização nos LRPDs.

[70] Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/SaudeBucal/arquivos/LRPD.pdf >.Acesso em: dez 2012.

em 2012 pela Portaria nº 1.825/GM/MS, que determina o pagamento de R$ 150,00 por prótese realizada (BRASIL, 2011f; BRASIL, 2012v). Vale lembrar que, embora os procedimentos tenham valores individuais, o repasse financeiro aos municípios e/ou estados ocorre de acordo com a faixa de produção[71] mensal, conforme demonstrado no Quadro 7 abaixo.

Quadro 7. Valores de custeio mensais por número de próteses pactuadas

Número de Próteses	Valor de custeio mensal
De 20 a 50 próteses/mês	R$ 7.500,00
De 51 a 80 próteses/mês	R$ 12.000,00
De 81 a 120 próteses/mês	R$ 18.000,00
Acima de 120 próteses/mês	R$ 22.500,00

Fonte: elaboração própria, segundo informações do *site* DAB/MS/ *link* Saúde Bucal

O monitoramento da produção[72] dos LRPDs será realizado de acordo com a alimentação das informações prestadas pelos gestores municipais e/ ou estaduais através do SIA/SUS (NT da CGSB/2012).

O Quadro 8, abaixo, apresenta uma síntese da normatização referente à atenção secundária de saúde bucal através dos CEOs vigente até dezembro de 2012. Por questões de sistematização prática e didática, as normatizações referentes aos LRPDs encontram-se incluídas neste quadro.

Quadro 8. Portarias de normatização dos CEOs

Nº e origem da Portaria	Data da edição	Objetivo
562/GM	30 de setembro de 2004	Estabelece que os CEOs devam ser cadastrados no SCNES, como Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade, incluindo ainda no cadastro o serviço de código 034 - Odontologia e suas classificações específicas (001- CEO I/ 002- CEO II / 003LRPD e 125/Tratamento de deformidades bucomaxilofacial.
566/SAS	06 de outubro de 2004	Inclui na tabela de atividades profissionais do SIA/SUS: Patologista Bucal _CBO –063.50/ código: 063.50; Técnico em Prótese Dental _CBO –842.50/código 48 e Técnico de Higiene Dental _CBO – 079.35/código 75.

[71] Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/CNSB/atencao_secundaria_laboratorios.php.>. Acesso em: abr 2013.

[72] Acesso ao sistema de monitoramento dos LRPD disponível em: http://dab2.saude.gov.br/sistemas/lrpdEsb/login.php?acesso_negado=true Acesso em: nov 2013.

283/GM	22 de fevereiro de 2005	Antecipa do incentivo financeiro para os CEOs em fase de implantação.
599/GM	23 de março de 2006	Define a implantação de CEOs e LRPDs e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento.
600/GM	23 de março de 2006	Institui o financiamento dos CEOs e define a produção mínima mensal a ser realizada pelos CEOs I; II e III.
2.373/GM	07 e outubro de 2009	Altera a redação da Portaria Nº599/GM, de 23/03/2006 e dispõe sobre a implantação de LRPD.
2.374/GM	07 e outubro de 2009	Altera os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS realizados pelos LRPDs, segundo critérios estabelecidos pela PNSB.
2.375/GM	07 e outubro de 2009	Define os recursos anuais para o financiamento de procedimentos de prótese dentária.
205/SAS	20 de maio de 2010	Exclui da Tabela de Habilitações do SCNES a habilitação de código 0402 - LRPD
718/SAS	20 de dezembro de 2010	Institui novos procedimentos no SUS tais como aparelho ortodôntico/ortopédico e implante dentário osteointegrado incluindo a prótese sobre o implante e dá outras providências.
211/SAS	13 de maio de 2011	Alterara os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, OPM do SUS realizados pelos LRPDs.
1.464/GM	24 de junho de 2011	Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos CEOs e explicita que os procedimentos Básicos a serem realizados em qualquer dos três tipos de CEOs são exclusivos para o atendimento PNEs.
27/SAS	13 de janeiro de 2012	Inclui na Tabela de Serviços/Classificação do SCNES, no Serviço de código 157 - Serviço de Laboratório de Prótese Dentária, Classificação - LRPD, o Grupo 002 e CBO dentro da família de CBO 2232.
474/SAS	22 de maio de 2012.	Atualiza a Tabela de Regras Contratuais dos Sistemas de Informações do SUS, em especial do SCNES- LRPD.
1.341/GM	13 de junho de 2012	Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos CEO e dá outras providências.
835/GM	25 de abril de 2012	Institui incentivos financeiros de investimento e custeio para o componente de Atenção Especializada da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência.
1.825/GM	24 de agosto de 2012	Reajusta o valor do repasse financeiro para confecção de próteses no âmbito dos LRPDs.
911/SAS	29 de agosto de 2012.	Inclui no Serviço de Atenção em Saúde Bucal (114), a classificação 007 - Atendimento à Pessoa com Deficiência na Tabela de Serviços/Classificação SCNES.
975/SAS	14 de setembro de 2012	Inclui na Tabela de Incentivos Redes no SCNES, os incentivos: CEO-I; CEO-II e CEO-III na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.
1.127/SAS	08 de outubro de 2012	Altera a regra contratual 71.16 da Tabela de Regras Contratuais do SCNES. Estabelecimento de saúde sem geração de crédito na média complexidade - LRPD

Fonte: elaboração própria, a partir do *site* saúde legis - Sistema de Legislação da Saúde do MS.

3.3.4 Atenção terciária

Na ótica da PNSB, a atenção em saúde bucal no nível terciário é apresentada no *site* do Ministério da Saúde em duas frentes: Assistência Hospitalar e Atenção a Pacientes com Necessidades Especiais/Pessoa com Deficiência.

Acreditamos que o principal **fator que distingue a oferta assistencial odontológica no terceiro nível de atenção é o local do atendimento, ou seja, o hospital**. Assim, no nosso entendimento, a apresentação tal como dividida pelo MS toma por base tão somente o teor das portarias ministeriais citadas nesta apresentação. Isto posto, passaremos a descrever e comentar a apresentação da atenção terciária em saúde bucal, tal como exposta pela PNSB no *site* do DAB/MS.

No âmbito da atenção hospitalar, a referida página do MS cita a possibilidade de emissão da Autorização de Internação Hospitalar- AIH pelo CD ocorrida a partir de 2005 como uma prerrogativa dessa Política. Lembramos que tal fato ocorreu com a edição da Portaria SAS/MS nº 743, que, além de definir um novo modelo de laudo para solicitação/autorização de internação hospitalar no SUS, acabou por restringir a responsabilidade da emissão desse documento a três categorias de profissionais: médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros obstetras (BRASIL, 2005c). Portanto, ainda que o feito possa ser considerado um avanço no sentido da prática da Odontologia em âmbito hospitalar, esta não nos parece uma ação direta da PNSB.

A atenção odontológica no credenciamento dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) também é informada na apresentação dessa política. No entanto, a inserção da Odontologia como especialidade obrigatória no âmbito da atenção oncológica se fez em 1998, através da Portaria GM/MS nº 3.535[73] (BRASIL, 1998b), e posteriormente pela Portaria SAS/MS nº 741 (BRASIL, 2005b). Esta definiu os tipos de unidades assistenciais, além de estabelecer critérios para cadastramento de Centros de Atendimento em Oncologia. Portanto, a inclusão da Odontologia nas políticas de Oncologia também não nos parece uma ação direta da PNSB.

Como vimos no seguimento anterior, em relação aos CEOs, o MS editou em 2010 a Portaria SAS/MS nº 718, que além de garantir a oferta de implantes dentários e ortodontia no SUS, instituiu o "Procedimento Sequencial em Anomalia Crânio e Bucomaxilofacial", de

---

[73] Esta Portaria foi revogada em 2005 pela Portaria GM/MS nº 2.571.

modo permitir a realização, em âmbito hospitalar, de atos cirúrgicos com continuidade, interdependência e complementaridade em pacientes portadores de anomalias crânio e bucomaxilofacial (BRASIL, 2010g). Desta forma, embora essa Portaria não seja apresentada como parte integrante da PNSB na atenção terciária, consideramos que a mesma representa um passo importante no processo de desenvolvimento da atenção saúde bucal neste nível de atenção.

No tocante ao atendimento de PNEs, ainda em 2010, a Portaria GM/MS nº 1.032 incluiu procedimentos odontológicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento desses pacientes sob anestesia geral ou sedação em ambiente hospitalar (BRASIL, 2010b).

Com a edição da referida Portaria, o MS, através da PNSB, **torna possível o repasse de recursos financeiros federais relativos a procedimentos considerados de atenção básica[74] e ou/ secundária realizados em ambiente hospitalar no SUS**, mediante a informação do procedimento de código[75] 04.14.02.041-3 - "Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais". Lembramos que este procedimento possui um atributo complementar que inclui o valor da anestesia. Ademais, ele é compatível com outros procedimentos odontológicos, tanto de atenção básica como de média complexidade, cuja informação é obrigatória.

A publicação desse procedimento no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) informa ainda:

- Descrição: "Consiste em procedimentos odontológicos realizados em ambiente hospitalar, sob anestesia geral ou sedação, em usuários que apresentem uma ou mais limitações temporárias ou permanentes de ordem intelectual, física, sensorial e/ou emocional que os impeçam de ser submetido a uma situação odontológica convencional".
- Modalidade de Atendimento: Hospitalar - Hospital Dia.
- Complexidade: Média Complexidade.
- Tipo de Financiamento: Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC).
- Subtipo de Financiamento: Tratamentos odontológicos.

---

[74] Procedimentos considerados de atenção básica não têm valor financeiro na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Portanto, a realização destes procedimentos em âmbito hospitalar, de forma isolada daquela normatizada pela Portaria nº 1.032, não é possível de ser faturada, ficando esta responsabilidade financeira a cargo do gestor local que oferece este tipo de atendimento em sua unidades assistenciais.

[75] Código de procedimento realizado no SUS, segundo o Sistema de Informação de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGPAP).

- Instrumento de Registro: AIH (Proc. Principal).
- Média de Permanência: um dia.
- Atributos Complementares: Inclui valor da anestesia - Cirurgias Eletivas - Componente III.

Portanto, trata-se de um procedimento principal de média complexidade, a ser realizado em ambiente hospitalar sob anestesia geral ou sedação consciente, através da emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH- principal). Nesse documento também devem ser registrados todos os procedimentos realizados no paciente compatíveis com o procedimento principal, tal como listados na Portaria n° 1.032.

O Quadro 9 é representativo da normatização vigente até dezembro de 2012 no tocante à atenção terciária em saúde bucal no SUS.

Quadro 9. Portaria de normatização da atenção em saúde bucal em nível terciário

nº/origem Port.	**Data da edição**	**Objetivo**
1.032/ GM	05 de maio de 2010	Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais.

Fonte: elaboração própria, a partir do *site* SAUDELEGIS - Sistema de Legislação da Saúde do MS.

Concluída esta etapa descritiva das ações da PNSB no nível terciário, verificamos que o MS optou por não considerar as ações inerentes à Portaria GM/MS nº 718 como parte integrante da PNSB nesse nível de atenção. No entanto, reconhecemos a relevância desta Portaria[76] no processo de atenção integral à saúde bucal de pacientes portadores de anomalias bucomaxilofaciais.

Lembramos que a PNSB ainda **não integra** o trabalho tradicionalmente desenvolvido pela Odontologia em âmbito hospitalar através da especialidade CTBMF. A não informação de participação da PNSB na Rede de Atenção às Urgências e Emergências, mesmo sendo esta

[76] A Portaria SAS/GM nº 718 criou o "Procedimento Sequencial em Anomalia Crânio e Bucomaxilofacial que permite a realização de atos cirúrgicos com continuidade, interdependência e complementaridade realizados em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados a órgão único ou região anatômica única ou regiões contíguas, bilaterais ou não, devidos a mesma doença, executados por meio de única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico".

uma das Redes de Atenção à Saúde (RAS) prioritária[77] do governo, é representativa desta constatação.

Em síntese, ressaltamos que no atual estágio de desenvolvimento da PNSB no nível terciário, **a única ação assistencial considerada na apresentação desta política** diz respeito ao procedimento "Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais", instituído pela Portaria nº 1.032.

No capítulo seguinte, apresentaremos os resultados das pesquisas acerca da ocorrência deste procedimento em âmbito nacional nos anos de 2011 e 2012. Para tal, foram levantados e analisados dados referentes às unidades hospitalares com serviços de atenção à saúde bucal registrados no SCNES, o quantitativo de hospitais que realizaram o procedimento e o movimento de AIHs apresentadas para este fim.

[77] Em 2011, após pactuação tripartite, o MS considerou como prioritárias cinco redes de atenção à saúde: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

INFORMAÇÕES INÉDITAS ORIUNDAS DE PESQUISAS DESENVOLVIDAS ESPECIFICAMENTE PARA ANÁLISE DO ATUAL ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO DA PNSB NO NÍVEL TERCIÁRIO DE ATENÇÃO

4 RESULTADOS DAS PESQUISAS

Com vistas a uma melhor sistematização da exposição dos resultados das pesquisas, passaremos a expô-los neste capítulo, de modo a considerar algumas categorias de análise enumeradas na sequência.

O conceito de hospital considerado nesta tese, como explicitado na página 38, está relacionado aos estabelecimentos de saúde com disponibilidade física de leitos/SUS. Ressaltamos que a possibilidade de realização do procedimento "Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais" tal como instituído pela Portaria GM/MS nº 1.032, embora exija internação, não depende do tipo de hospital ou do número de leitos existentes, ou seja do porte destes estabelecimentos. Desta forma, as análises referentes ao número de hospitais e sua distribuição no território nacional não se preocuparam em estratificar estas unidades, seja pelo seu porte ou tipo de especialidade.

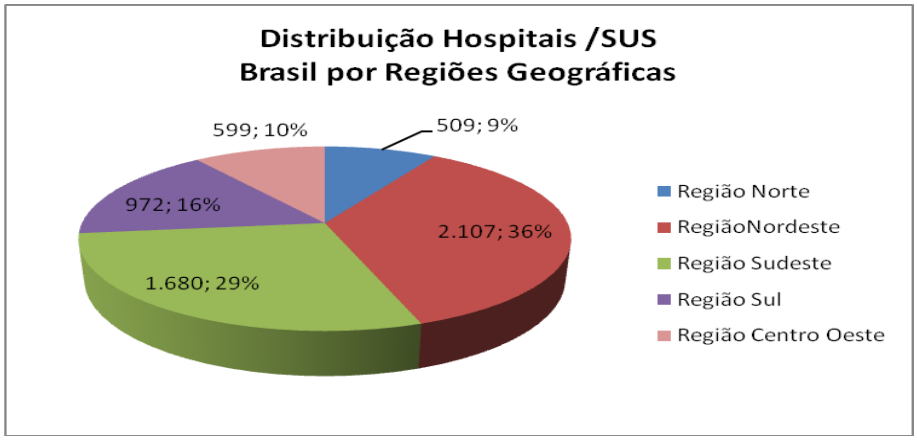
4.1 Número de hospitais no Brasil com registro no SCNES

Segundo dados da pesquisa, em dezembro 2012 existiam no país 5.867 hospitais com disponibilidade de leitos ao SUS. Esta soma considerou os hospitais gerais, os especializados, e os hospitais-dia. Deste quantitativo, 3.081 constituem a rede própria do SUS, ou seja, são unidades hospitalares públicas, e 2.784 compreendem a rede conveniada SUS, entre os quais 1.464 são hospitais filantrópicos e 1.320 são hospitais privados. Somam-se a estes mais duas unidades hospitalares ligadas a sindicatos.[78]

O gráfico 1 a seguir mostra a distribuição quantitativa destas unidades de saúde por regiões geográfica do país.

[78] Hospital do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Rio do Pires, na Bahia, e Hospital Maternidade do Sindicato dos Arrumadores de Fortaleza, no Ceará.

Gráfico 1. Distribuição geográfica dos hospitais/SUS/ Brasil até dez/2012

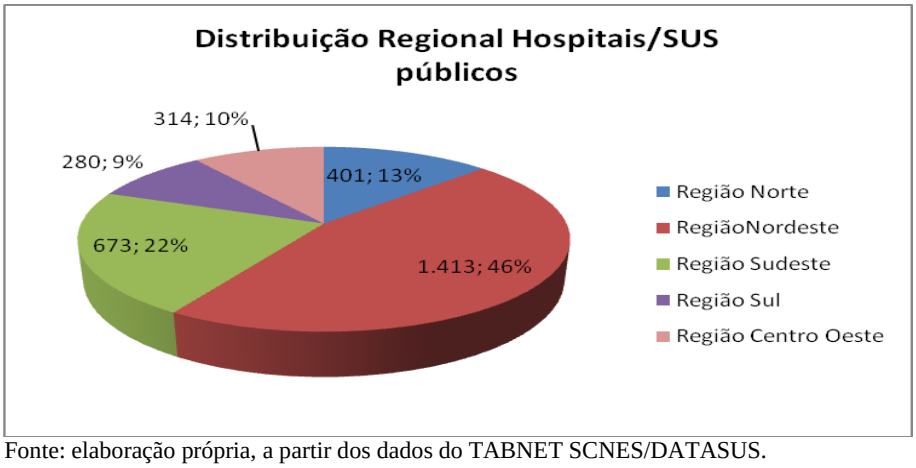


Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do TABNET SCNES/DATASUS.

Os números mostram que a Região Nordeste apresenta o maior percentual (36%) de hospitais com disponibilidade de leitos/SUS do país. Seguem-se as Regiões Sudeste (29%), Sul (16%) e Centro-Oeste (10%). A Região Norte apresenta a menor concentração de unidades hospitalares dispondo de apenas 9%.

Em relação à natureza jurídica, os gráficos 2, 3 e 4 elucidam a distribuição das unidades hospitalares com disposição de leitos de internação ao SUS no país.

Gráfico 2. Distribuição regional dos hospitais públicos/Brasil até dez/ 2012



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do TABNET SCNES/DATASUS.

A Região Nordeste detém 46% dos hospitais públicos do país. Seguem-se as Regiões Sudeste com 22%, Norte (13%) e Centro-Oeste com 10% destes hospitais. A Região Sul conta somente com 9% dos hospitais que compõem nacionalmente a rede própria do SUS.

No tocante à Região Nordeste, Bahia, com 326 hospitais, seguida de Pernambuco

(219) Maranhão (208) e Ceará (177), concentram o maior volume destas unidades. Juntos, os quatro estados detêm 66% dos hospitais públicos da região. Seguem-se os estados do Piauí (146), Rio Grande do Norte (134), Paraíba (122), Alagoas (56) e Sergipe, este último contando com 25 dessas unidades.

Na Região Sudeste, o estado com maior número de unidades hospitalares públicas é São Paulo (296), seguido do Rio de Janeiro (176), Minas Gerais (166) e Espírito Santo, que conta apenas 35 destas unidades. A Região Norte, em números absolutos, possui 401 hospitais públicos distribuídos nos sete estados que a compõem. O estado que conta com maior número destes estabelecimentos é o Pará, onde estão 146 unidades. Seguem-se Amazonas e Rondônia, contando, respectivamente, com 87 e 59 hospitais. Estes três estados concentram 73% destas unidades na Região Nordeste. O 27% restantes estão distribuídos da seguinte forma: Tocantins (52) Acre (26), Amapá (16) e Roraima, que conta com 15 dessas unidades hospitalares.

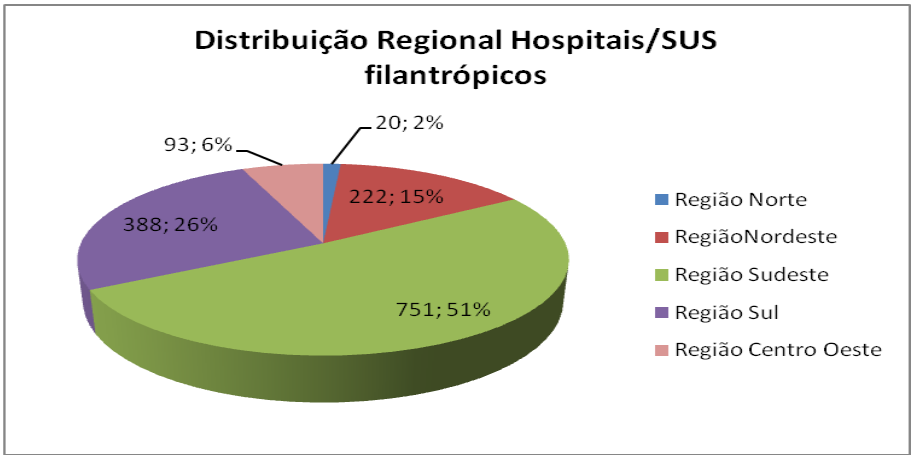
A Região Centro-Oeste conta com 314 hospitais públicos sendo que no estado de Goiás estão 184 destas unidades, correspondendo a 59% do total da região. Mato Grosso (65), Mato Grosso do Sul (44) e o Distrito Federal, contando com 21 destas unidades, complementam a região.

A Região Sul concentra o menor número de estabelecimentos hospitalares públicos do país. O estado do Paraná, contando com 179 destas unidades, detém sozinho 64% das unidades da região. Os restantes 36% estão distribuídos nos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, que contam com 57 e 44 unidades, respectivamente.

A análise por estados isolados revela que a Bahia (326) é o estado brasileiro que detém a maior concentração de hospitais públicos. Outros estados com expressividade em número desses hospitais são: São Paulo (296), Maranhão (208), Goiás (184) Paraná (179), Ceará (177), Rio de Janeiro (176) e Minas Gerais (166).

Além dos hospitais públicos, as unidades filantrópicas têm papel relevante na assistência hospitalar no país, já que representam 53% da rede conveniada do SUS. A disposição geográfica nacional desses hospitais se encontra no gráfico 3.

Gráfico 3. Distribuição regional dos hospitais filantrópicos/Brasil até dez/ 2012



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do TABNET SCNES/DATASUS.

No tocante aos hospitais de natureza filantrópica, a Região Sudeste concentra o 51% destas unidades no Brasil, sendo que os estados de São Paulo (353) e Minas Gerais (303) juntos detêm 87% desses estabelecimentos na região. Vale registrar que em comparação ao número de hospitais públicos nesses estados, o número de unidades filantrópicas representa mais que seis vezes (6,46) em São Paulo e o quase o dobro (1,82) em Minas Gerais. Os estados do Rio de Janeiro e Espírito Santo contam com 55 e 40 destas unidades, respectivamente.

Na Região Sul, os 388 hospitais filantrópicos correspondem a 26% do total desses hospitais no Brasil. Rio Grande do Sul é responsável por 54% destas unidades. Seguem-se os estados do Paraná e Santa Catarina, com 91 e 88 unidades, respectivamente.

A Região Nordeste, com seus nove estados, detém 15% dessas unidades. Na região, o estado com maior número desses estabelecimentos é Bahia, com 78 unidades. Seguem-se os estados do Ceará (38), Pernambuco (25), Paraíba (20), Rio Grande do Norte (21), Sergipe (13) e Maranhão, com dez unidades. A região se completa com o estado do Piauí, que conta apenas com seis desses hospitais.

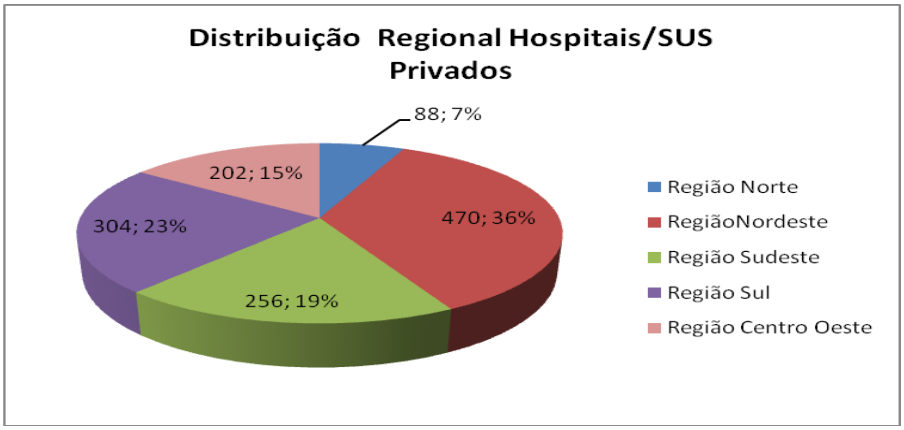
A Região Centro-Oeste, com 83 destas unidades, contribui nacionalmente com 6% deste tipo de hospital, assim distribuídos: Mato Grosso do Sul (39), Goiás (26) e Mato Grosso (16). O Distrito Federal possui apenas dois hospitais filantrópicos com disponibilidade de leitos de internação para o SUS.

A Região Norte apresenta o menor percentual do país, com apenas 2% desses hospitais, distribuídos da seguinte forma: Pará conta com 12 hospitais, enquanto Acre, Amazonas e Rondônia possuem duas destas unidades, e os estados do Amapá e Tocantins

contam cada um com um hospital desse tipo. Em Roraima não existem hospitais filantrópicos com disponibilidade de leitos ao SUS.

Por fim, destacamos que a rede complementar do SUS também conta com hospitais privados conveniados. A distribuição nacional dessas unidades encontra-se distribuída regionalmente, conforme mostrado no gráfico 4.

Gráfico 4. Distribuição regional dos hospitais privados/Brasil até dezembro de 2012



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do TABNET SCNES/DATASUS.

A Região Nordeste detém a maior concentração (36%) de unidades privadas com disponibilidade de leitos de internação do SUS no país. O estado da Bahia, com 137 dessas unidades, é responsável por 29%. Seguem-se os estados de Ceará (65), Pernambuco (54), Paraíba (46), Piauí (45), Rio Grande do Norte (37), Maranhão (33), Sergipe (29), e Alagoas, contando com 24 hospitais de natureza privada e conveniados ao SUS.

A Região Sul concentra 23% das unidades hospitalares privadas com leitos disponíveis ao SUS, sendo que o Paraná (168) é o estado com maior número destas unidades na região. Santa Catarina e Rio Grande do Sul contam, respectivamente, com 69 e 67 dessas unidades.

A Região Sudeste, com 19% destas unidades, apresenta-se como a terceira região do país em números percentuais. Na região, o estado com maior volume de hospitais privados é Minas Gerais, com 105 unidades. Os estados do Rio de Janeiro (76), São Paulo (60) e Espírito Santo, com 15 destes hospitais, completam a região.

A Região Centro-Oeste detém 15% deste tipo de unidade de saúde, sendo Goiás (127) o estado com maior concentração desses hospitais. Seguem-se os estados do Mato Grosso (47) e Mato Grosso do Sul, com dez hospitais. O Distrito Federal possui 18 hospitais privados

conveniados ao SUS.

A Região Norte conta com 86 unidades hospitalares desse tipo, que correspondem a apenas 7% dos hospitais privados/conveniados ao SUS no país. Dos sete estados da região, somente quatro possuem unidades: Pará (70), Amazonas (9), Rondônia (8) e Tocantins, que conta somente com um hospital deste tipo.

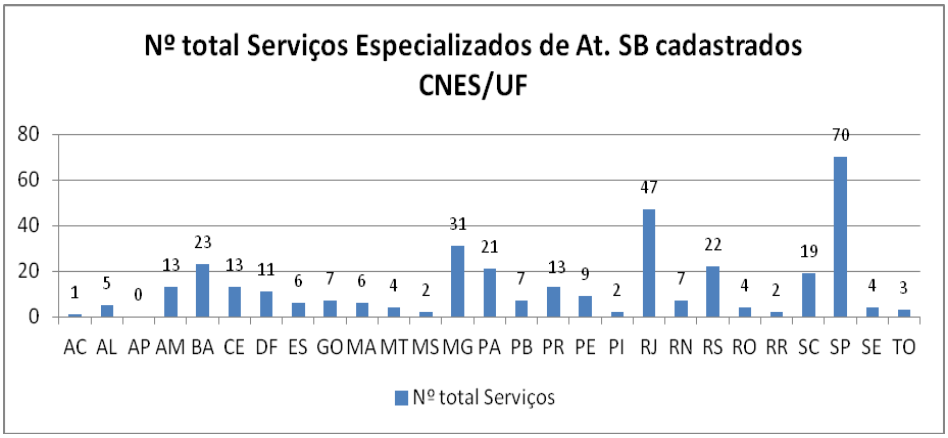
A análise por estados mostra que o estado do Paraná detém o maior número de hospitais privados (168) disponíveis ao SUS. Seguem-se Bahia (137), Goiás (127), Minas Gerais (105), Rio de Janeiro (76), Santa Catarina (69), Rio Grande do Sul (67), Ceará (65), São Paulo (60) e Pernambuco, com 54 destas unidades.

Descrita a rede de hospitais com disponibilidade de leitos ao SUS no país, passaremos no próximo subitem à verificação de quantos desses hospitais/SUS possuem serviços de atenção à saúde bucal cadastrados no SCNES.

4.2 **Hospitais/SUS com serviços especializados de atenção à saúde bucal cadastrados no SCNES**

No que tange ao cadastramento de serviços especializados em atenção à saúde bucal, o dados da pesquisa indicam que até dezembro de 2012 existiam 352 unidades hospitalares no país contando com esse tipo de serviço. A distribuição dessas unidades hospitalares entre as 26 Unidades Federadas (UF) e o Distrito Federal encontra-se demonstrado o gráfico 5, abaixo.

Gráfico 5. Número de hospitais no Brasil que contam com Serviços Especializados de Atenção à saúde Bucal cadastrados no SCNES por estados



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do TABNET SCNES/DATASUS.

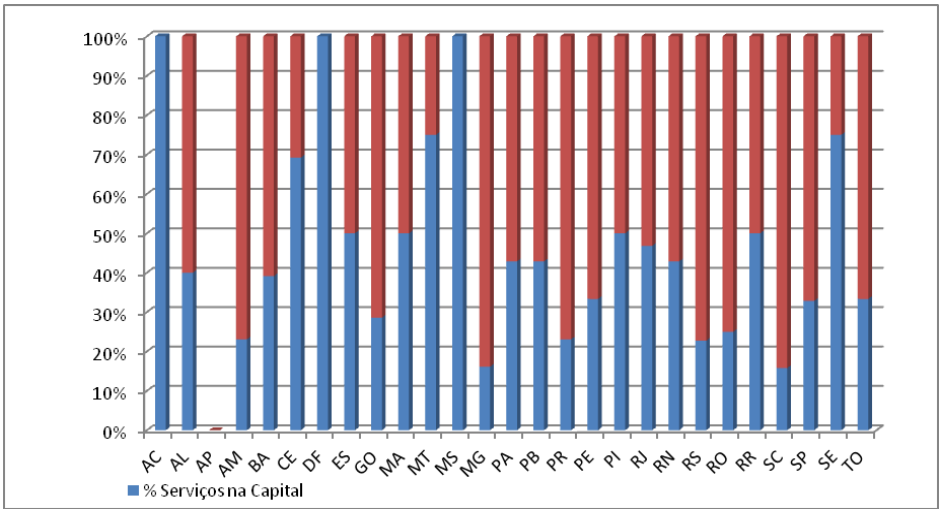
A análise por estados mostra que a distribuição das unidades hospitalares com serviços

especializados de atenção à saúde bucal no Brasil ainda é muito desigual. São Paulo (70) concentra 20% dessas unidades hospitalares no país. Somam-se os estados do Rio de Janeiro (13%), Minas Gerais (9%), Bahia, Pará e Rio Grande do Sul (6% cada). Estes seis estados concentram 60% do total de hospitais que contam com esse tipo de serviço no país. Seguem-se Santa Catarina (19), Amazonas, Ceará e Paraná, com 13 hospitais cada, e o Distrito Federal, com 11 unidades.

Com exceção do estado do Amapá, que não conta com hospital com estas características, as restantes 15 unidades federadas ainda apresentam números muito reduzidos de hospitais com serviços especializados de atenção à saúde bucal cadastrados no SCNES.

Ressaltamos ainda que do total das 352 unidades hospitalares que contam com serviços especializados de atenção à saúde bucal no país, 134 (38%) estão localizadas nas capitais conforme demonstrado no gráfico 6, abaixo.

Gráfico 6. Percentual de hospitais/SUS com serviços 114 cadastrado no SCNES/capitais brasileiras até dez/2012



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do TABNET SCNES/DATASUS.

Sobre a concentração destas unidades hospitalares nas capitais brasileiras, enfatizamos que os estados do Acre e Mato Grosso do Sul concentram 100% desse tipo de unidade de saúde em suas capitais. Além desses dois estados, o Distrito Federal,[79] por questões inerentes a seu desenho institucional, concentra 100% dessas unidades.

[79] O Distrito Federal difere das demais unidades federativas brasileiras por ser um território autônomo dividido em regiões administrativas, mais conhecidas como cidades satélites. Desta forma, os resultados expressos nos gráficos e nos quadros relativos à distribuição estadual, municipal e regional de unidades hospitalares, quando localizadas no DF, apresentam-se com valores relativos equivalentes a 100%, não apresentando condições comparativas frente aos demais entes federativos.

Nesse cenário destacam-se ainda as cidades de Cuiabá (75%), Aracaju (75%), Fortaleza (69%), São Luís, Teresina, Rio Branco e Vitória, sendo que as quatro últimas concentram 50% dos hospitais existentes em seus respectivos estados. As capitais com menores concentrações deste tipo de hospital são Florianópolis e Belo Horizonte, que contam ambas com 16% das unidades pesquisadas dos seus estados.

Considerando-se os a distribuição por regiões geográficas, destaca-se a Região Sudeste, por concentrar o maior percentual (45%) de unidades hospitalares no país com serviços especializados de atenção à saúde bucal cadastrados no SCNES.

O estado de São Paulo, com 70 unidades hospitalares, concentra (45%) quase a metade deste tipo de serviço na região. Seguem-se os estados do Rio de Janeiro (47), Minas Gerais (31) e Espírito Santo, que conta com apenas seis unidades hospitalares com o tipo de serviço pesquisado. Em termos percentuais, a participação desses estados na Região Sudeste corresponde, respectivamente, a 31%, 20% e 4%.

A Região Nordeste conta com 76 unidades hospitalares com o serviço pesquisado. Os estados com maior número de hospitais com serviço especializado e atenção à saúde bucal são Bahia (23) e Ceará (13), que concentram respectivamente, 30% e 17% desses serviços na região. Os estados Paraíba e Rio Grande do Norte, ambos com sete hospitais participam na região com o corresponde a 9% dos hospitais com essas características.

A Região Norte conta com 44 unidades hospitalares com esse tipo de serviço. O estado do Pará, com 21 hospitais, concentra 47% dos serviços especializados de atenção à saúde bucal da região. Amazonas (13), Rondônia (4), Tocantins (3), Roraima (2) e Acre (1) participam regionalmente com percentuais correspondentes a 30%, 9%, 7%, 5% e 2%. De acordo com os dados da pesquisa, o Amapá apresentou-se como o único estado brasileiro sem esse tipo de serviço cadastrado no SCNES.

A Região Sul, em termos percentuais, concentra 15% dos hospitais do país que contam com serviços especializados de atenção à saúde bucal. Na região, o estado com maior representatividade é o Rio Grande do Sul (22), seguido de Santa Catarina (19) e Paraná (11). A participação regional desses estados é, respectivamente, 41%, 35% e 24%.

A Região Centro-Oeste participa nacionalmente com o menor percentual (7%) de hospitais com o tipo de serviço pesquisado. O Distrito Federal (11) apresentou a maior concentração desses hospitais na região (46%). Seguem-se os estados de Goiás (7), Mato Grosso (4) e Mato Grosso do Sul (2), cujas participações percentuais na região correspondem, respectivamente, a 29%, 15% e 8%.

Outro dado importante sobre o número de hospitais com disponibilidade de leitos/SUS

que contam com serviços especializados em atenção à saúde bucal cadastrados no SCNES diz respeito à classificação desses serviços. Segundo normatização para o cadastramento no SCNES existe a possibilidade de sete classificações para o serviço especializado 114 - "Atenção à saúde bucal", conforme demonstrado no Quadro 10 abaixo.

Quadro 10. Classificação dos Serviços de Atenção à Saúde Bucal conforme o SCNES

SCNES/ Serviço Especializado em Atenção à Saúde Bucal	
Classificação	**Especialidade assistencial**
001	Dentística
002	Endodontia
003	Periodontia clínica
004	Moldagem/Manutenção
005	Cirurgia Oral
006	Cirurgia Bucomaxilofacial
007	Atenção à pessoa com deficiência

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do SCNES/DATASUS.

Neste contexto, ressaltamos que do total de 352 unidades hospitalares que contam com esse tipo de serviço disponível ao SUS no país, 234 (66%) hospitais só efetuaram cadastro na classificação 006 - Cirurgia Bucomaxilofacial. Esta única classificação é encontrada em 100% nos hospitais nos estados de Sergipe, Mato Grosso do Sul e no Distrito Federal.

Mais sete estados apresentaram alta predominância desta classificação: Paraná, Rio Grande do Norte e Alagoas, onde 80% ou mais unidades só foram cadastradas para CBMF, e Rondônia, Paraíba, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, onde mais de 70% dos hospitais foram cadastrados somente nessa classificação.

No que tange a classificação 007- Atenção à pessoa com deficiência, somente 12 hospitais (3% do total) apresentaram cadastro nesta classificação. Estas unidades estão dispostas nas seguintes unidades federadas: Acre (1); Distrito Federal (3); Piauí (1); Rio Grande do Sul (2); Santa Catarina[80] (3) e São Paulo (2).

Os dados acima apresentados dizem respeito à distribuição espacial dos estabelecimentos aptos a realizar ações no nível terciário de atenção à saúde bucal no SUS. Com vistas a construir um panorama amplo e consistente deste tipo de atenção em âmbito nacional, passaremos a apresentação dos dados acerca do movimento de AIHs referentes ao

[80] Quando cotejamos estes dados com o número de hospitais que apresentaram AIHs para os fins pesquisados verificamos que no estado de Santa Catarina só duas destas unidades hospitalares realizaram o procedimento 04.14.02.041-3.

procedimento 04.14.02.041-3 “Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais” instituído pela Portaria GM/MS nº 1.032. Da mesma forma na sequência analisaremos o quantitativo de hospitais que apresentaram AIHs para realização deste procedimento.

Vale registrar que apesar da edição da portaria citada ter ocorrido em maio de 2010, a Coordenação Geral de Saúde Bucal do MS reconheceu, em Nota Técnica,[81] que no primeiro ano de sua vigência, oito estados (Acre, Amazonas, Amapá, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Rio Grande do Norte) não apresentaram produção para o referido procedimento. Assim, optamos por selecionar o biênio 2011/12 como o período de referência de análise e descrição desta pesquisa.

4.3 **Número de AIH apresentadas para o procedimento “Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais” no Brasil nos anos 2011/12 e disponibilização de valores financeiros pelo MS**

O SUS contabilizou no período de 2011 e 2012 um total de 13.994 AIHs relacionadas ao Procedimento “Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais” (código 04 14 02 04 13). A distribuição deste quantitativo, assim como os valores em reais correspondentes a esta produção, encontram-se demonstrados por regiões geográficas e seus respectivos estados, conforme o Quadro 11.

O Ministério da Saúde disponibilizou em âmbito nacional nesse período o correspondente a R$ 9.555.110,01 para o pagamento das 13.994 AIHs relacionadas ao procedimento analisado. Deste quantitativo, 7.001 (50%) foram realizadas no âmbito de unidades hospitalares públicas e 6.993 (50%) foram realizadas pela rede conveniada ao SUS.

A Região Sudeste apresentou o maior quantitativo desta produção, com 5.776 AIHs (R$ 2.071.313,15), seguida das Regiões Nordeste (5.155 AIHs e R$1.730.240,75), Sul (1.573 AIHs e R$ 534.632,53) e Centro-Oeste (1.099 AIHs e R$ 374.212,40). A Região Norte apresentou o menor quantitativo em relação ao restante do país, com apenas 391 AIHs, correspondendo a R$ 134.312,35.

---

[81] Ofício Circular nº 1/2011-CGSB/DAB/SAS/MS. Disponível em:<www.cro-ce.org.br/portaria-1032-nova.pdf> Acesso em: out 2012.

Vale registrar que os valores pagos correspondem ao total de procedimentos[82] principal (ais) somado aos especiais (se for o caso) realizados e registrados neste documento.

O Quadro 11, abaixo, ilustra a distribuição deste quantitativo de AIH no país identificando a natureza pública ou conveniada das unidades que apresentaram essa produção no biênio estudado.

Quadro 11. Distribuição da produção de AIHs pagas para o Procedimento "Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais" no Brasil nos anos de 2011/12

Região/UF	2011/2012			Total AIH p/ proc. Pesquisado	Valor total de AIH pagas pelo MS R$
	Público	Conveniados	% Público		
Região Norte				**391**	**134.312,35**
Acre	33	-	100%	33	10.851,22
Amapá	1	-	100%	1	328,34
Amazonas	27	-	100%	27	9.647,91
Pará	108	1	99%	109	36.555,94
Rondônia	38	-	100%	38	12.604,92
Roraima	62	-	100%	62	21.278,90
Tocantins	121	-	100%	121	43.045,12
Região Nordeste				**5.155**	**1.730.240,75**
Alagoas	23	5	82%	28	9.393,52
Bahia	77	43	64%	120	46.865,71
Ceará	6	5	55%	11	3.635,74
Maranhão	1.223	-	100%	1.223	402.820,80
Paraíba	75	-	100%	75	25.420,72
Pernambuco	530	2.978	15%	3.508	1.178.195,45
Piauí	1	-	100%	1	328,34
Rio Grande do Norte	27	9	75%	36	11.876,24
Sergipe	19	134	12%	153	51.704,23
Região Sudeste				**5.776**	**2.071.313,15**
Espírito Santo	36	9	80%	45	15.368,09
Minas Gerais	1.109	1.061	51%	2.170	824.518,73
Rio de Janeiro	500	741	40%	1.241	422.494,80
São Paulo	1.783	537	77%	2.320	808.931,53

[82] O MS considera três tipos de procedimentos, a saber: 1- Procedimento principal é aquele que gera a AIH e que tem valores de serviço hospitalar (SH) e serviço Profissional (SP). Apenas um procedimento principal pode gerar uma internação. Entretanto, um internamento pode conter até cinco procedimentos principais 2- Procedimento especial é aquele que não permite que o paciente seja internado exclusivamente para realizá-lo, mas pode ser feito dentro da AIH de um procedimento principal. Este tipo de procedimento que também pode ser realizado na modalidade ambulatorial tem valor financeiro a ser somado no(s) valore(s) final da AIH. 3- Procedimento secundário é aquele que não gera AIH e tem valor financeiro zerado. Contudo deve ser registrado para auxiliar os cálculos de custo hospitalar. Laudo é o documento utilizado para solicitar a AIH. Este documento deve ser preenchido pelo profissional que solicita a internação do paciente (BRASIL, 2012). Manual AIH.

Região Sul				**1.573**	**534.632,53**
Paraná	439	73	86%	512	171.226,63
Rio Grande do Sul	131	402	25%	533	183.599,37
Santa Catarina	114	414	22%	528	179.806,53
Região Centro-Oeste				**1.099**	**374.212,40**
Distrito Federal	52	-	100%	52	17.093,68
Goiás	384	6	98%	390	129.965,79
Mato Grosso	38	424	8%	462	158.602,95
Mato Grosso do Sul	44	151	23%	195	68.549,98
TOTAL	**7.001**	**6.993**	**-**	**13.994**	**9.555.110,01**

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do DATASUS.

A análise por estados demonstra que, no biênio 2011/12, Pernambuco (3.508) contabilizou nacionalmente o maior volume de AIHs para o procedimento "Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais". Os outros estados com produção expressiva de AIHs para o mesmo fim são: São Paulo (2.320), Rio de Janeiro (1.241), Maranhão (1.233) e Minas Gerais, que apresentou 2.170 AIHs para o procedimento pesquisado. Neste cenário ainda merecem destaque os estados do Amapá e Piauí, por ambos terem apresentado apenas uma AIH nos dois anos pesquisados.

Em relação à natureza jurídica das unidades hospitalares, 99% da produção apresentada pela Região Norte no período pesquisado foi realizada em unidades públicas. A exceção foi o estado do Pará, que em 2011 realizou um único procedimento em hospital da rede conveniada.

Na Região Nordeste, a maior produção de AIHs (68%), foi apresentada pelo estado de Pernambuco sendo que somente 15% desta produção foi realizada no setor público. Da mesma forma, a produção do estado de Sergipe realizada em unidades públicas correspondeu a apenas 12%. Já o estado do Maranhão apresentou no período pesquisado o percentual de 100% da sua produção (1.223 AIHs) realizadas em hospitais de natureza pública. Ainda nessa região merece destaque o estado do Piauí, que no período analisado apresentou somente uma AIH deste tipo, realizada em hospital público.

Na Região Sudeste, os estados de Espírito Santo (45), São Paulo (2.320), Minas Gerais (2.170) apresentaram percentuais de produção de AIHs em unidades públicas de, respectivamente, 80%, 77% e 51%. Ainda nesta região, o estado do Rio de Janeiro (1.241) apresentou a maior parte de sua produção (60%) efetuada na rede conveniada SUS.

Na Região Sul, o Paraná, além de apresentar a maior produção (512), foi o único estado onde esta produção foi realizada em maior volume no setor público (86%). Os estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina apresentaram respectivamente percentuais de AIHs de

25% e 22% para realização do procedimento em âmbito público.

Na Região Centro-Oeste, o Distrito Federal e o estado de Goiás apresentaram os maiores percentuais de produção no setor público, correspondendo a 100% e 98%, respectivamente. As unidades hospitalares públicas nos estados de Mato Grosso do Sul e Mato Grosso apresentaram percentuais de 23% e 8%, respectivamente, para a produção desse tipo de AIH naquela região.

Vale registrar que quando o total nacional de AIHs relativas ao procedimento pesquisado é analisado separadamente para os anos de 2011 e 2012, podemos verificar um aumento de 47 para 53 pontos percentuais em relação à produção realizada no âmbito de hospitais públicos.

4.4 **Hospitais que apresentaram AIHs para o procedimento pesquisado em relação aos hospitais com serviço 114 cadastrado no SCNES**

Uma vez analisado o quantitativo de AIHs referentes ao procedimento pesquisado no biênio 2011/12, verificamos na sequência, através do TABWIN, quais foram as unidades hospitalares que as apresentaram. Estes dados foram cotejados com aqueles relativos aos hospitais que possuem Serviço Especializado de Atenção em Saúde Bucal - serviço 114 - cadastrados no SCNES. Deste modo, calculamos o percentual de hospitais que realizaram o procedimento “Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais” que conta com o serviço 114 cadastrado, conforme demonstrado no quadro a seguir.

Quadro 12. Hospitais que realizaram o procedimento pesquisado em relação aos hospitais que contam com serviços 114 cadastrados no SCNES

Região/UF	Nº de hospitais que realizaram o Procedimento pesquisado	Nº de hospitais que realizaram o Proc. Pesq. c/ Serv. Espec. At. SB / SCNES	% de hosp c/ Serv. Espec. At. SB/ SCNES que realizaram o Proc. Pesq.
Região Norte	**19**	**8**	**42%**
Acre	1	1	100%
Amapá	1	0	0%
Amazonas	1	1	100%
Pará	4	1	25%
Rondônia	4	2	50%
Roraima	2	1	50%
Tocantins	6	2	23%
Região Nordeste	**38**	**16**	**42%**
Alagoas	2	0	0%
Bahia	14	8	57%
Ceará	5	4	80%
Maranhão	4	0	0%
Paraíba	5	2	40%
Pernambuco	3	1	33%
Piauí	1	0	0%
Rio Grande do Norte	2	0	0%
Sergipe	2	1	50%
Região Sudeste	**163**	**44**	**27%**
Espírito Santo	4	3	75%
Minas Gerais	54	10	19%
Rio de Janeiro	22	7	32%
São Paulo	83	24	29%
Região Sul	**76**	**23**	**30%**
Paraná	22	4	18%
Rio Grande do Sul	28	11	38%
Santa Catarina	26	8	31%
Região Centro-Oeste	**20**	**9**	**45%**
Distrito Federal	4	4	100%
Goiás	7	3	43%
Mato Grosso	4	1	25%
Mato Grosso do Sul	5	1	20%
TOTAL	**316**	**100**	**32%**

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do TABWIN/DATASUS e do SCNES/DATASUS.

Como podemos observar, no período pesquisado, **316 hospitais realizaram o procedimento** "Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais" no país. Deste **total, somente 32% (100) hospitais contam com serviços 114 cadastrados no SCNES.** Em outras palavras, cerca de 2/3 dos hospitais que apresentaram AIHs no biênio 2011/12 para realização do procedimento pesquisado não contam com serviço especializado de atenção em saúde bucal cadastrado no SCNES.

Na Região Norte, a produção relativa aos estados Acre e Amazonas foi totalmente realizada em hospitais que contam com "Serviço Especializado de Atenção em Saúde Bucal - 144". Nos estados de Rondônia e Roraima, 50% dos hospitais com produção de AIHs para o procedimento pesquisado contam com serviço 114. Nos estados do Tocantins e Pará a participação deste tipo de hospital foi, respectivamente, 33% e 25%. Em relação ao Amapá, este foi o único estado da região cuja produção não contou com hospital com estas características.

No tocante à Região Nordeste, o estado do Piauí apresentou uma única AIH para fins do procedimento "Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais". A apresentação deste tipo de AIH verificada em hospitais que contam com serviços cadastrados no SCNES também ocorreu nos estados do Ceará (80%), Bahia (57%), Sergipe (50%), Pernambuco (33%) e Pará (25%). Nos estados de Alagoas, Maranhão e Rio Grande do Norte, os hospitais que contam com serviço cadastrado no sistema não participaram da produção de AIHs para os fins pesquisados.

Na Região Sudeste, o estado com maior percentual hospital com este serviço foi o Espírito Santo (75%), seguido do Rio de Janeiro (32%). São Paulo (29%) e Minas Gerais (19%) apresentam-se abaixo do percentual nacional.

Em relação à Região Sul, o único estado que apresentou percentual acima daquele observado para o país foi o Rio Grande do Sul (39%). Nos estados de Santa Catarina e Paraná, a produção deste tipo de AIH em hospitais com serviço 114 ocorreu, respectivamente, nas proporções de 29% e 19%.

Na Região Centro-Oeste a produção das AIHs pesquisadas, com exceção do Distrito Federal (100%) e de Goiás (43%), apresentou percentuais de participação de hospitais com as características pesquisadas bem abaixo daquele calculado para país: Mato Grosso (25%) e Mato Grosso do Sul (20%).

Destacamos que no estado do Acre assim como no Distrito Federal, a produção do procedimento pesquisado foi totalmente realizada por hospitais que contam com o serviço 114.

Considerando-se que o procedimento pesquisado é voltado especificamente para pacientes portadores de necessidades especiais, levantamos entre esses hospitais (100) quais efetuaram o cadastramento na classificação 007- "Atendimento à pessoa com deficiência". Os dados mostram que somente dez hospitais (10%) dentre os que realizaram o procedimento no país contam com Serviços Especializados de Atenção em Saúde Bucal nessa classificação.

A unidade hospitalar produtiva do estado do Acre apresenta cadastramento nesta classificação. Ademais, em outras quatro unidades federativas a produção deste tipo de AIH também foi de responsabilidade de serviços com esta característica: São Paulo (2), Rio Grande do Sul (2), Santa Catarina (2) e Distrito Federal, onde três dos quatro hospitais que apresentaram esse tipo de produção contam com serviços nesta classificação.

Portanto, de um modo geral, o número de hospitais com participação na produção deste tipo de AIH que contam com o serviço 114 é muito pequeno. Neste contexto, ressaltamos ainda que 19% (69) dos hospitais que apresentaram produção de AIHs para os fins pesquisados estão localizados nas capitais brasileiras. Nos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pernambuco e Piauí, a produção desse tipo de AIH ocorreu somente em suas capitais. Neste cenário nacional, merecem destaque os estados do Ceará (80%), Espírito Santo (75%), Bahia (57%), Sergipe, Rondônia e Roraima (50% cada), onde parte importante de suas produções foram realizada em hospitais com estas características.

O fato de existirem unidades hospitalares sem o serviço de classificação 114 cadastrado no SCNES realizando o procedimento "Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais", no nosso entender, é representativo do descompromisso dos gerentes dessas unidades para com as ações da PNSB. Este assunto será mais bem elucidado no capítulo 5 (Discussão dos Resultados).

4.5 **Número total de AIHs no SUS em relação ao número de AIHs para tratamento de "Pacientes com Necessidades Especiais" no período pesquisado**

No âmbito da atenção odontológica, o MS considera Paciente com Necessidades Especiais (PNE) "todo aquele que apresente uma ou mais limitações temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica que o impeça de ser submetido ao tratamento convencional" sem, contudo definir parâmetros conceituais para especificar quem são estes pacientes (BRASIL, 2006e).

Entretanto, de acordo com os critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.032, marco legal que institui o procedimento "Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais" na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS, é listada uma série de códigos CID-10[83] referentes a patologias consideradas compatíveis com este procedimento. Assim, para efeitos desta tese, consideramos que com a apresentação desta listagem de CID-10 o Ministério da Saúde, pelo menos em relação à atenção terciária em saúde bucal, acabou por delimitar quem são os usuários que se enquadram na categoria PNEs.

Diante desta inferência, levantamos o número total de AIHs realizadas no país no período de 2011/12 no âmbito do SUS e o cotejamos com o número total de AIHs referentes aos CID-10 relacionados pela Portaria nº 1.032. Os resultados deste exercício encontram-se ilustrados de forma sistemática no Quadro 13, abaixo.

Neste exercício podemos verificar que nos anos de 2011 e 2012 foram realizadas 23.074.504 internações em unidades hospitalares/SUS no Brasil. Destas, 4.299.399 (18,63%) estão relacionadas a pacientes considerados com necessidades especiais, conforme parâmetros instituídos pelo MS na Portaria nº 1.032. Em outras palavras, do total de AIHs realizadas no SUS no biênio estudado, 18,63% dizem respeito a tratamento/internação de pacientes portadores de patologias relacionadas aos CID-10 listados por essa Portaria.

Quadro 13. Percentual de AIHs (pacientes considerados especiais) internados em relação ao número total de AIHs no SUS no período de 2011/12

Região /UF	2011/12		
	Total AIH	**AIH CID-10 Port. 1.032**	**%**
Região Norte			
Acre	103.522	14.045	13,57%
Amapá	75.397	6.958	9,23%
Amazonas	331.651	36.852	11,11%
Pará	1.005.922	95.401	9,48%
Rondônia	192.492	26.258	13,64%
Roraima	59.351	6.374	10,74%
Tocantins	215.349	32.467	15,08%
Região Nordeste			
Alagoas	363.611	69.644	19,15%
Bahia	1.737.740	253.821	14,61%

[83] A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) é uma publicação oficial da Organização Mundial de Saúde (OMS) que tem por objetivo de padronizar a codificação de doenças.

Ceará	940.625	143.950	15,30%
Maranhão	805.822	117.445	14,57%
Paraíba	423.177	76.350	18,04%
Pernambuco	1.093.558	211.864	19,37%
Piauí	445.604	71.519	16,05%
Rio Grande do Norte	339.820	60.143	17,70%
Sergipe	185.816	24.153	13,00%
Região Sudeste			
Espírito Santo	436.925	84.447	19,33%
Minas Gerais	2.353.643	407.874	17,33%
Rio de Janeiro	1.412.999	351.483	24,87%
São Paulo	4.980.357	1.096.597	22,02%
Região Sul			
Paraná	1.573.022	317.814	20,20%
Rio Grande do Sul	1.429.841	316.320	22,12%
Santa Catarina	817.178	162.237	19,85%
Região Centro-Oeste			
Distrito Federal	368.756	66.901	18,14%
Goiás	710.933	152.622	21,47%
Mato Grosso	313.294	45.681	14,58%
Mato Grosso do Sul	358.099	50.179	14,01%
Total/ Brasil	**23.074.504**	**4.299.399**	**18,63%**

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do TABWIN/DATASUS.

Em relação às internações totais no SUS, o estado que apresentou o maior número de AIHs no período pesquisado foi São Paulo, com 4.980.357. Seguem-se Minas Gerais (2.353.643), Bahia (1.737.740), Paraná (1.573.022), Rio Grande do Sul (1.429.841) e Rio de Janeiro (1.412.999).

No tocante às internações de PNEs, o Rio de Janeiro apresentou o maior percentual (24,87%) desse tipo de internação, quando comparado com o número de internações totais do SUS. Nesse contexto, seguem-se os estados do Rio Grande do Sul (22,12%); São Paulo (22,02%); Goiás (21,47%), Paraná (20,20%), Santa Catarina (19,85%), Pernambuco (19,37%), Espírito Santo (19,33%) e Alagoas (19,15%). Ressaltamos que, no período pesquisado, todos os estados relacionados acima apresentaram percentuais de internações de PNEs acima daquele calculado para o país, que corresponde a 18,63% das internações totais do SUS.

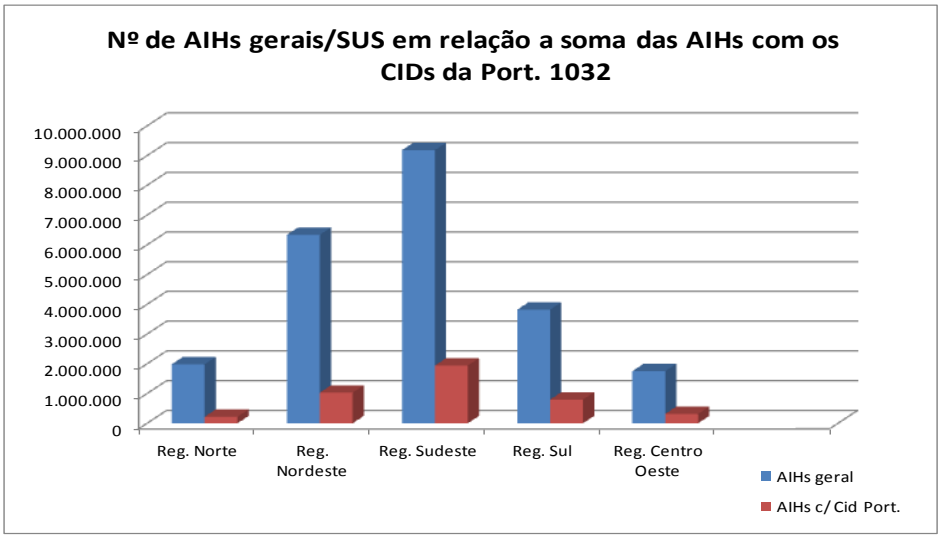
Quando analisamos os dados por regiões, verificamos que a Região Sudeste apresentou o maior número (1.940.401) de AIHs para internações de pacientes especiais. Seguem-se as Regiões Nordeste (1.028.889), Sul (736.371), Centro-Oeste (315.388) e Norte,

com 218.355 AIHs para fins de internação de PNEs. Entretanto, quando analisamos estes números na perspectiva da proporcionalidade, constatamos que a Região Nordeste apresentou um número maior de AIHs correspondentes a internações de pacientes com necessidades especiais em relação ao total de internações/SUS realizadas no período pesquisado. O gráfico 7 abaixo demonstra a proporcionalidade entre as AIHs totais /SUS e aquelas relacionadas aos pacientes com necessidades especiais.

Em síntese, ainda que a lista de CID-10 apresentada na Portaria nº 1.032 possa à primeira vista parecer includente pelo volume desses códigos, a análise da relação entre o número de internações voltadas para PNEs e ao número de internações /SUS mostrou que a proposta da referida portaria pode ser considerada focalizadora.

Enfatizamos que neste exercício utilizamos a lista de CID-10 tal como relacionada pela Portaria nº 1.032, marco legal que institui o procedimento 04.1.02.041-3 no SUS. No entanto, a lista informada pelo Sistema de Informação Hospitalar (SIH) considera um número maior de CID-10 frente àqueles relacionados na Portaria nº 1.032. Tal fato aponta para uma incongruência de informações entre o sistema/DATASUS e a referida portaria.

Gráfico 7. Proporção de AIHs totais/SUS e AIH com códigos listados na Portaria nº 1.032 no biênio 2011/2012



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do TABWIN/DATASUS.

Vale lembrar que a escolha desta categoria de análise teve por finalidade conhecer, no período pesquisado, o quantitativo de AIHs com CID-10 coincidentes com aqueles listados na Portaria 1.032.

A categoria que veremos a seguir visa estabelecer uma relação de proporcionalidade entre este quantitativo de internações voltado para os pacientes considerados com

necessidades especiais e o número de AIHs apresentadas para fins do procedimento pesquisado.

4.6 **Número de AIHs para tratamento de pacientes considerados como PNEs (com CID-10 da Portaria nº 1.032) em relação ao número de AIHs para realização do procedimento pesquisado**

No biênio 2011/12, foram contabilizadas 4.299.399 AIHs relacionadas aos CID-10 listados na Portaria nº 1.032 (PNEs). Deste quantitativo, 13.797 AIHs (0,32%), foram apresentadas para fins do procedimento pesquisado. O número de AIHs relacionadas ao procedimento "Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais" acima difere daquele apresentado subitem 4.3 (página 83), uma vez que a lista de CID-10 compatíveis com o referido procedimento disponível no SIH é maior que aquela apresentada na Portaria nº 1.032, conforme já explicitado.

O quadro abaixo ilustra a relação entre o número de internações de PNEs/SUS realizados no biênio 2011/12 frente ao número de AIHs apresentadas para fins do procedimento pesquisado no mesmo período.

Quadro 14. Número total de AIHs com o CID-10 da Portaria nº 1.032, em relação ao número de AIHs para o procedimento pesquisado nos anos de 2011 e 2012

Região /UF	**2011/12**		
	AIH CID 1.032	CID-10+Proc*	%
Região Norte			
Acre	14.045	33	0,23%
Amapá	6.958	1	0,01%
Amazonas	36.852	27	0,07%
Pará	95.401	108	0,11%
Rondônia	26.258	38	0,14%
Roraima	6.374	62	0,97%
Tocantins	32.467	120	0,37%
Região Nordeste			
Alagoas	69.644	28	0,04%
Bahia	253.821	118	0,05%
Ceará	143.950	11	0,01%
Maranhão	117.445	1.210	1,03%

Paraíba	76.350	75	0,10%
Pernambuco	211.864	3.422	1,62%
Piauí	71.519	1	0,00%
Rio Grande do Norte	60.143	36	0,06%
Sergipe	24.153	148	0,61%
Região Sudeste			
Espírito Santo	84.447	44	0,05%
Minas Gerais	407.874	2.121	0,52%
Rio de Janeiro	351.483	1.238	0,35%
São Paulo	1.096.597	2.307	0,21%
Região Sul			
Paraná	317.814	509	0,16%
Rio Grande do Sul	316.320	526	0,17%
Santa Catarina	162.237	520	0,32%
Região Centro-Oeste			
Distrito Federal	66.901	52	0,08%
Goiás	152.622	390	0,26%
Mato Grosso	50.179	457	0,91%
Mato Grosso do Sul	45.681	195	0,43%
Total/Brasil	**4.299.399**	**13.797**	**0,32%**

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do TABWIN/DATASUS.

Na Região Nordeste, encontram-se os estados que apresentaram os maiores percentuais de AIHs para fins pesquisados no país em relação às internações de PNEs/SUS. São eles: Pernambuco (1,62%) Maranhão (1,03%) e Sergipe que apresentou 0,61% deste tipo de AIH. Outros estados que apresentaram valores percentuais acima do percentual/ Brasil foram: Roraima (0,97%) e Tocantins (0,37), na Região Norte; Minas Gerais (0,52) e Rio de Janeiro (0,35), na Região Sudeste; e Mato Grosso (0,91%) e Mato Grosso do Sul (0,43%), na Região Centro-Oeste.

Na Região Sul, à exceção de Santa Catarina (32%), que apresentou resultado igual ao percentual/Brasil, todos os outros estados apresentaram valores inferiores a este.

Nesta categoria de análise merece destaque o estado de São Paulo, com 0,21% de proporcionalidade entre AIHs apresentadas para internação PNEs/SUS e aquelas apresentadas para fins pesquisados. No entanto, este baixo percentual pode ser explicado pelo elevado número de AIHs (1.096.597) relacionadas aos CID-10 (PNEs) listados na Portaria 1.032.

Em síntese, os quantitativos de AIHs voltados para o “Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais” nos hospitais/SUS ainda é muito pequeno frente ao número de PNEs/SUS. O fato de apenas nove estados terem apresentado valores igual ou superior ao percentual/Brasil é representativo desta constatação.

4.7 **Procedimento que gerou a solicitação de AIH principal para o procedimento pesquisado**

Com o intuito de ampliar o panorama acerca do atual estágio da atenção terciária de saúde bucal no SUS, optamos por incluir na pesquisa a análise da variável "frequência do procedimento solicitante". Essa categoria de análise nos possibilita uma visão qualificada sobre as solicitações e motivos médicos das internações relacionadas ao procedimento pesquisado.

Como vimos anteriormente, no período pesquisado foram apresentadas/pagas 13.994 AIHs relativas ao procedimento "Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais" nos hospitais do SUS. A análise desta variável mostrou que 13.879 (99%) das AIHs apresentadas foram demandadas especificamente para fins do procedimento pesquisado. Ou seja, na grande maioria das AIHs apresentadas, o procedimento solicitante foi o próprio procedimento "Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais".

O restante 1% de AIHs (115) teve como "procedimento solicitante" outros 44 tipos de procedimentos. Ao analisarmos a natureza desses procedimentos, verificamos que somente 16 deles não se relacionam diretamente a dentes ou a outras estruturas da face. O quadro abaixo demonstra estes 16 procedimentos e a quantidade de AIHs a eles relacionada.

Quadro 15. Frequência de procedimentos de origem não odontológica/facial que solicitaram AIH para realização procedimento pesquisado no período 2011/12

Procedimento solicitante	Quantidade/ AIH
Biopsia de lesão de partes moles (por agulha / céu aberto)	1
Diagnostico e/ou atendimento de urgência em clinica pediátrica	4
Tratamento de outras doenças bacterianas	1
Ajuste medicamentoso de situações neurológicas agudizadas	2
Tratamento de crises epiléticas não controladas	1
Tratamento de doença reumática c/ comprometimento cardíaco	1
Tratamento de endocardite infecciosa em válvula nativa	1
Tratamento de insuficiência cardíaca	8
Tratamento de outras doenças do aparelho digestivo	4
Tratamento de estafilococcias	3
Tratamento de estreptococcias	1

Tratamento de outras afecções da pele e do tecido subcutâneo	1
Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico	4
Tratamento clínico de paciente oncológico	1
Extirpação e supressão de lesão de pele e de tecido celular subcutâneo	15
Drenagem de abscesso faríngeo	1

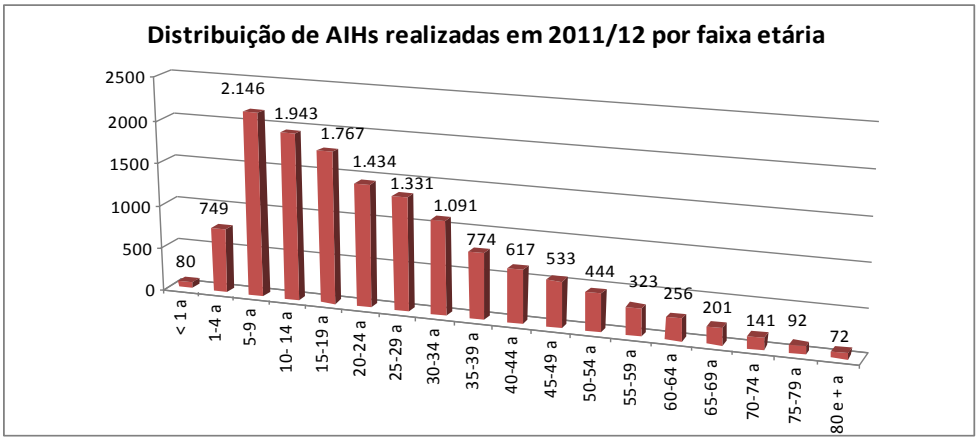
Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do TABWIN/DATASUS.

Em síntese, 99% das AIHs apresentadas nacionalmente para fins do procedimento pesquisado dizem respeito ao atendimento de demandas especificamente odontológicas. Só 1% deste tipo de AIH foi voltado para o atendimento de pacientes já internados por motivos médicos.

4.8 **Faixa etária dos usuários atendidos com AIHs para o procedimento pesquisado no período de 2011/2012 no Brasil**

De acordo com os parâmetros metodológicos definidos para fins deste trabalho, a variável "faixa etária" selecionada foi a que considera 18 seguimentos. O quantitativo total de 13.994 AIHs apresentadas no período pesquisado foram analisadas. O gráfico abaixo demonstra a distribuição deste total de AIHs emitidas conforme as faixas etárias selecionadas.

Gráfico 8. Distribuição de AIHs/Brasil no período pesquisado, em relação às faixas etárias selecionadas.



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do TABWIN/DATASUS.

A faixa etária com maior concentração de AIHs (15% do total) em âmbito nacional foi de 5-9 anos de idade. Seguem as faixas etárias de 10-14a; 15-19a; 20-24a e 25-29a, todas com

quantitativos superiores a 1.300 AIHs, que somados correspondem a 46% do total de AIHs.

Dentre estas faixas etárias merecem especial atenção o quantitativo de AIHs (749 - 5%) correspondentes a crianças de 1-4 anos de idade, e a já mencionada faixa de 5-9ª. Isto porque que os fatores que levam à necessidade de tratamento sob anestesia geral ou indução podem estar relacionados à falta de cuidados preventivos na atenção básica, principalmente nos locais que contam com ESBs na Estratégia Saúde da Família.

As faixas etárias com menor concentração de AIHs são as de 80 e mais anos; menor do que um ano; 75-79 anos; 70-74 anos; 65-69 anos e 60-64 anos, que somadas correspondem a 4 % do total. As demais oito faixas somadas representam os 6% das AIHs restantes.

Como a grande maioria dos procedimentos compatíveis com o procedimento principal ("Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais") está relacionada às estruturas dentárias, chama especial atenção o quantitativo de AIHs para procedimentos realizados em menores de um ano de idade nos estados de Rio de Janeiro (27), Tocantins (19) e Pernambuco (12). Contudo, conforme listados na Portaria 1.032, vislumbramos uma possibilidade de ocorrência de dois procedimentos nesta faixa etária: a frenectomia de língua e a exodontia de dente(s) neonatal(tais) extranumerário(s), ambos relacionados a dificuldades no ato de mamar.

A análise por unidades federativas revelou que os estados de Maranhão, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Distrito Federal apresentaram AIHs relativas a todas as 18 faixas etárias pesquisadas. No período estudado, os estados de Mato Grosso e Goiás só deixaram de apresentar AIHs para a faixa "menor do que 1 ano". No outro extremo das faixas etárias, os estados de Pernambuco, Paraná, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul só não apresentaram AIHs para a faixa de 80 e mais anos de idade.

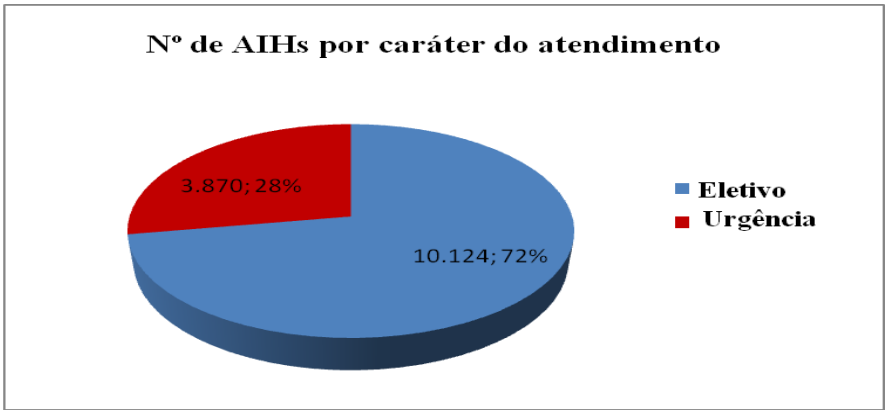
Os estados de Rondônia, Acre e Amazonas só realizaram AIHs para faixas etárias até o limite de 44 anos. Já os estados de Amapá e Piauí, que apresentaram uma única AIH cada no biênio estudado, curiosamente o fizeram na faixa etária de 30-34 anos.

Na faixa etária 80 e mais anos de idade, foram apresentados 72 AIHs. Os estados com maiores produções destas AIHs são Minas Gerais (21), Maranhão (14), Mato Grosso (11) e São Paulo (10), que juntos apresentaram 78% do total de AIHs voltadas para essa faixa etária. O restante da produção de AIHs para esta faixa etária está distribuído nos estados de Sergipe, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Goiás e Distrito Federal.

4.9 **Número de AIHs por caráter atendimento segundo Região/UF**

Como vimos anteriormente, foram contabilizadas no biênio pesquisado 13.994 AIHs realizadas/pagas no país. Deste quantitativo, 10.124 AIHs foram realizadas por caráter de atendimento eletivo, sendo que o restante 3.870 AIHs o foram por caráter de urgência. A distribuição percentual destes quantitativos encontra-se ilustrada no gráfico 9.

Gráfico 9. Relação de AIHs/SUS por caráter de atendimento nos anos de 2011/12



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do TABNET SCNES/DATASUS

A análise por regiões revelou predominância de atendimentos de caráter eletivo em todas as regiões geográficas do país. Entretanto, a análise por estados revelou que no biênio pesquisado ocorreu maior percentual de AIHs referentes ao atendimento de urgência nos estados de Tocantins (94%), Ceará (91%), Minas Gerais (57%) e Maranhão (45%). Já nos estados do Acre, Amazonas, Amapá, Piauí e Rio Grande do Norte, 100% das AIHs realizadas dizem respeito a atendimentos de caráter eletivo.

Retornaremos à análise desta categoria no capítulo 5 deste trabalho.

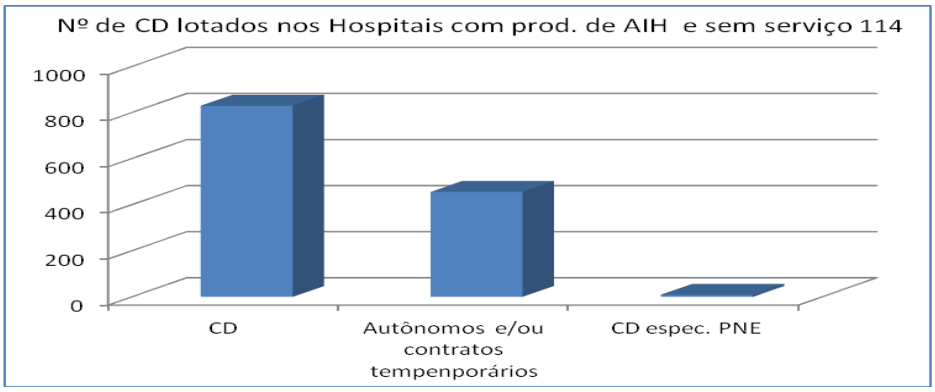
4.10 **Situação de lotação dos CDs nos hospitais que não contam com serviço 114 cadastrado no SCNES, mas apresentaram AIHs para o procedimento pesquisado**

Ainda em relação aos hospitais (216) que apresentaram este tipo de produção e não contam com serviços 114 cadastrados, levantamos junto ao SCNES o quantitativo de CDs disponíveis aquela época para realização dos procedimentos odontológicos. Vale registrar que a pesquisa considerou as seguintes opções deste sistema: "profissionais por competência" e "competência até 12/2012".

A análise desta categoria teve o propósito de mensurar a força de trabalho disponível nessas unidades no período pesquisado. Consideramos que o tipo de vínculo empregatício pode ser um fator negativo no processo de sustentação desta oferta assistencial em unidades hospitalares onde inexistem serviços cadastrados. A pesquisa revelou que, juntos, esses hospitais contabilizam 830 CDs, dos quais 456 (55%) foram cadastrados no SCNES com um dos seguintes vínculos empregatícios: "autônomos, sem intermediação (RPA); contratados por intermédio de organização social ou empresa privada ou entidade filantrópica e/ou sem fins lucrativos, ou ainda por contrato verbal/informal". O gráfico 10 ilustra esses dados.

Interessante notar que, deste universo de CDs, apenas 24 (3%) estão cadastrados no SCNES de suas unidades como especialistas[84] em "Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais".

Gráfico 10. Número de CDs lotados nos hospitais que apresentaram AIHs para o procedimento pesquisado no biênio 2011/12 e não contam com serviço 114



Fonte: elaboração própria, a partir dos dos dados do SCNES em dezembro/2013.

[84] De acordo com os dados disponíveis no *site* do Conselho Federal de Odontologia, até dezembro de 2012 existiam no país 534 CDs registrados na especialidade "Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais" (PNEs), distribuídos em 22 unidades da federação. Os estados do Acre, Amapá, Bahia, Rondônia e Roraima não contam com esse tipo de especialista.

4.11 **Hospitais Regionais e Hospitais Universitários com produção de AIHs para o procedimento pesquisado**

A fim de conhecermos o tipo de hospitais que apresentaram AIHs para a realização do Procedimento 04-14 02 041-3, verificamos junto ao SCNES se essas unidades são Hospitais Regionais (HR) e/ ou Hospitais Universitários (HU).

Conforme podemos verificar no Quadro 16, abaixo, do total das 316 unidades hospitalares que apresentaram produção de AIHs para os fins pesquisados, 26 são Hospitais Regionais.

Quadro 16: Número de Hospitais Regionais e Universitários que realizaram o procedimento pesquisado

Região/UF	Nº de Hospitais que realizaram o Procedimento pesquisado	Nº de Hospitais Regionais que realizaram o Proc.pesq.	Nº de Hospitais Universitários que realizaram o Proc.pesq.
Região Norte	**19**	**8**	**0**
Acre	1	0	0
Amapá	1	0	0
Amazonas	1	0	0
Pará	4	1	0
Rondônia	4	2	0
Roraima	2	0	0
Tocantins	6	5	0
Região Nordeste	**38**	**5**	**2**
Alagoas	2	1	0
Bahia	14	2	0
Ceará	5	0	0
Maranhão	4	0	0
Paraíba	5	2	0
Pernambuco	3	0	1
Piauí	1	0	0
Rio Grande do Norte	2	0	0
Sergipe	2	0	1
Região Sudeste	**163**	**2**	**14**
Espírito Santo	4	0	1
Minas Gerais	54	1	4
Rio de Janeiro	22	0	3

São Paulo	83	1	6
Região Sul	**76**	**6**	**5**
Paraná	22	1	1
Rio Grande do Sul	28	0	2
Santa Catarina	26	5	2
Região Centro-Oeste	**20**	**5**	**4**
Distrito Federal	4	3	0
Goiás	7	0	1
Mato Grosso	4	1	1
Mato Grosso do Sul	5	1	2
TOTAL	**316**	**26**	**25**

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do TABWIN/DATASUS e do SCNES/DATASUS

Esses 26 HRs estão distribuídos em apenas 13 estados, como demonstrado no quadro acima. A análise por estados revelou que, no estado de Tocantins, 83% dos hospitais com produção de AIHs para realização do procedimento pesquisado são HRs. No Distrito Federal, 75% (três em quatro) das unidades hospitalares que apresentaram esse tipo de produção são regionais. Em Rondônia e Alagoas, o percentual desses hospitais corresponde a 50%.

Em relação aos HUs, no período estudado apenas 25 hospitais desse tipo, distribuídos em 11 estados, tiveram participação na produção de AIHs para o procedimento estudado.

O estado de São Paulo, onde seis HUs participaram desse tipo de produção, concentra o maior número (28%) desses hospitais em relação à produção nacional. A participação nacional dos HUs referentes aos estados de Minas Gerais (4), Rio de Janeiro (3) Santa Catarina (2) e Mato Grosso do Sul (2) somadas contabilizam 46%. O restante (54%) dos HUs que contribuíram com a produção nacional deste tipo de procedimento no biênio 2011/12 está distribuído nos estados de Sergipe, Pernambuco, Espírito Santo, Paraná, Rio Grande do Sul e Mato Grosso. Ressaltamos que, no Paraná, o HU com produção para a AIH pesquisada também se encaixa na categoria HR.

Considerando-se que até dezembro de 2012 o SUS contava com a participação de 130 HUs (públicos, filantrópicos e privados), concluímos que somente 19% dos HUs existentes no país tiveram participação na produção nacional de AIHs para os fins pesquisados.

4.12 **Hospitais com produção de AIHs para o procedimento pesquisado em relação ao local de residência dos usuários do estado que o realizaram**

A partir dos hospitais que apresentaram produção para o procedimento pesquisado, levantamos o número de municípios em cada estado que contam com essas unidades. Na sequência, levantamos junto ao TABNET o número de AIHs pagas por estados, usando como parâmetro de consulta o local de residência da população atendida. Correlacionamos os municípios de residência dos pacientes atendidos com o número de regiões de saúde existentes nos estados. Desta forma, calculamos o percentual de regiões de saúde de cada estado que teve pacientes atendidos.

A seguir, verificamos a população residente nessas regiões de saúde e a relacionamos com a população total de cada estado. Assim, calculamos o percentual da população dos estados com possibilidade de atendimento nas unidades hospitalares que apresentaram produção desse tipo de AIH. O quadro abaixo é demonstrativo deste exercício.

Vale registrar que, para efeito deste cálculo, não consideramos a capacidade instalada de atendimento das unidades hospitalares, e sim a possibilidade de atendimento na perspectiva das Comissões Intergestores Regionais (CIRs) a partir da variável "local de residência" dos indivíduos atendidos para realização do procedimento pesquisado.

Quadro 17. Relação entre o número de hospitais, produção apresentada e a população do estado que teve acesso ao procedimento pesquisado

Região /UF	Nº de municípios no estado	Nº de municípios c/ hospitais c/ produção	Total de Regiões de Saúde (RS) do estado	Total RS atendidas no estado consideran-do-se o local de residência do usuário	% de RS atendidas consideran-do-se o local de residência do usuário	% pop. do estado com possibilidade de atendimento considerando-se a pop das RS atendidas e o local de residência do usuário
Região Norte						
Acre	22	1	3	2	67,0%	71,86%
Amapá	16	1	3	1	33,0%	65,01%
Amazonas	62	1	9	2	22,0%	67,02%
Pará	144	3	12	7	58,0%	70,93%
Rondônia	52	3	6	5	83,00%	76,69%
Roraima	15	1	2	2	100,0%	100,00%
Tocantins	139	5	8	8	100,0%	100,00%

Região Nordeste						
Alagoas	102	2	10	6	60,0%	67,59%
Bahia	417	11	28	19	68,0%	79,0%
Ceará	184	4	22	4	18,00%	41,52%
Maranhão	217	4	19	10	53,0%	41,59%
Paraíba	223	4	16	10	62,0%	68,94%
Pernambuco	185	1	12	11	92,00%	97,41%
Piauí	223	1	11	1	9,0%	36,88%
Rio Grande do Norte	167	2	8	5	62,0%	78,00%
Sergipe	75	1	7	7	100,0%	100,00%
Região Sudeste						
Espírito Santo	78	3	4	4	100%	100,00%
Minas Gerais	853	48	77	30	39%	56,98%
Rio de Janeiro	92	17	9	9	100%	100,00%
São Paulo	645	63	63	48	62%	93,52%
Região Sul						
Paraná	399	20	22	16	73%	85,65%
Rio Grande do Sul	496	21	30	22	73%	82,18%
Santa Catarina	293	20	16	14	87%	92,50%
Região Centro-Oeste						
DF	1	0	1	1	100%	100,00%
Goiás	246	6	17	16	94%	94,54%
Mato Grosso	141	3	16	15	94%	99,23%
Mato Grosso do Sul	79	4	4	2	50%	84,83%
Total	5565	250	435	277	-	-

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados TABNET/DATASUS e Regionalização/DAB/MS.

Em síntese, o quadro acima mostra que quando levantamos a produção de AIHs para os fins pesquisados, considerando como parâmetro de pesquisa o local de residência dos pacientes independentemente do local de internação, a ocorrência de atendimento relaciona-se a vários municípios dos estados, que por sua vez estão dispostos em regiões de saúde. Assim, vejamos mais atentamente os resultados desta pesquisa.

Na Região Norte, a produção de AIHs para realização do procedimento pesquisado referente aos estados do Acre, Amapá, Amazonas e Roraima está relacionada a apenas um município em cada um desses estados. No entanto, relacionando-se esta produção aos estados de residência informados pelos pacientes atendidos nesses estados, podemos verificar que:

- Acre: possibilitou atendimento a pacientes moradores de duas das três regiões de

saúde do estado. As regiões de saúde atendidas são responsáveis por 71,86% dos moradores do estado.

- Amapá: possibilitou atendimento a pacientes moradores de uma das três regiões de saúde do estado. A região de saúde atendida é responsável por 65,01% dos moradores do estado.
- Amazonas: possibilitou atendimento a pacientes moradores de duas das nove regiões de saúde do estado. As regiões de saúde atendidas são responsáveis por 67,02% dos moradores do estado.
- Rondônia: possibilitou atendimento a pacientes moradores de cinco das seis regiões de saúde do estado. As regiões de saúde atendidas são responsáveis por 76,69% dos moradores do estado.
- Pará: possibilitou atendimento a pacientes moradores de sete das 12 regiões de saúde do estado. As regiões de saúde atendidas são responsáveis por 70,93% dos moradores do estado.
- Os estados de Roraima (um município) e Tocantins (cinco municípios), apesar de divergirem no número de municípios que contam com hospitais com produção desse tipo de AIH, acabaram por possibilitar a realização do procedimento pesquisado a indivíduos residentes em todas as regiões de saúde existentes em seus estados, o que equivale a 100% da população residente nos respectivos estados.

Na Região Nordeste, apenas o estado de Sergipe possibilitou atendimento a residentes de todas as regiões de saúde correspondendo a 100% da população daquele estado, embora esta produção tenha sido de responsabilidade de um único município. No estado do Piauí, a produção deste tipo de AIH está relacionada a somente uma das 11 regiões de saúde do estado. Este é o estado brasileiro onde encontramos o menor percentual (36,88%) de atendimento em relação a sua população total.

Na Região Sudeste, os estados do Espírito Santo (três municípios responsáveis pela produção) e Rio de Janeiro (responsabilidade da produção distribuída em 17 municípios) também possibilitaram atendimento aos residentes de todas as suas regiões de saúde, correspondendo a 100% da população dos respectivos estados.

Na Região Sul, Santa Catarina (20 municípios responsáveis pela produção) foi o estado que apresentou o maior percentual (92,50%) de atendimento em relação a sua população total. Neste estado ocorreu atendimento a pacientes moradores de 14 das 16 regiões

de saúde.

Na Região Centro-Oeste, o estado que apresentou o maior percentual de atendimento em relação a sua população foi Mato Grosso (99,23%). Neste estado, três municípios foram responsáveis pelo atendimento de indivíduos residentes em 15 das suas 16 regiões de saúde. Lembramos que no tocante ao Distrito Federal, devido a suas características administrativas, o resultado de 100% não permite comparações com os demais estados brasileiros.

4.13 **Frequência de AIHs para o procedimento pesquisado em relação aos CIRs da unidade hospitalar e da residência do usuário que se submeteu ao ato cirúrgico**

Segundo dados da pesquisa, a produção relativa à Região Norte, com exceção daquela realizada pelo estado de Tocantins, está relacionada a usuários residentes nos próprios estados onde os procedimentos foram realizados. Tocantins, além de apresentar AIHs relativas à sua população, também apresentou produção para o procedimento pesquisado em pacientes residentes no estado de Mato Grosso.

Na Região Nordeste, quatro dos nove estados também apresentaram produção de AIHs relativas aos usuários com local de residência informado em outros estados. São eles:

- Maranhão, que atendeu usuários residentes nos estados do Pará e Tocantins;
- Paraíba, que prestou este tipo de assistência a usuários residentes no estado do Rio Grande do Norte;
- Sergipe, com produção relativa a usuários moradores da Bahia; e
- Pernambuco, onde foram atendidos indivíduos residentes em dez outros estados (Pará, Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte, Alagoas, Sergipe, Bahia, São Paulo, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul).

O maior dinamismo do estado de Pernambuco em atender usuários com local de residência informado em outros estados da Região Nordeste encontra explicação no fato de um dos hospitais[85] com responsabilidade nesta produção ser considerado como unidade de referência no atendimento de pacientes com necessidades especiais e em odontopediatria,

---

[85] Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. De natureza filantrópica, o IMIP atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária, sendo centro de referência assistencial em diversas especialidades médicas. O Complexo Hospitalar do IMIP conta com seis hospitais (Hospital Dom Helder Câmara, Hospital Dom Malan, Hospital Miguel Arraes, Hospital Pelópidas Silveira, Hospital Regional de Juazeiro e Hospital Estadual da Criança, sendo este último localizado na Bahia).

incluindo aí o atendimento clínico para crianças de zero a três anos de idade[86]. No entanto, não há explicação evidente para os atendimentos realizados em pacientes moradores de São Paulo, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul, principalmente se considerarmos distâncias entre Pernambuco e esses estados.

Na Região Sudeste, os estados de Minas Gerais e São Paulo também apresentaram produção deste tipo de AIH relativa a usuários com local de residência informado em outros estados ("externa").

- Minas Gerais realizou o procedimento pesquisado para usuários residentes nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, e
- São Paulo, além da produção "interna", realizou o procedimento pesquisado em pacientes com local de residência informado no Distrito Federal e mais 16 estados: Rondônia, Acre, Amapá, Pará, Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte, Bahia, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Goiás.

No que tange ao estado de Minas Gerais, a produção "externa" relativa a São Paulo e Rio de Janeiro pode ser explicada por questões geográficas. Ademais, a unidade hospitalar[87] responsável por essa produção é participante do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (SUS/MG – Pró-Hosp), com metas pactuadas de atendimento para Zona da Mata[88] e mais 47 municípios, através do seu "Centro Odontológico de Atenção a Pacientes com Necessidades Especiais" (COAPE).

Quanto ao estado de São Paulo, o hospital responsável pela produção de AIHs referentes aos outros estados é pertencente à Universidade de São Paulo,[89] sendo de referência para reabilitação de anomalias craniofaciais no SUS.

Na Região Sul, somente o estado de Santa Catarina apresentou produção de AIHs referentes a moradores de outro estado (Paraná). Como esses dois estados são limítrofes, provavelmente o fato ocorreu por questões geográficas.

No tocante à região Centro-Oeste, três estados também apresentaram produção relativa

---

[86] Em Odontologia, o atendimento de crianças de 0 a 3 anos via de regra é realizado por serviços denominados "clínicas de bebês" de modo separado daqueles denominados "clínicas de odontopediatria".

[87] Hospital de Pronto-Socorro (HPS) "Dr. Mozart Geraldo Teixeira" da SMS de Juiz de Fora. Informação disponível em:< http://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=40099>

[88] A Zona da Mata é uma das doze mesorregiões de Minas Gerais. Situada na porção sudeste do estado á visa dos estados do Rio de Janeiro e do Espírito Santo a Zona da Mata é formada por 142 municípios agrupados em sete microrregiões.

[89] Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais -USP, também conhecido como "Centrinho", é uma unidade credenciada pelo MS para Tratamentos Especializados em Anomalias Craniofaciais e Deficiências Auditivas sendo 100% de sua produção dedicada ao SUS. Informação disponível em: <www.bauru.usp.br/?page_id=36.<

a outros estados. São eles:

- Goiás realizou o procedimento pesquisado para usuários residentes no estado do Rio Grande do Sul;
- Mato Grosso, que apresentou produção relativa a usuários com residência informada nos estados de Minas Gerais, Espírito Santo e Santa Catarina; e
- Mato Grosso do Sul, que apresentou este tipo de AIH para usuários residentes em São Paulo.

Ressaltamos que, com exceção dos estados de Mato Grosso do Sul e São Paulo, que são limítrofes, não vislumbramos explicações lógicas para a produção dos estados de Goiás e Mato Grosso em relação aos usuários com local de residência informado em outros estados.

Na sequência, passaremos aos resultados da pesquisa relacionados aos procedimentos compatíveis com o procedimento 04.14.02.041-3. A lista de procedimentos compatíveis (atenção básica e média complexidade), tal como disposta na Portaria nº 1.032, encontra-se no Anexo I desta tese.

4.14 **Procedimentos compatíveis com o procedimento 04.14.02.041-3**

Em relação aos procedimentos secundários e especiais compatíveis com o procedimento 04.14.02.041-3, enfatizamos que o DATASUS só dispõe dessas informações, referentes a todas as unidades da federação, a partir de 2012. Por este motivo, a análise das categorias que se seguem concentra-se somente no volume de AIHs então apresentadas. Vale registrar que o estado do Piauí não apresentou este tipo de produção nesse ano.

Desta forma, verificamos que para o total das 6.691 AIHs principais produzidas em 2012 referentes ao procedimento pesquisado, foram informados 5.377 outros procedimentos odontológicos compatíveis. De acordo com a Portaria nº 1.032, o registro dos procedimentos compatíveis com o procedimento 04.14.02.041-3 é obrigatório. No entanto, quando pesquisados no TABWIN usando o parâmetro “Frequência por UF internação segundo Proc. Secundário”, verificamos que em 41% dos estados (11) esse registro não foi informado nas AIHs. São eles: Acre, Amazonas, Amapá, Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Alagoas, Sergipe, Espírito Santo e o Distrito Federal.

Consideramos que o pagamento dessas AIHs, mesmo na ausência desta informação tida como obrigatória, é indicativo de que o sistema não faz crítica quanto a esta

obrigatoriedade. A lista desses procedimentos, seus quantitativos, assim como a variedade de tipos está disposta no Quadro 18. Os procedimentos listados em destaque no referido quadro são relativos ao nível básico de atenção. Os demais são procedimentos classificados em média complexidade.

Quadro 18: Frequência segundo procedimentos compatíveis secundários e especiais[90]

Procedimento secundário e especiais	Total (soma produção dos estados)
0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)	91
0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)	888
0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA	12
0307010015 CAPEAMENTO PULPAR	22
0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	321
0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	313
0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	650
0307020010 ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE)	51
0307020029 CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO	12
0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	4
0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR	12
0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE COM TRÊS OU MAIS RAÍZES	30
0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	37
0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA	82
0307020088 RETRAT. ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR	2
0307020096 RETRAT. ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE COM 3 OU MAIS RAÍZES	3
0307020100 RETRAT. ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	5
0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	1041
0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	320
0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)	189
0307040038 INSTALACAO E ADAPTACAO DE PROTESE DENTARIA	1
0414010361 EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO	7
0414020030 APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE)	3
0414020049 CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES	9
0414020057 CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	58
0414020065 CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR	2
0414020073 CURETAGEM PERIAPICAL	109
0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	250
0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	463
0414020146 EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE	169
0414020154 GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)	33
0414020162 GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)	50
0414020219 ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO	37
0414020278 REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)	61
0414020294 REMOÇÃO DE TORUS E EXOSTOSES	2

[90] Procedimentos compatíveis secundários não têm valor financeiro na AIH, enquanto os procedimentos compatíveis especiais somam valores na AIH.

0414020367 TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TRACIONAMENTO DENTAL	1
0414020375 TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)	27
0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE	1
0414020405 ULOTOMIA/ULECTOMIA	9
Total	**5.377**

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do TABWIN/DATASUS.

O quadro acima explicita a diversidade de procedimentos realizados pelos 15 estados[91] que informaram os procedimentos compatíveis com o "Tratamento Odontológico em Pacientes com Necessidades Especiais". Foram realizados 39 diferentes tipos procedimentos. Deste rol, 14 (36%) são considerados procedimentos de atenção básica, enquanto os 25 restantes (64%) são classificados como de média complexidade. Em relação aos pacientes com necessidades especiais, a maior oferta de procedimentos de média complexidade é compatível com a necessidade desta oferta assistencial em odontologia ser realizada em ambiente hospitalar.

Ressaltamos que a baixa ocorrência de alguns procedimentos de importância para prevenção de cárie dentária (listados no texto da Portaria nº 1.032), tais como a "aplicação de selante [92]" e "aplicação de flúor", é preocupante nesse tipo de atendimento, principalmente se considerarmos o grande volume de AIHs voltado para crianças e adolescentes, como informado anteriormente.

Da mesma forma, não encontramos a ocorrência de "tratamento cirúrgico de hemorragia buco dental" ou de "Frenectomia", ambos listados na referida portaria. A ocorrência do primeiro procedimento poderia explicar o número de AIHs de emergência, tal como vimos no gráfico 9 do subitem 4.9 desta tese. Quanto ao segundo procedimento, este poderia ser elucidativo da ocorrência das 80 AIHs referentes ao atendimento realizado em bebês menores do que um ano, conforme ilustrado no Gráfico 8 do subitem 4.8 desta tese.

[91] Região Norte: Pará, Rondônia, Roraima, e Tocantins; Região Nordeste: Bahia; Região Sudeste: Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo; Região Sul: Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina; Região Centro-Oeste: Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Lembramos que o estado do Piauí não apresentou este tipo de AIH no ano de 2012.

[92] Selantes são materiais utilizados na clínica odontológica com a finalidade preventiva de realizar o selamento de cicatrículas e fissuras na face oclusal dos dentes.

4.15 Registro do CBO do anestesista

Além dos procedimentos secundários, o DATASUS, através do banco de dados "SP", disponibiliza informações a cerca do Código Brasileiro de Ocupações[93] (CBO) dos profissionais com responsabilidade na realização do ato cirúrgico. De acordo com o *Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar do SUS*, o registro do CBO é obrigatório, pois define o profissional (médico[94]) responsável ou habilitado a realizar determinado procedimento (BRASIL, 2012 aa).

Como informado anteriormente, o procedimento 04.14.02.041-3 possui um atributo complementar que inclui o valor da anestesia geral ou sedação. Desta forma, levantamos informações junto ao TABWIN acerca do CBO dos médicos responsáveis pela anestesia geral ou sedação nas AIHs apresentadas pelos estados em 2012. O Quadro 19 é demonstrativo desse exercício.

Inicialmente, é necessário lembrar que o Piauí não apresentou AIH para o procedimento pesquisado no ano de 2012, fato pelo qual os valores referentes a este estado aparecerem nulos no quadro a seguir.

Quadro 19: Percentual de AIHs com informação de CBO do anestesista

Região/UF	Total de procedimentos 041402041-3 em 2012	AIH com informação do CBO Médico Anestesista	% de AIH com informação do CBO do Médico Anestesista
Região Norte			
Acre	10	10	100,0%
Amapá	1	1	100,0%
Amazonas	12	12	100,0%
Pará	2	2	100,0%
Rondônia	30	30	100,0%
Roraima	30	30	100,0%
Tocantins	81	81	100,0%
Região Nordeste			
Alagoas	15	15	100,0%
Bahia	73	73	100,0%
Ceará	5	5	100,0%
Maranhão	561	183	32,2%

[93] A tabela de CBO está sob a responsabilidade do Ministério do Trabalho e, portanto, tem abrangência nacional.

[94] Segundo este Manual a anestesia é de responsabilidade do médico anestesista sendo obrigatório o registro do seu CBO.

Paraíba	46	46	100,0%
Pernambuco	1.316	1.082	82,2%
Piauí	-	-	-
Rio Grande do Norte	28	28	100,0%
Sergipe	84	84	100,0%
Região Sudeste			
Espírito Santo	15	15	100,0%
Minas Gerais	1.101	1.081	98,2%
Rio de Janeiro	504	504	100,0%
São Paulo	1.226	1.224	98,8%
Região Sul			
Paraná	302	303	100,3%
Rio Grande do Sul	284	273	96,1%
Santa Catarina	313	313	100,0%
Região Centro-Oeste			
Distrito Federal	31	31	100,0%
Goiás	189	189	100,0%
Mato Grosso	316	316	100,0%
Mato Grosso do Sul	116	116	100,0%
TOTAL	**6.691**	**6.047**	**90,4%**

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do TABWIN/DATASUS.

Os dados do quadro acima apontam que, no estado de Pernambuco cerca de 18% das AIHs emitidas para fins do procedimento pesquisado não informaram o CBO do anestesista responsável por esse ato. Em relação ao estado do Maranhão, somente 32,2% das AIHs emitidas para elaboração do procedimento "Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais" apresentam informações acerca do CBO do anestesista responsável.

Nos estados do Rio Grande do Sul, Minas Gerais e São Paulo também houve ausência de informações correspondentes aos percentuais de 3,9%, 1,8% e 1,2%, respectivamente, quando considerados frente aos totais deste tipo de AIHs pagas a esses estados pelo Ministério da Saúde em 2012.

Os resultados mostram que, apesar de ser obrigatória a informação do CBO do anestesista, alguns estados não apresentaram esta informação na totalidade das AIHs que emitiram para a realização do procedimento pesquisado.

No próximo capítulo, a fim de iniciar um debate construtivo acerca desses resultados, passaremos a discuti-los à luz de alguns referenciais teóricos que embasam esta tese.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com os dados do SCNES, o Brasil contava até 2012 com 5.867 unidades hospitalares com disponibilidade de leitos SUS distribuídas de acordo com suas naturezas jurídicas nas cinco regiões geográficas do país. Contudo, conforme o levantamento realizado, no período pesquisado apenas 6% (352) deste total de hospitais contavam com Serviço Especializado de Atenção em Saúde Bucal (de código 114) cadastrados, neste sistema, em alguma das classificações[95] possíveis.

De uma forma geral, este percentual de serviços de atenção à saúde bucal cadastrados no sistema demonstra que, embora o discurso de que a saúde bucal é parte indissociável da saúde geral seja recorrente nos debates sobre políticas de saúde no país, na prática esse tipo de assistência ainda não foi incorporada como uma das responsabilidades assistenciais inerentes à atenção hospitalar.

Em relação ao procedimento "Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais", 316 hospitais apresentaram AIHs no biênio 2011/12 para esse tipo de assistência no SUS. Destes hospitais, somente 32% (100) contavam com serviços especializados em saúde bucal cadastrados. O percentual de hospitais que contam com esse tipo serviço cadastrado é representativo tanto da falta de observação das políticas do MS em relação ao planejamento assistencial no SUS, como do cumprimento das normas nacionais que estabelecem o cadastramento das unidades no SCNES pela maioria das gerências destes hospitais.

De acordo com Ministério da Saúde, o CNES[96] representa a base de operacionalização dos sistemas de informação em saúde, possibilitando aos gestores "o conhecimento da rede assistencial existente e suas potencialidades" (BRASIL, 2006o). Além do aspecto operacional, o SCNES é importante ferramenta gerencial com potencial de auxiliar no processo de planejamento em saúde em todos os níveis de governo, além de permitir maior visibilidade ao controle social, como determinado pelas leis orgânicas do SUS e, mais recentemente, pela Lei

---

[95] Conforme já informado no subitem 4.3 desta tese, as possibilidades de classificações para os serviços especializados de atenção à saúde bucal são: 001,- Dentística; 002,- Endodontia; 003,- Periodontia clínica; 004,- Moldagem/Manutenção; 005,- Cirurgia Oral; 006,- Cirurgia Bucomaxilofacial e 007,- Atenção a pessoa com deficiência.

[96] O CNES serve como base para os seguintes sistemas: Sistema de Informação Ambulatorial; Sistema de Informação Hospitalar; Cartão Nacional de Saúde; Sistema de Informação de Regulação; Sistema de Informação da Programação Pactuada e Integrada; Sistema de Informações da ANVISA; Sistema de Informações da ANS e para o Gerenciador de Informações Locais (GIL). Disponibiliza diversas informações relacionadas aos estabelecimentos de saúde, tais como estrutura física, tipo de atendimento prestado, serviços especializados, tipo e número de leitos e profissionais de saúde. Outras informações estão disponíveis em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=943> Acesso em: nov 2013.

de Acesso a Informação (BRASIL, 2011ae).

No que tange ao cadastramento de serviços de atenção à saúde bucal, a Portaria SAS/MS nº 154/2008 trata da instituição do serviço especializado 114, suas classificações e códigos CBO[97] dos profissionais com possibilidade de atuação nesses serviços, enquanto a Portaria SAS/MS nº 911/2012 inclui a classificação 007 - "Atendimento à Pessoa com Deficiência" nesse serviço (BRASIL, 2008c; BRASIL, 2012w). Nesse contexto, vale ainda lembrar que, conforme informado no página 80 desta tese, na grande maioria das unidades hospitalares (66%) que contam com serviços especializados 114, o cadastramento destes serviços só ocorreu na classificação "006 - Cirurgia Bucomaxilofacial", o que pode ser facilmente explicado pela tradição da atuação dessa especialidade odontológica em âmbito hospitalar.

No tocante à classificação "Atendimento à Pessoa com Deficiência" (007), somente dez unidades hospitalares (10%) que apresentaram AIHs para os fins pesquisados efetuaram o cadastramento de seus serviços nesta classificação. O fato merece especial atenção, principalmente se considerarmos o processo de construção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, tal como orientado pela Portaria GM/MS nº 793/12 (BRASIL, 2012g).

Ainda que outras unidades hospitalares tenham apresentado AIHs para os fins pesquisados, a falta de informações desses serviços no SCNES pode implicar dificuldades para tanto para elaboração da PPI,[98] como para operacionalização do complexo de regulação no que tange a ações de saúde bucal no nível terciário.

Lembramos ainda que, de acordo com a lista de critérios ou regramentos de acesso às ações e serviços constantes da RENASES, o acesso ao tratamento odontológico para pacientes com necessidades especiais em âmbito hospitalar deve ocorrer "mediante encaminhamento de serviço próprio do SUS" e através de "autorização prévia de dispositivo de regulação" (BRASIL, 2012l). Assim, consideramos que a falta de informações pode gerar a descontinuidade desse tipo de assistência, já que não há responsabilidade formal dos gerentes da maioria das unidades que apresentaram estas AIHs, no período pesquisado, com a manutenção desse tipo de serviço.

---

[97] Código Brasileiro de Ocupações - CBO.

[98] A PPI define e quantifica as ações de saúde para a população residente em cada território, pactuando a garantia de acesso da população aos serviços de saúde. No contexto do Decreto nº 7.508, de 28/6/2111, a "PPI e as programações atuais (atenção básica e vigilância em saúde) serão utilizadas, em caráter transitório, como referência para a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde" (PGASS), que "contemplará, em segundo momento, a totalidade das ações de assistência à saúde (da atenção básica e especializada), de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental), de assistência farmacêutica, constantes da RENASES e RENAME a serem realizadas na região a partir das prioridades definidas no planejamento regional integrado" (BRASIL, 2013d).

A falta de cadastramento dessas unidades compromete não só o processo de planejamento regional, mas a própria PNSB, tanto no que tange à integralidade da atenção, como a responsabilidade assistencial nacionalmente assumida por esta política junto à Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

Outro fator preocupante diz respeito à força de trabalho com atuação nessas unidades. No biênio pesquisado, do total de CDs responsáveis pela produção de AIHs nos hospitais que não contam com serviços cadastrados, 55% possuem vínculos de trabalho que podem ser cessados a qualquer momento resultando na supressão deste tipo oferta assistencial.

Em relação ao total de hospitais (316) que apresentaram AIHs para realização do procedimento pesquisado, observamos que 61 (19%) estão localizados em capitais brasileiras em maior concentração nas Regiões Norte e Nordeste.

Na Região Norte, esse tipo de produção relativa aos estados do Acre, Amapá, Amazonas e Roraima foi totalmente realizada por hospitais localizados em suas respectivas capitais. Esta situação se repetiu na Região Nordeste em relação aos estados de Pernambuco, Piauí e Sergipe. Os dados são convergentes com o estudo de Albuquerque et al. (2011), onde os autores correlacionam os extensos vazios assistenciais existentes na Região Norte ao baixo dinamismo econômico existente no interior da grande maioria de seus estados. Outro fator citado pelos autores diz respeito à precariedade existente na maioria dos municípios da região, no tocante às capacidades técnica, financeira e política necessárias aos processos de gestão, financiamento e planejamento de saúde. Neste sentido, os autores ressaltam a importância das capitais na operacionalização das políticas e dos programas de saúde na maioria dos estados da região.

Em relação à Região Nordeste, os autores atribuem a concentração das ações e serviços de saúde nas capitais ao fato de existirem desigualdades entre a maioria dos municípios acerca da capacidade instalada e dos investimentos públicos e privados em saúde (ALBUQUERQUE et al., 2011). Contudo, no que tange à atenção à saúde bucal em nível terciário, nossa pesquisa revelou que a produção de AIHs nos estados de Alagoas, Maranhão e Rio Grande do Norte não contou com a participação efetiva das suas capitais.

Nas demais regiões geográficas do país, observamos melhor distribuição entre o interior dos estados e suas capitais no tocante à localização dos hospitais que apresentaram produção de AIHs para os fins pesquisados.

Na Região Sudeste, as cidades de Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo concentraram, respectivamente, 2%, 18% e 16% desses hospitais. Já no estado do Espírito Santo, 50% dos hospitais que apresentaram esse tipo de produção estão localizados em

Vitória.

Na Região Sul, a participação das capitais na produção dos estados correspondeu a 5% (Curitiba), 18% (Porto Alegre) e 12% (Florianópolis), enquanto que na Região Centro-Oeste a produção desse tipo de AIH relacionada às capitais apresentou as seguintes proporções: Goiânia 29%, Cuiabá 50% e Campo Grande 40%.

Albuquerque et al. (2011) nos lembram que, de modo geral, nas Regiões Sudeste e Sul, a densidade da rede urbana com diversos polos regionais acabou por imprimir maior autonomia aos municípios, o que favorece o processo de descentralização das políticas de saúde nos estados dessas regiões. Nesse contexto, os autores destacam os estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraná, onde experiências históricas de regionalização administrativa foram absorvidas pelo setor saúde. Para os autores, a rápida e crescente expansão econômica e urbana da Região Centro-Oeste fortaleceu o processo de descentralização e contribuiu para a consolidação de importantes polos regionais com implicações principalmente no que tange à ampliação da capacidade instalada, à organização de redes assistenciais e à regulação dos fluxos (ALBUQUERQUE et al., 2011).

Quanto ao quantitativo de AIHs, a pesquisa revelou que 13.994 AIHs foram pagas no país para a realização do procedimento pesquisado. A Região Sudeste concentrou o maior percentual dessas AIHs (41% - 5.776). Seguem-se as Regiões Nordeste (37% - 5.155), Sul (11% - 1.573), Centro-Oeste (8% - 1.099) e Norte (3% - 391). Mas se considerarmos a população dessas regiões, a Região Nordeste contabilizou proporcionalmente um maior número dessas AIHs, já que a região conta com uma população cerca de 30% menor que a Região Sudeste.[99]

Interessante observar que, apesar de a Região Nordeste concentrar o maior número de hospitais públicos do país, somente 38% da sua produção de AIHs ocorreu nesse tipo de hospital[100]. Na região, somente nos estados do Maranhão, Paraíba e Piauí, 100% das AIHs apresentadas para o procedimento pesquisado o foram através de hospitais públicos.

Sobre o dimensionamento populacional das pessoas portadoras de deficiência, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, em tempos de paz, cerca de 10% da população dos países é portadora de algum tipo de deficiência, dentre as quais 2% são portadores de deficiência física; 1,5%, de deficiência auditiva; 0,5%, de deficiência visual; e

---

[99] População brasileira por Regiões segundo MS/CIR / Pop.2012: Norte- 15.359.675 (8%); Nordeste – 53.611.987 (28%); Sudeste- 80.915.637 (43%), Sul- 27.718.997 (14%) e Centro-Oeste – 13.895.467 (7%).

[100] Este fato também pode ser associado a uma melhor informação por parte dos hospitais conveniados em relação ao setor público. No entanto, lembramos que esta possibilidade é passível de ocorrer em todas as regiões geográficas do país.

1%, de deficiência múltipla. Segundo a OMS, os 5% restantes dizem respeito às deficiências mentais ou intelectuais (BRASIL, 2008i).

No Brasil, dados quali-quantitativos de abrangência nacional sobre as pessoas portadoras de deficiências são ainda muito escassos. Desta forma, não existem parâmetros sobre a incidência e distribuição dos diversos tipos de deficiências. No entanto, a PNAD de 2010[101] revelou que 45,6 milhões de brasileiros (24% da população) naquela época tinham ao menos uma deficiência, seja no campo visual, auditivo, motor, mental ou intelectual. Entre os vários tipos de deficiência, a visual foi mais comumente informada entre os brasileiros, atingindo 35,8 milhões de indivíduos, seguida pelas deficiências motora (13,3 milhões), auditiva (9,7 milhões) e mental ou intelectual (2,6 milhões) (BRASIL, 2010j).

Vale lembrar que, em relação à Odontologia, o tratamento das principais patologias bucais, tais como cárie dentária, doenças periodontais e má oclusão, não difere tecnicamente quando realizado em pacientes portadores de deficiência. Os principais desafios a serem vencidos nessa área assistencial dizem respeito à análise psicológica dos pacientes, assim como de seus familiares/e ou cuidadores, aos cuidados pré-operatórios, de modo a assegurar o bem-estar desses indivíduos e as condições físicas de acesso aos consultórios.

Destacamos ainda que portadores de deficiências motoras, mentais ou intelectuais tendem a apresentar maior risco para doenças orais mais prevalentes, tais como cárie e doença periodontal. Isto se deve ao uso sistemático de medicamentos, ao hábito de respiração bucal, à má higiene oral, muitas vezes agravada por dificuldades motoras, e a hábitos alimentares precários.

Em relação às políticas de saúde, no Brasil, apesar da existência de uma Política Nacional de Atenção de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e do fato de a Portaria GM/MS nº 793/2012 instituir no âmbito SUS a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência como parte do Plano Viver sem Limite,[102] não existem informações de quem são ou quantos são esses pacientes e tampouco a respeito de suas deficiências e incapacidades, de forma a subsidiar o planejamento assistencial voltado para esse grupo de pacientes.

Entretanto, no âmbito da assistência odontológica hospitalar, o MS, ao instituir a Portaria GM/MS nº 1.032, marco legal de inclusão do "Tratamento Odontológico para

---

[101] A estimativa do IBGE no ano de 2000 em relação a portadores deficiência foi que cerca de 24,5 milhões pessoas (14, 5% da população brasileira) encontravam-se nesta condição (PNAD/2000). Os dados da PNAD/2010 relativos a pessoas com deficiência estão disponíveis no site: http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2012/06/29/idosos-e-mulheres-sao-maioria-entre-portadores-de-deficiencia-aponta-ibge.htm Acesso em: 29 jun 2012.

[102] O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência levado a termo pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome também é conhecido como Plano Viver sem Limites.

Pacientes com Necessidades Especiais" na Tabela do SIGTAP, estabeleceu atributos e critérios para realização desse procedimento no SUS. Entre esses atributos estão listados vários Códigos Internacionais de Doença (CID-10) compatíveis com esse tipo de AIH.

Assim, tendo por base os CIDs-10, listados na referida portaria, levantamos o quantitativo de internações relativas a eles. Consideramos o resultado desta investigação como o número de internações realizadas para pacientes portadores de necessidades especiais (PNEs). Na sequência, relacionamos essas internações com o total de internações ocorrias no SUS no mesmo período. Desta forma, verificamos que do total de 23.074.504 AIHs emitidas no país no biênio pesquisado, 18,63% (4.299.399 AIHs) correspondem a internações de pacientes portadores de patologias /lesões listadas na Portaria GM/MS nº 1.032.

Neste sentido, informamos que o uso do termo "portadores de necessidades especiais" para efeito das análises que se seguem dizem respeito ao número de AIHs pagas no país, cujos CIDs são coincidentes com aqueles listados na citada referida portaria ministerial.

Os resultados deste exercício nos permitiram estimar, com base nos critérios estabelecidos pelo MS, o percentual de pacientes "portadores de necessidades especiais" que foram internados pelo SUS no biênio 2011/12. Verificamos que a Região Sudeste contabilizou, em números absolutos, os maiores volumes de internações totais/SUS, assim como aquelas relativas aos portadores de necessidades especiais. Lembramos que, de um modo geral, esses números podem ser relacionados ao fato dessa região ser a mais populosa do país. No entanto, quando analisamos as proporcionalidades entre estes dois grupos de internações, verificamos que a Região Nordeste contabilizou número maior de internações relativas aos PNEs em comparação com as demais regiões.

Os números são convergentes com os resultados do Censo Demográfico de 2010, segundo o qual a Região Nordeste concentrou os municípios com os maiores percentuais da população com pelo menos uma das deficiências investigadas (BRASIL, 2010j).

Quanto aos estados, o Rio de Janeiro contabilizou o maior percentual (24,87%) de internações relacionadas aos PNEs no biênio estudado. Seguem-se os estados do Rio Grande do Sul (22,12%), São Paulo (22,02%), Goiás (21,47%) e Pernambuco (19,37%). Estes valores podem estar associados aos percentuais de Regiões de Saúde (RS) atendidos por estes estados respectivamente (100%- RJ; 73%-RS; 62%-SP; 94%-GO e 92% PE), conforme demonstrado no Quadro 17 (p.100).

Cotejamos esses resultados ("percentuais de portadores de necessidades especiais") relativos a cada estado com o número de AIHs emitidas para fins de realização do procedimento "Tratamento Odontológico para o Paciente com Necessidades Especiais" e

verificamos que, em relação especificamente a esse tipo de assistência, o número de "pacientes portadores de necessidades especiais" assistidos pela referida Portaria no país ainda é pequeno, correspondendo somente a 0,32% do total nacional de internações SUS para esse grupo específico de indivíduos.

Em relação ao procedimento que gerou a solicitação das AIHs para realização do procedimento pesquisado, no período estudado, 99% das internações tiveram como procedimento solicitante o próprio procedimento "Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais". No percentual restante (1%), foram encontrados 44 diferentes tipos de patologias/lesões consideradas como procedimentos solicitantes, das quais somente 16 não são diretamente relacionadas a dentes ou a outras estruturas da face.

Este baixíssimo percentual de solicitação de AIHs, cujos procedimentos solicitantes não se relacionam a estruturas dentárias e/ou face, é representativo do padrão da atenção hospitalar em saúde bucal praticado no Brasil. Ou seja, ao contrário do cenário europeu[103], problemas relacionados à saúde bucal ainda não são percebidos como fatores que têm repercussão direta na saúde geral dos indivíduos. Por outro lado, os 99% de AIHs que tiveram como procedimento solicitante o próprio procedimento de código 04.14.02.041-3 indicam que a queixa odontológica sentida e declarada ainda é o fator causal predominante nesse tipo de atenção em âmbito hospitalar.

Em relação às faixas etárias, os resultados revelaram que a maior concentração (15%) das AIHs apresentadas para os fins pesquisados corresponde a tratamentos realizados em crianças de 5-9 anos de idade. Seguem-se as faixas etárias de 10-14 anos (14%); 15-19 anos (12%); 20-24 anos e 25-29 anos (ambas com 10%); 30-34 anos (8%); 35-39 anos (6%) e 1-4 anos (5%).

As faixas etárias correspondentes aos indivíduos de 1-19 anos somadas concentram 46% deste tipo de AIHs emitidas no país para os fins pesquisados. A região que apresentou maior volume de AIHs para estas faixas etárias somadas (1-19 anos) foi a Região Nordeste (2.715), seguida da Região Sudeste (2.626) e Região Sul, (773). As Regiões Centro-Oeste e Norte apresentaram valores correspondentes a 298 e 193, respectivamente.

Sabemos que os censos epidemiológicos de abrangência nacional em saúde bucal realizados no Brasil não registram dados especificamente relativos à saúde bucal de pacientes portadores de deficiências. Por outro lado, também sabemos que a composição da amostra nesses estudos toma por base determinadas idades-índice e grupos etários. Portanto, os exames em indivíduos portadores de deficiências não são excluídos dos censos

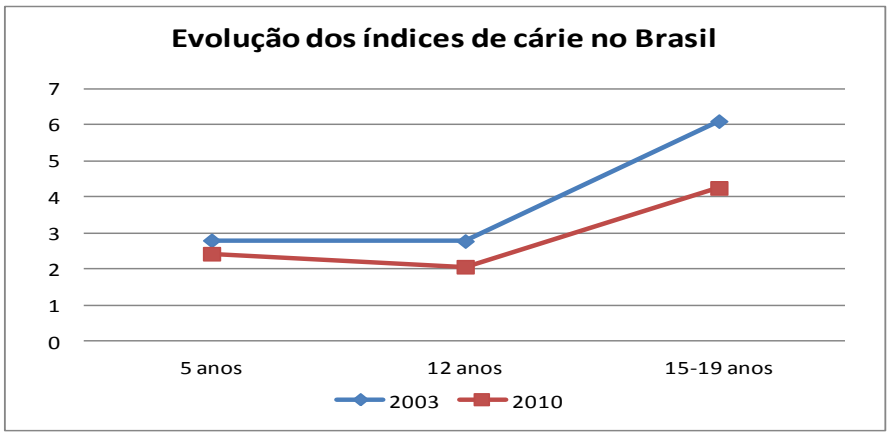
[103] Conforme pesquisas explicitadas no subitem 2.1.2 página 41 desta tese.

epidemiológicos de saúde bucal. Desta forma, vejamos na sequência a situação de saúde nacional em relação à cárie e doenças periodontais, que são as principais doenças odontológicas que acometem esse grupo de pacientes.

Em 2010 o MS, por meio da Coordenação Geral de Saúde Bucal, realizou o quarto levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de saúde bucal. Este foi o primeiro censo realizado após a instituição da PNSB.

Os resultados do SB Brasil/2010 revelaram que o índice de cárie (CPOD[104]), quando calculado para o Brasil, apresentou valores menores do que aqueles aferidos no censo anterior (SB/2003) conforme o informado no Gráfico 11 abaixo. Destacamos que este fato, cujo mérito é atribuído as ações da PNSB colocou o Brasil no *ranking* dos países com baixa prevalência[105] de cárie.

Gráfico 11: Evolução dos índices de cárie no Brasil segundos os censos 2003 e 2010



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do SB Brasil 2010 (BRASIL, 2010e).

Entretanto, quando analisamos os resultados do censo de 2010 numa perspectiva regional, verificamos que persistem ainda importantes diferenças regionais em todas as faixas etárias consideradas[106] nesse inquérito.

---

[104] O índice CPOD mede o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados, em determinada faixa de idade, em determinado local. O índice Ceo-d mede o número médio de dentes decíduos acometidos por cárie, com extração indicada e obturados. Em 2003, o país tinha índices de ceo-d aos cinco anos igual a 2,80 e CPO-D aos 12 anos de idade igual a 2,78. Na faixa etária dos 15 aos 19 anos, este índice foi de 6,1. No censo/2010 foram encontrados os seguintes reultados: ceo-d aos 5 anos 2,43 / CPO-D aos 12 anos 2,07/ e na faixa etária dos 15-19 anos, 4,25.

[105] Segundo a classificação adotada pela OMS, com os resultados do Projeto SB Brasil/2010, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4) para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6).

[106] No SB/2010 foram entrevistados e examinados em seus domicílios indivíduos nas idades de cinco e de 12 anos e pertencentes aos grupos etários de 15 -19 anos, 35 -44 anos e 65 - 74 anos.

Os resultados por região geográfica para as idades de cinco e 12 anos e para a faixa etária de 15 a 19 anos encontram-se explicitados no quadro 20. Destacamos que as idades selecionadas para a apresentação desses resultados foram aquelas onde ocorreu maior concentração de AIHs para fins do procedimento pesquisado.

Quadro 20. Variação dos índices ceo-d e CPO-D nas regiões geográficas do país

SB BRASIL/2010								
Idade	**Região**	**ceo-d**	**Idade**	**Região**	**CPO-D**	**Idade**	**Região**	**CPO-D**
5 anos	Norte	3,37	12 anos	Norte	3,16	15-19 anos	Norte	5,64
	Nordeste	2,89		Nordeste	2,63		Nordeste	4,53
	Sudeste	2,10		Sudeste	1,72		Sudeste	3,83
	Sul	2,49		Sul	2,06		Sul	4,01
	Centro-Oeste	3,00		Centro-Oeste	2,63		Centro-Oeste	5,94
	Brasil	**2,43**		**Brasil**	**2,07**		**Brasil**	**4,25**

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do SB Brasil 2010 (BRASIL, 2010e).

Conforme demonstrado no quadro acima, na idade de cinco anos, com exceção da Região Sul, todas as regiões apresentaram índices acima daquele calculado para o Brasil (2,43). Da mesma forma, para a idade de 12 anos e faixa etária de 15-19 anos, os valores correspondentes às Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste também se encontram em patamares superiores aos índices calculados para o país (2,07 (12 anos) e 4,25 (15-19 anos), respectivamente.

Quanto às condições gengivais, o índice CPI[107] foi utilizado para identificar a presença de sangramento e cálculos dentários tanto na idade de 12 anos como na faixa etária de 15-19 anos. Os resultados nacionais do SB/2010 indicam que este índice foi de 27,7 e 32,4, respectivamente, para a idade de 12 e faixa etária de 15-19 anos. No que tange às diferenças regionais, para a idade de 12 anos este índice apresentou variações de 51,9 na Região Norte, a 25,7 na Região Sudeste. Para a faixa etária de 15-19 anos, a variação correspondeu a 45,7 na Região Norte, a 30,0 na Região Sudeste. Estas variações se encontram sintetizadas no Quadro 21, a seguir.

[107] O Índice Periodontal Comunitário (CPI) é utilizado para avaliar a presença de sangramento (gengivite) de cálculo e de bolsa periodontal (quando ocorre o rompimento dos ligamentos do elemento dentário tanto em relação a gengiva quanto ao osso alveolar). Esta última condição requer tratamento periodontal especializado.

Quadro 21. Variação do índice CPI nas regiões geográficas do país

SB BRASIL/2010					
Idade	**Região**	**CPI**	**Idade**	**Região**	**CPI**
12 anos	Norte	51,9	15-19 anos	Norte	45,7
	Nordeste	31,9		Nordeste	40,9
	Sudeste	25,7		Sudeste	30,0
	Sul	31,9		Sul	41,9
	Centro-Oeste	30,5		Centro-Oeste	38,6
	Brasil	**27,7**		**Brasil**	**32,4**

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do SB Brasil 2010 (BRASIL, 2010 e).

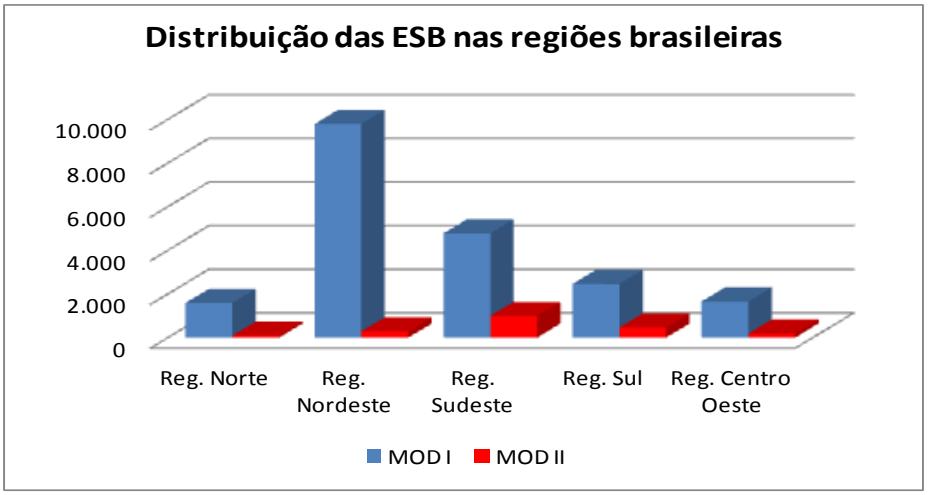
Assim, tanto em relação à cárie dentária como aos problemas gengivais ainda persistem importantes desigualdades regionais, o que em tese pode explicar o maior número de AIHs voltadas para atendimento destas idades na Região Nordeste.

Quanto às demais regiões, os dados epidemiológicos sozinhos não são suficientes para justificar os volumes de AIHs apresentadas. Esses dados merecem ser cotejados com os dados referentes à oferta de saúde bucal, tanto na atenção básica quanto na secundária, nas respectivas regiões.

De acordo com as normas e critérios estabelecidos pela PNSB, devem ser referenciados ao nível terciário somente aqueles casos cujo atendimento não pode ser realizado nos outros níveis de atenção. Sob este ponto de vista, maiores volumes de AIHs para fins do procedimento pesquisado, em tese, podem ser associados a um maior número de usuários referenciados pela atenção básica e/ou secundária, o que em relação à implementação da PNSB significa dizer pelas ESBs e ou pelos CEOs.

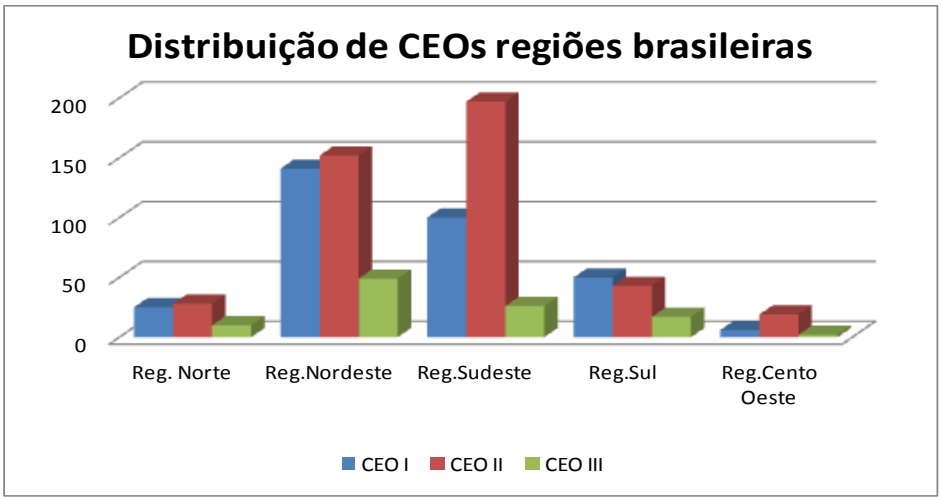
Lembramos que, segundo os dados do MS/DAB, as regiões Nordeste e Sudeste concentram o maior número de ESBs e CEOs implantados no país, conforme explicitado nos gráficos a seguir.

Gráfico 12: ESBs implantadas no Brasil até dezembro/2012



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do DAB/MS.

Gráfico 13: CEOs implantados no Brasil até dezembro/2012



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do DAB/MS.

Neste sentido, requer especial atenção a situação da Região Norte, onde a menor ocorrência de AIHs para efeitos do procedimento pesquisado nas idades selecionadas contrasta com os maiores índices de cárie e doença periodontal apresentados no país. No entanto, se considerarmos que nacionalmente esta é a região com a menor ocorrência de oferta assistencial através de ESBs, o baixo quantitativo de AIHs, assim como os maiores índices epidemiológicos podem ser explicados.

A análise da variável "caráter do atendimento" em relação ao total de AIHs apresentadas para fins do "Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades

Especiais" revelou a ocorrência de um volume considerável de AIHs de caráter de urgência.

Como já explicitado, segundo as orientações protocolares da PNSB tanto em relação à atenção básica (ESBs) como a secundária (CEOs), o atendimento em âmbito terciário deve ser realizado mediante referência, depois de esgotadas as possibilidades de atendimento nos outros níveis de atenção, incluindo os casos de urgência.

As urgências odontológicas se referem a odontalgia ou infecções agudas (abscessos dentários), processos que, via de regra, derivam da ausência de cuidados primários em saúde bucal. Outros tipos de urgência, como aquelas derivadas de traumas e as que envolvem lesões contundentes em tecidos moles ou fraturas ósseas, não são passíveis de tratamento através do procedimento pesquisado (código 04.14.02.041-3), e sim com aqueles afeitos ao campo da CTBMF. Da mesma forma, o procedimento "Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais" inclui o valor da anestesia geral ou sedação, o que requer avaliação de risco que, via de regra demanda consulta de avaliação prévia ao ato cirúrgico.

Assim, consideramos que o percentual de cerca de 30% de AIHs para atendimento em caráter de urgência, tal como apresentadas para a realização do procedimento pesquisado, além de não guardar coerência com as diretrizes operacionais da PNSB, pode representar riscos em relação à segurança e bem-estar desses pacientes. O caráter de urgência deste atendimento pode implicar dificuldades no processo de planejamento do risco cirúrgico, averiguação a ser realizada pelo médico anestesista previamente à anestesia geral e/ou indução.

Segundo o Ministério da Saúde:

> O ato anestésico se inicia com a avaliação prévia das condições do paciente, prossegue com a administração de drogas pré-anestésicas até a anestesia propriamente dita, terminando com o restabelecimento de todos os reflexos, da consciência e da estabilidade cardiorrespiratória do paciente (BRASIL, 2012 aa p. 33).

Nesta perspectiva, destacamos que, segundo protocolo de avaliação do estado físico dos pacientes com indicação para anestesia geral da *American Society of Anesthesiologist*, somente os indivíduos classificados[108] como ASA I e II podem ser submetidos à anestesia

---

[108] Segundo a classificação ASA- Physical Status Classification System, da American Society of Anesthesiologist, os pacientes podem ser classificados em: **ASA I**: sem alterações fisiológicas ou orgânicas, processo patológico responsável pela cirurgia não causa problemas sistêmicos; **ASA II**: alteração sistêmica leve ou moderada relacionada com patologia cirúrgica ou enfermidade geral; **ASA III**: alteração sistêmica intensa relacionado com patologia cirúrgica ou enfermidade geral; **ASA IV:** distúrbio sistêmico grave que coloca em risco a vida do paciente e **ASA V**: paciente moribundo que não é esperado que sobreviva sem a operação.

geral após a avaliação clínica global. Já em relação aos pacientes cujas classificações sejam superiores a ASA II, estes não devem prescindir de consultas com seus médicos especialistas para uma averiguação mais criteriosa, devido ao elevado grau de comprometimento e risco durante e após a realização do tratamento odontológico (CASTRO et al., 2010).

No tocante aos procedimentos compatíveis ao "Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais", levantamos, para o total das AIHs apresentadas, os dados relativos aos procedimentos odontológicos secundários e especiais, assim como aqueles referentes à informação obrigatória do CBO do médico anestesista. Esta opção metodológica buscou analisar dados qualitativos acerca dessa inédita oferta assistencial no SUS. Conforme já informado no item Resultados, o DATASUS só passou a disponibilizar esses dados para o conjunto dos estados brasileiros a partir de 2012, razão pela qual a análise sobre essas variáveis concentra tão somente o total de AIHs produzidas no país neste ano. Informamos ainda que, como o estado do Piauí não apresentou este tipo de AIH no ano de 2012, os dados nacionais aqui apresentados não se relacionam a este estado.

Ainda sobre a anestesia geral ou sedação, o MS deixa claro que a não informação de CBO do profissional responsável pela realização da anestesia ou sedação no documento da AIH incorrerá na sua rejeição, ou seja, no não pagamento do referido procedimento por parte do governo federal (BRASIL, 2012aa).

A pesquisa revelou que a despeito dessa obrigatoriedade, os estados do Maranhão e Pernambuco apresentaram percentuais de AIHs sem ocorrência dessa informação. Neste processo de análise, destacamos a situação do Maranhão onde cerca de 70% das AIHs apresentadas em 2012 não registraram a informação. Este fato também ocorreu em outros estados, ainda que em menores proporções. Consideramos que a ausência dessa informação pode ser explicada por dois motivos:

- o CBO do anestesista não foi informado na AIH por esquecimento; ou
- o ato cirúrgico foi realizado sem a administração de anestesia geral ou sedação, contrariando a normatização estabelecida pelo MS para o procedimento de código 04.14.02.041-3.

Contudo, independentemente do motivo desta não informação, chama-nos especial atenção o fato de o SIH não fazer críticas a essa ausência já que se trata de uma informação obrigatória. Enfatizamos que todas as pesquisas realizadas nesta tese dizem respeito a AIHs pagas.

Levantamos ainda os dados referentes aos procedimentos compatíveis ao

procedimento pesquisado. De acordo com Nota Técnica do MS[109] (BRASIL, 2010c), o registro desta informação é obrigatório. No ano de 2012, foram apresentadas nacionalmente um total de 6.691AIHs, para as quais ocorreu a informação de 5.377 outros procedimentos odontológicos compatíveis com o "Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais". A análise por estados revelou que não houve ocorrência de informações a respeito desses procedimentos compatíveis nos estados do Acre, Amazonas, Amapá, Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Alagoas, Sergipe, Espírito Santo e Distrito Federal, fato que mais uma vez nos faz pensar que o sistema/ DATASUS não faz crítica quanto a essa obrigatoriedade.

Como demonstrado no quadro 18 (p. 106/107), foram registrados 39 diferentes tipos de procedimentos, dentre os quais houve predominância de procedimentos considerados de média complexidade (64%), compatível com a assistência odontológica realizada em âmbito hospitalar.

Quanto à natureza desses procedimentos, foi informada a realização de dois procedimentos preventivos, um relativo à promoção de saúde (adequação do meio bucal[110]), 18 procedimentos clínicos e 18 procedimentos cirúrgicos.

Esses quantitativos de procedimentos informados, quando vistos numa perspectiva técnico-odontológica, nos permitem realizar uma primeira análise qualitativa acerca dessa produção. Assim, vejamos alguns pontos desta análise que consideramos relevantes para o processo de desenvolvimento da PNSB levada a termo no nível terciário de atenção.

- O número de procedimentos preventivos – aplicação de selante por dente (91), e aplicação tópica de flúor (888) – é muito baixo frente ao numero de AIHs referentes a crianças. Lembramos que a análise por faixas etárias revelou alta concentração destas AIHs (43%) correspondentes a tratamento de crianças de 1-14 anos, o que em número absolutos significa dizer 4.838 atendimentos. Considerando-se ainda que a aplicação de selante é contabilizada por elemento dentário, a relação desse procedimento por número de atendimentos apresenta-se ainda mais baixa.
- O mesmo podemos dizer em relação às restaurações de dentes decíduos (321) e o quantitativo de AIHs relativas às crianças de 1 a 14 anos. Ressaltamos que frente a esse número de restaurações, devemos considerar alguns fatores importantes: 1º - a cárie dentária, embora prevenível, é uma doença infecto contagiosa; 2º - a dentição

[109] A referida NT encontra-se no Anexo B desta tese.

[110] Adequação do meio bucal é uma estratégia que tem por objetivo diminuir o número de microorganismos cariogênicos na boca. Consiste na remoção dos nichos retentivos através da escavação das cavidades e seu respectivo preenchimento com material restaurador provisório.

decídua é formada de 20 dentes, o que significa dizer que, em termos, cada criança tem 20 dentes expostos a um potencial cariogênico; 3º - certas patologias relacionadas aos pacientes portadores de necessidades especiais têm como característica a retenção da dentição decídua por um tempo prolongado. Neste contexto consideramos que o número de exodontias de decíduos (250) também pode estar associado a este terceiro fator.

Ainda que a variedade de procedimentos informados/realizados e o volume dessa produção permitam uma primeira leitura qualitativa dos dados relativos à dentição decídua, não é possível estabelecer os mesmos parâmetros de análise em relação à dentição permanente. Isto infelizmente porque, em relação ao paciente com necessidades especiais, devido a uma histórica carência assistencial odontológica, existe a tendência de que quanto mais idade este paciente tiver, menos elementos dentários ele terá na boca.

Partindo desta constatação, os quantitativos, assim como a variedade de procedimentos, tornam-se relativos. Contudo, em se tratando de atenção hospitalar, por representar o último nível de atenção, mais relevante do que os quantitativos e a variedade dos procedimentos realizados, a assistência odontológica necessita/deve ser resolutiva.

Segundo as orientações da PNSB, esse tipo de atenção deve ser referenciado depois de esgotadas as tentativas de atendimentos nos outros níveis de atenção. O atendimento hospitalar tem como premissa a resolução das necessidades de saúde dos usuários, onde se incluem os problemas odontológicos. Neste processo assistencial, o paciente deverá ser contrarreferenciado para a atenção básica e/ou secundária onde os cuidados e a vigilância da saúde bucal devem ser continuados e contínuos.

Consideramos que atenção odontológica no nível terciário guarda características singulares, quando comparada as outras áreas assistenciais, como:

- Não é a complexidade do procedimento que orienta a necessidade de atendimento em ambiente hospitalar, e sim a condição clínica do paciente (uma simples profilaxia dentária tornar-se complexa quando realizada em indivíduo em situação crítica).
- Uma mesma sintomatologia odontológica pode requerer protocolos assistenciais diferenciados na dependência das condições clínicas do indivíduo (um cardiopata compensado pode se submeter a tratamento endodôntico ambulatorial, mas em situação de internação em UTI o tratamento de escolha, mesmo diante das mesmas condições odontológicas e sintomatológicas, deverá ser a exodontia do elemento em questão).

Portanto, a atenção à saúde bucal em ambiente hospitalar requer uma prática clínica

diferenciada daquela costumeiramente ensinada nos bancos acadêmicos e apreendida rotineiramente na prática dos consultórios, onde o saber e as tecnologias clínicas mais complexas, via de regra, estão voltadas para o atendimento de problemas relacionados ao dente e suas estruturas de apoio[111].

Nesse contexto, consideramos que os hospitais universitários têm papel importante no processo de capacitação dos profissionais que integram as equipes multiprofissionais de atenção à saúde bucal em ambiente hospitalar. Da mesma forma, consideramos relevante a atuação dos Hospitais Regionais no âmbito da RAS, atual modelo de gestão do SUS. Por esses motivos, incluímos neste trabalho de pesquisa as categorias de análise "Hospitais Regionais e Hospitais Universitários com produção de AIHs para o procedimento pesquisado".

Do total de hospitais (316) que apresentaram AIHs para realização do procedimento pesquisado, somente 8% (26) são Hospitais Regionais, que estão distribuídos em 13 estados do país. Interessante notar a importância desses hospitais no estado de Tocantins em relação a este tipo de oferta assistencial. Neste estado, cinco dos seis hospitais que apresentaram este tipo de AIH são Regionais.

Em relação aos Hospitais Universitários, somente 25 (8%) distribuídos em 11 estados apresentaram produção de AIH para os fins pesquisados. Vale registrar que, até dezembro de 2012, existiam no país 130 hospitais de ensino[112] com disponibilidade de leitos para o SUS. Neste quantitativo distribuído em 19 estados, se incluem unidades públicas, filantrópicas e privadas. Desta forma, consideramos que a participação desses hospitais (19%) na atenção terciária em saúde bucal no SUS ainda é muito modesta.

Vale lembrar que em 2013, o MS, através da CGSB, apresentou uma minuta de Portaria cujo objetivo era instituir, no âmbito da PNSB, o Componente GraduaCEO – Brasil Sorridente (BRASIL, 2013f). Com a instituição desse componente, o MS pretende ampliar o acesso e qualificar a atenção da saúde bucal através da incorporação das clínicas odontológicas de Instituições de Ensino Superior (IES) na RAS.

Importante registrar que um dos principais eixos norteadores da proposta é a educação permanente, eixo fundamental no processo de qualificação da atenção. Desta forma, esperamos que as ideias que norteiam este projeto possam de alguma forma ser incorporadas também no âmbito da atenção hospitalar.

---

[111] Estas estruturas dizem respeito ao periodonto de proteção (mucosa e sulco gengival e epitélio juncional, inserção conjuntiva) e ao periodonto de sustentação (osso alveolar, ligamento periodontal e cemento dentário).

[112] Segundo dados do TABNET /SCNES em dezembro de 2012.

A partir da variável “local de residência” dos pacientes assistidos pelas unidades hospitalares que apresentaram AIHs para os fins pesquisados, relacionamos a ocorrência deste atendimento às regiões de saúde (RS) constituídas em cada estado. Assim, independentemente do local de internação e da capacidade instalada das unidades hospitalares que apresentaram este tipo de AIH, foram atendidos indivíduos com residência informada nas diversas RS dos estados. Foi possível então verificar que em apenas cinco estados esse tipo de oferta assistencial foi possibilitada a moradores residentes em todas as regiões de saúde existentes em cada um destes estados. Dentre estes, dois pertencem à Região Norte (Roraima e Tocantins), um à Região Nordeste (Sergipe) e dois à Região Sudeste (Espírito Santo e Rio de Janeiro).

Interessante notar neste exercício a situação de Minas Gerais, onde unidades hospitalares localizadas em 48 diferentes municípios atenderam a pacientes oriundos de 30 regiões de saúde do estado (39%). Situação semelhante pode ser verificada no estado de São Paulo, onde 63 municípios atenderam a usuários residentes em 48 regiões de saúde do estado (62%).

Respeitadas as devidas proporções entre o elevado número de municípios desses estados (853 em MG e 645 em SP) e o maior número de regiões de saúde (77 em MG e 63 em SP), Minas Gerais e São Paulo são exemplos de que a distribuição regional dessa oferta é mais relevante do que o quantitativo de municípios e/ou hospitais.

Olhando mais atentamente a produção de Minas Gerais no período pesquisado, verificamos que das 2.170 AIHs apresentadas, 1.162 (54%) estão concentradas em apenas três hospitais localizados em três municípios (Belo Horizonte Juiz de Fora e Montes Claros). Estes, por sua vez, estão dispostos em três Regiões de Saúde: Belo Horizonte / Nova Lima / Caetés; Juiz de Fora / Lima Duarte / Bom Jardim de Minas e Montes Claros / Bocaiuva. Portanto, mais da metade da produção do estado está concentrada em apenas três das 77 Regiões de Saúde de Minas Geral. Isso nos permite afirmar que, ainda que esses municípios possam ser considerados polos macrorregionais, observadas as grandes distâncias territoriais do estado, a distribuição da oferta assistencial em atenção à saúde bucal hospitalar precisa ser mais bem dimensionada neste estado.

Em relação ao estado de São Paulo, no período pesquisado foram apresentadas 2.320 AIHs, das quais 1.277 (57%) estão concentradas em apenas seis municípios (Bauru, Diadema, São José do Rio Preto, São José dos Campos, São Paulo e Sorocaba). Estes estão dispostos em seis Regiões de Saúde, respectivamente: Bauru, Grande ABC, São José do Rio Preto, Alto do Vale Paraíba, São Paulo e Sorocaba respectivamente. Em outras palavras, no biênio

2011/12, a produção de AIHs para os fins estudados em São Paulo apresenta-se concentrada em apenas seis das 63 Regiões de Saúde do estado. Isso demonstra que esse tipo de oferta assistencial precisa ser mais bem equacionada no estado.

A análise da produção dos estados, quando observada de forma relacionada à "CIR da internação" para os fins pesquisados e à "CIR da residência" do usuário, revelou que em 11 estados, além da produção interna, referente a moradores de seus próprios territórios, foram apresentadas AIHs referentes a tratamentos realizados em indivíduos com residência informada em outros estados da federação (externa). São eles: Tocantins, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Minas Gerais, São Paulo, Santa Catarina, Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

Neste cenário, dois estados merecem destaque, não pelo volume da produção "externa", mas pelo quantitativo de estados por eles atendidos: Pernambuco, que no biênio 2011/12 realizou procedimentos (2%) em pacientes de outros 10 estados e São Paulo, que prestou esse tipo de atendimento (3%) para pacientes de 17 outros estados.

Conforme já relatado no capítulo 4, subitem 4.13 desta tese, a participação dos estados de Pernambuco e São Paulo nesta produção "externa", em certa medida, pode ser explicada pelo caráter assistencial de duas Instituições de Ensino Superior (IES) localizadas nesses estados e que são os responsáveis por essa produção. Em Pernambuco, destaca-se o trabalho do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), enquanto em São Paulo o tradicional trabalho desenvolvido pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC), mais conhecido como Centrinho.

Ressaltamos que nenhuma dessas unidades assistenciais conta com serviço 114 cadastrado na "classificação 007 - Atendimento a Pessoa com Deficiência". No entanto, os dois hospitais são habilitados no SCNES como "Centro de Tratamento da Má Formação Lábio-Palatal", serviço cuja natureza é cirúrgica e multiprofissional. Essa característica do serviço, que tornou a unidade de São Paulo nacionalmente conhecida por sua excelência, também está presente em outros hospitais/SUS[113] no próprio estado de São Paulo (onde além do HRAC existem mais sete unidades com este perfil assistencial), assim como em outras 13 unidades federativas, a saber: Bahia, Ceará, Distrito Federal, Minas Gerais (2), Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul (2), Santa Catarina e Tocantins.

---

[113] Informações disponíveis em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Habilitacoes_Listar.asp?VTipo=0401&VListar=1&VEstado=00&VMun=&VComp=&VContador=26&VTitulo=H Acesso em: dez 2013.

Portanto, ainda que as unidades hospitalares com produção de AIH "externa" nos estados de Pernambuco e São Paulo (IMIP e HRAC) correspondam a tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos compatíveis com a Portaria nº 1.032, a referência de usuários com residência informada em outros estados para essas unidades só se justificaria se a integralidade do tratamento demandado necessitasse de reabilitação craniofacial.

Assim considerando-se, as características desses dois hospitais e as grandes distâncias entre São Paulo e alguns estados por ele atendidos (Rondônia, Acre, Amazonas, Bahia, Ceará, Maranhão, Pará, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul), acreditamos que as possibilidades de essas referências terem sido reguladas pela SES dos respectivos estados, através do benefício federal "Tratamento Fora de Domicílio[114]" (TFD) sejam nulas. O mesmo pode ser dito em relação à unidade hospitalar do estado de Pernambuco e alguns dos estados por ele atendidos (São Paulo, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul).

Com a intenção de ampliar o campo de análise da intenção de oferta regionalizada em atenção à saúde bucal no nível hospitalar, levantamos os PDRs e os PESs de todas as unidades da federação. A pesquisa foi realizada junto ao "Portal de Saúde" do MS (*site* Sala de Apoio a Gestão Estratégica[115]) e nos *sites* das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde.

Das 27 unidades federativas, quatro não disponibilizaram seus PRDs e/ ou PESs nos *sites* citados: Pará, Tocantins, Maranhão e Piauí. A pesquisa revelou que das 23 unidades da federação com possibilidades de análise, **nove preveem em seus instrumentos de gestão a oferta de saúde bucal em nível hospitalar**, a saber: Acre, Alagoas, Ceará, Pernambuco, Sergipe, Minas Gerais, Paraná, Goiás e Distrito Federal.

Vale registrar, no entanto, que os estados da Bahia, Rio Grande do Sul e São Paulo, apesar de não preverem esse tipo de atenção em seus PDRs e/ou PESs, como observado acima, o fazem em suas políticas estaduais de saúde bucal, conforme explicitado no capítulo 2, subitem 2.2 desta tese. Portanto, no território nacional, **12 unidades federadas (44%) preveem de alguma forma a atenção à saúde bucal em nível hospitalar.**

Desses estados, **somente cinco apresentam fluxos de referência para atendimento hospitalar**, a saber: Minas Gerais apresenta no PDR; os estados da Bahia e Ceará apresentam

---

[114] A portaria SAS/MS nº 055, de 24/02/99 que trata do TFD estabeleceu o fornecimento de recurso para transporte, hospedagem e ajuda de custo para alimentação de usuários SUS e seus acompanhantes, se necessário. O direito a este benefício fica assegurado àqueles usuários cujo tratamento, classificado como de alta complexidade, não tenha condições técnicas operacionais de ser realizado em seu município de residências ou em municípios até uma distância 50 km. A solicitação médica deve ser encaminhada para a SES devidamente acompanhada dos documentos necessários conforme informações das próprias secretarias estaduais de saúde, que a partir do definido pela referida portaria ministerial, têm autonomia para definir os critérios burocráticos do trâmite dos processos.

[115] Dados disponíveis em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/descentralizacao/regionalizacao.php> Acesso em: nov/2013.

em suas Políticas Estaduais de Saúde Bucal, enquanto Sergipe e o Distrito Federal o fazem através dos *sites* de suas respectivas secretarias de Saúde.

No que tange ao **atendimento de PNE sob anestesia geral, somente no estado de Sergipe encontramos esta referência nos fluxos** apresentados no *site* da SES, *link*[116] para a área técnica de saúde bucal. Nos demais estados, embora haja previsão de oferta de atenção à saúde bucal em ambiente hospitalar nos instrumentos analisados, não há estabelecimento de fluxos de referência.

A ausência desses fluxos também foi observada em relação ao atendimento nos CEOs no estudo de Fortuna (2011). A autora analisou, numa perspectiva regionalizada, a oferta da atenção secundária em saúde bucal nos estados brasileiros e observou a ausência de instrumentos formais voltados para organização dos fluxos de referência em saúde bucal (FORTUNA, 2011 p. 169).

Na sequência do nosso estudo, relacionamos os dados desses 12 estados que preveem a atenção hospitalar com aqueles referentes aos hospitais com produção informada de AIH e que contam com serviços 114 cadastrados. Segundo esses critérios, somente o estado Alagoas não conta com serviço 114. Nos demais, encontramos a seguinte situação em relação a este serviço: Acre (um hospital c/ serviço 114), Bahia (14 hospitais – oito c/ serviço 114), Ceará (cinco hospitais – quatro c/ serviço 114) Pernambuco (três hospitais – um c/ serviço 114), Sergipe (dois hospitais – oito c/ serviço 114), Minas Gerais (54 hospitais- 10 c/ serviço 114), São Paulo (83 hospitais – 24 c/ serviço 114), Paraná (22 hospitais – quatro c/ serviço 114), Rio Grande do Sul (28 hospitais – 11 c/ serviço 114), Goiás (sete hospitais – dois c/ serviço 114) e Distrito Federal (quatro hospitais – todos c/ serviço 114). Quando analisamos estes dados tendo em vista a classificação 007 desse serviço – "Atendimento à Pessoa com Deficiência" –, verificamos a disponibilidade de serviço com tais características somente em quatro dos 12 estados: Acre (uma unidade), São Paulo (duas unidades), Rio Grande do Sul (duas unidades), e no Distrito Federal (três das quatro unidades hospitalares).

Em síntese, sabemos que a institucionalização dos processos de regulação e regionalização em saúde, ainda que de suma importância no cenário atual, depende de uma série de fatores técnicos operacionais e de base sócio-político-cultural. Soma-se o fato de que, na grande maioria dos estados, ainda persistem velhos desafios, como as desigualdades na distribuição dos recursos, que acabam por concentrar nas capitais, regiões metropolitanas e

---

[116] SES/SE disponível em: <http://www.saude.se.gov.br/index.php?act=interna&secao=6> Acesso em: jan 2014.

polos regionais a capacidade instalada (oferta) e, consequentemente, os recursos financeiros do SUS.

Desta forma, as ações da PNSB, enquanto ofertas assistenciais, enfrentam as mesmas dificuldades. No entanto, consideramos que o aperfeiçoamento da normatização da PNSB, de forma coerente com os princípios do planejamento regionalizado, poderá contribuir com os gestores locais no processo de construção das RAS. Ademais, considerando-se que a atenção hospitalar deve ser referenciada pelos outros níveis de atenção, o que no caso da saúde bucal deve ser realizado pelos CEOs ou pelas ESBs (ESF e/ou UBS), por questões de economia de escala essa oferta deve ser regulada até mesmo no interior de uma mesma região.

Concluída esta etapa analítica das pesquisas, passaremos no capítulo seguinte às considerações finais deste trabalho de tese.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas.
Antoine de Saint-Exupéry

Em 2004, com a edição da Política Nacional de Saúde Bucal, a saúde bucal foi incorporada de fato como uma dimensão da saúde no SUS. Essa inserção, ainda que tardia em relação ao sistema público de saúde do país, representou a garantia assistencial em saúde bucal como parte indissociável do direito constitucional a saúde. Assim, o Ministério da Saúde vem lançando mão de incentivos financeiros de forma contínua e crescente para induzir, sob condições específicas, a adesão às diretrizes formuladas pela PNSB nos níveis básico e secundário de atenção.

Nesse contexto, em menos de uma década a PNSB promoveu uma mudança radical no cenário nacional no que diz respeito à oferta pública de ações e serviços em saúde bucal. Na atenção básica, a inserção das ESB na ESF permitiu não só a universalização do acesso como também impulsionou mudanças relevantes no campo da prática da Odontologia, como visto na Introdução desta tese. Na atenção secundária, ao instituir a oferta assistencial especializada em saúde bucal no SUS, a PNSB promoveu a integralidade da atenção entre os dois níveis assistenciais. No que tange à oferta de próteses dentárias, a referida política vem possibilitando a expansão acelerada do número de LRPD em todo o território nacional. E no tocante à atenção terciária, a PNSB através da Portaria CM/MS nº 1.032/2010, instituiu de forma inédita no SUS o "Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais" sob anestesia geral ou sedação.

Esse fato, seis anos após a edição da PNSB, além de dar o primeiro e decisivo passo no sentido de cumprir as diretrizes dessa política no que tange ao terceiro nível de atenção, em certa medida respondeu aos anseios sociais explicitados na III Conferência Nacional de Saúde Bucal em 2004, como visto no início desta tese. Assim, para fins de tratamento odontológico de PNE, foram contabilizadas no biênio estudado 13.994 AIHs, com ocorrência em todos os estados brasileiros, ainda que em graus variados. Neste sentido, em termos quantitativos, a avaliação desse processo é positiva na medida em que possibilitou acesso a esse tipo de tratamento a um grupo de indivíduos que até então não tinha a garantia desse tipo de assistência no SUS.

No entanto, a despeito da inclusão do tratamento odontológico para PNE representar um avanço assistencial no âmbito terciário, a atuação da PNSB neste nível de atenção, além de insuficiente e ineficaz, ainda apresenta um caráter focalizador. Nesta perspectiva, a análise do atual estágio das ações inerentes à Portaria nº 1.032 revelou a existência de alguns pontos que se colocam como obstáculos para a necessária e esperada continuidade do desenvolvimento da PNSB neste nível de atenção. Desta forma a ampliação do acesso assim como a qualificação da atenção neste nível assistencial apresentam-se como desafios a serem enfrentados pela PNSB.

Na sequência, passaremos a apontar alguns destes pontos, cuja resolução, além de estar no campo gerencial desta política, em nossa opinião podem ser mais facilmente equacionados. De acordo com os resultados da pesquisa, menos de um terço dos hospitais que apresentaram AIHs para o tratamento pesquisado possuem serviços especializados em saúde bucal cadastrados no SCNES. Este fato, além de revelar o descumprimento das normas do SUS, pode gerar a descontinuidade desta oferta assistencial, implicando negativamente no processo de regionalização, conforme já discutido exaustivamente neste trabalho.

Considerando-se ainda a **integralidade da atenção à saúde bucal** no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e as questões de economia de escala na distribuição desta oferta assistencial no interior das regiões de saúde, **sugerimos que estes serviços sejam habilitados junto ao SCNES**. Para que tal solicitação seja feita ao MS, os serviços deverão estar previstos nos planos de ação regional e/ou estadual e definidos como pontos de atenção da referida Rede, conforme o planejamento regional pactuado nas CIRs e/ou nas CIBs.

Os serviços assim habilitados ainda representarão maior segurança para a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no sentido de garantir as estruturas físicas e humanas necessárias para a realização desse tipo de atendimento, tais como disponibilidade de centro cirúrgico e de sala de estabilização, médico anestesista[117] e equipe de enfermagem.

Outro fator preponderante para a garantia da integralidade da atenção em saúde bucal diz respeito à integração desses serviços hospitalares com os serviços de atenção básica e secundária. O trabalho integrado entre os diferentes serviços implica fluxos assistenciais mais comprometidos com a integralidade da atenção e com o bem-estar dos pacientes.

A pesquisa internacional mostrou que essa integração também foi considerada pelo Ministério da Saúde da Noruega como fator fundamental, não só para a integralidade da

---

[117] No âmbito da gestão pública hospitalar, a escassez de médicos anestesistas é consensual em todo o território nacional. Segundo a Sociedade de Anestesiologia do Rio Grande do Sul, o grande problema a ser enfrentado diz respeito à distribuição regional desses profissionais. Prossegue a notícia:"sabemos que em cidades com menos de 50 mil habitantes, por exemplo, não há especialistas em anestesia". Disponível em: http://www.sargs.org.br/noticias_det.php?id=70 Acesso em: dez 2013.

atenção pública em saúde bucal levada a termo naquele país, como também para o sucesso do próprio serviço hospitalar de atenção à saúde bucal tal como proposto. Nesse contexto, para que a PNSB seja institucionalizada na atenção hospitalar, como acontece nos níveis básico e secundário, é necessário que esta se torne visível não só para os gestores e profissionais que integram as equipes de saúde, mas sobretudo para os usuários do sistema. Enfatizamos que a PNSB no terceiro nível de atenção não pode se restringir à inserção de um procedimento na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Além disso, o atendimento assistencial ao PNE precisa ser reconhecido por todos os atores nele envolvidos como uma ação dessa política neste nível de atenção.

Lembramos que a institucionalização da PNSB como uma política específica de saúde envolve uma série de fatores que compreendem desde sua formulação, normatização e implantação, até o monitoramento e avaliação de suas ações. Juntas, essas fases legitimam a necessidade de respostas às diretrizes assistenciais propostas pela política e justificam os investimentos estruturais, humanos e financeiros necessários para sustentação dessas propostas no interior do SUS. Assim, para que a atenção em saúde bucal em âmbito hospitalar seja exitosa, é necessário que a PNSB assuma responsabilidades com a estruturação dos serviços e com o monitoramento e a avaliação de suas ações também neste nível assistencial.

No que tange à estruturação dos serviços, é preciso que a PNSB **promova a interação das equipes de saúde bucal no interior das próprias unidades hospitalares**. Caso contrário, haverá uma **dicotomia** do serviço de atenção hospitalar, separando equipes de cirurgiões-dentistas especialistas em CTBMF, com tradição na assistência hospitalar, e equipes de cirurgiões-dentistas com atuação voltada para o atendimento clínico hospitalar. A ideia primordial implícita nesta questão é que não há como promover a integração das diferentes equipes (níveis) de atenção à saúde bucal "fora" do hospital se essa integração não ocorrer também "dentro" do hospital.

Ainda em relação à estruturação dos serviços, a atenção à saúde bucal também se faz presente na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Esta participação, embora ainda não assumida[118] pela PNSB, está garantida no SUS através de legislações específicas[119] que incluem a atuação do CD nos atendimentos realizados nas Unidades de Pronto-Atendimento (UPAS 24 horas) e em hospitais de Referência às Urgências e Emergências.

---

[118] Conforme visto no capítulo 3, a RUE não é considerada na apresentação da PNSB.

[119] a) Portaria GM/MS nº 1.020 de 2009 - define que as UPAS 24 horas com atendimento populacional superior a 200 mil habitantes devem oferecer assistência odontológica emergencial (BRASIL, 2009c); b) Portaria GM/MS nº 479/1999 - determina a participação da atenção odontológica como "indispensável" nas unidades classificadas como tipo III (BRASIL, 2009; c) Portaria GM/MS nº 1.663/2013- estabelece critérios para a organização dos Centros de Trauma, inclui a participação da CTBMF nos tipos II e III destas unidades (BRASIL, 2013g).

Portanto, a integração dos serviços de atenção à saúde bucal, além dos níveis de atenção, deve considerar todos os locais de atendimento.

Quanto à necessidade de **monitoramento e avaliação** das ações da PNSB, considerando-se os resultados das pesquisas realizadas, apontamos algumas questões que merecem ser avaliadas mais atentamente e em conjunto com os dados de cobertura das ESBs na ESF e dos CEOs. A concentração de AIHs voltadas para crianças de até nove anos de idade (21%[120]) e o alto percentual de AIHs de caráter de urgência (cerca de 30%) representam dois exemplos dessas questões.

A pesquisa revelou ainda a existência de pontos de incongruência entre o marco legal representado pela Portaria 1.032 e o SIH/DATASUS. Fato este que tem implicações no processo de monitoramento e avaliação das ações da PNSB inerentes à referida portaria. Esses pontos dizem respeito: a) ao número superior de códigos CID-10 compatíveis com o procedimento principal considerados pelo SIH em relação ao número de CID-10 listados na Portaria; e b) ao pagamento de AIH mesmo diante da falta de informações tidas como obrigatórias, tais como o CBO dos anestesistas e da realização de procedimentos secundários/especiais. Sugerimos que a PNSB solicite a correção dessas inconsistências junto ao DATASUS.

No tocante à **universalização do acesso**, a pesquisa revelou que somente 1% das AIHs apresentadas no biênio pesquisado estão relacionadas ao atendimento de pessoas em situação de internação. Este fato demonstra que **a saúde bucal ainda não foi incorporada como uma dimensão do cuidado integral** e com potencialidades de influenciar o processo de restabelecimento dos pacientes no ambiente hospitalar.

Esse entendimento, já incorporado nos processos de cuidado na maioria os países estudados, como visto na pesquisa internacional, explica o fato de a atenção à saúde bucal na Europa se apresentar de modo mais includente no nível hospitalar do que nos outros níveis de atenção.

Outra razão que pode explicar o baixo percentual de AIHs para atendimento de PNE internados pode ser relacionada ao fato de a Portaria condicionar a realização do tratamento odontológico à anestesia geral ou sedação. Como já foi explicitado neste trabalho, nem todo PNE está apto ou precisa se submeter a esse tipo de anestesia, embora possa necessitar de atendimento odontológico no ambiente hospitalar. Nestes casos, a condicionalidade da administração de anestesia geral ou sedação implícita nos termos da Portaria nº 1.032 pode

---

[120] Soma dos percentuais relativos às faixas etárias (< 1 a), (1-4) e (5-9), respectivamente, 1%, 5% e 15%.

induzir ao tratamento sem a ocorrência desse tipo de anestesia. Esse fato, se de um lado pode explicar a ausência dessa informação, como a pesquisa apontou em alguns estados, por outro contraria a legislação pertinente, comprometendo a gestão da PNSB.

Vale esclarecer que, nos moldes atuais, o MS **não** garante o repasse de recursos financeiros relativos a procedimentos considerados como de atenção básica e/ou secundária[121] para prover a atenção à saúde bucal de pacientes em situação de internação hospitalar, cuja razão resida em **outras questões médicas não relacionadas** na Portaria nº 1.032.

A pesquisa demonstrou que o percentual de internação de pessoas consideradas PNEs frente ao total de internações SUS no biênio pesquisado foi de 18,63%, o que significa dizer que mais de 80% dos pacientes internados no SUS nesse período, independentemente de suas necessidades, não tiveram a garantia de acesso a este tipo de atenção. Considerando a universalidade do acesso como um princípio do SUS inerente às ações da PNSB nos outros níveis de atenção, e o impacto que a saúde bucal pode representar no processo de reestabelecimento da saúde, **sugerimos que o serviço 114 (serviço de atenção em saúde bucal) passe a contar com uma nova classificação - atendimento de paciente em ambiente hospitalar.** Desta forma, o direito universal de acesso à atenção em saúde bucal será garantido a todos os usuários SUS na medida de suas necessidades.

A atenção à saúde bucal no nível terciário deve ser entendida como uma prática profissional em ambiente hospitalar, cujos objetivos são os cuidados cirúrgicos e/ou clínicos das alterações bucais, através de procedimentos considerados de atenção básica, média e alta complexidade. Reconhecemos a legitimidade e a praticidade da operacionalização desta lógica de classificação[122] dos procedimentos no SUS. No entanto, faz-se necessário frisar que, no que tange à atenção integral em saúde bucal nesse *locus* assistencial, a complexidade a ser verificada deve dizer respeito à diversidade assistencial requerida pelo e no ato do cuidado demandado.

Ressaltamos, portanto, que para atender às necessidades desse novo serviço, **um novo procedimento deverá ser inserido na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.** O novo procedimento deverá permitir a realização de procedimentos em âmbito hospitalar, independentemente de sua classificação na referida tabela e sem a obrigatoriedade de administração de anestesia geral e/ou sedação. Essa nova classificação ainda permitirá

---

[121] Conforme disponibilizada no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP)

[122] A lógica de classificação dos procedimentos é inerente à "Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS". Esta lógica está intimamente ligada aos processos de planejamento, programação, regulação e avaliação das ações de saúde.

atender aos pacientes internados em Unidades de Tratamento Intensivo[123] (CTI), onde a atenção à saúde bucal tem grande relevância, tanto no que tange ao bem-estar dos pacientes, como para a gestão administrativa dessas unidades.

Segundo dados da Associação de Medicina Intensiva Brasileira[124] (AMIB), infecções bucais representam grandes desafios a serem enfrentados pelas equipes com atuação em CTI. Este tipo de infecção, além de potencializar o risco de infecções nosocomiais entre cinco e dez vezes, acabam por prolongar o tempo de internação e aumentar os custos hospitalares.

Em pesquisa realizada pela Comissão de Infecção Hospitalar do Hospital Federal de Bonsucesso no município do Rio de Janeiro entre os anos de 2009 e 2010, ficou demonstrado que ocorreu um decréscimo de 32% do índice de pneumonia nosocomial nas unidades após a implantação do projeto Odonto-leito naquele hospital. O projeto, implantado em meados de 2009 visa à assistência odontológica no leito para pacientes internados nos setores de Transplante Hepático; CTI Adulto; Serviço de Neurocirurgia e Unidade Coronariana (ABO 2012).

O serviço de **classificação - atendimento de paciente em ambiente hospitalar**, tal como sugerido, permitirá ainda o atendimento de pacientes em tratamento ambulatorial de radio e quimioterapia onde complicações orais, tais como mucosites ocorrem com frequência. As ulcerações da mucosite, além de dolorosas, via de regra são acompanhadas de edema, hemorragia e eritema, comprometendo não só a nutrição do paciente, como o próprio tratamento oncológico, uma vez que na dependência da intensidade desta lesão, a interrupção do tratamento pode ser necessária (SCHIRMER et al., 2012).

Neste sentido, o uso da laserterapia representa um grande alívio para esses pacientes, pois a luz laser de baixa intensidade atua não só aliviando a dor e promovendo a aceleração da cicatrização das úlceras, como ainda tem potencial para prevenir futuros episódios destas lesões (SANTOS et al., 2009). A despeito do reconhecimento em âmbito nacional e internacional sobre a eficácia da laserterapia em produzir benefícios aos pacientes, esse tipo de tratamento ainda não está garantido no rol de procedimentos oferecidos pelo SUS. **Sugerimos, assim, a inclusão do procedimento de laserterapia na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.**

Outra possibilidade de atendimento ambulatorial através do serviço 114 - na nova

---

[123] O Projeto de Lei 2776/08 torna obrigatória a presença de CD em todas as Unidades de Terapia Intensiva, assim como em clínicas e hospitais públicos e privados em que haja pacientes internados. O projeto, aprovado no Senado Federal em outubro de 2013, tramita em caráter conclusivo, devendo ser analisado ainda pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania.

[124] Notícia disponível em: <http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/senado-aprova-por-unanimidade-lei-que-obriga-a-presenca-do-cirurgiao-dentista-na-uti/> Acesso em: out 2013.

classificação - atendimento de paciente em ambiente hospitalar diz respeito à realização de consultas odontológicas como parte do risco cirúrgico demandado pelas diversas clínicas cirúrgicas com atuação nas unidades hospitalares. Nessas consultas, além da realização de pareceres, na medida da necessidade deverão ocorrer procedimentos de adequação ao meio bucal, com o objetivo de prevenir ou minimizar processos inflamatórios capazes de alterar as condições sistêmicas dos pacientes e comprometer a evolução de seus tratamentos médicos.

Além dos pontos elencados, consideramos que a PNSB, no avanço de seu desenvolvimento neste nível assistencial, deverá no médio e longo prazos fomentar dois macroprocessos que se impõem como desafiadores para prática da Odontologia nesse nível assistencial.

O primeiro desafio está relacionado com as bases curriculares da Odontologia que precisam ser adequadas não só para atender um novo campo de trabalho que se abre para a profissão, mas, sobretudo para atender à demanda assistencial imposta pelo sistema de saúde do país. Nesse processo se inclui, além da graduação, o aperfeiçoamento profissional através de Residência Profissional. O outro grande desafio a ser enfrentado, que está na raiz do primeiro – portanto, ambos estão intimamente relacionados – diz respeito à reorganização dos serviços de odontologia hospitalar tendo como base a reconfiguração das práticas assistenciais com deslocamento do foco na saúde bucal para o cuidado integral em saúde.

Em suma, consideramos que o avanço da PNSB no terceiro nível de atenção não está relacionado à expansão do acesso traduzida no maior aporte de incentivos financeiros federais, como visto nos demais níveis de atenção. No âmbito hospitalar, o sucesso da PNSB dependerá do seu compromisso ético político, no sentido de garantir, além da expansão dos cuidados assistenciais nesse nível de atenção, a extensão do acesso à assistência em saúde bucal a todos os usuários SUS na medida de suas necessidades.

Por último, gostaríamos de enfatizar que, ao encerrarmos este texto, que tem o ônus do pioneirismo, esperamos ter contribuído para o início de uma agenda de pesquisa, reflexão e debate acerca do desenvolvimento da PNSB e da extensão da atenção em saúde bucal no nível hospitalar como uma importante dimensão da saúde no SUS.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Andréa Silvia Walter de et al. Atenção em saúde bucal em nível hospitalar: relato de experiência de integração ensino/serviço em odontologia. *Revista Eletrônica de Extensa*, ISSN 1807-0221 Florianópolis, Ano 7, N. 9, p.100-110, 2010. Disponível em: <www.periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/.../12360/13037> .Acesso em setembro de 2011.

ALBUQUERQUE, Raquel Araújo de et al.: Protocolo de atendimento odontológico a pacientes oncológicos pediátricos – revisão da literatura. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2007; 36(3): 275-280. Disponível em: <rou.hostcentral.com.br/PDF/v36n3a13.pdf> . Acesso em junho de 2011.

ALBUQUERQUE, M. V. de ; MELLO, G.A.; IOZZI, F.L. O Processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. In: VIANA, A. L. D' A e LIMA, L. D (org). Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro. Contra Capa, 2011. 216p.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. REFERENCE MANUAL V 34 /nº 6 pág. 170-182, (2012 -2013). Chicago, USA, 2012. Disponível em: <www.aapd.org / media / POLÍTICAS_ Diretrizes / G_Behav Guia . pdf > . Acesso em abril, 2013.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). Policy on Third-party Reimbursement of Medical Fees Related to Sedation/General Anesthesia for Delivery of Oral Health Services. Reference Manual V 34 /nº 6 12 /13 pág 86-87, 2013-14. Chicago, USA, 2013. Disponível em: < www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_3rd Partido SedGA.pdf>>. Acesso em abril, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA (ABO). Atendimento odontológico nas UTIs. Matéria de capa. *Revista Brasileira de Odontologia.* V.69 n.1, pag 72-5, jan./jun. Rio de Janeiro, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA (ABO). *Revista ABO Nacional* Edição 85: Volume XV - nº 4 Agosto/Setembro. 2007. Disponível em: <http://www.abo.org.br/revista/85/materia-1.php> .Acesso em setembro de 2011.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGIÕES-DENTISTAS (APCD). *Jornal da APCD*, out.2011. Ano46. nº 654. SP. São Paulo, 2011.

BAPTISTA, E.V. de Paula. *Malformações Congênitas Associadas À Fissura Labial e/ou Palatal em Pacientes Atendidos em um Serviço de Referência para Tratamento de Defeitos da Face: um estudo de série de casos*. Dissertação apresentada à Pós-graduação do Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Saúde Materno Infantil. Recife, 2007. Disponível em: <http://www.imip.org.br/site/ARQUIVOS_ANEXO/mestrado%20eduardo%20victor;;20071130.pdf> Acesso em abril de 2013.

BARROS M, C. M. Desafios dos sistemas de serviços em saúde: integração e redes no setor, *Revista Textos de la CiberSociedad*, 16, 2008. Monográfico: Internet, sistemas

interativos e saúde. Disponível em <http://www.cibersociedad.net.>. Acesso em dezembro de 2012.

BARROS, Wanessa C. Tomaz dos Santos. Avaliação da gravidade do trauma em condutores de motocicleta vítima de acidentes de transito no Rio Grande do Norte. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Natal RN, 2008 b 102 p. Disponível em: <vias-seguras.com/content/.../file/avaliaçao%20trauma%20motociclistas.pdf> . Acesso em abril de 2013.

BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <ht://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm> . Acesso em março de 2012.

_____. Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 018055.

_____. Lei nº 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 março de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.535, de 02 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Ministério da Saúde. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde*/ NOB/ SUS 91. Ministério da Saúde. Brasília, 1991. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAABOVEAL/nob-sus-01-91> Acesso, 03 de março de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB/ SUS 01/1993. Anexo Único Sobre as CIB e CIT. Ministério da Saúde. Brasília, 1993. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/Nova Acesso, 03 de março de 2012. %20Home/CIB/nob93.pdf > Acesso, 03 de março de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 62, de 19 de abril de 1994. Estabelece as normas para o cadastramento de hospitais que realizem procedimentos integrados para realização estético funcional dos portadores de má-formação lábio-palatal para o SUS. Ministério da Saúde. Brasília, 1994. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta_lab_p/SAS_P62_94alta_lab_p.doc> Acesso em junho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/

NOB/ SUS 96. Gestão Plena com responsabilidade pela saúde cidadão. Ministério da Saúde. Brasília, 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis../gm/1996/prt2203_05_11_1996.html> Acesso, 03 de março de 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Departamento de Emprego e Rendimento. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. *Acesso e Utilização de Serviços de Saúde*. Ministério do Planejamento. Brasília, 1998 a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/saude.pdf >Acesso em dezembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde Portaria GM/MS nº 3.535/GM, de 02 de setembro de 1998 b. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Ministério da Saúde. Brasília, 1998 b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-3535.html> Acesso em março de 2012. REVOGADA

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 479 de 15 de abril de 1999. Art. 2º - Estabelece os seguintes critérios para classificiação e inclusão dos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergências, que farão jus à remuneração adicional. Ministério da Saúde. Brasília, 1999. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/.../PORTARIA+nº+479-1999.pdf> . Acesso em março de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Ministério da Saúde. Brasília, 2000. Disponível em: <www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf> Acesso em março de 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional da Assistência à Saúde*/ NOAS-SUS 01/2001. Ministério da Saúde. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em março de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 267 de 06 de março de 2001. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF). Ministério da Saúde. Brasília, 2001. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/32_Portaria_267_de_06_03_2001.pdf >. Acesso em abril, 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional da Assistência à Saúde*/ NOAS-SUS 02/2001. Ministério da Saúde. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html> .Acesso em março de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. *Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003.* Resultados Principais. Ministério da Saúde. Brasília, 2003 a. Disponível em:

<dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0053_M.pdf> .Acesso em abril, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº673 de 03 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Ministério da Saúde. Brasília, 2003 b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0673_03_06_2003.html>.Acesso em abril, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 384 de 04 de abril de 2003. Altera o cap. III - Critérios de Habilitação e Desabilitação de Municípios e Estados, da NOAS SUS 01/2002. Ministério da Saúde. Brasília, 2003c. Disponível em: <http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0384_04_04_2003.html>. Acesso em setembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 385 de 04 de abril de 2003. Altera o cap. V- Regulação Complementar, da NOAS SUS 01/2002. Ministério da Saúde. Brasília, 2003 d. Disponível em: < http:// dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-385.htm> . Acesso em: em setembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.777, de 09 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do Anexo I desta Portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Ministério da Saúde. Brasília, 2003 e. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/pri_1777_09_09_2003.html>. Acesso em: em setembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 268 de 17 de setembro de 2003. Inclui na Tabela de Serviços/Classificação do SCNES e do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS, os códigos para os serviços de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário. Ministério da Saúde. Brasília, 2003 f. Disponível em: < http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/PT-268.htm>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica/ Coordenação Nacional de Saúde Bucal: *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Ministério da Saúde. Brasília, 2004 a.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde (ANVISA). *Manual de Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção em Serviços de Saúde.* Edição Comemorativa para o IX Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar. Salvador, 30 de agosto a 03 de setembro de 2004 b. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/.../manual_microbiologia_completo.pdf> Acesso em setembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 74 de 20 de janeiro de 2004. Reajusta

os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, inclui procedimento de moldagem para prótese e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília, 2004 c. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0074_20_01_2004.html>. Acesso em abril de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.570 de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação dos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Ministério da Saúde. Brasília, 2004 d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570_29_07_2004.html>. Acesso em setembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.571 de 29 de julho de 2004. Estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. Ministério da Saúde. Brasília, 2004 e. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1571_29_07_2004.html>. Acesso em setembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.571 de 29 de julho de 2004. Estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias - LRPD. Ministério da Saúde. Brasília, 2004 f. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1572_29_07_2004.html>. Acesso em setembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 562 de 30 de setembro de 2004. Estabelece que os CEO devam ser cadastrados no CNES, como tipo de estabelecimento de saúde -Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade, incluindo ainda no cadastro o serviço de código 034 - Odontologia e suas classificações específicas (001-CEO I/ 002-CEO II/ 003LRPD e 125/Tratamento de deformidades bucomaxilofaciais. Ministério da Saúde. Brasília, 2004 g. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-562.htm>. Acesso em setembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 566 de 06 de outubro de 2004. Inclui na tabela de atividades profissionais do SIA/SUS: Patologista Bucal _CBO –063.50/ cód: 063.50; Técnico em Prótese Dental _CBO –842.50/código 48 e Técnico de Higiene. Dental _CBO – 079.35/código 75. Ministério da Saúde. Brasília, 2004 h. Disponível em:< http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-566.htm>. Acesso em outubro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SGM/MS nº 283 de 22 de fevereiro de 2005. Antecipa do incentivo financeiro para Centros de Especialidades Odontológicas - CEO em fase de implantação. Ministério da Saúde. Brasília, 2005 a. Disponível em: < http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-283.htm>. Acesso em setembro de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 741 de 19 de dezembro de 2005. Define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em

Oncologia (UNACON), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades. Ministério da Saúde. Brasília, 2005 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 743, de 22 de dezembro de 2005. Define novos modelos de Laudos para solicitação/ autorização de internação hospitalares no SUS e estabelece que a emissão da AIH está restrita à responsabilidade das seguintes categorias profissionais: médico, cirurgião-dentista e enfermeiro (a) obstetra. Ministério da Saúde. Brasília, 2005 c. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/sas/3521-743>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. 3.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social. Relatório Final. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Série D. Reuniões e Conferências -148 p. Ministério da Saúde. Brasília, 2005 d.

_____, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Ministério da Saúde. Brasília, 2006 a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Ministério da Saúde. Brasília, 2006 b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-599.htm>. Acesso em setembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 600/GM de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Ministério da Saúde. Brasília, 2006 c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 17. Saúde Bucal. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília. Ministério da Saúde, 2006 e.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde, 2006 f. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>.Acesso em abril de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 650, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2006 g. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0650_28_03_2006.html>.Acesso em abril de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 698 de 30 de março de 2006. Define

que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Ministério da Saúde, 2006 h. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0698_30_03_2006.html>.Acesso em abril de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 699/GM de 30 de março de 2006. Regulamenta a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS. Ministério da Saúde, 2006 i. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-699.htm> Acesso em abril de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 822 de 17 de abril de 2006. Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2006 j. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0822_17_04_2006.html>.Acesso em dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.527 de 19 de outubro de 2006. Define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família. Ministério da Saúde. Brasília, 2006 l. Disponível em: < http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2527.htm>. Acesso em dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.085 de 01 de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Ministério da Saúde. Brasília, 2006 m. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3085_01_12_2006.html>. Acesso em dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial GM/MS nº 3.343, de 28 de dezembro de 2006. Altera os valores do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília, 2006 n. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/pri3343_28_12_2006.html>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação-Geral de Sistemas de Informação. Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – versão 2. Ministério da Saúde. Brasília, 2006 o. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/download/manual%20cnes%20atualizado%20em%2010_11_06%2015%20h.pdf Acesso em abril de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204 de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Ministério da Saúde. Brasília, 2007 a. Disponível em: < http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>. Acesso em dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 240, de 31 de janeiro de 2007. Publica os novos valores de custeio do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Ministério da Saúde. Brasília, 2007 b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0240_31_01_2007.html>. Acesso em abril de 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 6.286, de 05, de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Presidência da República. Brasília, 2007 c. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 90 de 17 de janeiro de 2008. Atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de Equipes Saúde da Família, modalidade I, e de Equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família. Ministério da Saúde. Brasília, 2008 a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0090_17_01_2008.html>. Acesso em dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 325 de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Ministério da Saúde. Brasília, 2008 b. Disponível em: < http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-325.htm>. Acesso em dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 154 de 18 de março de 2008. Conforme Anexo I- Institui códigos para os serviços e suas classificações de acordo com os CBOS dos respectivos profissionais. Ministério da Saúde. Brasília, 2008 c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/anexos/prt0154_AnexoI.pdf.>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.559 de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Ministério da Saúde. Brasília, 2008 d. Disponível em: < http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/14283-1559.html>. Acesso em dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.143, de 9 de outubro de 2008. Cria o incentivo financeiro referente à inclusão do microscopista na atenção básica para realizar, prioritariamente, ações de controle da malária junto às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde - EACS e/ou às Equipes de Saúde da Família E S F. Ministério da Saúde. Brasília, 2008 e. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2143_09_10_2008_rep.html Acesso em junho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.489, de 24 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. Ministério da Saúde. Brasília, 2008 f. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2489_21_10_2008.html> . Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 647 de 11 de novembro de 2008. Aprova na forma dos Anexos I, II, III e IV desta Portaria, as Normas para a Implantação e Implementação da Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória-PNAISARI, em unidades masculinas e femininas e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília, 2008 g. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0647_11_11_2008.html>. Acesso em dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. 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. Ministério da Saúde. Brasília, 2008 h. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3066_23_12_2008.html>. Acesso em dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008 i.72 p. – (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Ministério da Saúde, Brasília, 2008 j. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11889.htm> .Acesso em abril de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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. Ministério da Saúde, Brasília, 2009 a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0302_17_02_2009.html>. Acesso em dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 837 de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria n° 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Ministério da Saúde, Brasília, 2009 b. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html>. Acesso em dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.020 de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a

organização de redes locorregionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Ministério da Saúde, Brasília, 2009 c. Disponível em:
< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1020_13_05_2009.html>. Acesso em dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 154, de 15 de maio de 2009. Inclui na Tabela de Tipo de Equipes do SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, os tipos de equipes EACSSB_M1 e EACSSB_M2. Ministério da Saúde, Brasília, 2009 d. Disponível em:
< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0154_15_05_2009.html>. Acesso em maio de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.371 de 07 de outubro de 2009. Institui no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel - UOM. Ministério da Saúde, Brasília, 2009 e. Disponível em:< http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/100824-2371>. Acesso em dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.372 de 07 de outubro de 2009. Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Ministério da Saúde, Brasília, 2009 f. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2372_07_10_2009.html>.Acesso em abril de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.373, de 07 de outubro de 2009. Altera a redação da Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. Ministério da Saúde, Brasília, 2009 g. Disponível em:
< http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/100826-2373.html>. Acesso em dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.374, de 07 de outubro de 2009. Altera os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS realizados pelos LRPD, segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde, Brasília, 2009 h. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2374_07_10_2009.html>. Acesso em dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.375, de 07 de outubro de 2009. Define os recursos anuais para o financiamento de procedimentos de prótese dentária. Ministério da Saúde, Brasília, 2009 i. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2375_07_10_2009.html>. Acesso em dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 334, de 07 de outubro de 2009. Altera o § 2º do Art.1º da Portaria SAS/MS nº 750 de 10 de outubro de 2006 e Atualiza no SCNES, a Tabela do Tipo de Estabelecimento, alterando o Tipo de Estabelecimento 40 - Unidade Móvel Terrestre criando o subtipo de estabelecimento 40.01 – Odontológica. Ministério da Saúde, Brasília: 2009 j. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_334_07_10_09.pdf> Acesso em abril de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica Saúde na Escola*. 96 p. il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 24). Ministério da Saúde, Brasília: 2009 l. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/9/2/129CAB_24_saude_na_escola.pdf.>. Acesso em dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Nota Técnica: *Cadastro, financiamento e processo de trabalho para municípios que receberam as Unidades Odontológicas Móveis (UOM).* Ministério da Saúde, Brasília, 2009 m. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_tecnica_uom.pdf>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Nota Técnica: *Alterações no cadastramento e repasse de recursos para os LRPDs – Laboratório Regional de Prótese Dentária*. Ministério da Saúde, Brasília, 2009 n. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/SaudeBucal/arquivos/LRPD.pdf>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário*. 3.ª Edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2010 a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Revisao_PNSSP.pdf.>. Acesso em janeiro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.032 de 05 de maio de 2010. Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. Ministério da Saúde. Brasília, 2010 b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1032_05_05_2010.html>. Acesso em abril de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Nota Técnica. Informe referente à Portaria GM/MS nº 1.032 de 05/05/2010 - Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais. Coordenação Geral de Saúde Bucal. DAB. Ministério da Saúde. Brasília, 2010 c. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/legislacao.php> Link: Nota Técnicas. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS 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 – LRPD. Ministério da Saúde. Brasília, 2010 d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0205_20_05_2010.html>. Acesso em abril de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em

Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. *Projeto SB_Brasil 2010*. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Ministério da Saúde. Brasília, 2010 e. Disponível em:< http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/>. Acesso em janeiro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.270 de 26 de outubro de 2010. Estabelece o elenco de medicamentos para o atendimento das pessoas presas vinculadas às Equipes de Saúde do Sistema Penitenciário Brasileiro cadastradas no CNES Serviço/Classificação 100, dos Estados qualificados para o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Ministério da Saúde. Brasília, 2010 f. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3270_26_10_2010.html> . Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 718 de 20 de dezembro de 2010. Alterar na estrutura da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e institui novos procedimentos como aparelho ortodôntico/ortopédico e implante dentário osteointegrado. Ministério da Saúde. Brasília, 2010 g. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0718_20_12_2010.html>. Acesso em novembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. SAS. DAB. Coordenação Geral de saúde Bucal. Nota Técnica: Portaria 718/SAS. Ministério da Saúde Brasília, 2010 h. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_portaria718_sas4.pdf>. Acesso em dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília, 2010 i. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em janeiro de 2011.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiências. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. . Brasília, 2010 j. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia.pdf>Acesso em outubro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Passo a Passo* das *Ações do Departamento de Atenção Básica*. Ministério da Saúde. Brasília, 2011 a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/passo_passo_acoes_sb.pdf>. Acesso em abril de 2012.

_____. Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 319, DE 28 de fevereiro de 2011. Prorroga o prazo de entrada em vigor da Portaria nº 2.048/GM/MS, de 3 de setembro de 2009. Ministério da Saúde. Brasília, 2012 b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt0319_28_02_2011.html> Acesso em março de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 396, de 04 de março de 2011. Institui o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (Quali-SUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais. Ministério da Saúde. Brasília, 2011 c.

_____. Ministério da Saúde, Portaria SAS/MS nº 134 de abril de 2011. Ministério da Saúde. Brasília, 2011 d. Disponível em: <2011http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0134_04_04_2011.html>. Acesso em março de 2013.

_____. Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 719 de 07 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2011 e. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0719_07_04_2011.html>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde, Portaria SAS/MS nº 211, de 13 de maio de 2011. Altera os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS realizados pelos LRPDS. Ministério da Saúde. Brasília, 2011f. Disponível em: < http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/sas/108142-211.html>. Acesso em março de 2013.

_____. Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 1.459, DE 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Ministério da Saúde. Brasília, 2011g. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108545-1459.html?q=>Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 1. 464 de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Ministério da Saúde. Brasília, 2011 h. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html>. Acesso em março de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)*. Manual Instrutivo. Saúde Mais Perto de Você. Rede de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília, 2011 i. Disponível em: <http://www.lainformatica.com.br/arquivos/pmaq_manual_instrutivo.pdf >. Acesso em abril de 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamentação da Lei no 8.080/90/ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e participativa. 1. ed.1. reimpr. Brasília. Ministério da Saúde, 2011. 16 p. (Série E. Legislação de Saúde) Brasília, 2011 j.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.600 de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às

Urgências no SUS. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde, Brasília, 2011 l. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em setembro 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.599 de 11 de julho de 2011. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília, 2011 m. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1599_09_07_2011.html>. Acesso em setembro 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.654 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Ministério da Saúde. Brasília, 2011 n. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html >. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Educação. Portaria GM/MEC nº 1.015, de 21 de julho de 2011. Institui o Programa Nacional Mulheres Mil que visa à formação profissional e tecnológica articulada com elevação de escolaridade de mulheres em situação de vulnerabilidade social. Ministério da Educação, Brasília, 2011 o. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/brasilsemmiseria/legislacao-2/legislacao/arquivos/portaria-mulheres-mil-n-1015.pdf>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.029 de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília, 2011 p. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 576 de 19 de setembro de 2011. Art. 2º Estabelecer normas para o cadastramento, no SCNES, das Equipes de Atenção Básica que farão parte do PMAQ. Ministério da Saúde. Brasília, 2011 q. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0576_19_09_2011.html>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 2. 396 de 13 de outubro de 2011. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável PAB Variável. Ministério da Saúde. Brasília, 2011 r. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2396_13_10_2011.html>. Acesso em abril de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde. Brasília,

2011 s. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html >. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 2.490 de 21 de outubro de 2011. Define os valores de financiamento das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília, 2011 t. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2490_21_10_2011.html>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde, Portaria SAS/MS nº 703 de 21 de outubro de 2011. Estabelece normas para o cadastramento, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das novas equipes que farão parte da ESF. Ministério da Saúde. Brasília, 2011 u. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0703_21_10_2011.html>. Acesso em abril de 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.513, de 26 de Outubro de 2011. Institui o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec); e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, 2011 v. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12513.htm>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.527 de 27 de outubro 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2011 w. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html>. Acesso abril de 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.612 de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Presidência da República, Brasília, 2011 x. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Manual de Instrução Melhor em casa. A segurança do hospital no conforto do lar.* Ministério da Saúde. Brasília, 2011 y. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_melhor_casa_seguranca_hospital.pdf> Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 2.914, de 12 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Ministério da Saúde. Brasília, 2011 z. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2914_12_12_2011.html> Acesso em junho de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 3.014 de 20 de dezembro de 2011. Habilita Municípios e o Distrito Federal para o recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola (PSE). Ministério da Saúde. Brasília, 2011 aa. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3014_19_12_2011.html>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal Indígena* (versão preliminar). Ministério da Saúde. Brasília, 2011 ab. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes_saudebucal.pdf>. Acesso em: em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade*. 46 p.: il. – (Série C. Projetos, programas e relatórios). Ministério da Educação e Ministério da Saúde, Brasília, 2011 ac. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_a_passo_programa_saude_escola.pdf.>. Acesso em dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito SUS. Ministério da Saúde, Brasília, 2011 ad. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>Acesso em outubro de 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5o, no inciso II do § 3o do art. 37 e no § 2o do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Brasília, 2011 ae. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm >Acesso em abril de 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta Arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Presidência da República. Brasília, 2011af. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm>Acesso em setembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 27 de 13 de janeiro de 2012. Inclui na Tabela de Serviços/Classificação do SCNES, no Serviço de código 157 - Serviço de Laboratório de Prótese Dentária, Classificação - Laboratório

Regional de Prótese Dentária, o Grupo 002 e CBO dentro da família de CBO 2232. Ministério da Saúde, Brasília, 2012 a. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0027_13_01_2012.html>.Acesso em dezembro de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. CIT/GM Resolução nº 1, de 17 de janeiro de 2012 Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Brasília, 2012 b. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0001_17_01_2012.html> . Acesso em: em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº122 de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Ministério da Saúde. Brasília, 2012 c. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/cnsb/legislacao.php>. Acesso em abril de 2013.

_____. Presidenta da República. Plano Brasil Sem Miséria. *Cartilha Pronatec BSM*. Brasil Sem Miséria. Presidenta da República. Brasília, 2012 d. Disponível em: <http://www.brasilsemmiseria.gov.br/documentos/cartilha-pronatec-bsm-v.2012.pdf>. Aceso em janeiro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 123 de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (ECR) por Município. Ministério da Saúde. Brasília, 2012 e. Disponível em: < http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111898-123.html>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 366 de 05 de março de 2012. Define os recursos financeiros para aquisição de equipamentos odontológicos destinados aos Municípios que implantaram Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Ministério da Saúde. Brasília, 2012 f. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0366_05_03_2012.html>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 793 de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2012 g. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 835 de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e custeio para o componente de Atenção Especializada da Rede de Cuidados da Pessoa com deficiência. Ministério da Saúde. Brasília, 2012 h. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html>. Acesso em abril de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Domiciliar* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde, Ministério da Saúde. Brasília, 2012 i. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 841, de 2 de maio de 2012. Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília, 2012 j. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0841_02_05_2012.html>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). 1ª Versão. Ministério da Saúde. Brasília, 2012 l. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RENASES_LISTA_CONITEC.pdf>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 474 de 22 de maio de 2012. Atualiza a Tabela de Regras Contratuais dos Sistemas de Informações do SUS, em especial do SCNES- LRPD. Ministério da Saúde. Brasília, 2012 m. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0474_22_05_2012.html>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.109 de 28 de maio de 2012. Estabelece recursos anuais a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade do Estado e Municípios para confecção de próteses dentárias nos LRPDs. Ministério da Saúde. Brasília, 2012 n. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1109_28_05_2012.html>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.110 de 28 de maio de 2012. Estabelece recursos anuais a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios para confecção de próteses dentárias nos LRPDs. Ministério da Saúde. Brasília, 2012 o. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1110_28_05_2012.html>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.089, de 28 de maio de 2012. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Ministério da Saúde. Brasília, 2012 p. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1089_28_05_2012.html>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.341 de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília, 2012 q. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html> .Acesso em abril de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de

Saúde Bucal. Nota Técnica: *Adesão do CEO a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência*. Ministério da Saúde, Brasília, 2012 r. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_tecnica_ceo_cuidados.pdf>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.533 de 16 de julho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2012 s. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1533_16_07_2012.html>.Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.580 de 19 de julho de 2012. Afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios e revoga Portarias. Ministério da Saúde. Brasília, 2012 t. Disponível em: < http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1580_19_07_2012.html>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.663 de 06 de agosto de 2012. Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Ministério da Saúde. Brasília, 2012 u. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html> Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.825, de 24 de agosto de 2012. Altera o valor dos procedimentos de prótese dentária na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e estabelece recursos anuais a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados, Municípios e Distrito Federal para confecção de próteses dentárias nos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Ministério da Saúde. Brasília, 2012 v. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1825_24_08_2012.html>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 911, de 29 de agosto de 2012. Inclui no Serviço de Atenção em Saúde Bucal 114, a classificação 007 - Atendimento à Pessoa com Deficiência na Tabela de Serviços/Classificação SCNES. Ministério da Saúde. Brasília, 2012 w. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0911_29_08_2012.html>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 975, de 14 de setembro de 2012. Inclui na Tabela de Incentivos Redes no SCNES, os incentivos: CEO-I; CEO-II e CEO-III na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Ministério da Saúde. Brasília, 2012 x. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0975_14_09_2012.html>. Acesso em abril de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.127, de 08 de outubro de 2012. Altera a regra contratual 71.16 da Tabela de Regras Contratuais do SCNES. Ministério da Saúde. Brasília, 2012 y.
Disponível em:
< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1127_08_10_2012.html>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de fluoretação da água para consumo humano / Fundação Nacional de Saúde. 72 p. Ministério da Saúde. Brasília, 2012 z.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Coordenação Geral de Sistemas de Informação – CGSI/DRAC. Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar – orientações técnicas. Versão 01.2012- 119 pág. Ministério da Saúde. Brasília, 2012 aa. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_sistema_informacao_hospitalar_sus.pdf . Acesso em junho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Ministério da Saúde, Brasília: 2012 ab. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html> Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 122 de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e financiamento das Equipes de Consultório de Rua. Ministério da Saúde. Brasília, 2012 ac. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis../gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>Acesso em março de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 978 de 16 de maio de 2012. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília: 2012 ad. Disponível em:
<ttp://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2012/prt0978_16_05_2012.html> Acesso em maio de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.089, de 28 de maio de 2012. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Ministério da Saúde, Brasília: 2012 ae. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1089_28_05_2012.html> Acesso em maio de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.012 de 26 de dezembro de 2012. Redefine a composição das ESB da ESF constante na PNAB. Ministério da Saúde, Brasília: 2012 af. Disponível em:

< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3012_26_12_2012.html> Acesso maio de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº3.022 de 26 de maio de 2013. Define os recursos financeiros destinados à aquisição de equipamentos odontológicos para os Municípios que implantaram ESB na ESF. Ministério da Saúde, Brasília: 2012 ag. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3022_26_12_2012.html> Acesso maio de 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Presidência da República. Brasília, 2012af. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>Acesso abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 261 de fevereiro de 2013. Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal. Ministério da Saúde. Brasília, 2013 a Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0261_21_02_2013.html>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. SAS. Departamento de Atenção Básica. Noticias –Janeiro de 2013 b. *Programa Brasil Sorridente amplia atendimento à saúde bucal da população.* Disponível em:<http://dab.saude.gov.br/noticia/noticia_ret_detalhe.php?cod=1724 >. Acesso em março de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 562 de 04 de abril de 2013. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Ministério da Saúde. Brasília, 2013 c. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0562_04_04_2013.html>. Acesso em abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS. Ministério da Saúde. Brasília, 2013 d. Disponível em:< http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_160813.pdf>. Acesso em setembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento

de Atenção Especializada. 84 p. il. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2013 e. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/.../manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.p...>Acesso em junho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretário de Saúde. Nota Técnica nº 38 de 18 de setembro de 2013. Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o componente GraduaCEO – BRASIL SORRIDENTE e dá outras providências. CONASS/Progestores. Ministério da Saúde. Brasília, 2013 f. Disponível em: http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2038-2013%20GraduaCEO.pdf Acesso em novembro de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.366 de 08 de julho de 2013. Estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília, 2013g. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1366_08_07_2013.htmlAcesso em setembro de 2013.

BRASILEIRO, Bernardo Ferreira; et al. **Avaliação de traumatismos faciais por acidentes motociclísticos em Aracaju/SE**. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.* [online]. 2010, vol.10, n.2, pp. 97-104. ISSN 1808-5210. Disponível em: <http://www.revistacirurgiabmf.com/2010/v10n2/15.pdf>. Acesso em: 10 jun.2011.

CARNEIRO, V. S. M; Catão, M. H. C. de Vasconcelos e ALVES, Josué. A Síndrome da Apneia e Hipopneia do Sono: uma revisão de literatura. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo*. 2012; 24(2): 134-41, maio-ago. Disponível em: <http://www.cidadesp.edu.br/old/revista_odontologia/pdf/maio_agosto_2012/Unicid_24_02_134-141.pdf > Acesso março de 2013

CARVALHO E.M.C.et al. Avaliação das razões da perda dentária em pacientes portadores de transtornos mentais e comportamentais assistidos no Hospital Juliano Moreira, Salvador/BA. *Rev Periodontia* 2001; 11(3):43.

CARVALHO, Danusa Queiroz de et al. A dinâmica da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Boletim da Saúde* | Porto Alegre | Volume 18 | Número 1 jan./jun, 2004. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/img2/v18n1_16dinamicaequipe.pdf>. Acesso em outubro de 2011.

CARVALHO, T. B. O. et al. Seis anos de atendimento em trauma facial: análise epidemiológica de 355 casos. *Braz. j. otorhinolaryngol.* (Impr.) vol.76 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2010.
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942010000500006>. Acesso em abril de 2013.
CASTRO, Alessandra Maia et al.Avaliação do tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral. *Rev Odontol* UNESP, Araraquara. maio/jun., 2010; 39(3): 137-142. Disponível em: < www.saude.mt.gov.br/arquivo/1112> Acesso, abril de 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Resolução CFM nº 1363/1993.* Determina critérios para os médicos que praticam anestesia. Brasília-DF, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Resolução CFM nº 1950/2010*. Conselho Federal de Medicina e o Conselho Federal de Odontologia estabelecem conjuntamente critérios para a realização de cirurgias das áreas de buco-maxilo-facial e crânio-maxilo-facial. Brasília-DF, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). *Resolução CFO nº 100 de 18 de março de 2010*. Baixa normas para a prática da Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais, por cirurgiões-dentistas. (revoga a Resolução CFO-3/99). Rio de Janeiro, 2010.

COSTA, Sueli de Souza; SILVA, Antônia de Mesquita e MACEDO, Isabela de Avelar Brandão: Conhecimento de manifestações orais da leucemia e protocolo de atendimento odontológico. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo 2011; 23(1): 70-8, jan-abr. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=592320&indexSearch=ID>. Acesso em 4 junho de 2011.

DURSO, Braz Campos & SPALDING, Marianne. O papel do cirurgião-dentista no tratamento da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono. *J. Bras. Ortodon. Facial*; 6(33): 223-6, maio-junho. 2001.

FILHO, Paulo Moreira Silva et al. Interferência da Doença Periodontal na Anticoagulação Oral em Pacientes Cardiopatas: Efeito do Tratamento Periodontal na Anticoagulação Oral [62]. *Rev Port Cardiol* 2007; 26 (10): 977-989. Disponível em: <www.amil.com.br/amilportal/upload/noticias/.../artigoDP-Varfarina.p.>. Acesso em julho de 2011.

FONSECA, Alexandre Luiz Affonso et al. Análise qualitativa das percepções de cirurgiões-dentistas envolvidos nos atendimentos de pacientes com necessidades especiais de serviços públicos municipais. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* [online]. 2010, vol.20, n.2, pp. 208-216. ISSN 0104-1282. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S010412822010000200004&script=sci_arttext> . Acesso em: 2 de ago. 2011.

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

FRANCO, Túlio Batista & MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na Assistência à Saúde: A organização das Linhas do Cuidado. In: MEHRY, E.E. et al. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 1 ed. São Paulo - SP: HUCITEC, 2003, v. 1, p. 125-134.

GARCIA, Danielle do Valle. *A construção da política nacional de saúde bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação.* Dissertação de Mestrado Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 2006.

GODOI, A.P.T. de et al. Odontologia Hospitalar no Brasil: uma visão geral. *Revista de*

Odontologia da UNESP, 2009; 38 (2): 105-109. Disponível em: <rou.hostcentral.com.br/v38n2/6>. Acesso 4 jun. 2011.

NORGE, HELSEDIREKTORATET. St.meld. nr. 35(2006-2007). *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning Framtidas tannhelsetjenester.* Oslo. Norge, 2006. Disponível em: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2006-2007/Stmeld-nr-35-2006-2007-.html?id=475114 >Acesso em novembro de 2012.

NORGE, HELSEDIREKTORATET. *Beskrivelse av forsøksordning med orale helsetjenester*
organisert i tverrfaglig miljø i sykehus. Oslo. Norge, 2011. Disponível em: <helsedirektoratet.no/.../beskrivelse-av-forsoksordnin> Acesso em novembro de 2012.

HOSNI, Jamile Santos et al: Protocolo de atendimento odontológico para paciente com anemia falciforme. *Arquivo Brasileiro de Odontologia*, 2008; 4(2):104 – 112. Disponível em:
<http://www.saude.mt.gov.br/hemocentro/documentos/seminario/protocolo_odonto_anemia_falcif.PDF> Acesso em setembro de 2011.

KUHN, Vivian Dutra et al. Fissuras Labiopalatais: Revisão de Literatura. *Disciplinarum Scientia*. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 237-245, 2012. Disponível em: <http://sites.unifra.br/Portals/36/CSAUDE/2012-02/10.pdf> Acesso em abril de 2013

KLASSMANN, Fábio André et al: Enxertos ósseos autógenos de áreas doadoras intra-bucais e procedimentos clínicos integrados possibilitando reabilitação estética e funcional. *Revista Gaúcha de Odontologia* (RGO)Vol. 54, N° 4, 2006.

KORNIS, George E. Machado; MAIA, Leila Senna e FORTUNA, Renata Ferraiolo Peixoto. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis* [online]. 2011, vol.21, n.1, pp. 197-215. ISSN 0103-733. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a11.pdf>. Acesso em setembro de 2011.

KROETZ, Fernanda Maria e CZLUSNIAK, Gislaine Denise. Alterações bucais e condutas terapêuticas em pacientes infanto-juvenis submetidos a tratamentos anti-neoplásicos. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde*, Ponta Grossa, 9 (2): 41-48, jun. 2003. Disponível em:
<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/view/363/371>. Acesso em junho de 2011.

LUCIETTO, Deison Alencar. *Percepções dos Docentes e Reflexões sobre o Processo de Formação dos Estudantes de Odontologia.* Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

MACEDO, Jefferson Soares de et al.: Mudança etiológica do trauma de face de pacientes atendidos no pronto socorro de cirurgia plástica do Distrito Federal.
Rev. Soc. Bras. Cir. Plást. 2007; 22(4): 209-12. Disponível em:
<http://rbcp.org.br/imageBank/PDF/22-04-03.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2011.
MACIEL, Sérgio Murta. *A presença da ortodontia no SUS: a experiência dos CEOs e de outros serviços públicos de saúde bucal.* Tese de Doutoramento. Instituto de Medicina

Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.

MAGALHÃES, D. P.: Avaliação da condição de saúde oral de pacientes candidatos à cirurgia de transplante de órgãos sólidos do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC/UFC). Dissertação submetida à Coordenação do programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Odontologia. Fortaleza, 2009. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br:8080/ri/bitstream/123456789/1730/1/2009_dis_dpmagalh%C3%A3es.pdf>>. Acesso em abril, 2013.

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

MAIA, Leila Senna e KORNIS, Edward Machado: 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.

MARTELLI, Petrônio José de Lima et al. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Rev. Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.2, pp. 3243-3248. ISSN 1413-8123. Disponível em: <bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/.../online/?...>. Acesso em setembro de 2011.

MASETTO, Marcos Tarciso: Um paradigma interdisciplinar para a formação do cirurgião dentista. In: Antonio Cesar Perri de Carvalho; Léo Kriger. (Org.). Educação Odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 2006, v. 1, p. 31-50.

MEIRA, Sarah Christina Rodrigues et al.: A importância da participação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional hospitalar. Trabalho vencedor na 9º edição do prêmio SINOG de Odontologia de 2010. Disponível em: <http://www.sinog.com.br/premio/vencedores/2010/EST2010.pdf.>. Acesso em setembro de 2011.

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 outubro de 2012.

MONTOVANI, Jair Cortez et al.**:**Etiologia e incidência das fraturas faciais em adultos e crianças: experiência em 513 casos. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* [online]. 2006, vol.72, n.2, pp. 235-241. ISSN 0034-7299.

MORAIS, Teresa Márcia Nascimento et al.: A Importância da Atuação Odontológica em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* Vol. 18 nº 4, Outubro – Dezembro, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbti/v18n4/16.pdf>. Acesso em setembro de 2011.

MORENO, Roberto et al.: Avaliação da síndrome da apneia/hipopneia grave do sono após tratamento cirúrgico de avanço maxilomandibular. Einstein (São Paulo) / Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, 2007; 5(3):255-257. Disponível em:

<http://bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google &base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=475254&indexSearch=ID>. Acesso em: 11 set. 2011.

MUNIZ, Daniele Regozino et al.:Tratamento Odontológico sob Anestesia Geral no Programa de Atenção Humanizada a Pessoas com Necessidades Especiais. Trabalho apresentado no V Seminário de Extensão Universitária da Região Centro-Oeste (SEREX). Universidade Federal de Goiás (UFG) e Universidade Estadual de Goiás (UEG). Junho de 2012. Disponível em: <serex2012.proec.ufg.br/.../original_DANIELE_REGO ...> . Acesso em abril, 2013.

NORONHA, José C. & UGÁ, Maria Alicia - O Sistema de Saúde dos Estados Unidos, in Buss, Paulo (org.) *Sistema de Saúde - continuidade e mudanças*. HUCITEC/FIOCRUZ, SP/RJ, 1995

Council of European Dentists *Manual of Dental Practice* Elaborado por OBE, Anthony S. Kravitz e TREASURE, Elizabeth T. *EU.* October 2009. Disponível em: <http://www.omd.pt/europa/cedmanual> Acesso em dezembro de 2012.

OLIVEIRA, A. N. e SOUZA, C. de C.: *Análise da implantação e definição do programa de atenção integral em saúde bucal aos pacientes internos do hospital regional de Planaltina (HRP/SUS-DF).* Brasília, 1o semestre de 1999. Trabalho Acadêmico (Graduação em Odontologia) - Disciplina de Estágio Comunitário Multidisciplinar - Departamento de Odontologia, Universidade de Brasília, UnB. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/hospital/1hospital.htm1999>. Acesso em setembro de 2011.

OLIVEIRA, L. C. B. Silva de; CARNEIRO, P. Paulo M.; FISCHER, R. Guimarães e TINOCO, E. M. Barreto: A Presença de patógenos respiratórios no biofilme bucal de pacientes com pneumonia nosocomial. *Rev. Bras. Ter. Intensiva* [online]. 2007, vol.19, n.4, p. 428-433. ISSN 0103-507X. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n4/a04v19n4.pdf>. Acesso em junho, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA da SAÚDE (OPAS). *A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf>Acesso emabril de 2012.

ORSI JR, Julian Miranda. *Anomalias craniofaciais: as faces do tratamento*. Informativo do Centro Pró-Sorriso. Coordenação de Extensão. Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS, Alfenas, Minas Gerais 2006. Disponível em: <www.unifenas.br/extensao/cartilha/Centrinho.pdf>. Acesso em: 9 set. 2011.

PAIVA, M. D. E. B. et al. *Complicações orais decorrentes da terapia antineoplásica*. Arquivos em Odontologia Volume 46 l nº 01, Janeiro/Março, 2010. Disponível em: www.odonto.ufmg.br/.../pt/.../294-artigo-08>. Acesso em dezembro de 2012.

PAGAN, P. Ruffier; ALVES, M. Urânia e HAAS, N. A. Tato. Adequação do Meio Bucal Através de Tratamento Restaurador Atraumático Modificado em Pacientes Pediátricos Infectados Pelo Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA). *Pesq Bras*

Odontopediatria e Clin Integr. João Pessoa, v. 7, n. 1, p. 21-27, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/204/151>. Acesso, abril de 2013.

PATEL, Reena. Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe. The State of Oral Health in Europe.Better oral health Europe Platform.September, 2012. Disponível em: <www.oralhealthplatform.eu/.../Report%20-%20the%...> Acesso em março de 2013.

PEREIRA, Luciana Macedo et al.: Atenção odontológica em pacientes com deficiências: a experiência do curso de Odontologia da ULBRA Canoas /RS. *Revista Stomatos,* V 16 nº 3, jul/dez, 2010. Disponível em: <www.redalyc.org/articulo.oa?id=85018679011>. Acesso em abril, 2013.

PEREIRA, Manoela Seadi. Pacientes politraumatizados : uma revisão de literatura em trauma de terço médio de face. Trabalho de conclusão do Curso (Graduação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. Porto Alegre. RS, 2012. Disponível em:
< http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/60528/000862590.pdf?sequence=1>
Acesso em abril de 2013.

PESTANA, M.; MENDES, E.V. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2004. Disponível em:
<http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=78>
Acesso em abril de 2011.

PUCCA JUNIOR, G.A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. Rev Cienc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 243-246, jan-mar 2006.

PUPO, Maria Letícia de Moura G. S. et al.: Índice de risco odontológico para pacientes prétransplante renal submetidos à hemodiálise. *Rev Sul-Bras Odontol*. 2010 Março;7(1):50-6. Disponível em: <univille.edu.br/...odontologia/VirtualDisk.html?...%2F...>. Acesso em abril, 2013.

RIBEIRO, Bruna B. et al.: Importância do reconhecimento das manifestações bucais de doenças e de condições sistêmicas pelos profissionais de saúde com atribuição de diagnóstico. *Revista Odonto* 2012; 20(39): 61-70. Disponível em:
<https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/O1/article/view/3044/2854>.
Acesso em abril, 2013.

RONCALLI, A.G. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. Rev Cienc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-114, jan-mar 2006.

SANTOS, T. de S. et al.: Abordagem atual sobre hipertensão arterial sistêmica no atendimento odontológico. Odontologia. Clín.-Científ., Recife, 8 (2): 105-109, abr/jun., 2009. Disponível em: <www.cro-pe.org.br/revista/v8n2/3.pdf>. Acesso em junho de 2011.

SANTOS, P. S. da S.et al Mucosite oral: perspectivas atuais na prevenção e tratamento. RGO, Porto Alegre, v. 57, n.3, p. 339-344, jul./set. 2009. Disponível em:

< www.revistargo.com.br/include/getdoc.php?id=3957&article=914> Acesso em dezembro de 2012.

SASSI, Laurindo Moacir; e MACHADO, Rosilene Andrea: Protocolo pré-radioterapia de cabeça e pescoço. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, v. 38, nº 3, p. 208 – 210. julho / agosto / setembro 2009. Disponível em: <http://sbccp.netpoint.com.br/ojs/index.php/revistabrasccp/article/view/352/316>. Acesso em junho de 2011.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. Manual de odontologia hospitalar. Grupo Técnico de Odontologia Hospitalar. São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/manual-de-odontologia-hospitalar/manual_odonto.pdf>. Acesso em maio de 2013.

SILVA, Olga Maria Panhoca e LEBRAO, Maria Lucia: A organização do atendimento da Odontologia. Hospitalar e da Traumatologia Buco-Maxilo-Facial no município de São Paulo. Revista de Odontologia da UNESP, São Paulo, 30(1): 43-54, 2001. Disponível em: <rou.hostcentral.com.br/PDF/v30n1a04.pdf>. Acesso em agosto de 2011.

SILVA, Olga Maria Panhoca e LEBRAO, Maria Lucia: Estudo da emergência odontológica e traumatologia buco-maxilo-facial nas unidades de internação e de emergência dos hospitais do Município de São Paulo. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2003, vol.6, n.1, pp. 58-67. ISSN 1415-790X. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v6n1/08.pdf>. Acesso em setembro de 2011.

SILVA, J. M. et al.: Infecção endodôntica como fator de risco para manifestações sistêmicas: revisão da literatura. Revista de Odontologia da UNESP. v. 36, n. 4, p. 357-364, 2007. Disponível em: <rou.hostcentral.com.br/PDF/v36n4a11.pdf> . Acesso em: 10 set. 2011.

SOUZA, L.C. M. de e SOARES, M. da C. *Manual cuidados básicos aos portadores de fissuras labiopalatinas* / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. - São Paulo: SMS, 2012. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/manual_fissura_2012.pdf> Acesso março de 2013

SOUZA, Georgia Costa de Araújo. *Centros de Especialidades Odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal*. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de pós-graduação em Odontologia. Natal, RN, 2009. Disponível em: <http://bdtd.bczm.ufrn.br/tedesimplificado/tde_arquivos/2/TDE-2009-08-19T085207Z-2153/Publico/GeorgiaCAS.pdf>. Acesso em Novembro de 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC). Campus de Sobral. Curso de Graduação em Odontologia. Projeto Político Pedagógico. Sobral – Ceará, 2007 p 7. Disponível em: <www.odontologiasobral.ufc.br/portal/.../ppp_odontologia_sobral.pdf>. Acesso em: 8 set. 2011.

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, Alexandre Almeida. *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.* Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

WULKAN, Marcelo; PARREIRA JR, José Gustavo e BOTTER, Denise Aparecida. Epidemiologia do trauma facial. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2005, vol.51, n.5, pp. 290-295. ISSN 0104-4230

APÊNDICE A - **O SUS E A DINÂMICA DO SEU PROCESSO DE GESTÃO**

O objetivo deste apêndice é apresentar em uma perspectiva panorâmica a evolução cronológica das normatizações do SUS. Esse panorama foca intencionalmente as mudanças sistêmicas que guardam relações com o processo de regionalização da assistência à saúde no país e suas implicações no desenvolvimento das ações e serviços inerentes à Política Nacional de Saúde Bucal.

1. DAS NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS AO PACTO PELA SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde, nºs8080 e 8142, ambas de 1990, definiram os marcos legais para o início do processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este processo, orientado por meio de diversas portarias ministeriais, objetivou definir as competências de cada esfera de governo.

No que tange à regionalização da assistência, este tema se apresenta de forma recorrente na legislação brasileira desde a promulgação da Constituição Federal de 1988. O documento, em seu Artigo 198, define o SUS como 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. Contudo, o texto constitucional não explicitou de forma os processos operacionais relativos às questões da regionalização deveriam ser desenvolvidos.

Em 1990, a Lei nº 8080 ratificou a importância da regionalização como uma ferramenta estratégica para organização e gestão do SUS. Desta forma, em seu capitulo II, a referida Lei estabelece que o sistema deve ser organizado de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade ascendente, do nível local até o federal.

Sequencialmente, foram editadas três Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96), seguidas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/01), que foi revista e republicada em 2002 (NOAS/SUS 01/02).

O tema da regionalização apresenta-se de forma recorrente em todas as edições nas Normas Operacionais do SUS. No tocante aos instrumentos de regulação do processo de descentralização, a NOB SUS/93 instituiu as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) como espaços formais das políticas, de pactuação das ações, e dos encaminhamentos na gestão do sistema. Esta norma instituiu ainda o conceito de “condição de

gestão" para estados e municípios e criou três níveis de gestão: incipiente, parcial e semiplena, buscando contemplar os diferentes estágios em que se encontram estados e municípios, em relação à descentralização. Os gestores subnacionais optaram por uma delas, de acordo com seus interesses e capacidades de gestão.

A NOB SUS/96, ao garantir à esfera municipal o pleno exercício da gestão da atenção à saúde, consolidou a "municipalização autárquica" como modelo de descentralização do sistema de saúde (MENDES, 2002; PESTANA; MENDES, 2004). Essa norma instituiu novas condições de gestão para os estados (Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual) e para os municípios (Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal), determinando as atribuições e as formas de repasses financeiros para os gestores subnacionais. Destacamos ainda que a refedida norma instituiu um novo modelo de repasse de recursos do SUS, que, ao desvincular o critério desses repasses da memória financeira da produção de serviços, acabou por romper com a lógica de repasse global para a saúde, introduzindo o Piso da Atenção Básica (PAB) (DAIN;FAVERET, 1999; VIANA et al., 2002).

NOAS/SUS 01/01, já em seu título "Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso", assumiu a regionalização como macroestratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização.

A NOAS/SUS 01/02 realçou a necessidade de fortalecer as capacidades dos gestores estaduais, responsabilizando-os pelo processo de regionalização e pela elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI), assim como pelo estabelecimento de uma rede de referências intermunicipais. Nesta perspectiva, o MS condicionou a qualificação das unidades federativas desta norma à adoção de três estratégias: a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR); do Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a instituição de novos critérios e novas formas de habilitação de estados e municípios.

Ademais, com a NOAS, o conceito de atenção básica à saúde foi ampliado e, nesse sentido, foram definidas sete áreas mínimas de atuação estratégica: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes *mellitus*, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal. Consequentemente, também foi aumentado o espectro dos recursos federais transferidos por captação aos estados e aos municípios, com a constituição do chamado Piso de Atenção Básica Ampliado (PABA).

Em 2006, o MS, através da Portaria GM/MS nº 399, divulgou o Pacto pela Saúde. Este documento, conformado pelos Pactos em Defesa do SUS, pela Vida, e de Gestão do SUS, elegeu como eixo estruturante para o processo da descentralização a Regionalização Solidária

e Cooperativa**.** Ademais, o Pacto pela Saúde ressalta a substituição do atual processo de habilitação para estados e municípios, pela adesão solidária e pactuada entre os gestores aos Termos de Compromisso de Gestão (TCG),[125] elegendo a estratégia Saúde da Família como prioritária para o fortalecimento da atenção básica.

Após a divulgação do Pacto pela Saúde, o MS publicou um conjunto de Portarias, que em sua maioria foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite[126] (CIT). Essas Portarias tiveram a finalidade de viabilizar a implantação, o acompanhamento e o monitoramento das diretrizes do referido Pacto.

Nesta perspectiva, o MS, em parceria com Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), elaborou uma série de publicações com o objetivo apoiar a gestão na implantação de inovações advindas com o Pacto pela Saúde. O tema da regionalização da assistência e os instrumentos necessários para sua operacionalização estão presentes em quatro volumes (1, 3, 5 e 10).

Na sequência deste trabalho, optamos por ressaltar algumas Portarias, com vigência[127] até dezembro de 2012, no corte temporal deste estudo. As Portarias selecionadas, além de traduzirem mudanças no padrão de gestão do SUS, têm implicações nos processos de implantação e operacionalização PNSB, como veremos no subitem seguinte.

A Portaria GM/MS nº 699, de 2006, regulamentou as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão "e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas" (BRASIL, 2006l).

O Pacto de Gestão apresentou propostas para a operacionalização do SUS priorizando oito eixos: Descentralização; Regionalização; Planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI); Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho; Educação na Saúde e Financiamento.

Através do Pacto pela Saúde, ocorreram mudanças na forma dos repasses financeiros federais. Com a edição da Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, foram eliminadas mais de cem modalidades de transferências de recursos, reduzindo-as a apenas

---

[125] A Portaria GM/MS nº 1.580 de 19 de julho de 2012 afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde e a assinatura do TCG para fins de repasse de recursos financeiros pelo MS para estados e municípios (BRASIL, 2012 t).

[126] A NOB SUS/93 instituiu as (CIT) e (CIB) como espaços formais das políticas, de pactuação das ações, e dos encaminhamentos na gestão SUS. A CIT é composta de forma paritária por representantes do MS, do CONASS e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). A composição da CIB também é paritária e conta com representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) (BRASIL, 1993).

[127] A vigência das portarias foi verificada no Sistema de Legislação em Saúde do MS disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM> Acesso em abril de 2013.

cinco blocos, a saber: Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS (BRASIL, 2007a).

Ainda em relação ao financiamento, o MS editou em 2009 a Portaria GM/MS nº 837, alocando pela primeira vez, no âmbito do SUS, recursos financeiros exclusivamente para a realização de despesas de capital através da inserção de um sexto bloco de financiamento, intitulado "Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde". Assim, o gestor local, após a elaboração de projetos e de submetê-los à apreciação das CIB, deve encaminhá-los ao MS para que estes possam ser avaliados segundo sua conformidade com os respectivos Planos Estaduais de Saúde (PES), Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Plano Diretor de Investimento (PDI) (BRASIL, 2009b).

No que tange ao planejamento da saúde, a Portaria GM/MS nº 3.085, de 2006, buscou pactuar diretrizes gerais para este processo no âmbito do SUS, regulamentando o sistema de planejamento nas três esferas de governo através de dois instrumentos considerados básicos: O **"**Plano de Saúde", que deve nortear em cada esfera de governo a Programação Anual das ações e serviços de saúde, e o "Relatório de Gestão", instrumento que deve apresentar os resultados alcançados das ações e serviços de saúde e orientar eventuais redirecionamentos caso estes sejam necessários (BRASIL, 2006m).

O Pacto pela Vida, através da Portaria GM/MS nº 325, de 2008, apresentou os objetivos e metas prioritárias para: a atenção à saúde do idoso; o controle do câncer de colo de útero e de mama; a redução da mortalidade infantil e materna; o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias (com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e Aids); a promoção da saúde; o fortalecimento da atenção básica; a saúde do trabalhador; a saúde mental; o fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; a atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e a saúde do homem (BRASIL, 2008b).

Em 2008, através da Portaria GM/MS nº 1.559, o MS instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS, a ser implantada nas três esferas de gestão. Nesse documento, as ações de regulação, que devem ser operacionalizadas por um "Complexo Regulador",[128] estão organizadas em três dimensões interligadas: a Regulação do Sistema de Saúde; a Regulação da Atenção à Saúde e a Regulação do Acesso à Assistência (BRASIL, 2008d).

De acordo com a referida Portaria, a dimensão da Regulação do Sistema de Saúde

---

[128] A Portaria GM/MS nº 1.559, de 2008, define Complexo Regulador como a "estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores", conforme os seguintes modelos: Complexo Regulador Estadual, Complexo Regulador Regional e Complexo Regulador Municipal (BRASIL, 2008d).

deve abranger as seguintes ações: Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de Gestão; Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde; Controle Social e Ouvidoria em Saúde; Vigilância Sanitária e Epidemiológica; Regulação da Saúde Suplementar; Auditoria Assistencial ou Clínica; e Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde (BRASIL, 2008 d).

No âmbito da Regulação da Atenção à Saúde, o documento elenca como necessárias diversas ações, das quais ressaltamos: a Programação Pactuada e Integrada (PPI); o cadastramento das unidades de saúde e seus respectivos profissionais no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); a ordenação dos fluxos assistenciais através da elaboração e incorporação de protocolos de regulação, e a supervisão e processamento das produções ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2008d).

Entre as atribuições da Regulação do Acesso à Assistência, destacam-se: a garantia de acesso aos serviços de forma adequada, equânime e integral; a orientação dos fluxos da assistência, incluindo a construção e a viabilização das grades de referência e contrarreferência; o subsídio de ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria, assim como o processamento das informações da produção e a capacitação permanente das equipes em atuação nas unidades de saúde (BRASIL, 2008 d).

Em 2010, a Portaria GM/MS nº 4.279 estabeleceu diretrizes para a operacionalização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. O documento buscou aperfeiçoar o funcionamento político e funcional do sistema de saúde com vistas à superação da fragmentação de “serviços, programas, ações e práticas clínicas” e da qualificação da atenção e da gestão no interior das regiões de saúde (BRASIL, 2010i). Neste sentido, o desenvolvimento da RAS é considerado pelo MS como estratégia de reestruturação do sistema de saúde não só no que tange a sua organização, mas também em relação à qualidade da atenção prestada.

Segundo o referido documento, a RAS deverá ser organizada de modo que as ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas sejam integrados para garantir uma “atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada”. Para tal, o documento considera “necessária à criação de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores, financiadores e os prestadores de serviço”. Esse processo exige ainda a elaboração de critérios e instrumentos de monitoramento e avaliação de resultados através do estabelecimento de metas e definição de indicadores (BRASIL, 2010i).

Até dezembro de 2012, foram consideradas pelo governo federal como prioritárias as

seguintes redes de saúde: Rede de Atenção à Saúde Mental[129] (Conte com a Gente); Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança[130] (Rede Cegonha); Rede de Assistência Farmacêutica (Saúde não tem Preço); Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Saúde Toda Hora), Rede de Cuidados as Pessoas com Deficiência (Saúde sem Limites) e a Rede de Atenção Básica[131] (Saúde Mais Perto de Você).

Esta última é integrada pelas Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Equipes da Saúde da Família onde se incluem as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e as Fluviais; Equipes de Saúde Bucal; Unidades Básicas de Saúde (UBS); Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF); Centros de Especialidade Odontológica (CEO); Laboratórios Regional de Prótese Dentária (LRPD); Telessaúde;[132] Programa Saúde na Escola (PSE); Consultório de Rua (CR); Microscopistas[133]; Academia da Saúde;[134] Programa de Imunização (Vacinas Essenciais no 1º Ano de Vida[135]) e Melhor em Casa (atenção domiciliar).

Ainda no âmbito da Atenção Básica, a Portaria GM/MS nº 1.654, de 2011, instituiu o "Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e seu respectivo incentivo financeiro, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável" (BRASIL, 2011n).

Através do PMAQ-AB, o MS visa induzir a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade assistencial nesse nível de atenção. Ademais, pretende estimular ações que promovam o desenvolvimento das equipes e a avaliação de aspectos que interferem no acesso, na qualidade e na efetividade das ações de saúde na atenção básica. Assim, o MS busca garantir um padrão de comparabilidade nacional tanto no âmbito regional como local (BRASIL, 2011n). O programa é composto por quatro fases distintas, "que se sucedem para o desenvolvimento e a melhoria contínua da qualidade" da atenção prestada. São elas: adesão e

---

[129]Instituída pela Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, com objetivo de assistir pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas no âmbito do SUS (BRASIL, 2011ad).

[130] Instituída pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011g).

[131] A Portaria GM/MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica em vigência e considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde como equivalentes (BRASIL, 2011s).

[132] Segundo o MS, o Telessaúde promove a qualificação das equipes e possibilita que as equipes de atenção básica tenham apoio técnico de outros profissionais de saúde necessário para o encaminhamento à especialistas BRASIL, 2008e).

[133] A Portaria GM/MS nº 2.143, de 2008, cria o incentivo financeiro referente à inclusão do microscopista na atenção básica para realizar, prioritariamente, ações de controle da malária junto às EACS e/ou às ESF.

[134] O Programa Academia da Saúde foi criado pela Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011, visando à promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de atividades física e de lazer (BRASIL, 2011e).

[135] No portal do MS-Sala de Apoio a Gestão Estratégica/ Saúde Mais Perto de Você/ Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>.

contratualização; desenvolvimento; avaliação externa; e recontratualização.

Na primeira fase, todas as equipes com atuação na atenção básica, incluindo as ESB, podem aderir ao PMAQ-AB. Para tal, há necessidade de contratualização de compromissos e indicadores firmados entre as Equipes de Atenção Básica com os gestores municipais, e destes com o MS. Nesta fase, 20% dos recursos federais são transferidos aos municípios por cada equipe participante do programa (Equipe de Atenção Básica, Equipe de Saúde da Família, Equipe de Saúde Bucal e mais recentemente dos NASF e CEO).[136]

Na segunda fase, as equipes são estimuladas a realizarem a autoavaliação das ações realizadas e junto com a gestão municipal devem desenvolver atividades que qualifiquem estas ações, tais como o apoio institucional e a educação permanente. Na terceira fase, é realizada a avaliação externa onde uma equipe do MS avalia tanto o município como as equipes no tocante a seus desempenhos e a infraestrutura dos serviços. Na quarta e última fase, ocorre a recontratualização onde as metas são repactuadas a partir do desempenho obtido.[137] Nesta fase, dependendo do grau desse desempenho, os municípios passam a receber até 100% do Componente de PMAQ (BRASIL, 2011n).

2. O NOVO MODELO DE GESTÃO DO SUS

Em junho de 2011, a Presidência da República regulamentou a Lei nº 8.080, de 1990 ,através do Decreto nº 7.508. Este documento, que pretende aprimorar o Pacto pela Saúde, regulamenta aspectos relativos à organização do SUS, principalmente em três importantes frentes: o planejamento da saúde, a assistência e a articulação interfederativa.

Desta forma, o Decreto nº 7508/2011 instituiu a quarta geração regulatória do SUS visando a transparência da estrutura organizacional, a fim de garantir maior segurança jurídica no processo de distribuição de responsabilidades entre os entes federados. Além disso, o documento pretende permitir aos cidadãos maior visibilidade no tocante a ações e serviços de

---

[136] A Portaria GM/MS nº 261 de fevereiro de 2013 instituiu no âmbito da PNSB o Componente PMAQ-CEO para as unidades de CEO que aderirem ao referido Programa. Da mesma forma com a Portarias GM/MS nº 562, de abril de 2013, fica instituído o incentivo financeiro do PMAQ para os NASF (BRASIL, 2013a).

[137] O MS considera os seguintes graus de desempenho: I - Desempenho Insatisfatório: suspensão do repasse dos 20% do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e obrigatoriedade de celebração de um termo de ajuste; II - Desempenho Regular: manutenção dos 20% do referido Componente do PAB Variável e Recontratualização; III - Desempenho Bom: ampliação de 20% para 60% referido do Componente do PAB Variável e Recontratualização; e IV - Desempenho Ótimo: ampliação de 20% para 100% do referido Componente do PAB Variável e Recontratualização (BRASIL, 2011m).

saúde disponíveis nas regiões de saúde e nas RAS (BRASIL, 2011j). Nesta perspectiva, o Decreto preconiza um novo modelo de gestão do SUS criando a Região de Saúde, definida como um.

> [...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011j, p. 4).

No âmbito do planejamento, o Decreto visa criar o Mapa Sanitário Brasileiro a partir dos mapas sanitários dos municípios, das regiões e dos estados. Esses mapas permitirão identificar as necessidades de saúde, de vazios sanitários, a definição de metas e o acompanhamento destas, de forma coerente com os Planos de Saúde municipais e estaduais e dos Relatórios de Gestão a serem apresentados aos respectivos Conselhos de Saúde.

Ademais, o referido Decreto insere a Relação Nacional de Ações de Serviços de Saúde (RENASES[138]) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME[139]), a serem disponibilizadas pelo sistema nacional de saúde. No processo do planejamento RENASES e RENAME, devem ser consideradas como ferramentas "orientadoras das aberturas programáticas a serem utilizadas na reformulação das programações" das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011j).

Como instrumento interfederativo de garantia de acesso da população a RAS, o Decreto cria o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP). Esse documento define as responsabilidades de cada instância de governo, integrando os Planos de Saúde e os recursos dos três entes federativos na RAS. Assim, pretende garantir o acesso universal e a integralidade da atenção à saúde de forma regionalizada e hierarquizada de acordo com a complexidade dos serviços.

São consideradas "Portas de Entrada do SUS": a Estratégia Saúde da Família e outras formas de Atenção Primária;[140] a Rede de Atenção à Saúde Mental; a Rede de Urgência e

---

[138] Portaria nº 841, de 2 de maio de 2012 (BRASIL, 2012 j). Este documento publicou a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), em atendimento ao disposto no art. 22 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e no art. 7º, inciso II da Lei nº 8.080/90. A RENASES compreende todas as ações e serviços oferecidos aos usuários, para atendimento da integralidade da assistência à saúde no âmbito do SUS.

[139] A Resolução nº 1, de 17 de janeiro de 2012, estabeleceu as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito SUS (BRASIL, 2012b).

[140] A PNAB, aprovada pela Portaria GM/MS nº 2.488/2011, "considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções como termos equivalentes" de forma a associar ambos os termos aos princípios e as diretrizes definidos por essa Portaria (BRASIL, 2011s).

Emergência; e os Serviços especiais de acesso aberto[141] (BRASIL, 2011j).

Em setembro de 2011, o MS, através da Portaria GM/MS nº 2.488, aprovou a "nova"[142] Política Nacional de Atenção Básica (PNAB[143]) estabelecendo a "revisão de diretrizes e normas e para a organização da Atenção Básica, da Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)" (BRASIL, 2011s). O documento reconhece e reafirma a "consolidação da Estratégia Saúde da Família como a forma prioritária para reorganização da atenção básica" no país. Contudo, reconhece ainda a existência de outras modelagens de equipes com atuação na atenção à saúde da população nas diversas realidades do país. Assim, além de Equipes de Saúde da Família (ESF), a "nova" PNAB considera as Equipes de Atenção Básica (EAB); as equipes para a atenção às populações específicas, tais como a Equipe de Consultório de Rua (ECR); as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e Fluviais (ESFF); as Unidades Odontológicas Móveis[144] (UOM), além de ampliar a possibilidade de implantação dos NASFs.[145]

Tomando por base o atual desenvolvimento desse nível de atenção, o referido documento "define a organização da RAS como estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população", estabelecendo as seguintes funções da Atenção Básica:

1. Ser a principal porta de entrada do sistema através das Unidades Básicas de Saúde[146] (UBS) e centro de comunicação da RAS;
2. Ser resolutiva utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado de modo a promover atenção integral à saúde dos indivíduos e das coletividades;
3. Ser coordenadora do cuidado, elaborando e acompanhando projetos terapêuticos singulares[147], além de organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS e outras estruturas intersetoriais;

---

[141] Serviços Especiais de Acesso Aberto são serviços específicos para o atendimento das pessoas que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessitam de atendimento especial no âmbito da vigilância em saúde.

[142] A PNAB, em seu Art. 5º, revoga a Portarias nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica aos a edição do Pacto de Saúde (BRASIL, 2011s).

[143] Com a edição da nova PNAB, fica revogada a Portaria GM/MS nº 648, de 2006, que instituiu aquela época a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011s).

[144] A Portaria GM/MS nº 2.371, de 2009, instituiu as Unidade Odontológicas Móveis no âmbito da PNAB. Estas unidades, de uso exclusivo das Equipes de Saúde Bucal, são consultórios odontológicos adaptados e equipados para atendimento de populações predominantemente em áreas rurais (BRASIL, 2009e).

[145] O MS definiu novos critérios para que as Secretarias Municipais de Saúde estruturem novos NASF. Desta forma, foi ampliado o rol de categorias e especialidades profissionais e permitida a implantação de NASF em municípios que tiverem mais de duas Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2011s).

[146] As UBS devem ser construídas de acordo com as normas da ANVISA e o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica SAS/ MS e devidamente cadastradas no SCNES (BRASIL, 2011s).

4. Ser responsável pela programação dos serviços de saúde, tendo como base as necessidades da população.

Para operacionalização destas funções, a Portaria explicita a responsabilidade e as competências das diferentes esferas de governo, ressaltando a necessidade de incorporação de ferramentas e dispositivos de gestão, tais como: regulação das consultas especializadas, procedimentos e exames; implantação de prontuários eletrônicos e protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado; e a discussão de casos traçadores,[148] eventos-sentinela e incidentes críticos (BRASIL, 2011s).

Ainda em relação à "nova" PNAB, esta também se articula as ações intersetoriais de promoção de saúde, tais como os Polos de Academia da Saúde, o Programa de Saúde na Escola (PSE) e as equipes de Atenção Domiciliar (AD1) [149] do Programa Melhor em Casa.

O Programa de Saúde na Escola, instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286/2007, resulta da parceria entre os MS e da Educação e tem por base a realização de ações articuladas pelas equipes de saúde e educação (BRASIL, 2011s). No âmbito do MS, o programa tem por objetivos a prevenção, a promoção e a atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens adultos alunos do ensino público básico, a ser realizadas pelas unidades básicas de saúde através das ESF. Segundo informações do Departamento de Atenção Básica[150] (DAB), a participação dos municípios no PSE está condicionada à aceitação de critérios de adesão, os quais são publicados anualmente pelo MS através de portarias específicas.

De acordo com o documento "Passa a Passo- PSE" ,[151] o programa contempla três componentes, a saber:

1. Avaliação clínica e psicossocial: nesta etapa são realizadas as avaliações das condições de saúde, como o estado nutricional; a atualização do calendário vacinal; a avaliação antropométrica; a incidência precoce de hipertensão e diabetes; a acuidade visual e auditiva; a avaliação psicológica do estudante; e ainda a saúde bucal.
2. Ações de promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos: nesta etapa são

---

[147] Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar.

[148] Casos traçadores são aqueles que guardam representatividade em processos de investigação ou pesquisa. Já o evento sentinela relaciona-se a ocorrência de uma doença previsível, incapacidade ou óbito inesperado, que servem como alerta de que as ações do serviço de saúde estão de alguma forma debilitadas. Incidentes críticos por sua vez, são definidos como todo evento observado que apresenta um caráter incomum em relação ao desenvolvimento esperado e considerado "normal".

[149] Equipes de Atenção Domiciliar modalidade AD1- Esta modalidade deve ser desenvolvida pelos profissionais com atuação na atenção básica incluindo as ESF e ESB e contando com apoio dos NASF (BRASIL, 2011s).

[150] MS/SAS/DAB: Programa de Saúde na Escola-PSE. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/programa_saude_na_escola.php> Acesso em: dez 2012.

[151] Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/.../passo_a_passo_programa_saude_escola.pdf> Acesso em: dez 2012.

desenvolvidas as ações de prevenção e promoção da saúde, onde se incluem o combate às diferentes expressões de violência e o consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Ademais, é dada ênfase à educação sexual e reprodutiva, além de estímulo às atividades físicas e práticas corporais.

3. Formação: nesta etapa são utilizadas estratégias de capacitação e de educação permanente voltadas para profissionais com atuação nas equipes, assim como para jovens protagonistas do Programa. A responsabilidade desta etapa está dividida entre o Ministério da Educação, através da Universidade Aberta do Brasil, e o Ministério da Saúde, em interface com os Núcleos de Telessaúde (BRASIL, 2011s).

Quanto ao financiamento do PSE, a Portaria GM/MS nº 3.014, de 2011, estabeleceu que para apoiar o desenvolvimento das ações aos municípios que aderirem ao Programa, o governo federal transferirá fundo a fundo, a partir da adesão, 70% do valor correspondente a uma parcela extra do incentivo mensal das ESFs e das ESBs. Os 30% restantes serão repassados mediante alcance das metas pactuadas e das informações constantes no Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério da Educação (SIMEC) acerca das ações realizadas no período de 12 meses (BRASIL, 2011aa).

Ainda em 2011, o MS instituiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) através da Portaria GM/MS nº 1.600 (BRASIL, 2011l). Esse documento considera que o atendimento aos usuários em situação de urgências e emergência deve ter resolução integral. Desta forma prevê, em caso de necessidade, a transferência desse usuário para serviços "de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade" (idem).

Para tal, o MS considera como parte integrante dessa rede os seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação; Sala de Estabilização; Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de Urgência 24 horas; Atenção Hospitalar; Atenção Domiciliar e a Força Nacional de Saúde do SUS (BRASIL, 2011l).

No que tange ao Programa Melhor em Casa, este foi instituído pela Portaria GM/MS nº 2.029, de agosto de 2011, que estabeleceu ainda as normas para cadastramento e habilitação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), assim como o seu financiamento (BRASIL, 2011p). Os SADs são definidos como substitutos ou complementares à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial. São também responsáveis pelo gerenciamento e

operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar[152] (EMAD) e pelas Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Essa Portaria estabelece três diferentes modalidades de Atenção Domiciliar (AD), segundo a complexidade e a frequência do cuidado e a necessidade de acompanhamento contínuo (BRASIL, 2011p).

Através da Portaria GM/MS nº 2.527, de 2011, o MS redefiniu a Atenção Domiciliar como uma "nova modalidade de atenção à saúde que se caracteriza por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde" (BRASIL, 2011w).

Vale registrar que o Programa Melhor em Casa, além de fazer articulação com a PNAB, é um dos componentes da RUE e deverá ser estruturado de forma integrada,[153] conforme estabelecido na Portaria nº GM/MS nº 1.600/2011(BRASIL, 2011l).

Ainda no tocante à RUE, o MS instituiu o Programa SOS Emergências (Portaria GM/MS nº 1.663/2012) como estratégia prioritária para a implementação do Componente Hospitalar da referida rede. Essa estratégia tem por objetivo garantir investimentos e recursos necessários à "mudança de modelo de atenção nas maiores e mais complexas Portas de Entrada Hospitalares de Urgência" do SUS (BRASIL, 2012u). O Programa busca estimular a organização e a implantação da RUE, através de um pacto cooperativo entre as instâncias de gestão do SUS, tendo como metas:

> [...] a implantação de dispositivos como a classificação de risco, gestão de leitos, implantação de protocolos clínico-assistenciais e administrativos, adequação da estrutura e ambiência hospitalar, regulação e articulação com o sistema de saúde. (BRASIL, 2012 Art. 2º v.)

Para tal, cada unidade deverá contar com um Núcleo de Acesso e Qualidade

---

[152] A configuração mínima da EMAD deve contar com dois médicos, dois profissionais de enfermagem, um fisioterapeuta ou um assistente social e quatro auxiliares/técnicos de enfermagem.

No tocante a EMAP esta deve contar minimamente com três profissionais de nível superior eleitos de acordo com a necessidade local entre as seguintes categorias: Assistente social; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; farmacêutico; terapeuta ocupacional e cirurgião-dentista. (BRASIL, 2011p). As EMADs deverão ser organizadas a partir de uma base territorial, sendo referência em AD para uma população definida, e se relacionar com os demais serviços de saúde que compõem a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012s).

[153] Para aderir ao componente atenção domiciliar da RUE, o gestor local deve encaminhar ao MS o Detalhamento do Componente de AD do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e o Projeto de Implantação da AD. Este Detalhamento deve ser aprovado por resolução da CIB ou Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (se for o caso) e pela Comissão Intergestores Regional (CIR), quando esta existir. *Manual de Instrução*. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/.../manual_melhor_casa_seguranca_hospital.pdf> Acesso em julho de 2013.

Hospitalar[154] (NAQH), a ser criado nas unidades participantes do Programa. Esta participação está condicionada à existência de no mínimo cem leitos cadastrados no SCNES, além de contar com a habilitação de pelo menos uma das seguintes linhas de cuidado: cardiovascular; neurologia/neurocirurgia; traumato-ortopedia; ou ser referência em pediatria.

A Rede de Cuidados a Pessoas com Deficiência foi instituída através da Portaria GM/MS nº 793/2012 (BRASIL, 2012g), que considera dois importantes documentos datados de 2011 sobre o tema: o Relatório Mundial sobre a Deficiência, publicado pela Organização Mundial da Saúde, e o Decreto nº 7.612, de novembro de 2011, que instituiu o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. A Rede tem como objetivo "promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social" (WHO, 2011; BRASIL, 2011x).

Para garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção no território, a Rede de Cuidados a Pessoas com Deficiência deve ser organizada com base em três componentes: Atenção Básica; Atenção Especializada (reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências); e Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência, que contém com equipes de referência em reabilitação. Vale ressaltar que, no âmbito da atenção especializada, o documento criou os Centros Especializados em Reabilitação[155] (CER) e estabeleceu que a atenção odontológica a estes usuários passe a contar com o apoio dos CEO (BRASIL, 2012g).

Ainda em 2012, o MS editou a Portaria GM/MS nº 2.809, estabelecendo normas para a organização dos Cuidados Prolongados como forma de retaguarda para a RUE e as demais redes de atenção à saúde. Esse tipo de cuidado se destina aos "usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico" (BRASIL, 2012ab).

Segundo o referido documento, os Cuidados Prolongados a serem realizados por equipes multidisciplinares poderão ser organizados a partir de uma Unidade de Internação em Cuidados Prolongados (UCP). A unidade assistencial deverá ser disposta em Hospital Geral ou Especializado, ou mesmo constituir-se em Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP). As UCPs devem ser consideradas como uma estratégia de cuidado

---

[154] Composição mínima dos NAQH: coordenador da urgência/emergência, coordenador da UTI, coordenador das unidades de internação, coordenador da central de internação do hospital e representante do gestor local.

[155] Segundo a Portaria GM/MS nº 793/2012, o CER é um ponto de atenção ambulatorial especializada a ser considerado de referência para a rede de atenção à saúde no território. Esse serviço de reabilitação deve ser apto a realizar diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva (BRASIL, 2012g).

intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, incluindo aí a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio.

A internação do usuário poderá ser solicitada pela atenção básica, por unidades ambulatoriais de reabilitação ou por unidades hospitalares e ambulatoriais diversas, junto a Central de Regulação (BRASIL, 2012ab).

Conforme informado no início deste apêndice, o MS vem imprimindo um novo desenho ao processo de gestão do SUS, cujos principais objetivos são a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2013e). Neste sentido, a implantação das redes temáticas tem sido considerada estratégica tanto no que tange à integralidade e qualidade da atenção, como nos processos de organização e interligação das ações e serviços de saúde que compõem o sistema público de saúde.

A atenção à saúde bucal, como parte integrante desse processo, a princípio deve apresentar-se de forma transversal às diversas redes de cuidado, organizando e integrando os pontos de atenção de acordo com as necessidades de saúde dos indivíduos e das comunidades.

ANEXO A - Portaria GM/MS nº 1.032, de 5 de maio de 2010

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 1.032, DE 5 DE MAIO DE 2010

Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais.

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

Considerando o art. 47 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que define a organização de um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território brasileiro, abrangendo aspectos epidemiológicos e de prestação de serviços;

Considerando a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 321/GM, de 8 de fevereiro de 2007, que institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando o que estabelece a Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente em relação à reorganização das práticas e a qualificação das ações e serviços oferecidos na Saúde Bucal, visando à integralidade das ações;

Considerando as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal; e

Considerando a necessidade de viabilizar o acesso das pessoas com necessidades especiais, às ações de promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal, resolve:

Art. 1º Incluir na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, o procedimento a seguir descrito voltado aos pacientes com necessidades especiais que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar.

ANEXO

Procedimento:	04.14.02.041-3 - TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS.
Descrição:	Consiste em procedimentos odontológicos realizados em ambiente hospitalar, sob anestesia geral ou sedação, em usuários que apresentem uma ou maislimitações temporárias ou permanentes, de ordem intelectual, física, sensorial e/ou emocional que o impeça de ser submetido a uma situação odontológicaconvencional.
Origem:	Novo
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar; 03 - Hospital dia
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor HospitalarSP:	R$ 208,42

Valor Hospitalar SH:	R$ 119,92
Valor Hospitalar Total:	R$ 328,34
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mês
Idade Máxima:	110 Anos
Média de Permanência:	1
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264,223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288.
CID	A150, A151, A152, A153, A154, A155, A156, A157, A158, A159, A160, A161, A162, A163, A164, A165, A167, A168, A169, A420, A421, A422, A440,A441, A490, A491, A492, A493, A810, A811, A812, A818, A819, A960, A961, A962, A968, A969, A980, A981, A982, A983, A985, B000, B001, B002,B004, B005, B007, B011, B012, B022, B027, B028, B150 , B159, B160, B161, B162, B169, B170, B171, B172, B178, B180, B181, B182, B188, B189, B200, B201, B202, B203, B204, B205, B206, B207, B208,B209, B210, B211,B212,B213,B217,218, B219, B220, B221,B222,B227,B230, B231,B232, B238,B24, C162, C163, C164, C165, C166, C168, C169, C170,C171, C172, C173, C178, C179, C180, C181, C182, C183, C184, C185, C186, C187, C188, C189, C210, C211, C212, C218, C220, C221, C222, C223,C224, C227, C229, C240, C241, C248, C249, C250, C251, C252, C253, C254, C257, C258, C259, C260, C261, C268, C269, C300, C301, C310, C311,C312, C313, C318, C319, C320, C321, C322, C323, C328, C329, C340, C341, C342, C343, C348, C349, C380, C381, C382, C383, C384, C388, C390, C398, C399, C400, C401, C402, C403, C408, C409, C410, C411, C412, C413, C414, C418,C419, C430,C431,C432,C433,C434,C435, C436, C437,C438, C439, C440, C441, C442, C443, C444, C445, C446, C447, C448, C449, C450, C451, C452,C457, C459, C460, C461, C462, C463, C467, C468, C469, C470, C471, C472, C473, C474, C475, C476, C478, C479, C480, C481, C482, C488, C490,C491,C492, C493, C494, C495, C496, C498, C499, C500, C501, C502, C503, C504, C505, C506, C508, C509, C510, C511, C512, C518, C519, C530,C531, C538, C539, C540, C541, C542, C543, C548, C549, C570, C571, C572, C573, C574, C577, C578, C579, C601, C602, C608, C609, C61, C620 , C621, C629, C630, C631,C632, C637, C638, C639, C64, C65, C66, C670, C671, C672, C673, C674, C675, C676, C677, C678, C679, C680, C681, C688,C689, C690, C691, C692, C693, C694, C695, C696, C698, C699, C700, C701, C709, C710, C711, C712, C713, C714, C715, C716, C717, C718, C719,C720, C721, C722, C723, C724, C725, C728, C729, C73, C740, C741, C749, C750, C751, C752, C753, C754, C755, C758, C759, C760, C761, C762,C763, C764, C765, C767, C768, C770, C771, C772, C773, C774, C775, C778, C779, C780, C781, C782, C783, C784, C785, C786, C787, C788, C790,C791, C792, C793, C794, C795, C796, C797, C798, C810, C811, C812, C813, C817, C819, C820, C821, C822, C827, C829, C830, C831, C832,C833 , C834, C835, C836, C837, C838, C839, C840, C841, C842, C843, C844, C845, C850, C851, C857, C859, C880, C881, C882, C883, C887, C889, C900,C901, C902, C910, C911, C912, C913, C914, C915, C917, C919, C920, C921, C922, C923, C924, C925, C927, C929, C930, C931, C932, C937, C939,C940, C941, C942, C943, C944, C945, C947, C950, C951, C952, C957, C959, C960, C961, C962, C963, C967, C969, D000, D001, D002, D010, D011,D012, D013, D014, D015, D017, D019, D020, D021, D022, D023, D029, D030, D031, D032, D033, D034, D035, D036, D037, D038, D039, D040, D041,D042, D043, D044, D045, D046, D047, D048, D049, D050, D051, D057, D059, D060, D061, D067, D069, D070, D071, D072, D073, D074, D075,D076 , D090, D091, D092, D093, D097, D099, D320, D321, D329, D330, D331, D332, D333, D334, D337, D339, D460, D461, D462, D463, D464, D467,D469, D470, D471, D472, D473, D477, D479, D510, D511, D512, D513, D518, D519, D520, D521, D528, D529, D530, D531, D532, D538, D539, D550,D551, D552, D553, D558, D559, D560, D561, D562, D563, D564, D568, D569, D570, D571, D572, D573, D578, D580, D581, D582, D588, D589, D590,D591, D592, D593, D594, D595, D596, D598, D599, D600, D601, D608, D609, D610, D611, D612, D613, D618, D619, D62, D63, D630, D638, D640,D641, D642, D643, D644, D648, D649, D65, D66, D67, D680, D681, D682, D683, D684, D688, D689, D690, D691, D692, D693, D694, D695, D696,D698 , D699, D70, D71, D720, D721, D728, D729, D730, D731, D732, D733, D734, D735, D738, D739, D740, D748, D749, D750, D751, D752, D758, D759,D760, D761, D762, D763, D77, D800, D801, D802, D803, D804, D805, D806, D807, D808, D809, D810, D811, D812, D813, D814, D815, D816, D817,D818, D819, D820, D821, D822, D823, D824, D828, D829, D830, D831, D832, D838, D839, D840, D841, D848, D849, D890, D891, D892, D898, D899, E10, E11, E12, E13, E14, E163, E232, E340, E700, E800, E801, E802, E803, E804,

	E805, E806, E835, E838, E839, E840, E841, E848, E849, E850, E851,E852, E853, E854, E858, E859, F000, F001, F002, F009, F010, F011, F012, F013, F018, F019, F020, F021, F022, F023, F024, F028, F04, F050,F051 , F058, F059, F060, F061, F062, F063, F064, F065, F066, F067, F068, F069, F070, F071, F072, F078, F079, F09, F100, F101, F102, F103, F104, F105,F106, F107, F108, F109, F110, F111, F112, F113, F114, F115, F116, F117, F118, F119, F120, F121, F122, F123, F124, F125, F126, F127, F128, F129,F130, F131, F132, F133, F134, F135, F136, F137, F138, F139, F140, F141, F142, F143, F144, F145, F146, F147, F148, F149, F150, F151, F152, F153,F154, F155, F156, F157, F158, F159, F160, F161, F162, F163, F164, F165, F166, F167, F168, F169, F170, F171, F172, F173, F174, F175, F176, F177,F178, F179, F180, F181, F182, F183, F184, F185, F186, F187, F188, F189, F190, F191, F192, F193, F194, F195, F196, F197, F198, F199, F200,F202 , F203, F204, F205, F206, F208, F209, F220, F228, F229, F230, F231, F232, F233, F238, F239, F24, F250, F251, F252, F258, F259, F28, F29, F300, F301,F302, F308, F309, F310, F311, F312, F313, F314, F315, F316, F317, F318, F319, F320, F321, F322, F323, F328, F329, F330, F331, F332, F333, F334,F338, F339, F340, F341, F348, F349, F380, F381, F388, F39, F400, F401, F402, F408, F409, F410, F411, F412, F413, F418, F419, F420, F421, F422,F428, F429, F430, F431, F432, F438, F439, F440, F441, F442, F443, F444, F445, F446, F447, F448, F449, F450, F451, F452, F453, F454, F458, F459,F480, F481, F488, F489, F500, F501, F502, F503, F504, F505, F508, F509, F54, F600, F601, F602, F603, F604, F605, F606, F607, F608, F609, F61,F620 , F621, F628, F629, F680, F681, F688, F69, F700, F701, F701, F708, F709, F710, F711, F718, F719, F720, F721, F728, F729, F730, F731, F738, F739,F780, F781, F781, F788, F789, F790, F791, F798, F799, F82, F83, F84, F840, F841, F842, F843, F844, F845, F848, F849, F88, F89, F980, F981, F982,F983, F984, F989, F99, G040, G041, G042, G048, G049, G050, G051, G052, G058, G060, G061, G062, G09, G10, G110, G111, G112, G113, G114, G118,G119, G120, G121, G122, G128, G129, G130, G131, G132, G138, G20, G210, G211, G212, G213, G218, G219, G22, G230, G231, G232, G238, G239,G240, G241, G242, G243, G244, G245, G248, G249, G250, G251, G252, G253, G254, G255, G256, G258, G259, G26, G300, G301, G308, G309,G310 , G311, G312, G318, G319, G320, G328, G35, G360, G361, G368, G369, G370, G371, G372, G373, G374, G375, G378, G379, G400, G401, G402, G403,G404, G405, G406, G407, G408, G409, G410, G411, G412, G418, G419, G460, G461, G462, G463, G464, G465, G466, G467, G468, G500, G510, G514,G531, G532, G533, G538, G540, G541, G542, G543, G544, G545, G546, G547, G548, G549, G550, G551, G552, G553, G558, G563, G564, G570, G571,G572, G573, G574, G579, G580, G587, G588, G589, G590, G598, G600, G601, G602, G603, G608, G609, G610, G611, G618, G619, G620, G621, G622,G628, G629, G630, G631, G632, G633, G634, G635, G636, G638, G700, G701, G702, G708, G709, G710, G711, G712, G713, G718, G719, G720,G721 , G722, G723, G724, G728, G729, G730, G731, G732, G733, G734, G735, G736, G737, G800, G801, G802, G803, G804, G808, G809, G810, G811,G819, G820, G821, G822, G823, G824, G825, G830, G831, G832, G833, G834, G838, G839, G900, G901, G903, G904, G908, G909, G910, G911, G912,G913, G918, G919, G92, G930, G931, G932, G933, G934, G935, G937, G938, G939, G940, G941, G942, G948, G950, G951, G952, G958, G959, G960,G961, G968, G969, G970, G971, G972, G978, G979, G98, G990, G991, G992, G998, H40, H42, H540, H541, H542, H543, H544, H545, H546, H547,H900, H901, H902, H903, H904, H905, H906, H907, H908, H910, H911, H912, H913, H918, H919, H920, H921, H922, H931, H932, H938, H939, H940,H948 , H950, H951, H958, H959, I00, I010, I011, I012, I018, I019, I02, I050, I051, I052, I058, I059, I060, I061, I062, I068, I069, I070, I071, I072, I078, I079,I080, I081, I082, I083, I088, I089, I090, I091, I092, I098, I099, I10, I110, I119, I120, I129, I130, I131, I132, I139, I150, I151, I152, I158, I159, I230, I231,I232, I233, I234, I235, I236, I238, I270, I271, I272, I278, I279, I300, I301, I308, I309, I310, I311, I312, I313, I318, I319, I320, I321, I328, I330, I339,I38, I390, I391, I392, I393, I394, I398, I400, I401, I408, I409, I410, I411, I412, I418, I420, I421, I422, I423, I424, I425, I426, I427, I428, I429, I430, I431,I432, I438, I690, I691, I692, I693, I694, I698, I880, I881, I888, I889, I890, I891, I898, I899, K700, K701, K702, K703, K704, K709, K710, K711, K712,K713 , K714, K715, K716, K717, K718, K719, K720, K721, K729, K730, K731, K732, K738, K739, K740, K741, K742, K743, K744, K745, K746, K750,K751, K752, K753, K754, K758, K759, K760, K761, K762, K763, K764, K765, K766, K767, K768, K769, K770, K778, L100, L101, L102, L103, L104,L105, L108, L109, L110, L111, L118, L119, L120, L121, L122, L123, L128, L129, L130, L131, L138, L139, L14, L400, L401, L402, L403, L404, L405,L408, L409, L410, L411, L412, L413, L414, L415, L418, L419, L430, L431, L432, L433, L438, L439, L440, L441 L442, L443, L444, L448 L449, L45,L510, L511, L512, L518, L519, L52, L530, L531, L532, L533, L538, L539, L540, L548, L920, L921, L922,

	L923, L928, L929, L930, L931, L932, L949,L950 , L951, L998, M00, M01, M02, M03, M05, M06, M07, M08, M09, M10, M11, M12, M13, M14, M15, M16, M17, M18, M19, M20, M21, M22, M23,M24, M25, M30, M31, M32, M33, M34, M35, M36, M40, M41, M42, M43, M45, M46, M47, M48, M49, M50, M51, M53, M54, M60, M61, M62, M63,M65, M66, M67, M68, M70, M71, M72, M73, M75, M76, M77, M79, M80, M81, M82, M83, M84, M85, M86, M87, M88, M89, M90, M91, M92, M93,M94, M95, M96, M99, N110, N111, N118, N119, N140, N141, N142, N143, N144, N160, N161, N162, N163, N164, N165, N168, N19, N250, N251,N258 , N259, O10, O11, O12, O13, O14, O15, O16, O240, O241, O242, O243, O244, O249, Q010, Q011, Q012, Q018, Q019, Q02, Q040, Q041, Q042, Q043,Q044, Q045, Q046, Q048, Q049, Q060, Q062, Q063, Q064, Q068, Q069, Q900, Q901, Q902, Q909, Q910, Q911, Q912, Q913, Q914, Q915, Q916, Q917,Q920, Q921, Q922, Q923, Q924, Q925, Q926, Q927, Q928, Q929, Q930, Q931, Q932, Q933, Q934, Q935, Q936, Q937, Q938, Q939, Q960, Q961, Q962,Q963, Q964, Q968, Q969, Z225, Z226, Z921, Z922, Z923, Z940, Z941, Z942, Z943, Z944, Z945, Z946, Z947, Z948, Z949, Z850, Z851, Z852, Z853,Z854, Z855, Z856, Z857, Z858, Z859, Z860, Z861, Z862, Z863, Z864, Z865, Z867, Z950, Z951, Z952, Z953, Z954, Z955, Z958, Z959, Z990, Z991, Z992.
LEITO	1 - Cirúrgico; 3 - Clínico; 7 - Pediatria; 11 - Leito Dia/ Cirúrgico
Atributos Complementares	Inclui valor da anestesia

Art. 2º Alterar os atributos modalidade, instrumento de registro, valor hospitalar SH, valor hospitalar total e Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS relacionados no Anexo a esta Portaria.

Art. 3º Incluir a modalidade 02 Hospitalar; 03 - Hospital Dia; o instrumento de registro 05-AIH (Procedimento Secundário) e os seguintes CBO: 223276, 223280, 223284, 223288, nos procedimentos a seguir descritos:

0101020066	APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)
0101020074	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)
0101020090	SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA
0307010015	CAPEAMENTO PULPAR
0307010023	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO
0307010031	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR
0307010040	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR
0307020010	ACESSO A POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO (POR DENTE)
0307020029	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECÂNICO
0307020070	PULPOTOMIA DENTÁRIA
0307030016	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)
0307030024	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)
0307040038	INSTALAÇÃO E ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA
0307040070	MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL P/ CONSTRUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA
0401010031	DRENAGEM DE ABSCESSO
0401010082	FRENECTOMIA
0414020120	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO
0414020138	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE
0414020170	GLOSSORRAFIA
0414020359	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL
0414020383	TRATAMENTO DE ALVEOLITE
0414020405	ULOTOMIA/ULECTOMIA

Art. 4º Definir que o procedimento 04.14.02.041-3 - Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais seja compatível com os demais procedimentos relacionados no Artigo 3º e no Anexo a esta Portaria.

Parágrafo único. Ao informar o procedimento 04.14.02.041-3 - Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais será obrigatório o registro dos procedimentos realizados compatíveis com o procedimento principal.

Art. 5º Definir que o procedimento instituído no art. 1º desta Portaria permanecerá, por um período de 6 (seis) meses, no Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação - FAEC para formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC dos Municípios, Estados e do Distrito Federal, e deve ser publicado em portaria específica.

Parágrafo único. Os procedimentos relacionados no artigo 3º e no Anexo a esta Portaria também serão financiados pelo FAEC, quando compatível com o procedimento 04.14.02.041-3 - Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais, por um período de 6 (seis) meses.

Art. 6º Definir que compete ao Departamento de Informática do SUS/DATASUS adotar as medidas necessárias para viabilização do que dispõe esta Portaria.

Art. 7º Estabelecer que os recursos orçamentários, de que trata esta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a contar da competência de junho de 2010.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO

Procedimento:	03.07.01.005-8 - TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	10,82
Valor Ambulatorial Total:	10,82
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	10,82
Valor Hospitalar Total:	10,82
CBO:	2232B1, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268,223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	03.07.02.003-7 - OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	5,59
Valor Ambulatorial Total:	5,59
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	5,59
Valor Hospitalar Total:	5,59
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264,223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	03.07.02.004-5 - OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)

Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	5,71
Valor Ambulatorial Total:	5,71
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	5,71
Valor Hospitalar Total:	5,71
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264,223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	03.07.02.005-3 - OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	6,95
Valor Ambulatorial Total:	6,95
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	6,95
Valor Hospitalar Total:	6,95
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264,223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	03.07.02.006-1 - OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	4,41
Valor Ambulatorial Total:	4,41
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	4,41
Valor Hospitalar Total:	4,41
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264,223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	03.07.02.008-8 - RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	5,71
Valor Ambulatorial Total:	5,71
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	5,71
Valor Hospitalar Total:	5,71
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264,223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	03.07.02.009-6 - RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)

Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	6,95
Valor Ambulatorial Total:	6,95
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	6,95
Valor Hospitalar Total:	6,95
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264,223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	03.07.02.010-0 - RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	4,41
Valor Ambulatorial Total:	4,41
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	4,41
Valor Hospitalar Total:	4,41
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	03.07.02.011-8 - SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	2,56
Valor Ambulatorial Total:	2,56
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	2,56
Valor Hospitalar Total:	2,56
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	03.07.03.003-2 - RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	1,24
Valor Ambulatorial Total:	1,24
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	1,24
Valor Hospitalar Total:	1,24
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	03.07.04.001-1 - COLOCAÇÃO DE PLACA DE MORDIDA
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Valor Ambulatorial SA:	1,59
Valor Ambulatorial Total:	1,59
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	1,59
Valor Hospitalar Total:	1,59
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	03.07.04.006-2 - MANUTENÇÃO PERIÓDICA DE PRÓTESE BUCO-MAXILO-FACIAL
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	1,16
Valor Ambulatorial Total:	1,16
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	1,16
Valor Hospitalar Total:	1,16
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	03.07.04.008-9 - REEMBASAMENTO E CONSERTO DE PRÓTESE DENTÁRIA
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	1,16
Valor Ambulatorial Total:	1,16
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	1,16
Valor Hospitalar Total:	1,16
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.04.02.009-7 - EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	3,66
Valor Ambulatorial Total:	3,66
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	3,66
Valor Hospitalar Total:	3,66
CBO:	223108, 223110, 223111, 223112, 223115, 223116, 223117, 223149, 2232B1, 223208, 223212, 223236, 223244, 223248, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288.
Procedimento:	04.04.02.010-0 - EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	29,86
Valor Ambulatorial Total:	29,86

Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	29,86
Valor Hospitalar Total:	29,86
CBO:	223108, 223110, 223111, 223112, 223115, 223116, 223117, 223149, 2232B1, 223208, 223212, 223236, 223244, 223248, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288.
Procedimento:	04.04.02.012-7 - EXÉRESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	35,53
Valor Ambulatorial Total:	35,53
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	35,53
Valor Hospitalar Total:	35,53
CBO:	223108, 223147, 223220, 223268, 223288
Procedimento:	04.14.01.001-9 - CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	20,10
Valor Ambulatorial Total:	20,10
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	20,10
Valor Hospitalar Total:	20,10
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.01.021-3 - REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	21,01
Valor Ambulatorial Total:	21,01
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	21,01
Valor Hospitalar Total:	21,01
CBO:	223110, 223146, 223149, 2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, , 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.001-4 - ALVEOLOTOMIA/ ALVEOLECTOMIA (POR ARCO DENTÁRIO)
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	12,98
Valor Ambulatorial Total:	12,98
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	12,98
Valor Hospitalar Total:	12,98

CBO:	2232B1, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.002-2 - APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	21,92
Valor Ambulatorial Total:	21,92
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	21,92
Valor Hospitalar Total:	21,92
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.003-0 - APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE)
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	21,92
Valor Ambulatorial Total:	21,92
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	21,92
Valor Hospitalar Total:	21,92
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.004-9 - CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	12,98
Valor Ambulatorial Total:	12,98
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	12,98
Valor Hospitalar Total:	12,98
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.005-7 - CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	21,92
Valor Ambulatorial Total:	21,92
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	21,92
Valor Hospitalar Total:	21,92
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276,

	223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.006-5 - CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	12,98
Valor Ambulatorial Total:	12,98
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	12,98
Valor Hospitalar Total:	12,98
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.007-3 - CURETAGEM PERIAPICAL
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	21,92
Valor Ambulatorial Total:	21,92
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	21,92
Valor Hospitalar Total:	21,92
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.008-1 - ENXERTO GENGIVAL
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	2,56
Valor Ambulatorial Total:	2,56
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	2,56
Valor Hospitalar Total:	2,56
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.009-0 - ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	12,98
Valor Ambulatorial Total:	12,98
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	12,98
Valor Hospitalar Total:	12,98
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288

Procedimento:	04.14.02.014-6 - EXODONTIA MÚLTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	12,98
Valor Ambulatorial Total:	12,98
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	12,98
Valor Hospitalar Total:	12,98
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.015-4 - GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	12,98
Valor Ambulatorial Total:	12,98
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	12,98
Valor Hospitalar Total:	12,98
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.016-2 - GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	12,98
Valor Ambulatorial Total:	12,98
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	12,98
Valor Hospitalar Total:	12,98
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.020-0 - MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	12,98
Valor Ambulatorial Total:	12,98
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	12,98
Valor Hospitalar Total:	12,98
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.021-9 - ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO
Complexidade:	MC - Média Complexidade

Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	19,18
Valor Ambulatorial Total:	19,18
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	19,18
Valor Hospitalar Total:	19,18
CBO:	2232B1, 223208, 223212, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.022-7 - RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	19,18
Valor Ambulatorial Total:	19,18
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	19,18
Valor Hospitalar Total:	19,18
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.023-5 - RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	19,18
Valor Ambulatorial Total:	19,18
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	19,18
Valor Hospitalar Total:	19,18
CBO:	223108, 223109, 223110, 223111, 223112, 2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.024-3 - REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO)
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	19,18
Valor Ambulatorial Total:	19,18
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	19,18
Valor Hospitalar Total:	19,18
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.025-1 - REMOÇÃO DE CISTO
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)

Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	19,18
Valor Ambulatorial Total:	19,18
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	19,18
Valor Hospitalar Total:	19,18
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.026-0 - REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	19,18
Valor Ambulatorial Total:	19,18
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	19,18
Valor Hospitalar Total:	19,18
CBO:	223109, 223110, 223111, 2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.027-8 - REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	11 , 3 6
Valor Ambulatorial Total:	11 , 3 6
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	11 , 3 6
Valor Hospitalar Total:	11 , 3 6
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.028-6 - REMOÇÃO DE FOCO RESIDUAL
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	11,36
Valor Ambulatorial Total:	11,36
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	11,36
Valor Hospitalar Total:	11,36
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.029-4 - REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Valor Ambulatorial SA:	11 , 3 6
Valor Ambulatorial Total:	11 , 3 6
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	11 , 3 6
Valor Hospitalar Total:	11 , 3 6
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.030-8 - RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA / DENTÁRIA
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	29,84
Valor Ambulatorial Total:	29,84
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	29,84
Valor Hospitalar Total:	29,84
CBO:	223108, 223109, 223110, 223112, 223149, 2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.031-6 - SELAMENTO DE FÍSTULA CUTÂNEA ODONTOGÊNICA
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	19,18
Valor Ambulatorial Total:	19,18
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	19,18
Valor Hospitalar Total:	19,18
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.032-4 - SINUSOTOMIA MAXILAR UNILATERAL
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	19,18
Valor Ambulatorial Total:	19,18
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	19,18
Valor Hospitalar Total:	19,18
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.034-0 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA / EXTRA-ORAL
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	19,18
Valor Ambulatorial Total:	19,18

Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	19,18
Valor Hospitalar Total:	19,18
CBO:	223108, 223109, 223110, 223111, 223112, 2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.036-7 - TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	19,18
Valor Ambulatorial Total:	19,18
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	19,18
Valor Hospitalar Total:	19,18
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.037-5 - TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	2,24
Valor Ambulatorial Total:	2,24
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	2,24
Valor Hospitalar Total:	2,24
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
Procedimento:	04.14.02.039-1 - TRATAMENTO EMERGENCIAL P/ REDUÇÃO DE FRATURA ALVÉOLO-DENTÁRIA
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	19,18
Valor Ambulatorial Total:	19,18
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	19,18
Valor Hospitalar Total:	19,18
CBO:	2232B1, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288

ANEXO B - Nota Técnica referente à Portaria GM/MS nº 1.032, de 5 de maio de 2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO-GERAL DE SAÚDE BUCAL

Nota Técnica

Assunto: **Informe referente à Portaria nº 1.032 de 05 de maio de 2010.**

Prezado Coordenador (a),

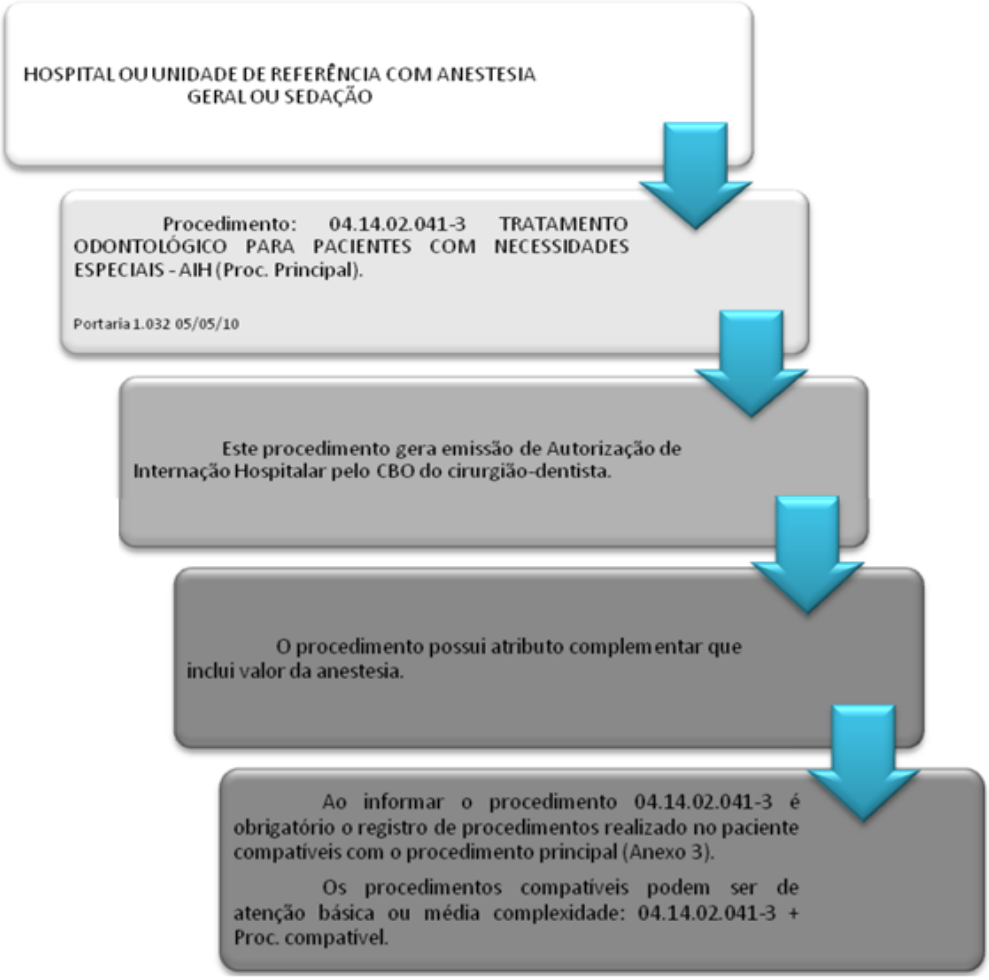
1. A Portaria Ministerial nº 1.032 de 05/05/2010 inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS para os pacientes com necessidades especiais que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar. Esta Portaria foi formulada na construção de uma política para dar resposta a um problema de saúde que afligia os gestores de saúde e um determinado grupo populacional.
2. Por meio da publicação da portaria, os hospitais e profissionais que prestam serviço para o SUS passam a receber repasse financeiro para realizar procedimentos odontológicos de atenção primária e atenção secundária em ambiente hospitalar.
3. O procedimento 04.14.02.041-3 - Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais - instituído na Portaria e os procedimentos compatíveis com ele permaneceu durante o período de 6 meses no Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC para formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC dos Municípios, Estados e Distrito Federal.
4. A Coordenação Nacional de Saúde Bucal analisando os dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS para o procedimento 04.14.02.041-3, verificou um número não muito expressivo de internações hospitalares pela demanda que esperávamos ter (Anexo 1) e a não produção nos seguintes estados: Acre, Amazonas, Amapá, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Piauí e Rio Grande do Norte.
5. Informamos que o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde prorrogou por uma período de mais 6 meses a formação de série histórica do procedimento supracitado.
6. Dentre os instrumentos necessários à gerência eficaz das organizações, a informação é insumo de grande importância na medida em que é adequado para fortalecer o processo de tomada de decisões. Por isso a importância de se registrar os procedimentos nos Sistemas de Informações de Serviços de Saúde do Ministério da Saúde.
7. Portanto, para garantir a resolubilidade das ações e melhor entendimento da Portaria encaminhamos: fluxograma dos procedimentos da Portaria 1.032 (Anexo 2); relação dos procedimentos compatíveis com o 04.14.02.041-3 - Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais (Anexo 3); e procedimentos da Portaria 1.032 excluídos na Portaria 718/SAS de 20 de dezembro de 2010 (Anexo 4).
8. Solicitamos que os Estados repassem essas informações aos municípios e estes a todos os profissionais da rede.
9. Na oportunidade, colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais no email cosab@saude.gov.br

Anexo 1

Procedimento Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais - Brasil							
UF	2010/Jul	2010/Ago	2010/Set	2010/Out	2010/Nov	2010/Dez	Total
AL	0	0	0	0	2	1	3
BA	0	0	0	1	1	0	2
CE	0	0	0	0	14	16	30
ES	0	0	0	2	1	1	4
GO	1	1	0	2	1	4	9
MA	0	0	20	0	38	0	58
MG	2	20	19	42	103	105	291
PA	1	1	0	1	0	0	3
PB	0	1	0	0	0	3	4
PE	0	0	0	67	183	204	454
PR	3	11	9	13	24	13	73
RJ	9	11	34	47	41	31	173
RO	0	2	0	2	2	3	9
RR	8	0	0	1	6	1	16
RS	8	8	5	24	20	19	84
SC	2	13	11	20	18	12	76
SE	4	7	10	8	1	6	36
SP	22	42	40	43	58	96	301
TO	1	2	5	1	1	1	11
Total	**61**	**119**	**153**	**274**	**514**	**516**	**1637**

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Anexo 2



Anexo 3

Procedimentos da Atenção Básica - AIH (Proc. Secundário) compatíveis com 04.14.02.041-3
01.01.02.006-6 - APLICACAO DE SELANTE (POR DENTE)
01.01.02.007-4 - APLICACAO TOPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSAO)
01.01.02.009-0 - SELAMENTO PROVISORIO DE CAVIDADE DENTARIA
03.07.01.001-5 - CAPEAMENTO PULPAR
03.07.01.002-3 - RESTAURACAO DE DENTE DECIDUO
03.07.01.003-1 - RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR
03.07.01.004-0 - RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR
03.07.02.001-0 - ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE)
03.07.02.002-9 - CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO
03.07.02.007-0 - PULPOTOMIA DENTARIA
03.07.03.001-6 - RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR
03.07.03.002-4 - RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)
03.07.04.003-8 - INSTALACAO E ADAPTACAO DE PROTESE DENTARIA
03.07.04.007-0 - MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL P/ CONSTRUCAO DE PROTESE DENTARIA
04.04.02.005-4 - DRENAGEM DE ABCESSO
04.01.01.008-2 - FRENECTOMIA
04.14.02.012-0 - EXODONTIA DE DENTE DECIDUO
04.14.02.013-8 - EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE
04.14.02.017-0 - GLOSSORRAFIA
04.14.02.035-9 - TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL
04.14.02.038-3 - TRATAMENTO DE ALVEOLITE
04.14.02.040-5 - ULOTOMIA/ULECTOMIA
Procedimentos de Média Complexidade - AIH (Proc. Especial) compatíveis com 04.14.02.041-3
03.07.01.005-8 - TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS
03.07.02.003-7 - OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO
03.07.02.004-5 – OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR
03.07.02.005-3 - OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES
03.07.02.006-1 - OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR
03.07.02.008-8 - RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR
03.07.02.009-6 - RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES
03.07.02.010-0 - RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR
03.07.02.011-8 - SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR
03.07.03.003-2 - RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)
03.07.04.001-1 - COLOCAÇÃO DE PLACA DE MORDIDA
03.07.04.006-2 - MANUTENÇÃO PERIÓDICA DE PRÓTESE BUCO-MAXILO-FACIAL
03.07.04.008-9 - REEMBASAMENTO E CONSERTO DE PRÓTESE DENTÁRIA
04.04.02.009-7 - EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA
04.04.02.010-0 - EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO
04.14.01.036-1 - EXÉRESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO
04.04.02.044-5 - CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM
04.04.02.061-5 - REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR
04.14.02.002-2 - APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA
04.14.02.003-0 - APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE)
04.14.02.004-9 - CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES
04.14.02.005-7 - CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR
04.14.02.006-5 - CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR
04.14.02.007-3 - CURETAGEM PERIAPICAL
04.14.02.008-1 - ENXERTO GENGIVAL
04.14.02.009-0 - ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL
04.14.02.014-6 - EXODONTIA MÚLTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE
04.14.02.015-4 - GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)
04.14.02.016-2 - GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)
04.14.02.020-0 - MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS
04.14.02.021-9 - ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO
04.04.02.067-4 - RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO
04.14.02.024-3 - REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO)
04.14.02.027-8 - REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)
04.14.02.029-4 - REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES
04.04.02.062-3 - RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/DENTÁRIA
04.14.01.038-8 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/EXTRAORAL
04.14.02.036-7 - TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL
04.14.02.037-5 - TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)

Anexo 4

Procedimentos da Portaria 1.032/GM de 05/05/2010 excluídos na Portaria 718/SAS de 20/12/2010
04.14.02.001-4 - ALVEOLOTOMIA/ ALVEOLECTOMIA (POR ARCO DENTÁRIO)
04.14.02.022-7 - RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL
04.14.02.025-1 - REMOÇÃO DE CISTO
04.14.02.026-0 - REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
04.14.02.028-6 - REMOÇÃO DE FOCO RESIDUAL
04.14.02.031-6 - SELAMENTO DE FÍSTULA CUTÂNEA ODONTOGÊNICA
04.14.02.032-4 - SINUSOTOMIA MAXILAR UNILATERAL
04.14.02.039-1 - TRATAMENTO EMERGENCIAL P/ REDUÇÃO DE FRATURA ALVÉOLO-DENTÁRIA