

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Indicadores de saúde bucal no Estado de Minas Gerais, no período de 2005 a 2012: um estudo exploratório”

por

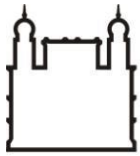
Renata de Lourdes Ribeiro Franco Lamy

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Carla Lourenço Tavares de Andrade

Segundo orientador: Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta

Rio de Janeiro, abril de 2014.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Indicadores de saúde bucal no Estado de Minas Gerais, no período de 2005 a 2012: um estudo exploratório”

apresentada por

Renata de Lourdes Ribeiro Franco Lamy

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Elisete Casotti

Prof.^a Dr.^a Cristiani Vieira Machado

Prof.^a Dr.^a Carla Lourenço Tavares de Andrade – Orientadora principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

L242 Lamy, Renata de Lourdes Ribeiro Franco
Indicadores de Saúde Bucal no Estado de Minas Gerais,
no período de 2005 a 2012: um estudo exploratório. / Renata
de Lourdes Ribeiro Franco Lamy. -- 2014.
117 f. : graf. ; mapas

Orientador: Andrade, Carla Lourenço Tavares de
Matta, Gustavo Correa
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Saúde Bucal. 2. Indicadores de Serviços. 3. Política de
Saúde. 4. Sistemas de Informação em Atendimento
Ambulatorial. 5. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 617.601

À minha família, em especial à minha mãe, que sempre acreditou nas minhas escolhas e me apoiou com seu imenso amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, e por me guiar, proteger, abençoar e fortalecer em todos os momentos de minha jornada.

Ao meu marido sempre presente, pelo amor, carinho e incentivo, especialmente por seu incondicional apoio.

Aos meus pais, pela dedicação e paciência inabaláveis, aliadas às lições de virtuosidade e honestidade, essenciais em meu processo de formação pessoal.

À minha irmã, pelas inquietantes opiniões, companheirismo e sinceridade.

À minha orientadora Carla Lourenço Tavares de Andrade pelas valiosas contribuições, sobretudo, por sua competência e comprometimento na condução, no desenvolvimento e na materialização deste trabalho.

Ao meu coorientador Gustavo Correa Matta pela demonstração de compromisso, disposição, apoio e compreensão, implicitamente expressos em suas imprescindíveis dicas de superação dos desafios naturais deste estudo.

À Cristiani Vieira Machado e Elisete Casotti que aceitaram fazer parte da banca de defesa desta dissertação. Todo meu agradecimento e reconhecimento pelas contribuições que aprimoraram este trabalho.

À Luciana Dias de Lima e Arlinda Barbosa Moreno pela disponibilidade em fazer parte da banca de defesa como suplentes.

Ao corpo docente, especialmente à Luciana Dias de Lima, Tatiana Wargas de Faria Baptista e Cristiani Vieira Machado, pelos ensinamentos compartilhados e pelas dicas de orientações de leituras que contribuíram para o meu amadurecimento acadêmico, desde o início desta trajetória.

Aos funcionários da ENSP, pelo tratamento atencioso e eficiente a mim dispensado.

Aos amigos e companheiros de turma, Wilson, Danielle, Valéria, Camila, Suiane, Laura e Cíntia. Agradeço a oportunidade de tê-los conhecido e pelos agradáveis momentos compartilhados durante as aulas.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente se fizeram presentes e contribuíram no desenvolvimento deste trabalho.

“O conjunto de desafios a serem enfrentados para produzir socialmente a saúde bucal coletiva implica ir muito além das ações que tradicionalmente se colocam aos praticantes da odontologia. Exige desenvolver ações que extrapolam o campo da biologia humana e os limites da clínica odontológica e requer, sobretudo, ações sociais e protagonismo político. Impõe, em resumo, que se vá além, muito além, dos limites do céu da boca”.

Narvai e Frazão (2008)

RESUMO

O objetivo foi realizar um estudo exploratório dos indicadores de saúde bucal no estado de Minas Gerais, no período de 2005 a 2012. Para tanto, realizou-se um estudo ecológico de caráter descritivo, no qual procedeu-se um mapeamento regionalizado dos serviços de saúde bucal no estado e uma análise descritiva acerca dos indicadores de saúde bucal da atenção básica e especializada, considerando as regiões ampliadas de saúde do estado e sua relação com os dados nacionais. Os dados da série histórica dos indicadores foram comparados com as informações relativas à implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária existentes no estado. As principais bases de dados utilizadas foram: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, e; Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). Os resultados mostraram que houve um aumento nos valores dos indicadores de saúde bucal da atenção básica, no âmbito estadual e nacional, com um declínio do indicador de exodontia em relação aos procedimentos de 45,9% no estado e de 14,6% no país, entre 2008 e 2012. Em relação aos indicadores da atenção especializada, o aumento do número de procedimentos especializados (periodontais e endodônticos) foi compatível com a expansão do número de CEO de 115,4% no estado e de 181,0% no país, entre 2005 e 2012, porém ocorreu um decréscimo dos procedimentos de biópsia dos tecidos moles da boca. No tocante às regiões ampliadas de saúde de Minas Gerais, a distribuição dos serviços de saúde bucal e a análise dos indicadores mostrou-se desigual entre essas regiões. O estudo também mostrou que na maioria dos indicadores de saúde bucal analisados foram encontradas inconsistências, expressas em sub e/ou supra-registros, que interferiram diretamente na análise das RAS de Minas Gerais. Ademais, não foi possível estabelecer uma análise temporal contínua dos indicadores ao longo do período de 2005 a 2012, devido às diversas alterações que vêm ocorrendo nos instrumentos nacionais de pactuação do SUS, em relação à base de cálculo e/ou seleção dos indicadores de saúde bucal. Conclui-se que os sistemas de informações em saúde, particularmente o SIA-SUS, e os instrumentos nacionais de pactuação do SUS apresentaram limites no tocante à análise dos indicadores de saúde bucal deste estudo. Dessa forma, torna-se imprescindível mais estudos voltados para definição e discussão dos indicadores de saúde bucal pactuados no país, a fim de contribuir para a construção de séries históricas consistentes para o monitoramento e a avaliação da Política Nacional de Saúde Bucal.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Indicadores de Serviços. Política de Saúde. Sistemas de Informação em Atendimento Ambulatorial. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The aim was to conduct an exploratory study of oral health indicators in the state of Minas Gerais, in the period 2005-2012. Therefore, we performed a descriptive ecological study, in which we proceeded to a regionalized mapping services oral health in the state and a descriptive analysis of oral health indicators of basic and specialized care, considering the expanded health regions of the state and its relationship with national data. The historical series of indicators were compared with the information on the siting of Oral Health Teams in the Family Health Strategy, the Dental Specialty Centers and Regional Laboratories existing Prosthodontics in the state. The main databases used were: Living Support to Strategic Management, Department of Primary Care Health Ministry; Brazilian Institute of Geography and Statistics, and; Outpatient Information System of the Unified Health System (SIA- SUS). The results showed an increase in the values of oral health indicators of primary care at the state and national level, with a decline of indicator extraction procedures in relation to the state 45.9% and 14.6% in the country between 2008 and 2012. Regarding indicators of specialized care, increasing the number of specialized procedures (periodontal and endodontic) was compatible with the expansion of the number of CEOs in the state of 115.4% and 181.0% in country between 2005 and 2012, however there was a decrease of biopsy procedures of the soft tissues of the mouth. Regarding the regions expanded health of Minas Gerais, the distribution of oral health services and analysis of indicators proved to be unequal between these regions. The study also showed that in most oral health indicators analyzed inconsistencies, expressed in sub-and/or supra-records, that interfered directly in the analysis of RAS were found in Minas Gerais. Moreover, it has not been possible to establish a continuous temporal analysis of the indicators over the period 2005-2012, due to the various changes taking place in the national instruments of agreement SUS, in relation to the calculation basis and/or selection of health indicators oral. We conclude that systems of health information, particularly SIA-SUS, and national instruments of agreement SUS showed limits regarding the analysis of oral health indicators in this study. Thus, it becomes essential to most studies focused on the definition and discussion of oral health indicators agreed in the country in order to contribute to the construction of consistent time series for monitoring and evaluation of the National Oral Health Policy.

Keywords: Oral Health. Indicators of Health Services. Health Information Systems Ambulatory Care Policy. Unified Health System.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
JUSTIFICATIVA	17
OBJETIVOS	19
OBJETIVO GERAL	19
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
CONTEXTUALIZAÇÃO	20
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL	20
Os Modelos de Atenção à Saúde Bucal no Brasil	20
A Trajetória e os Principais Marcos Históricos da PNSB no País	22
Saúde Bucal no Âmbito da Atenção Básica: a ESF	31
Saúde Bucal no Âmbito da Atenção Secundária: Os CEO e os LRPD	37
A UTILIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO PARA A PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE BUCAL	43
A Construção dos Indicadores de Saúde Bucal no Brasil	43
Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos CEO: Indicadores de Desempenho e Monitoramento de Saúde Bucal	49
Inter-relação Sistemas de Informação e Indicadores de Saúde Bucal	52
MATERIAL E MÉTODOS	58
TIPO DE ESTUDO	58
FONTES DE DADOS	58
SELEÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE	60
DEFINIÇÃO DOS INDICADORES	63
MÉTODO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	67
CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS	67
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	68
RESULTADOS	69
PANORAMA REGIONALIZADO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA E SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL	71
Implantação de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família	71
Cobertura Populacional Estimada de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família	73
Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas	75
Implantação de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias	77
INDICADORES DE SAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO BÁSICA	79
Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal	79
Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada	81
Proporção de Exodontia em Relação aos Procedimentos	83
Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática	85
INDICADORES DESAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	87
PROCEDIMENTOS DE PERIODONTIA ESPECIALIZADA	87
Procedimentos de Endodontia	89
Procedimentos de Endodontia em Dentes Permanentes com três ou mais raízes	91
Procedimentos de Biópsia nos tecidos moles da boca	93
PERCENTUAL DE PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS NA POPULAÇÃO DO ESTADO	95
DISCUSSÃO	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	109

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Evolução do número de ESB no Brasil – 2002-2012.....	36
Gráfico 2: Evolução do número de CEO no Brasil – 2004-2012.....	41
Gráfico 3: Evolução do número de LRPD no Brasil – 2010-2012.....	41
Gráfico 4: Divisão das RAS do estado de Minas Gerais. Brasil, 2013.	68
Gráfico 5: Distribuição da população segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005-2012.	69
Gráfico 6: Evolução percentual da distribuição da população segundo RAS. Minas Gerais/Brasil – 2005-2012.....	70
Gráfico 7: Evolução do número de ESB implantadas segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005-2012.	71
Gráfico 8: Variação percentual do número de ESB implantadas segundo as RAS. Minas Gerais, Brasil - 2005 e 2012.	72
Gráfico 9: Evolução da cobertura populacional de ESB implantadas segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005-2012.....	73
Gráfico 10: Variação percentual da cobertura populacional de ESB segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005 e 2012.	74
Gráfico 11: Evolução do número de CEO implantados segundo RAS. Minas Gerais, Brasil, 2005-2012.	75
Gráfico 12: Variação percentual do número de CEO implantados segundo RAS. Minas Gerais, Brasil, 2005 e 2012.	76
Gráfico 13: Evolução do número de LRPD implantados segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2010-2012.	77
Gráfico 14: Variação percentual do número de LRPDs implantados segundo RAS. Minas Gerais, Brasil, 2005 e 2012.	78
Gráfico 15: Série histórica da cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2008-2012.....	79
Gráfico 16: Variação percentual da cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2008 e 2012.....	80
Gráfico 17: Série histórica da média da ação coletiva de escovação dental supervisionada segundo RAS. Minas Gerais, Brasil, 2006-2012.....	81
Gráfico 18: Variação percentual da média da ação coletiva de escovação dental supervisionada segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2006 e 2012.	82
Gráfico 19: Série histórica da proporção de exodontia em relação aos procedimentos segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2008-2012.....	83
Gráfico 20: Variação percentual da proporção de exodontia em relação aos procedimentos segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2008 e 2012.....	84
Gráfico 21: Série histórica da cobertura de primeira consulta odontológica programática segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005-2012.....	85
Gráfico 22: Variação percentual da cobertura percentual de primeira consulta odontológica programática segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005 e 2012.	86

Gráfico 23: Série histórica do número de procedimentos de Periodontia segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005-2012.....	87
Gráfico 24: Variação percentual de procedimentos de Periodontia segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005 e 2012.	88
Gráfico 25: Série histórica do número de procedimentos de Endodontia segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005-2012.....	89
Gráfico 26: Variação percentual de procedimentos de Endodontia segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005 e 2012.	90
Gráfico 27: Série histórica do número de procedimentos de Endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005-2012..	91
Gráfico 28: Variação percentual de procedimentos de Endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005 e 2012.	92
Gráfico 29: Série histórica do número de procedimentos de biópsia dos tecidos moles da boca segundo RAS. MG, Brasil – 2005-2012.	93
Gráfico 30: Variação percentual de procedimentos de biópsia dos tecidos moles da boca segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005 e 2012.	94
Gráfico 31: Percentual de procedimentos especializados na população do estado de Minas Gerais, Brasil – 2005-2012.....	95

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Portarias voltadas para a regulamentação da saúde bucal no âmbito da atenção básica – 2006-2012.....	34
Quadro 2: Incentivos federais por tipo de CEO.	37
Quadro 3: Principais portarias ministeriais relacionadas à atenção à saúde bucal especializada no âmbito da PNSB, 2004-2013.....	39
Quadro 4: Evolução dos indicadores de saúde bucal pactuados nos instrumentos nacionais de monitoramento e avaliação do SUS de 2003-2013.....	47
Quadro 5: Indicadores do PMAQ-CEO e seus respectivos parâmetros mínimos.	51
Quadro 6: Publicações em periódicos sobre a análise dos indicadores de saúde bucal de 2008-2013.....	61
Quadro 7: Indicadores da atenção básica em saúde bucal.....	64
Quadro 8: Indicadores de atenção especializada em saúde bucal.	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABO – Associação Brasileira de Odontologia
- ABS – Atenção Básica em Saúde
- ABENO – Associação Brasileira de Ensino Odontológico
- APD – Auxiliar de Prótese Dentária
- APS – Atenção Primária à Saúde
- ASB – Auxiliar em Saúde Bucal
- CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão
- CD – Cirurgião dentista
- CEO – Centro de Especialidade Odontológica
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CIT – Comissão Intergestores Tripartite
- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CNS – Conferência Nacional de Saúde
- CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal
- COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública
- CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
- CPOD – Índice que mostra o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados
- CFO – Conselho Federal de Odontologia
- DAB – Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
- DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- ESB – Equipe de Saúde Bucal
- FDI – Federação Dentária Internacional
- GM – Gabinete do Ministro
- IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária
- MAC – Média e Alta Complexidade
- MS – Ministério da Saúde
- NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMAQ-CEO – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidade Odontológicas
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
PRECAD – Programa de Prevenção a Cárie Dentária
PSF – Programa Saúde da Família
RAS – Região Ampliada de Saúde
RS – Região de Saúde
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica em Saúde do MS
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIS – Sistemas de informações em saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TPD – Técnico em Prótese Dentária
TSB – Técnico em Saúde Bucal
UOM – Unidade Odontológica Móvel

INTRODUÇÃO

Desde o início da década de 1950, os modelos de atenção à saúde bucal no Brasil foram predominantemente estruturados de forma verticalizada, sendo caracterizados por serviços de atendimento odontológico escolar, na baixa capacidade de responder às necessidades sociais da população, no alto custo, na ineficácia de intervir na prevalência das doenças bucais e na crescente incorporação tecnológica, voltada para a lógica de um setor privado economicamente relevante e em expansão pelo país¹⁻³.

Com o Movimento da Reforma Sanitária e o processo de conformação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que resultou em um conjunto de bases legais instituídas da Constituição de 1988⁴, ocorreram mudanças relacionadas à política de saúde brasileira e ampliou-se a discussão sobre o conjunto de desafios de expansão da oferta e reformulação da prestação de serviços de saúde para responder aos princípios e diretrizes de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social do SUS⁵.

O processo de consolidação da descentralização e municipalização dos serviços de saúde do SUS resultou na reorganização da atenção básica em saúde (ABS), por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF). A implantação, em 1994, do PSF, atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), foi importante para a incorporação das primeiras Equipes de Saúde Bucal (ESB) em 2001, com a publicação da Portaria do Gabinete do Ministério (GM)/Ministério da Saúde (MS) nº. 267, que regulamentou as normas e diretrizes dos profissionais da Odontologia⁶.

Em março de 2004, foi publicada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada “Brasil Sorridente”, com a proposta de reorganizar a atenção à saúde bucal, ampliando o acesso às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal. Assim, a partir da PNSB começou-se a investir na expansão das ESB da ESF, aumentando o repasse do nível federal para os municípios, e a redefinir a lógica de organização dos serviços de saúde bucal especializados com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), incrementando o financiamento federal voltado para a saúde bucal⁷.

Desta forma, os investimentos financeiros de âmbito federal tem propiciado, ao longo dos anos, um significativo avanço dos serviços de saúde bucal no país. Em 2013 com o intuito de avaliar o desempenho da expansão dos CEO no país, foi instituído o

PMAQ- CEO (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos CEO) aumentando o repasse de recursos financeiros federais aos municípios que cumprirem os padrões de acesso e qualidade pactuados para os CEO. Entre os requisitos avaliados pelo MS, destaca-se um conjunto de indicadores da atenção especializada para os municípios aderiram ao programa^{7,8}.

Nessa perspectiva dos avanços da PNSB no país, com processo de descentralização e regionalização das ações e serviços de saúde bucal, as informações em saúde se tornaram de grande importância, devido ao crescente volume de incentivos financeiros federais destinados à Odontologia nos municípios. Assim, a exploração de dados disponíveis nos sistemas de informações em saúde (SIS) são necessários para subsidiar a análise da descentralização e regionalização dos serviços de saúde, por meio dos indicadores de saúde bucal⁹⁻¹¹.

O documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, publicado em 2004, definiu a importância dos indicadores de saúde bucal como instrumentos para aferir e acompanhar o impacto das ações de saúde bucal no país, por meio de registros confiáveis e contínuos. Porém, ainda há muitos desafios, em particular, no que se refere ao acompanhamento e avaliação das ações e serviços de saúde bucal^{9,12-15}.

No que diz respeito aos indicadores de saúde bucal da atenção básica, pode-se ressaltar três grandes instrumentos de pactuação, avaliação e monitoramento dos indicadores de saúde bucal no Brasil que foram implantados desde 1999: Pacto de Atenção Básica, Pacto pela Saúde e mais recentemente o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP)¹⁶⁻¹⁸. A partir desses instrumentos, vêm sendo publicadas portarias específicas com as orientações para o processo de pactuação e a relação de indicadores a serem pactuados pelos gestores, apresentando variação na seleção de indicadores a serem pactuados pela área de saúde bucal.

Em 19 de julho de 2012, foi publicada a resolução CIT nº. 04, que trata das responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS para fins de transição do Pacto pela Saúde e COAP, inserindo novos indicadores de saúde bucal para a pactuação 2013-2015. Esse processo de implantação do COAP trouxe à tona a oportunidade de estados e municípios organizarem a regionalização da oferta de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, apesar dos limites enfrentados pelo atual estágio de desenvolvimento da regionalização do SUS no país¹⁴.

Dessa forma, considerando o contexto federativo de um país como o Brasil, de extensa dimensão territorial, e o processo de descentralização e regionalização da oferta de atenção à saúde bucal no país, tornou-se importante discutir e analisar os indicadores

de saúde bucal em relação ao contexto estadual de forma regionalizada. Assim, foi a partir do exposto que se originou esta dissertação, estando associada aos questionamentos levantados pela pesquisadora em sua experiência empírica como cirurgiã-dentista na Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora (SRS/JF) – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG).

Diante disso, optou-se por entender os indicadores de saúde bucal de forma regionalizada à luz das diretrizes da PNSB e trabalhar com a análise da série histórica dos dados da atenção à saúde bucal no âmbito público do estado de Minas Gerais. Parte-se do pressuposto de que há limites nos indicadores de saúde bucal para analisar as ações implementadas pela PNSB, expressos tanto na qualidade da alimentação dos sistemas de informações em saúde, como nos instrumentos nacionais de pactuação e monitoramento do SUS, acarretando uma discrepância entre os resultados dos indicadores de saúde bucal e a realidade dos serviços de saúde.

Neste contexto, este estudo norteou-se nas seguintes questões: os indicadores de saúde bucal contemplam os princípios norteadores da PNSB? Como esses indicadores podem contribuir para uma análise da implementação da PNSB? Como se apresentam os indicadores na implementação da PNSB no estado de Minas Gerais?

Assim, esse trabalho centrou-se em realizar um estudo exploratório dos indicadores de saúde bucal, em um contexto de proposta do MS de reorganização da saúde bucal, considerando-se as regiões ampliadas de saúde do estado de Minas Gerais e suas especificidades em relação ao contexto nacional. Vale ressaltar que não foi possível analisar a dimensão da estrutura e da gestão política do estado de Minas Gerais, devido ao limite de tempo exigido para a elaboração de uma dissertação de Mestrado.

JUSTIFICATIVA

No Brasil, a histórica fragilidade de políticas públicas voltadas para a saúde bucal configurou-se em problemas de saúde pública, expressos na alta prevalência das doenças bucais e no impacto de seus agravos em parcela significativa da população. A cárie e a doença periodontal são as doenças bucais mais incidentes na população brasileira e as maiores causas de perdas dentárias^{19,20}.

Em decorrência desse panorama, observa-se ainda a lógica do modelo de atenção à saúde bucal de âmbito público no país, caracterizado como de baixa cobertura, iatrogênico, mutilador, dirigido preferencialmente à faixa etária escolar desde 1950 e que permanece com a predominância da lógica privada.

Na década de 1980, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) como parte do processo que marcou a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ambas realizadas em 1986. A 1ª CNSB discutiu a saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde do indivíduo, relacionada às condições de meio ambiente, alimentação, renda, moradia, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso aos serviços de saúde e à informação^{21,22}.

Em 1990, com a implantação do SUS e a proposta de reorganizar os serviços de saúde no país, ocorreram mudanças no cenário da saúde brasileira. Porém, as políticas voltadas para a saúde bucal não tiveram destaque na agenda governamental federal nos primeiros 10 anos. Somente em 2000, iniciou-se uma ampliação das ações e serviços de saúde bucal no país, com a inclusão das ESB na ESF^{13,23}.

Porém, a partir de 2003 a saúde bucal apresentou-se como uma política prioritária no âmbito do governo Lula, sendo publicado o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” em janeiro de 2004. Os dados obtidos no levantamento epidemiológico de 2003 serviram de embasamento para a construção dessa política^{13,24,25}.

Nesta perspectiva, com o objetivo de assegurar a continuidade da atenção à saúde bucal foram implantados 100 CEO em 60 municípios do país em 2004. Em 2007, o número de CEO cresceu para 604 abrangendo 508 municípios. Já em dezembro de 2013, o país contava com 988 CEO distribuídos em 816 municípios^{24,26}.

No panorama atual de expansão e regionalização dos serviços de saúde bucal no país, os sistemas de informação em saúde se tornaram relevantes para a construção e análise de indicadores de saúde bucal. Os únicos SIS de abrangência nacional que registram procedimentos realizados pelos profissionais da Odontologia são o Sistema de

Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). Este último é um sistema que disponibiliza dados sobre saúde bucal desde 1994, sendo que a unidade de registro de informações é o procedimento ambulatorial realizado pelo profissional, permitindo um acompanhamento da produção ambulatorial e a construção de alguns indicadores de saúde^{9,11,12,27}.

Diante disso, há ainda muitos desafios em relação à lógica de reorganização dos serviços de saúde bucal nos municípios que se refletem nos sistemas de informações, com implicações nos indicadores de saúde bucal. É de se esperar que os sistemas de informações, particularmente o SIA-SUS, também apresentem limites, decorrente de fatores como: dificuldades técnicas dos gestores na alimentação do banco de dados, desconhecimento das potencialidades do sistema na construção de indicadores de saúde, e sub e/ou supra registros nos sistemas^{9,10,12,14,15}.

Considerando todos esses elementos que configuram as fragilidades dos sistemas de informações em saúde no país, acrescenta-se ainda as diversas alterações que desde 1999, com a implantação do Pacto dos Indicadores de Atenção Básica, vêm sendo produzidas na seleção e descrição dos indicadores de saúde bucal nos instrumentos nacionais de pactuação e monitoramento do SUS. Essas mudanças na condução deste processo trazem à tona as dificuldades na construção de séries históricas contínuas dos indicadores de saúde bucal que possam subsidiar no monitoramento e avaliação da PNSB no país.

Portanto, diante da proposta de reorganização dos serviços de saúde bucal no país, este estudo poderá trazer elementos importantes para a discussão das possibilidades e limitações dos sistemas de informações em saúde, particularmente o SIA-SUS, e dos instrumentos nacionais de pactuação e monitoramento do SUS, no que diz respeito à análise dos indicadores de saúde bucal. As questões extraídas da análise da série histórica dos indicadores de saúde bucal no estado de Minas Gerais servirão para subsidiar essa discussão e sinalizar os desafios do monitoramento e avaliação da PNSB no país, nos moldes das diretrizes e princípios do SUS.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Realizar um estudo exploratório dos indicadores de saúde bucal no estado de Minas Gerais, no período de 2005 a 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mapear de forma regionalizada os serviços de atenção básica e secundária em saúde bucal no estado;
- Analisar os indicadores de atenção básica e especializada em saúde bucal por região ampliada de saúde no estado.

CONTEXTUALIZAÇÃO

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Os Modelos de Atenção à Saúde Bucal no Brasil

De acordo com Paim^{28,29}, os modelos de atenção à saúde são combinações de recursos físicos, tecnológicos e humanos, utilizadas para organização dos serviços de saúde a fim de intervir sobre problemas e necessidades sociais de saúde existentes em uma coletividade. Em síntese, esses modelos são combinações tecnológicas de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distintas complexidades. Há modelos que desenvolvem intervenções exclusivamente de natureza médico-curativa, outros que incorporam ações de promoção e prevenção e, ainda, os que atendem por livre demanda os casos que chegam espontaneamente.

Matta & Morosini³⁰ discorreram que os modelos de atenção à saúde no Brasil devem ser compreendidos em relação às condições socioeconômicas e políticas produzidas nos diversos períodos históricos de organização da sociedade. Os autores definiram o termo atenção à saúde como a organização do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população, sendo expressa em políticas, programas e serviços de saúde nos moldes dos princípios e das diretrizes do SUS.

Para Narvai e Frazão³¹ delinear um modelo de atenção em saúde bucal requer um planejamento que vise o enfrentamento de problemas de saúde bucal na dimensão coletiva. Dessa forma, modelos de atenção resultam de um processo histórico no qual estão imersos os diferentes atores sociais, seus interesses e, além disso, suas contradições e conflitos. De acordo com os autores, qualquer modelo de atenção em saúde bucal é parte integrante e inseparável do modelo de atenção à saúde. Sendo assim, não é viável “pensar em um modelo de atenção em saúde bucal em separado, desconectado de outras saúdes”.

Nesse contexto, para se compreender um determinado modelo de atenção à saúde bucal é importante obter dados e analisar, entre outros: 1) o contexto institucional; 2) a estrutura organizacional; 3) a capacidade instalada e a disponibilidade de recursos humanos; 4) as características dos processos de administração, gestão e financiamento, e; 5) os sistemas de informação e, por certo, as características específicas das ações de saúde bucal, em termos individuais e coletivos, bem como os sistemas de atendimento empregados e as técnicas e ambientes de trabalho adotados³¹.

No Brasil, os modelos de atenção à saúde bucal foram pautados, predominantemente, em características do Relatório Gies, publicado nos Estados Unidos em 1926, que influenciaram os currículos e as práticas odontológicas com implicações até os dias atuais no processo de formação do cirurgião dentista (CD) no país. Dessa forma, pode-se observar que as práticas ainda estão predominantemente voltadas aos aspectos biológicos, à especialização, ao tecnicismo, à crescente incorporação tecnológica e ao mercado privado como locus do exercício profissional²².

Nesta perspectiva de discussão dos modelos de atenção à saúde bucal que predominaram no Brasil até a Constituição de 1988, pode-se destacar uma polarização das políticas de saúde no país ao longo do século XX, separadas entre a denominada Medicina Previdenciária e a Saúde Pública¹.

Na Medicina Previdenciária, a lógica do modelo de atenção odontológica que permaneceu até a Constituição de 1988 era caracterizada pela compra de serviços do setor privado e voltada para a assistência à livre demanda, cobrindo pequena parte da população por meio de instituições previdenciárias. Assim, no período de 1920 e 1930, somente os trabalhadores formais de algumas categorias profissionais tinham direito ao atendimento odontológico de âmbito público, vinculados às Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) e, posteriormente, aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP)^{1,32}.

Neste contexto, o modelo da Medicina Previdenciária se expandiu com a unificação dos IAP e a criação, em 1966, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), sendo que quase toda a população inserida no mercado formal de trabalho passou a ser beneficiada pela cobertura previdenciária, buscando criar mecanismos de proteção social da força de trabalho. Assim, com a criação do Ministério da Previdência, em 1974, e com a reestruturação do INPS, em 1977, expandiu-se a oferta de serviços e houve aumento do financiamento estatal na compra dos serviços de terceiros, mediante convênios e credenciamentos, caracterizando um modelo baseado em mecanismos inadequados ao planejamento, avaliação e controle de serviços^{31,32}.

Na Saúde Pública, os primeiros programas de Odontologia sanitária foram desenvolvidos pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), na década de 1950, com o denominado sistema incremental. Considerando a oferta da atenção odontológica, esse sistema se restringia ao atendimento a escolares da rede pública na faixa etária de 6 a 14 anos, caracterizando, portanto, um acesso restrito dessa faixa etária aos serviços odontológicos de âmbito público. As ações de saúde bucal implementadas pela SESP orientavam-se também pela fluoretação das águas de abastecimento público ou a sessões semanais de bochechos com soluções fluoretadas nos serviços de saúde e

escolas. Assim, nesse modelo as ações educativas e preventivas restringiam-se às aplicações tópicas de flúor e foi considerado um modelo prioritariamente curativo, que vigorou por mais de três décadas³².

Na década de 1970, surgiram novas propostas programáticas como a Odontologia Integral. Assim, a programação da Odontologia Integral no país fundamentou-se em uma alteração do modelo sespiano, voltado para a mesma população de escolares. Suas principais características foram a promoção da saúde bucal com ênfase nas práticas coletivas, a abordagem comunitária e a desmonopolização do saber, com a incorporação de pessoal auxiliar na Odontologia².

Já no final da década de 1980, devido às críticas ao modelo incremental e à Odontologia Integral, surgiu o Programa Inversão da Atenção. Suas principais características consistiam no controle epidemiológico da doença cárie, no uso de tecnologias preventivas e na ênfase no autocuidado. Apresentava como pilares três fases: 1) estabilização – com o objetivo de reduzir a velocidade de progressão da doença bucal; 2) reabilitação – compõe a reabilitação onde se dá o restabelecimento da estética e função perdidas pelas sequelas da doença, e; 3) declínio – na qual a doença e a lesão estão sob controle, reduzindo a noção e métodos de autocuidado².

Neste contexto, apesar do Programa Inversão da Atenção tentar romper com o tratamento odontológico cirúrgico-restaurador, sua lógica permaneceu priorizando o atendimento odontológico em escolas e creches. Ele teve sua implantação em vários municípios para cobrir as falhas do Sistema Incremental curativo, não levando em consideração as necessidades epidemiológicas da população, que permaneceu com alto índice CPO-D, principalmente àquela parcela não pertencente à faixa etária priorizada no modelo².

Assim, o modelo de atenção à saúde bucal que predominou no país até a Constituição de 1988 foi caracterizado pela lógica privada, que cobria pequena parcela da população. Já no âmbito público, essa oferta se restringiu ao atendimento programático voltado para os escolares da rede pública, sendo que para o restante da população o atendimento predominava por meio do Sistema Previdenciário, das Secretarias Estaduais de Saúde e das entidades filantrópicas^{22,32}.

A Trajetória e os Principais Marcos Históricos da PNSB no País

Na década de 1980, ocorreram duas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) que foram importantes para a saúde no Brasil. A 7ª CNS abriu espaço para a inserção da

Odontologia em um programa nacional de saúde e evidenciou, em seus textos, as fragilidades do modelo de Odontologia, até então proposto. Este foi caracterizado como ineficiente (alto custo e baixo rendimento), ineficaz (não reduz em níveis significativos os problemas de saúde bucal da população), descoordenado, mal distribuído, de alta complexidade (com uso de tecnologia complexa), caráter mercantilista, monopolista e recursos humanos inadequados (os profissionais de nível superior são formados de maneira desvinculada das reais necessidades do país)³³.

Já a 8ª CNS, em 1986, propôs a reformulação do Sistema Nacional de Saúde em um SUS, desvinculando a saúde da previdência. Além disso, consolidou a proposta da saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado, com base nas diretrizes do Movimento de Reforma Sanitária de universalidade, equidade e integralidade da atenção e participação popular^{22,34}.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) realizada em outubro de 1986, como parte integrante da 8ª CNS, discutiu a proposta de mudanças no modelo de atenção odontológica até então vigente, sendo considerado ineficiente e ineficaz, mutilador e de alta tecnologia. A Conferência contou com mais de mil participantes, resultado de um processo de discussão iniciado por meio da realização de pré-conferências, sendo que 286 eram delegados oficiais, representando as entidades e autarquias odontológicas (associações, sindicatos e conselhos profissionais), secretarias estaduais e municipais de saúde, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), as centrais sindicais da época, associações de moradores e estudantes³³.

Durante a 1ª CNSB, quatro grandes temas nortearam as discussões: 1) A Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado; 2) Diagnóstico de Saúde Bucal no Brasil; 3) Reforma Sanitária – Inserção da Odontologia no Sistema Único de Saúde, e; 4) Financiamento do Setor de Saúde Bucal³⁴.

Neste contexto, as proposições aprovadas na 1ª CNSB apontaram rumos para a inserção da Odontologia no SUS, esboçando um diagnóstico da situação de saúde bucal no país. A saúde bucal estava vinculada a fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, o que caracterizava responsabilidade e dever do Estado em sua manutenção. Pode-se destacar entre as proposições aprovadas que:

A Saúde Bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação³⁴ (p. 3).

Outro fato que marcou a trajetória da PNSB foi o 1º Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal, realizado pelo MS com o apoio do Instituto de Planejamento Econômico e Social (IPEA), em 1986, no mesmo ano em que foi realizada a 1ª CNSB. O estudo foi o primeiro de abrangência nacional que forneceu dados da população residente na zona urbana de 16 capitais, segundo a prevalência de cárie dentária, doenças periodontais, necessidade e presença de prótese total e procura por serviços odontológicos³⁵.

O 1º levantamento epidemiológico mostrou uma alta prevalência de cárie dentária aos 12 anos, utilizando-se o índice CPO-D (número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados), sendo que o CPO-D médio evoluiu de 1,25 aos 6 anos, para 3,61 aos 9 anos, atingindo 6,65 aos 12 anos. Observou-se também um contínuo crescimento do índice CPO-D ao avanço da idade, essencialmente devido ao componente “dentes perdidos”. Em relação à doença periodontal, na faixa de 50-59 anos, somente 1,33% apresentava gengivas saudáveis. Na faixa de 35-44 anos, 4 em cada 10 pessoas necessitavam de próteses dentárias, sendo que somente 40% das pessoas de 18 anos apresentava todos os dentes. Na faixa de 50 a 59 anos, mais de 72% já havia extraído todos os dentes em pelo menos uma das arcadas dentárias³⁵.

É importante destacar a conjuntura histórico-política do país durante a realização do 1º Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal no país, sendo marcado pela transição de um longo período de ditadura militar para a eleição por voto indireto de um presidente civil em 1984. Já no campo da saúde, a 8ª CNS consolidava as questões levantadas pelo movimento da reforma sanitária. Apesar dos dados do 1º levantamento serem utilizados até hoje em análises do perfil epidemiológico brasileiro, o mesmo não contribuiu para a composição de uma base de dados pública em prol da estruturação de uma estratégia de vigilância em saúde bucal. Acrescenta-se ainda que a divulgação dos dados se restringiu ao relatório do levantamento, sendo que o banco de dados só se tornou público mais de 10 anos depois. Com o levantamento verificou-se somente um pequeno estímulo à fluoretação das águas e à implementação de um programa de aplicação tópica de flúor em escolares, vinculado ao Programa de Prevenção a Cárie Dentária (PRECAD) do MS³⁶.

Em 1988, foi promulgada no artigo 196 (seção II) da Constituição Federal⁴ que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido através do acesso universal e

igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (p. 116). A Constituição de 1988 implementou o SUS nos moldes discutidos pelo Movimento da Reforma Sanitária e consolidados no relatório da 8ª CNS, com as diretrizes da universalidade, equidade e participação social.

Com a implantação do SUS e a proposta de descentralização das ações de saúde para os municípios, o modelo de saúde universal e equitativo trouxe desafios aos modelos tradicionais de oferta de serviços odontológicos, baseados nos sistemas escolares e na livre demanda. Nesse contexto, a partir desse momento, a saúde bucal coletiva surge com o aprofundamento das discussões dos determinantes biopsicossociais das doenças bucais e como uma forma de romper com os modelos excludentes, sendo que a epidemiologia se insere como um de seus mais importantes aliados³⁶.

Entretanto, nos primeiros anos da década de 1990, o modelo de atenção à saúde bucal vigente continuava com caráter emergencial, paliativo e mutilador. Pode-se afirmar que até o ano de 1992, as extrações dentárias incluíam-se entre os procedimentos mais bem remunerados pelo SUS. Somente em janeiro de 1992, foi publicada a Portaria 184 com alteração da tabela de financiamento dos serviços odontológicos do SIA-SUS, incluindo-se procedimentos coletivos de saúde bucal. Como no período eram financiadas somente iniciativas intersetoriais ligadas à fluoretação das águas e ações individuais relativas à assistência odontológica, sua publicação criou também condições para o financiamento com recursos federais das atividades relacionadas com a prevenção de doenças e promoção da saúde, entre as quais a aplicação de bochechos com flúor e escovação supervisionada com creme dental fluorado^{37,38}.

Em 1993, foi realizada a 2ª CNSB, com o tema central “Saúde bucal é direito de cidadania”, aprovando estratégias e diretrizes políticas para a saúde bucal no país. Essa segunda conferência foi precedida e esteve articulada à IX CNS – “Municipalização é o caminho” (1992) –, cujas decisões se voltaram para assegurar ampla e democrática participação da sociedade nas decisões e processos de gestão do SUS, a avançar na descentralização de ações e serviços e em mudanças efetivas na condução do MS no âmbito do governo Itamar³⁹.

A 2ª CNSB, no relatório final, caracterizou a situação da saúde bucal no país como “iatrogênica, excludente e ineficaz” e responsabilizou as três esferas de governo por serem, com raras exceções, representantes do capital e não terem compromisso social. Além disso, indicou as características de um novo modelo de atenção em saúde bucal e dos recursos humanos necessários, propondo formas para o financiamento e o

controle social por meio dos Conselhos de Saúde e a descentralização das ações e serviços de saúde, “com garantia de universalidade do acesso e equidade da assistência odontológica, interligados a outras medidas de promoção de saúde de grande impacto social”³⁹ (p. 3).

Na saúde bucal, para desmistificar os modelos de programas verticais e políticas que não se baseavam na realidade da população, Garrafa & Moysés⁴⁰ descreveram a Odontologia brasileira como tecnicamente elogiável, cientificamente discutível e socialmente caótica, pois apesar dos avanços, esse modelo de prática não conseguiu impactar de modo positivo a saúde bucal da população brasileira. Os autores apontaram que a Odontologia brasileira direciona-se à sofisticação tecnicista, parecendo relevar o paradoxo de consistir em uma profissão elitista em um país de desdentados.

Em 1996, foi realizado o 2º Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal, somente com relação à cárie dentária em crianças de 6-12 anos de escolas públicas e privadas das 27 capitais e Distrito Federal. O levantamento foi realizado 10 anos após o primeiro levantamento de abrangência nacional, com o objetivo de verificar alterações ocorridas no perfil da população brasileira. A região com menor CPO-D foi a Sudeste (2,06) e a maior foi a Norte (4,27), evidenciando marcantes diferenças regionais. No geral, a prevalência de cárie no país foi considerada alta (CPO-D médio de 4,9). A prevalência da cárie dentária aos 12 anos foi considerada moderada (CPO-D = 3,06), havendo melhora em relação ao levantamento de 1986 nesta faixa etária, onde esta se encontrava alta, devido principalmente à grande expansão da fluoretação das águas no país a partir dos anos de 1990, sendo um marco na saúde coletiva³⁵.

Roncalli³⁶ considerou que houve um retrocesso do 2º levantamento em relação ao levantamento de 1986, uma vez que ficou restrito à avaliação somente da cárie dentária em escolares de 6 a 12 anos. O relatório final não chegou a ser publicado, apesar dos dados estarem disponíveis na plataforma Tabnet do DATASUS.

Na década de 90, a agenda hegemônica de reforma do Estado foi caracterizada com ênfase na estabilização monetária e no controle da inflação, na abertura comercial, na contenção de gastos públicos, na privatização de empresas estatais e na trajetória fragmentada das políticas sociais. Esta conjuntura político-econômica refletiu no financiamento e na trajetória da política de saúde bucal, com ações desarticuladas e desorganizadas⁴¹.

O processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil ampliou o número de unidades gestoras responsáveis pela organização de soluções para os problemas bucais. Em 1998, foi instituído um mecanismo de financiamento das ações de âmbito da

atenção básica aos sistemas municipais, denominado de Piso de Atenção Básica (PAB). Os municípios começaram a receber uma parcela fixa mensal conforme o número de habitantes e um montante variável, conforme a implementação de determinados programas. Diante dos gargalos e limitações relativas à integralidade de atenção no período, o PAB contribuiu para aumentar a capacidade da gestão local e em propostas de planejamento com base nas necessidades da saúde coletiva¹.

Uma nova perspectiva foi aberta somente em dezembro de 2000, com a publicação da Portaria GM/MS nº. 1444²³, estabelecendo “incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família (PSF)” (p. 1). Apesar da inserção da Odontologia ter ocorrido tardiamente (7 anos após a implantação do PSF), foi considerado como um marco no desenvolvimento da política de saúde bucal⁴².

Segundo Narvai & Frazão³¹, a portaria GM/MS nº. 1444/2000 resultou de um longo processo de discussões que envolveu entidades odontológicas, Conselhos de Saúde e profissionais da saúde, desde o final de 1994. A partir daí, gradativamente, outras entidades odontológicas, como a Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e o Conselho Federal de Odontologia (CFO) foram se incorporando ao processo.

Somente em 2001 começaram a ser, efetivamente implantadas no país, as primeiras ESB que, seguindo a proposta do MS de expansão do PSF, vem crescendo ao longo dos anos no território brasileiro⁶.

Existem três modalidades das ESB, modalidades I, II e III, de acordo com os seguintes critérios:

- I - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB);
- II - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou outro técnico em saúde bucal (TSB) e
- III- Profissionais das modalidades I ou II que operam em Unidade Odontológica Móvel (UOM)^{18,43}.

Apesar da ESF ter ocupado um espaço importante na agenda da política de saúde, com um incentivo financeiro à implantação nas diferentes realidades do país, alguns estudos apontam críticas à sua estruturação e implementação. Para Fausto & Matta⁴⁴, os problemas verificados na ESF têm relação com a própria vulnerabilidade do SUS, que apresenta marcas de um sistema de saúde fragmentado, no qual as instituições de saúde são pouco articuladas e o acesso da população aos recursos é muito desigual.

Em última instância, refletem as diretrizes da política econômica vigente no país que atingem as políticas sociais.

No ano de 2001, houve a elaboração da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), com a proposta de regionalização em saúde para a organização do sistema de saúde, retomando questões relativas ao planejamento integrado dos recursos e oferta de serviços. Com a edição da NOAS, definiram-se também, como responsabilidades e estratégias mínimas da atenção básica, dentre outras, as ações de saúde bucal. Além disso, a NOAS 01/2001 incluiu um elenco mínimo de procedimentos da média complexidade ambulatorial, a ser ofertado nos municípios sede de módulos assistenciais. No caso da saúde bucal, significou a inclusão do Grupo 10 de procedimentos no âmbito da atenção básica e da média complexidade – Grupo Ações Especializadas em Odontologia⁴⁵.

Em 2002, com uma nova conjuntura política, foi elaborado o documento do “Programa Fome Zero e Boca Cheia de Dentes!”, apresentado ao governo Lula pela equipe de transição de governo. Esse documento estabeleceu uma aparente relação entre o Programa Fome Zero e a questão da Boca Cheia de Dentes. O aspecto mais importante deste programa é que, de fato, reconhece a questão bucal e propõe ações para a consolidação de uma política de saúde bucal, destacando-se: convocação da 3ª CNSB, realização do 3º Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal, ampliação do acesso a serviços odontológicos, atendimento integral com a criação de CEO e articulação da política de saúde bucal com as demais políticas⁴².

Ainda em 2003, foi finalizado o 3º Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB-2003), com o objetivo de obter dados epidemiológicos em saúde bucal dos principais agravos em diferentes grupos etários, tanto na população urbana quanto na rural, subsidiando a avaliação das ações em diferentes níveis de gestão. No total foram examinadas 108.921 pessoas, entre crianças (18 a 36 meses e 5 e 12 anos), adolescentes (15 a 19 anos), adultos (35 a 44 anos) e idosos (65 a 74 anos) nas zonas urbana e rural de 250 municípios brasileiros. Os resultados mostraram que somente as crianças de 12 anos atingiram a meta da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Federação Dentária Internacional (FDI) para o ano 2000, com menos de 3 dentes permanentes com história de cárie (CPO-D = 2,8). Porém, aproximadamente 14 dentes foram acometidos por cárie entre a adolescência e a idade adulta. A doença periodontal mostrou-se alta em todas as faixas etárias, sendo que menos de 22% da população adulta e menos de 8% dos idosos não apresentam problemas periodontais²⁴.

Nesta perspectiva, os resultados do SB-2003 mostraram que, apesar do declínio dos níveis de cárie na população infantil nas últimas décadas no Brasil, ainda predominavam elevados índices de doenças bucais em determinados grupos populacionais, disparidades regionais em relação ao acesso a serviços odontológicos, bem como a alta ocorrência de edentulismo precoce e a necessidade de próteses dentárias²⁴.

Para Roncalli³⁶, o SB-2003 foi um marco na epidemiologia em saúde bucal no Brasil, uma vez que contribuiu para estabelecer um diagnóstico aprofundado das condições de saúde bucal da população, bem como permitiu uma análise comparativa dos dados nacionais com dados de outros países e com as metas da OMS para o ano 2000.

Em 2004, foi publicado o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, com o objetivo de resgatar o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica, sendo que esse documento foi consolidado na 3ª CNSB. A PNSB se configurou como a primeira política específica de saúde bucal no país – “Brasil Sorridente” –, sendo estruturada a partir das diretrizes do SUS, como a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a equidade, com estímulo à expansão da ESF^{7,42}.

Segundo Bartole⁴⁶, até o lançamento do Brasil Sorridente, somente 2,8% dos procedimentos odontológicos realizados no SUS eram especializados. Já em 2003, esse número aumentou para 16%. Em relação à fluoretação das águas, em 2004, foi agregado um indicador de fluoretação, que até então não existia, apesar de existir desde 1974 a Lei de fluoretação da água. Também se ampliou a fluoretação nas estações de tratamento de água, sendo implantados 120 novos sistemas.

As diretrizes da PNSB apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de complexidade e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência. Este modelo foi pautado nas “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso) com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, permitindo a referência e contra-referência⁷.

Moisés & Goes⁴⁷ consideram que as diretrizes da PNSB constituem o eixo político básico para a reorientação das concepções e práticas de saúde e devem ser entendidas como referência conceitual no espaço da micropolítica, onde ocorre o encontro dos saberes e fazeres entre usuários e profissionais diante dos problemas e demandas, tendo como meta a produção do cuidado.

Os pressupostos da PNSB para a reorientação do modelo de atenção são baseados na qualificação da atenção básica; garantia de articulação da rede de atenção básica e a rede de serviços de atenção especializada; efetivação da integralidade nas ações de saúde bucal; utilização da epidemiologia para subsidiar o planejamento; acompanhamento do impacto das ações por meio de indicadores adequados; atuação centrada na Vigilância à Saúde; incorporação da Saúde da Família como estratégia de reorganização da atenção básica; definição de política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal; estabelecimento de política de financiamento para o desenvolvimento dessas ações; e definição da agenda de pesquisa científica para estudo de problemas e desenvolvimento de novos produtos e tecnologia⁷.

Para o desenvolvimento das ações na busca do cuidado em saúde bucal, foram propostos os princípios da gestão participativa e ética, com acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional, bem como os princípios e as diretrizes expressos no texto constitucional (universalidade, integralidade e equidade). As ações de saúde bucal previstas são de promoção e proteção da saúde, recuperação e reabilitação⁷.

Em relação ao planejamento das ações e serviços de saúde bucal no contexto da regionalização, as diretrizes da PNSB definem a importância de “assegurar cuidados complementares na atenção básica, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização de cada estado”, a fim de garantir a continuidade da atenção à saúde bucal por meio da média complexidade⁷. Porém, Fortuna¹⁴ considerou em seus resultados de pesquisa que a normatização atual da PNSB apresenta fragilidades no que tange à implantação de CEO e LRPD no contexto da regionalização do país. Mesmo diante dos obstáculos do processo de regionalização como um todo, o aperfeiçoamento da normatização da PNSB, poderá contribuir para uma ação mais convergente dos gestores locais com a política nacional de saúde.

No final de julho de 2004, realizou-se a 3ª CNSB, com o objetivo de ampliar a participação da população na análise da formulação e da execução da PNSB. O tema central “Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social” foi debatido segundo quatro eixos temáticos: 1) Educação e Construção da Cidadania; 2) Controle Social, Gestão participativa e Saúde Bucal; 3) Formação e Trabalho em Saúde Bucal, e; 4) Financiamento e organização da Atenção em Saúde Bucal. A condição de saúde bucal, nessa reunião, foi considerada como um sinal, dos mais relevantes, de exclusão social, registrando o impacto de péssimas condições de vida, devido à baixa escolaridade, renda insuficiente, falta de trabalho, entre outros⁴⁸.

O Relatório final da 3ª CNSB⁴⁸ apontou que existe uma “grande dívida social na área da saúde bucal, com mais de 30 milhões de desdentados no país” (p. 5), e que “as condições da saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social” (p. 7).

Saúde Bucal no Âmbito da Atenção Básica: a ESF

Antes de adentrar na discussão sobre a saúde bucal na ESF, faz-se necessário tecer algumas considerações sobre os termos Atenção Primária à Saúde (APS) e ABS.

O conceito de APS historicamente têm sido entendido como forma de organização dos sistemas de saúde, sendo utilizado pela primeira vez no Relatório Dawson, em 1920. Este relatório, elaborado pelo governo inglês, organizou o modelo de atenção em saúde em três principais níveis de atenção: centros de saúde primários, secundários e hospitais-escola, caracterizando-se uma hierarquização dos níveis de atenção à saúde⁴⁹.

Em 1978, a OMS⁵⁰ realizou a I Conferência Internacional em Alma-Ata, que representou um marco nos direcionamentos das Políticas Nacionais de Saúde, com o objetivo de efetuar um acordo entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, desencadeando um grande impacto sobre a APS. Essa política internacional ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”. Neste contexto, a definição de APS dada pela OMS foi:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde⁵⁰ (p. 3).

Para Starfield⁴⁹, a APS é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, sendo que o entendimento de seu conceito pode ser realizado a partir de quatro princípios ordenadores à atenção primária: 1) primeiro contato – trata-se da acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema, para os quais se procura atenção à

saúde. É a acessibilidade considerando a estrutura disponível, no sentido da existência de barreiras. Portanto, a medição da atenção ao primeiro contato envolve a avaliação da acessibilidade (elemento estrutural) e da utilização (elemento processual); 2) longitudinalidade – pressupõe o aporte regular de cuidados pela equipe de saúde. Pode ser traduzida como o vínculo em um ambiente de relação mútua e humanizada entre a população e os profissionais de saúde, ao longo do tempo; 3) integralidade – diz respeito à capacidade do serviço em garantir a integralidade da atenção à saúde dos usuários, por meio da referência do usuário a outros níveis de atenção quando necessário, e; 4) coordenação – refere-se à capacidade do serviço em garantir a continuidade da atenção, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos.

No Brasil, os termos APS e ABS são tratados como equivalentes pelo MS. Neste contexto, o MS definiu o termo ABS como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. Em síntese, a ABS é o primeiro nível de atenção que se articula aos demais serviços de saúde de maior complexidade assistencial, a fim de reorganizar a lógica assistencial do SUS^{5,43}.

Nesta perspectiva de reestruturação da ABS no âmbito do SUS, em 1994 iniciou-se a implantação do PSF nos municípios do país. Atualmente denominado ESF, representa a principal estratégia responsável pela reorganização da lógica assistencial do SUS, com atenção voltada para a família e com ações organizadas em um território definido⁵. Entendendo a saúde bucal como integrante da ESF, a inserção da ESB ocorreu somente em 2000, o que representou o início de um expressivo incremento no volume de recursos financeiros federais para os municípios^{15,51}.

Para Contarato¹³, a inclusão da saúde bucal na ESF significou o primeiro passo para a efetiva expansão da assistência odontológica no país, representando a possibilidade de se criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho no âmbito dos serviços de saúde.

A Portaria GM/MS nº. 1.444, de 28 de dezembro de 2000 também estabeleceu a área de atuação de cada equipe ESF deveria abranger 6.900 habitantes, sendo que poderia ser implantada apenas uma ESB para cada duas ESF. Entretanto, somente em 2001 foram regulamentadas as normas e diretrizes para a inserção de profissionais das ESB nas duas modalidades de implantação^{6,23}.

Em 2003, os incentivos financeiros de implantação e custeio para ambas as modalidades de ESB foram reajustados. Ademais, a Portaria GM/MS nº. 673, de 2003, permitiu uma redução da proporção de implantação de ESB, para uma relação de 1:1; uma ESB para uma ESF⁵².

Em 2004, o documento Diretrizes da PNSB destacou como forma preferencial para a reorganização da atenção básica a ESF, norteada pelo trabalho em equipe, o território, a população adscrita, a intersetorialidade, bem como as visitas domiciliares⁷.

Quanto à ampliação e qualificação da atenção básica, foram listadas no documento das Diretrizes da PNSB, as seguintes ações: 1) prevenção e controle do câncer bucal – com a identificação de lesões bucais em visitas domiciliares ou em campanhas específicas; realização rotineira de exames preventivos para a detecção precoce de câncer bucal, com a garantia da continuidade da atenção em todos os níveis de atenção; acompanhamento de casos suspeitos e confirmados e estabelecimento de parcerias com as Universidades e outras organizações; 2) implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento – por meio da organização do pronto atendimento, de acordo com a realidade local; da avaliação da situação de risco à saúde bucal na consulta de urgência e da orientação ao usuário em relação ao seu retorno ao serviço a fim de dar continuidade do tratamento; 3) inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica – considerando a possibilidade de inserir na atenção básica, de acordo com a realidade local, procedimentos mais complexos como restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias, com o objetivo de contribuir para aumentar o vínculo e o reconhecimento do valor da existência do serviço público odontológico em cada local; 4) reabilitação protética na atenção básica – considerando a possibilidade de inserir na atenção básica procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, com suporte financeiro e técnico do MS, por meio da instalação de equipamentos em laboratórios de prótese e capacitação de Técnicos em Prótese Dentária (TPD) e Auxiliares de Prótese Dentária (APD) da rede SUS, e; 5) ampliação do acesso pela inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde organizados através de linhas de cuidado⁷.

Em 2006, com a publicação da portaria GM/MS nº 648 foi aprovada e regulamentada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo atualizada em 2011, com a publicação da Portaria GM/MS nº 2488. Esta estabeleceu a revisão dos princípios e normas da atenção básica, contribuindo para o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a reorganização do modelo assistencial em saúde. A ABS

tornou-se o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção da RAS, ou seja, caracteriza-se como o centro das necessidades de saúde da população, sendo responsável pela atenção contínua e integral⁴³.

De acordo com a portaria GM/MS nº 2488 de 2011, as competências específicas dos cirurgiões-dentistas da ESB são:

[...] realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; realizar a atenção a saúde em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade; realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; realizar supervisão técnica do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB); e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS⁴³.

A sequência das Portarias voltadas para a regulamentação da saúde bucal no âmbito da atenção básica, a partir da fase de expansão da implantação da PNSB, demonstraram a reestruturação e os avanços no financiamento dos serviços de atenção básica no âmbito da saúde bucal do SUS, conforme o Quadro 1.

Quadro 1: Portarias voltadas para a regulamentação da saúde bucal no âmbito da atenção básica – 2006-2012.

(continua)

ATENÇÃO BÁSICA - ESB (PORTARIAS E REGULAMENTAÇÕES)		
Ano	Dispositivo	Disposição
2006	Portaria nº. 822/GM, de 17 de abril de 2006	Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
2006	Portaria nº. 650/GM, 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 ESF e para o PACS, instituídos pela PNAB.
2006	Portaria nº. 750/GM, de 10 de outubro de 2006	Normas de cadastramento das equipes da ESF, nos tipos: Equipe de Saúde da Família, Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal (ESFSB) e equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).
2006	Portaria nº. 2.527/GM, de 19 de outubro de 2006	Define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família.
2007	Portaria nº. 1696/GM, de 17 de julho de 2007	Atualiza os valores do Piso da Atenção Básica (PAB) para Municípios e o Distrito Federal para o ano de 2006, constante da Resolução nº 2, de 28 de agosto de 2006, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), acrescida do quantitativo de população assentada entre os anos 2000 e 2005.

Quadro 1: Portarias voltadas para a regulamentação da saúde bucal no âmbito da atenção básica – 2006-2012.

(continuação)

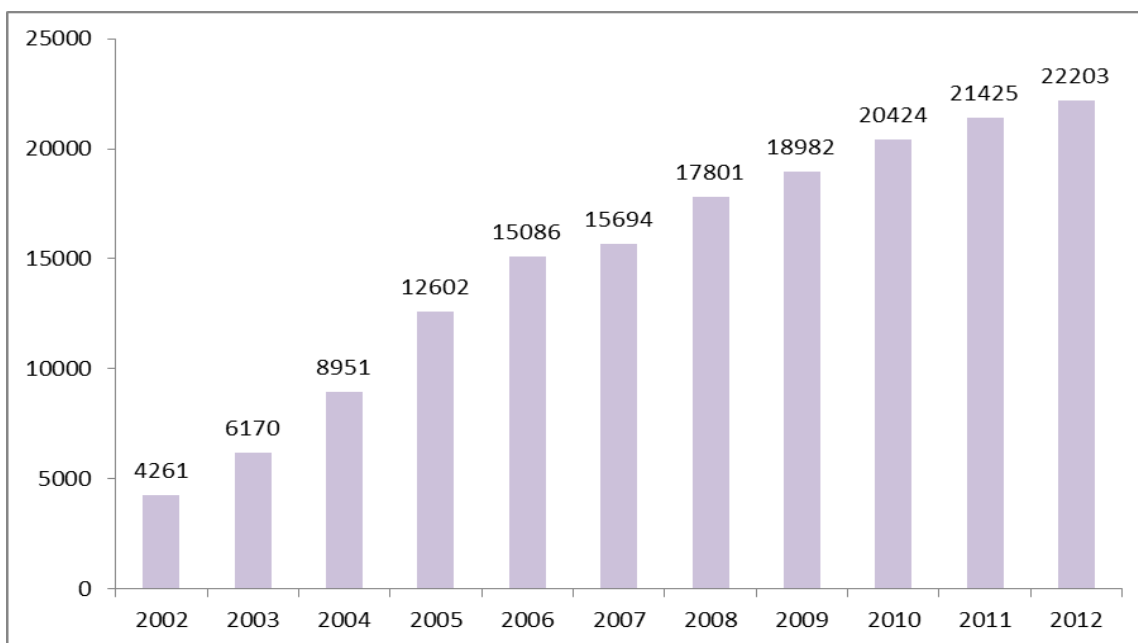
Ano	Dispositivo	Disposição
2008	Portaria nº. 90/GM, de 17 de janeiro de 2008	Atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de Equipes Saúde da Família, modalidade I, e de ESB da ESF.
2008	Portaria nº. 2.489, de 21 de outubro de 2008	Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a ESF e de Saúde Bucal, instituídos pela PNAB.
2008	Portaria nº. 3.066, de 23 de dezembro de 2008	Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a ESF e de Saúde Bucal, instituídos pela PNAB.
2008	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.
2009	Portaria 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.
2009	Portaria nº. 2.372/GM, de 7 de outubro de 2009	Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as ESB na ESF.
2010	Portaria nº. 3.170/GM, de 19 de outubro de 2010	Atualiza a base populacional utilizada para o cálculo do montante de recursos do Piso de Atenção Básica - PAB, a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB.
2010	Portaria nº. 3.840/GM, de 07 de dezembro de 2010	Inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e a Avaliação do Pacto pela Saúde, e estabelece as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011. (Republicada)
2011	Portaria nº. 122/GM, de 25 de janeiro de 2011	Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.
2011	Portaria nº. 1.599/GM, de 9 de julho de 2011	Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para as Equipes de Saúde da Família, ESB e aos Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela PNAB.
2011	Portaria nº. 1.602/GM, de 9 de julho de 2011	Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB.
2011	Portaria nº. 1.654/GM, de 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.
2011	Portaria nº. 576/SAS, de 19 de setembro de 2011	Estabelecer 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.
2011	Portaria nº. 2.488/GM, de 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.
2011	Portaria nº. 2.490/GM, 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 PNAB.
2011	Portaria nº. 703/SAS, 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.
2012	Portaria nº. 123/GM, de 25 de janeiro de 2012	Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.
2012	Portaria nº. 366/GM, de 5 de março de 2012	Define os recursos financeiros para aquisição de equipamentos odontológicos destinados aos Municípios que implantaram ESB na ESF.
2012	Portaria nº. 978/GM, de 16 de maio de 2012	Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, ESB e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela PNAB.

Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Bucal (2013¹).

¹ Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/cnsb/legislacao.php>>.

Conforme o Gráfico 1, os dados do MS mostraram um avanço no número de municípios atendidos pela ESB no Brasil que, de 2002 até dezembro de 2012, foram implantadas 22.203 ESB, em 4.952 municípios; 88,9% dos municípios brasileiros.

Gráfico 1: Evolução do número de ESB no Brasil – 2002-2012



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica/DAB/SAS/MS (2013²).

Para Narvai³⁷, é essencial que a implantação e expansão da ESF nos municípios, incluindo a saúde bucal, ocorra com acompanhamento e controle do respectivo Conselho de Saúde e com base em práticas democráticas de gestão. Sem esse acompanhamento, observa-se um simulacro de intervenção pública na saúde, restringindo-se a apenas mais um programa vertical do Governo Federal, sem, de fato, contribuir para a reorganização da atenção à saúde e construção do SUS. O desafio estratégico frente à saúde bucal na ESF é não permitir que se restrinja à presença de cirurgiões-dentistas, como constatado em dezembro de 2010, que, do total de 20.424 ESB implantadas, apenas 8,3% eram equipes completas (modalidade II), com pouca disponibilidade de profissionais técnicos. Além disso, não reproduzir modelos excludentes e perder a potência transformadora também se configurou como dilema da ESF.

² Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage>>.

Saúde Bucal no Âmbito da Atenção Secundária: Os CEO e os LRPD

O documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, de 2004⁷, ressaltou que a assistência à saúde bucal no Brasil tem sido predominantemente voltada para os serviços de atenção básica, considerando que:

(...) Os dados mais recentes indicam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometendo, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde⁷ (p. 14).

Neste contexto, o ponto-chave da PNSB foi a estratégia de implantação dos CEO e dos LRPD com o intuito de ampliar e qualificar a atenção especializada, invertendo a lógica que atualmente resulta em extrações, predominante no serviço público²⁵.

O CEO é a unidade de referência para a ESB da atenção básica. Devem ofertar, no mínimo, as especialidades de Endodontia, Periodontia especializada, atendimento de pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca e cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros. Em função dos seus recursos físico-estruturais pode ser classificado em três tipos: CEO tipo I (3 cadeiras odontológicas), CEO tipo II (4 a 6 cadeiras Odontológicas) e CEO tipo III (mais de 7 cadeiras odontológicas)⁷.

Para a implantação e custeio dos CEO, o MS passou a garantir o repasse dos recursos financeiros para ações em saúde bucal de média complexidade; no entanto, o repasse federal representa apenas uma parte dos recursos necessários ao custeio mensal dos CEO, que devem ser complementados pelos estados e municípios⁵¹.

Os incentivos federais por modalidade de CEO estão disponíveis no Quadro 2, a seguir.

Quadro 2: Incentivos federais por tipo de CEO.

Tipo de CEO	Nº. de Cadeiras	Incentivo de implantação	Incentivo de custeio mensal	Adicional de incentivo de custeio mensal – CEO aderido à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
I	03	R\$ 60.000,00	R\$ 8.250,00	R\$ 1.650,00
II	04 a 06	R\$ 75.000,00	R\$ 11.000,00	R\$ 2.200,00
III	07 ou mais	R\$ 120.000,00	R\$ 19.250,00	R\$ 3.850,00

Fonte: Portaria GM/MS n°. 1.341, de 13 de junho de 2012⁵³.

Em relação ao financiamento dos CEO, o MS condicionou o seu repasse financeiro de custeio a uma produção mensal mínima de procedimentos ambulatoriais disponíveis no SIA-SUS, que está relacionada ao tipo de CEO e especialidade. Assim, para o CEO tipo I, é preciso produzir 80 procedimentos em Dentística básica, 60 em Periodontia, 35 em Endodontia e 80 em cirurgia oral menor. Para o CEO tipo II, são necessários 110 procedimentos em Dentística básica, 60 em Endodontia, 90 em Periodontia e 90 em cirurgia oral menor. Para o CEO tipo III, é necessário realizar 190 procedimentos em Dentística básica, 95 em Endodontia, 150 em Periodontia e 170 em cirurgia oral menor⁵⁴.

De acordo com Narvai³⁷, a consolidação dos CEO como unidades de assistência odontológica de nível secundário depende de uma ruptura com a trajetória histórica de ofertar apenas a atenção odontológica no âmbito da atenção básica, passando a operar de forma integrada e articulada com a atenção básica. Porém, há muitos relatos de acesso direto de usuários aos CEO em praticamente todas as regiões brasileiras, transformando o CEO em porta de entrada do sistema de atenção. Outro aspecto que descaracteriza o CEO relaciona-se à concepção de que os mesmos devem ser centros de especialistas odontológicos, reproduzindo a lógica da segmentação por microespecialidades que caracteriza a corporação profissional odontológica. Nesse sentido, a descaracterização dos CEO na rede de atenção seria um retrocesso para a PNSB, o que requer a atenção tanto dos gestores quanto dos conselhos e conferências de saúde, para evitar o risco de que esse tipo de unidade seja capturado pela Odontologia de mercado, reproduzindo sua lógica.

Em relação aos LRPD, consistem em unidades próprias do município ou unidades terceirizadas credenciadas para a prestação de serviços de saúde, registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico (SADT) para realizar, no mínimo, o serviço de prótese dentária total e/ou prótese parcial removível. O município brasileiro com qualquer base populacional pode ter um LRPD.

No tocante ao financiamento das próteses dentárias, de acordo com a Portaria nº. 1.825/GM, de 24 de agosto de 2012, o MS alterou o valor pago pelas próteses e atualmente repassa um recurso mensal de acordo com uma faixa de produção: entre 20 e 50 próteses o valor é de R\$ 7.500,00; entre 51 e 80 próteses o valor é de 12.000,00; entre 81 e 120 próteses o valor é de R\$ 18.000,00 e acima de 120 próteses, o valor é de R\$ 22.500,00. Apesar da recomendação do MS para que a oferta das próteses ocorra no

âmbito da atenção básica, o financiamento está incluído no teto financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC)^{13,53}.

Desde 2004, muitos documentos normativos têm regulamentado a ampliação da atenção à saúde bucal, no âmbito da atenção básica e especializada. Conforme o Quadro 3 é possível identificar as principais Portarias apresentadas até julho de 2013.

Quadro 3: Principais portarias ministeriais relacionadas à atenção à saúde bucal especializada no âmbito da PNSB, 2004-2013.

(continua)

CEO E LABORATÓRIOS REGIONAIS DE PRÓTESES (PORTARIAS E REGULAMENTAÇÕES)		
Ano	Dispositivo	Disposição
2004	Portaria nº. 1570, de 29 de julho de 2004	Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento dos CEO (CEO Tipo 1 e CEO Tipo 2) e LRPD.
2004	Portaria nº. 1571/GM, de 29 de julho de 2004	Estabelece o financiamento dos CEO.
2004	Portaria nº. 1572/GM de 29 de julho de 2004	Estabelece o pagamento de próteses dentárias totais nos LRPD e a avaliação de Desempenho.
2004	Portaria nº. 562/SAS, de 30 de setembro de 2004	Estabelece alterações nos sistemas de informação relativas à operacionalização dos procedimentos odontológicos realizados nos LRPD.
2005	Portaria nº. 283/GM, de 22 de fevereiro de 2005	Estabelece a antecipação do incentivo financeiro para os CEO em fase de implantação e dá outras providências.
2005	Portaria nº. 1063/GM, de 4 de julho de 2005	Revoga a Portaria no 1570 e define critérios, normas e requisitos para implantação e credenciamento dos LRPD e CEO Tipo 1, Tipo 2 e Tipo 3.
2005	Portaria nº. 1069/GM, de 4 de julho de 2005	Revoga a Portaria 1571/GM e institui incentivo financeiro dos CEO e os critérios para produção.
2005	Portaria nº. 411/GM, de 9 de agosto de 2005	Exclui e inclui procedimentos /Tabela do SIA-SUS relativos aos CEO /LRPD e regulamenta os formulários/instrumentos utilizados no subsistema APAC/SIA.
2006	Portaria nº. 599/GM, de 23 de março 2006	Define a implantação de CEO e LRPD e estabelece critérios, normas e requisitos para credenciamento. Revoga a Portaria 1570/GM.
2006	Portaria nº. 600/GM, de 23 de março 2006	Revoga a Portaria 1571/GM e institui o financiamento dos CEO.
2008	Portaria nº. 2.489/GM, de 21/10/2008	Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a ESF e de Saúde Bucal, instituídos pela PNAB.
2009	Portaria nº. 302, de 17/02/2009	Estabelece que profissionais de Saúde Bucal que estejam previamente vinculados à ESF poderão ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde EACS.
2009	Portaria nº. 2.372/GM/MS, de 7 de outubro de 2009	Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as ESB na ESF.
2009	Portaria nº. 2.373/GM de 7 de outubro de 2009	Altera a redação da Portaria nº 599/GM, de 23/03/2006 e dispõe sobre a implantação de Laboratório Regional de Prótese Dentária
2009	Portaria nº. 2.374/GM, de 7 de outubro de 2009	Altera os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) realizados pelos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Bucal.
2010	Portaria nº. 205/SAS de 20 de maio de 2010	Excluir da Tabela de Habilitações do Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (SCNES), a habilitação de código 0402 - LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA.
2010	Portaria nº. 718/SAS, de 20 de dezembro de 2010	O Ministério da Saúde passou a financiar novos procedimentos da tabela do SUS: aparelho ortodôntico/ortopédico e implante dentário osteointegrado (incluindo a prótese sobre o implante).
2011	Portaria nº. 211/SAS, de 13 de maio de 2011	Alterara os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, OPM do SUS realizados pelos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.
2011	Portaria nº. 1.464/GM, 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).

Quadro 3: Principais portarias ministeriais relacionadas à atenção à saúde bucal especializada no âmbito da PNSB, 2004-2013.

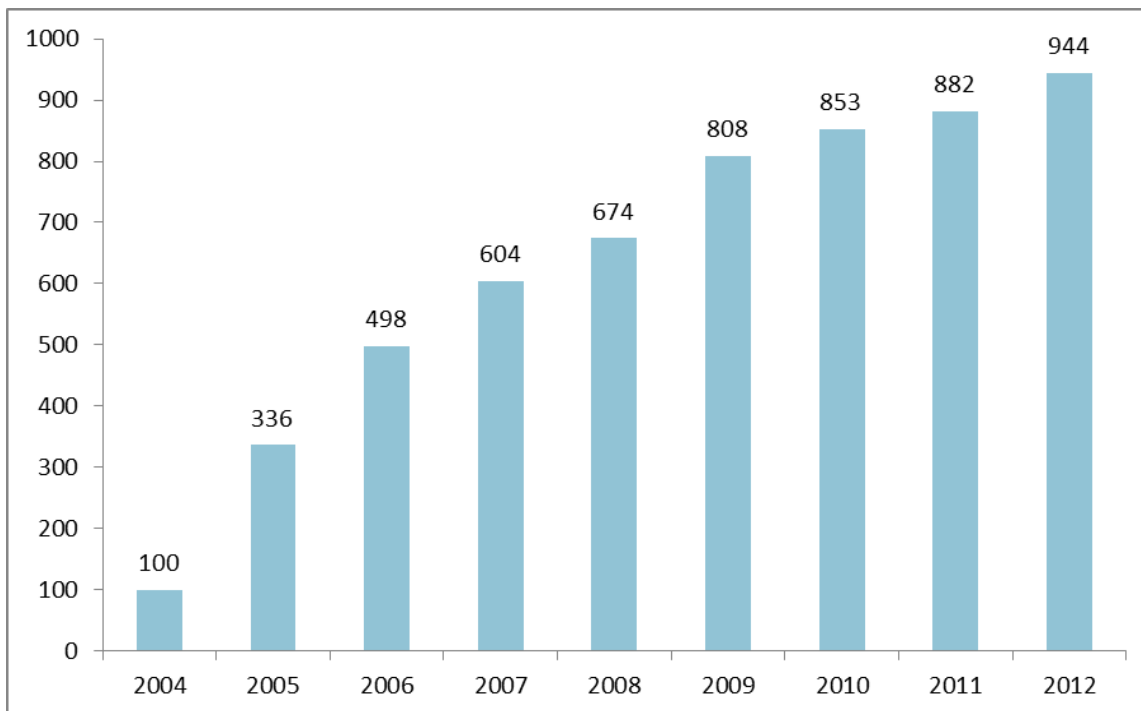
(continuação)

CEO E LABORATÓRIOS REGIONAIS DE PRÓTESES (PORTARIAS E REGULAMENTAÇÕES)		
Ano	Dispositivo	Disposição
2012	Portaria nº. 27/SAS, 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.
2012	Portaria nº. 793/GM, de 24 de abril de 2012	Criada a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem como objetivo primordial 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)”. No âmbito da saúde bucal, a Rede se propõe a garantir o atendimento odontológico qualificado a todos os portadores de deficiência.
2012	Portaria nº. 474/SAS, de 22 de maio de 2012	Atualiza a Tabela de Regras Contratuais do SCNES - LRPD
2012	Portaria nº. 1341/GM, de 13 de junho de 2012	Criou incentivos adicionais para os CEO que fizerem parte da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).
2012	Portaria nº. 975/SAS, de 14 de setembro de 2012	Inclui, na Tabela de Incentivos Redes no SCNES, os incentivos: CEO-I - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; CEO-II - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e CEO-III - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.
2012	Portaria nº. 1020/SAS, de 24 de setembro de 2012	Habilita os Centros de Especialidades Odontológica - CEO a receberem os incentivos financeiros destinados ao custeio mensal dos serviços especializados de saúde bucal.
2012	Portaria nº. 2.293/GM, de 2 de outubro de 2012	Define os recursos financeiros destinados ao custeio mensal dos serviços especializados de saúde bucal, Centros de Especialidades Odontológicas - CEO.
2012	Portaria nº. 1.127/GM, de 8 de outubro de 2012	Altera a Regra Contratual 71.16 da Tabela de Regras Contratuais do SCNES.
2013	Portaria nº. 261/GM, de 21 de fevereiro de 2013	Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal.
2013	Portaria nº. 1.310/GM, de 3 de julho de 2013	Concede aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) a adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e define os valores adicionais dos incentivos financeiros destinados ao custeio mensal.
Unidade Odontológica Móvel		
2009	Portaria nº. 2.371/GM/MS, de 07 de outubro de 2009	Institui, no âmbito da PNAB, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel (UOM).
2009	Portaria nº. 334/SAS, de 7 de outubro de 2009	Alterar o § 2º do Art. 1º da Portaria SAS/MS nº 750 de 10 de outubro de 2006.
2012	Portaria nº. 500/GM, de 29 de maio de 2012	Estabelece normas para o cadastramento das Unidades Odontológicas Móveis, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Bucal (SAS-DAB, 2013³).

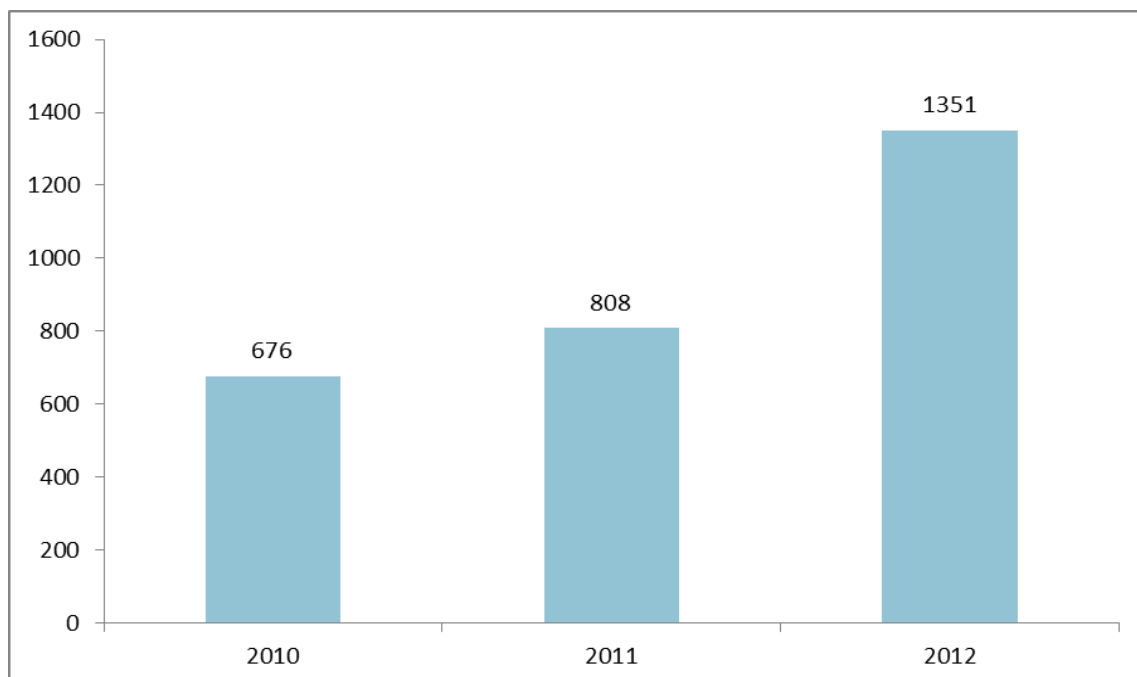
Desde 2004, observa-se uma ampliação do número de CEO no país por meio de uma indução e financiamento do MS. Conforme a Gráfico 2, os dados do MS mostraram que o número de CEO totalizou 944 unidades em 774 municípios brasileiros em 2012, indicando um aumento de 844% em relação a 2004.

³ Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/cnsb/legislacao.php>>.

Gráfico 2: Evolução do número de CEO no Brasil – 2004-2012.

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica/DAB/SAS/MS (2013).

Em relação ao LRPD, os dados do MS mostraram que o número de laboratórios totalizou 1.351 unidades em todo o país, indicando um aumento de 99,8% em relação a 2010 (Gráfico 3).

Gráfico 3: Evolução do número de LRPD no Brasil – 2010-2012.

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica/DAB/SAS/MS (2013).

Um dos principais desafios postos à PNSB é não permitir que se descole das demais políticas de saúde, articulando-se às demais políticas públicas relacionadas ao enfrentamento das desigualdades sociais do país. Para isso, a materialização da PNSB não poderá ficar restrita à ampliação da ESB, no âmbito da atenção básica, e dos CEO, na atenção secundária. É necessário ir além e operar no âmbito das micropolíticas e das macropolíticas, produzindo transformações tanto nos serviços de saúde, nas relações entre profissionais de saúde e usuários do SUS, quanto nas políticas públicas nas três esferas de gestão. Por outro lado, um dos maiores riscos é a descontinuidade do financiamento³⁷.

A UTILIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO PARA A PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

A Construção dos Indicadores de Saúde Bucal no Brasil

Ao longo dos anos, diversas formas de avaliação e monitoramento da atenção básica no âmbito do SUS foram implementadas pelo MS, por meio do desenvolvimento de pactos entre as instâncias gestoras do SUS, representadas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde e o próprio MS. O Pacto de Indicadores da Atenção Básica, o Pacto pela Saúde e mais recentemente o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) configuraram três grandes direcionadores da pactuação e monitoramento dos indicadores de saúde no Brasil desde 1999 aos dias atuais⁴⁷.

O Pacto é um instrumento formal de negociação entre gestores das 3 esferas de governo (municipal, estadual e federal), tomando como objeto de negociação as metas a serem alcançadas, em relação a indicadores de saúde previamente acordados. Esse pacto é um processo de construção do SUS, com o esforço coletivo de incorporação da avaliação à prática da gestão e de articulação com os processos de programação⁵⁵.

A partir destes instrumentos, desde 1998 vêm sendo publicadas portarias específicas com as orientações para o processo de pactuação e a relação de indicadores a serem pactuados pelos gestores, apresentando uma grande variação na seleção, na descrição e no número de indicadores a serem pactuados pela área de saúde bucal. Até então, esses processos ocorriam de maneira isolada, tanto no momento de sua pactuação, quanto no seu acompanhamento e sua avaliação^{15,47}.

Ao longo dos anos, gestores dos três entes federados e os trabalhadores estabeleceram a necessidade de potencializar e qualificar esses processos, a fim de facilitar a pactuação embasada e cooperada de metas e proporcionar a sua integração ao planejamento e à avaliação em saúde. Ao fim de cada ano, o desempenho dos municípios e estados devem ser avaliados pelo nível federal em função do cumprimento das metas pactuadas⁴⁷.

Em 1999 foi implementado o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, considerado, então, como um instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica, sendo instituído pela Portaria GM/MS nº. 3.925 de 1998, que aprovou o “Manual para Organização da Atenção Básica”, e a Portaria nº. 476 de 1999, que regulamentou o processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica^{16,56}.

Uma primeira iniciativa de aperfeiçoar o Pacto de Indicadores da Atenção Básica surgiu em 2003, a partir de negociação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reuniu representantes dos gestores dos três níveis do SUS. A partir da portaria GM nº. 456 de 2003, o elenco de indicadores passou a ser composto de 20 principais e 14 obrigatórios, perfazendo um total de 34 indicadores a serem pactuados por estados e municípios⁵⁷.

Com a evolução do processo de pactuação intergestores, a partir de 2006 foi instituído o Pacto pela Saúde, a fim de aperfeiçoar e reforçar o comprometimento dos gestores na consolidação do SUS. Esse pacto deve ser anualmente atualizado com base nos princípios constitucionais do SUS e com enfoque nas necessidades de saúde da população, o que implica no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos seus três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. A totalidade dos municípios que aderiram ao Pacto passaram a ser gestores plenos ao assumir suas responsabilidades com a saúde dos seus cidadãos, o que inclui a prestação dos serviços de saúde⁴⁷.

Com relação aos indicadores de saúde bucal pactuados entre os anos de 2003 e 2005, foram selecionados para a pactuação três indicadores, sendo dois obrigatórios (cobertura de primeira consulta odontológica, e razão entre os procedimentos odontológicos e população de 0 a 14 anos), e um complementar (proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais)^{48,55}.

Já em 2006, o MS redefiniu os principais indicadores para a área de saúde bucal, sendo que passou a fazer parte dos indicadores obrigatórios, juntamente com a cobertura de primeira consulta odontológica programática, o indicador de cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada e dois complementares: média de procedimentos odontológicos básicos individuais e proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais^{55,58}.

Em relação ao indicador razão entre os procedimentos odontológicos e população de 0 a 14 anos, a partir de 2006 passou a ser denominado de cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada. Desse modo, ocorreu um avanço na definição desse indicador, pois no Pacto dos Indicadores de Atenção Básica essa ação preventiva encontrava-se direcionada para a faixa etária de 0 a 14 anos, caracterizando um programa de saúde bucal voltado para os escolares. A partir do Pacto pela Saúde, iniciou-se uma proposta de universalização da mesma, de forma a impactar na grande prevalência de adolescentes e adultos com cárie dentária ou em alguma condição periodontal, evidenciada pelo inquérito epidemiológico SB Brasil 2003⁵⁹.

No que se refere ao indicador proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais, no ano de 2007 ocorreu nova pactuação e este indicador foi retirado do Pacto pela Saúde. Assim, permaneceu um indicador principal da cobertura de primeira consulta odontológica programática e dois complementares: a cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada e a média de procedimentos odontológicos básicos⁵⁹.

De acordo com Contarato¹³, os indicadores de saúde bucal apresentam muitas inconsistências, que podem estar relacionadas à instabilidade na pactuação realizada por meio dos instrumentos nacionais de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde bucal. Até o ano de 2007, os dados para cálculo dos indicadores de saúde bucal estavam divididos no DATASUS em ações básicas e ações especializadas em Odontologia. A partir de janeiro de 2008, começou a vigorar uma nova tabela, a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, o que acarretou alterações nos códigos de alguns procedimentos. Assim, alguns procedimentos em Odontologia foram extintos ou mesmo agregados. Dessa forma, essa modificação na Tabela do SUS alterou a base de cálculo de alguns indicadores de saúde bucal pactuados, não permitindo uma análise temporal contínua dos indicadores com essa modificação a partir de 2008 e dificultando a construção de uma série histórica confiável, ou seja, com parâmetros de comparabilidade entre os dados ao longo dos anos⁶⁰.

Em 2008, o MS redefiniu os indicadores de saúde bucal no Pacto pela Saúde, com a seleção de um indicador principal (cobertura de primeira consulta odontológica programática) e um indicador complementar (média anual da ação coletiva de escovação dental supervisionada), segundo a Portaria nº. 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008⁶¹.

Em relação ao indicador de cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada, a partir do ano de 2008 passou a ser denominado de média anual da ação coletiva de escovação dental supervisionada, alterando-se o método de cálculo desse indicador. Desde 2006 a cobertura era calculada somando-se o número de pessoas participantes da ação coletiva em cada mês e dividindo-se pelo número de meses em que a ação foi efetuada. Porém, um município que realizasse esta ação em apenas um mês do ano, poderia ter um resultado semelhante a outro que a realizasse em todos os meses do ano. Desta forma, a partir de 2008 o MS alterou a base de cálculo para o número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada,

realizada em determinado local e período, dividido pelo período, independente da existência de registros em todos os meses⁶⁰.

Em novembro de 2009, esses indicadores foram totalmente abolidos do Pacto pela Saúde, deixando a saúde bucal sem indicadores durante o ano de 2010⁶², sendo que, em dezembro foi publicada a Portaria nº. 3.840 reinserindo os indicadores de saúde bucal para pactuação em 2011⁶³. Em 2011, foi incorporado ao Pacto o indicador de cobertura populacional estimada das ESB da ESF, que consiste no percentual referente ao número das equipes que foram implantadas, multiplicado pelo quantitativo de 3.450 pessoas e dividido pela população do mesmo local e período. Além desse indicador, continuou a ser pactuado o indicador da média de escovação dental supervisionada.

Na pactuação de 2012, o MS retirou do Pacto pela Saúde o indicador de cobertura populacional estimada das ESB da ESF e substituiu pela cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal, incluindo no método de cálculo a carga horária dos cirurgiões-dentistas da atenção básica lotados nas unidades tradicionais e UBSF. Porém, o indicador da média de escovação dental supervisionada continuou a ser pactuado entre estados e municípios⁴³.

Contarato¹³ discorreu em seu estudo que os indicadores de saúde bucal do Pacto pela Saúde não são suficientes para um adequado acompanhamento e monitoramento das ações e serviços de saúde bucal no país, já que não possibilitam uma avaliação concreta das ações que estão sendo realizadas. O indicador de cobertura populacional estimada de ESB, por exemplo, não significa que os usuários estejam necessariamente recebendo tratamento que implique alterações em seu estado de saúde. Desta forma, os gestores da saúde ficam sem parâmetro de acompanhamento para o planejamento e o gerenciamento das ações que interferem nos processos saúde e doença.

No ano de 2012, foi publicada a Resolução CIT nº. 04, de 19 de julho, que trata das responsabilidades sanitárias a serem pactuadas entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) no âmbito do SUS, para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), inserindo novos indicadores para a pactuação 2013-2015⁶⁴. Atualmente, de acordo com o Caderno de Diretrizes para pactuação 2013-2015 foram definidos três indicadores de saúde bucal para pactuação de estados e municípios: cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal; média da ação coletiva de escovação dental supervisionada e proporção de exodontia em relação aos procedimentos.

Em síntese, pode-se observar que a PNSB ainda apresenta muitos desafios no monitoramento e avaliação das ações de saúde bucal por meio dos indicadores de saúde bucal, devido às diversas alterações que vêm ocorrendo na seleção, na descrição e no método de cálculo dos indicadores de saúde bucal expressos nos instrumentos nacionais de pactuação e monitoramento do SUS. Essas alterações podem ser observadas no Quadro 4.

Quadro 4: Evolução dos indicadores de saúde bucal pactuados nos instrumentos nacionais de monitoramento e avaliação do SUS de 2003-2013.

(continua)

ANO	INDICADORES DE SAÚDE BUCAL	FÓRMULA DE CÁLCULO/FONTE
2003-2005	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	Número total de primeiras consultas odontológicas programáticas* dividido pela população** $\times 100$ Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
	Razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos	Média anual de população coberta por procedimentos odontológicos coletivos* dividido pela população alvo de 0 a 14 anos de idade** Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
	Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais	Número total de exodontias de dentes permanentes* dividido pelo total de ações básicas individuais em odontologia** $\times 100$ Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
2006	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	Número total de primeiras consultas odontológicas programáticas* dividido pela população** $\times 100$ Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
	Cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Média anual de participantes na escovação dental supervisionada dividida pela população $\times 100$ Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
	Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	Número de procedimentos odontológicos básicos individuais* em determinado local e período dividido pela População** no mesmo local e período $\times 100$ Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
	Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais	Número de procedimentos odontológicos individuais especializados* realizados em determinado local e período dividido pelo número total de procedimentos odontológicos individuais** no mesmo local e período $\times 100$ Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
2007	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	Número total de primeiras consultas odontológicas programáticas* dividido pela população** $\times 100$ Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
	Cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Média anual de participantes na escovação dental supervisionada* dividida pela população** $\times 100$ Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
	Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	Número de procedimentos odontológicos básicos individuais* em determinado local e período dividido pela população** no mesmo local e período $\times 100$ Fonte: *SIA-SUS e **IBGE

Quadro 4: Evolução dos indicadores de saúde bucal pactuados nos instrumentos nacionais de monitoramento e avaliação do SUS de 2003-2013.

(continuação)

ANO	INDICADORES DE SAÚDE BUCAL	FÓRMULA DE CÁLCULO/FONTE
2008 a 2009	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	Número total de primeiras consultas odontológicas programáticas* dividido pela população** x 100 Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada* realizada em determinado local em 12 meses, dividido por 12 x 100 Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
2010	Sem indicadores de saúde bucal	
2011	Cobertura populacional estimada das ESB da ESF	Número de ESB da ESF implantadas* x 3.450** pessoas dividido pela população** no mesmo local e período x 100 Fonte: *DAB/SAS/MS e **IBGE
	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada* realizada em determinado local em 12 meses, dividido por 12 x 100 População** no mesmo local e período Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
2012	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal	(Soma da carga horária dos cirurgiões-dentistas/40) * 3.000 dividido pela população no mesmo local e período x 100 Fonte: SCNES e DAB
	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada* realizada em determinado local em 12 meses, dividido por 12 x 100 População** no mesmo local e período Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
2013	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal	(Soma da carga horária dos cirurgiões-dentistas/40) * 3.000 x 100 População** no mesmo local e período *CNES **DAB/MS
	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada* realizada em determinado local em 12 meses, dividido por 12 x 100 População** no mesmo local e período Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	Número total de extrações dentárias em determinado local e período* dividido pelo número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período** x 100 Fonte: *SIA-SUS e **IBGE

Fonte: Portarias ministeriais publicadas do Pacto da Atenção Básica, Pacto pela Saúde e Coap, 2003-2013⁴.

⁴ Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM>. Acesso em: 10 de agosto de 2013.

Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos CEO: Indicadores de Desempenho e Monitoramento de Saúde Bucal

O PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade) é um programa de âmbito nacional que visa a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde no país. Em 2011, foi implantado o PMAQ da Atenção Básica (PMAQ-AB) com objetivo de qualificar ainda a Atenção Básica, por meio da adesão das Equipes de Atenção Básica (EAB), incluindo a saúde bucal. Em 2013, ocorreu o segundo ciclo do PMAQ, com a inclusão dos CEO e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ao PMAQ^{8,65}.

O PMAQ busca aumentar a capacidade das gestões municipais, estaduais e federal, em conjunto com as equipes de saúde, no sentido de oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade à população, vinculado ao repasse de recursos ao alcance de padrões de acesso e de qualidades pelos serviços. Por meio da construção de um padrão de qualidade comparável nos níveis nacional, regionais e locais, o programa busca favorecer maior efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção à saúde em todo o Brasil⁸.

Pinto *et al.*⁶⁶ consideram que o PMAQ se insere e se relaciona com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e com outros movimentos mais amplos de reorientação do modo como se organiza o SUS, como o Decreto nº. 7.508, de 29 de junho de 2011, o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) e o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS.

O PMAQ-CEO foi instituído, no âmbito da PNSB, para ampliar e qualificar o acesso da população às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal. O programa está vinculado ao repasse de recursos financeiros federais aos municípios que cumprirem os padrões de acesso e qualidade pactuados para os CEO que aderiram ao programa⁸.

Neste contexto, o PMAQ-CEO é um componente inserido em um conjunto de estratégias prioritárias definidas pela PNSB de reorganização do modelo de atenção à saúde bucal e ampliação acesso às ações e serviços de saúde bucal, garantindo a continuidade do cuidado e atenção integral aos indivíduos e às famílias.

Entre os objetivos específicos do PMAQ-CEO, pode-se citar:

- I – Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO);
- II – Construir parâmetros de qualidade dos CEOs que sejam passíveis de comparação nacional, regional e local, considerando as diferentes realidades de saúde;
- III – Fortalecer o processo de referência e contrarreferência de saúde bucal;
- IV – Estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelos CEOs;
- V – Transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade, através do portal do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde;
- VI – Envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes dos CEOs e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção especializada em saúde bucal;
- VII – Desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;
- VIII – Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção em saúde bucal, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e
- IX – Caráter voluntário para a adesão tanto pelos profissionais do CEO quanto pelos gestores estaduais, do Distrito Federal e municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos⁶⁷ (p. 1).

O programa é organizado em quatro fases complementares, que funcionam como um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. O programa é composto pelas seguintes fases: 1) adesão e contratualização; 2) desenvolvimento; 3) avaliação externa, e; 4) recontratualização. A adesão ao programa é voluntária para todos os CEO em funcionamento no Brasil⁸.

Após realizada a adesão e a contratualização, o CEO já passa a receber 20% do incentivo do PMAQ-CEO. Os CEO aderidos a este programa serão monitorados por meio de indicadores de produção, de gestão, de processo de trabalho e satisfação do usuário, de acordo com o tipo de CEO (I, II ou III). Após a avaliação externa, o CEO poderá perder os 20% do incentivo do PMAQ-CEO, manter os 20%, ou ampliar para 60% ou para 100%⁸.

Entre os compromissos a serem contratualizados pelas equipes dos CEO e pelas gestões de âmbito estadual e municipal, encontra-se um conjunto de indicadores que foram eleitos por meio do SIA-SUS, uma vez que esse é o único sistema disponível para a alimentação e acompanhamento da produção do CEO, conforme o Quadro 5.

Quadro 5: Indicadores do PMAQ-CEO e seus respectivos parâmetros mínimos.

INDICADORES DO PMAQ-CEO: indicadores de desempenho e monitoramento	PARÂMETROS MÍNIMOS
1. Procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais no mês	Tipo I: 80; Tipo II: 110; Tipo III: 190
2. Procedimentos de periodontia no mês	Tipo I: 60; Tipo II: 90; Tipo III: 150
3. Procedimentos de endodontia no mês	Tipo I: 35; Tipo II: 60; Tipo III: 95
4. Procedimentos de cirurgia oral no mês	Tipo I: 80; Tipo II: 90; Tipo III: 170
5. Procedimentos de endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes no mês	Tipo I: 7; Tipo II: 12; Tipo III: 19
6. Procedimentos restauradores realizados em pessoas com necessidades especiais no mês.	Tipo I: 40; Tipo II: 55; Tipo III: 95
7. Proporção de exodontias em relação aos procedimentos clínicos odontológicos individuais em pessoas com necessidades especiais	Sem parâmetros
8- Procedimentos de biópsia dos tecidos moles da boca	Sem parâmetros

Fonte: Manual⁵ instrutivo do PMAQ-CEO²⁶.

Fortuna¹⁴ considera a existência de metas quantitativas um critério frágil para analisar o CEO. Para a autora, é necessário uma avaliação mais ampla do contexto de implantação do CEO para condicionar o repasse de recursos financeiros federais. Porém, uma vez instituídas as metas, só fazem sentido num contexto de planejamento que considere fatores como o volume populacional na área de localização do CEO, a pactuação no âmbito das regiões sanitárias com o planejamento da demanda que será encaminhada às unidades, considerando o tipo de CEO (I, II ou III) e a atuação da ESB nestas regiões sanitárias.

⁵ Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf>.

Inter-relação Sistemas de Informação e Indicadores de Saúde Bucal

Diversos estudos têm apontado a importância dos indicadores de saúde bucal e de sua relação com os sistemas de informação, considerando principalmente as diretrizes da PNSB. Porém, ainda há muitos limites nos indicadores de saúde bucal para discutir e analisar a PNSB na perspectiva das diretrizes do SUS^{10,11,13,25,68-70}.

Alguns estudos foram realizados no âmbito nacional, como, por exemplo, o estudo de Bordin & Fadel⁷¹, que analisaram a evolução temporal dos indicadores de saúde bucal, consolidados no Pacto pela Saúde, considerando-se as cinco grandes regiões brasileiras. Para tanto, realizaram uma análise descritiva dos dados obtidos no DATASUS referentes aos anos de 2008 a 2010, por meio de indicadores de saúde bucal. Os autores observaram que a cobertura populacional estimada das ESB na ESF apresentou um desenvolvimento progressivo ao longo do triênio estudado, embora lento e desigual, entre as grandes regiões brasileiras. Em relação à média da ação coletiva de escovação dental supervisionada, houve oscilações em seus valores de referência durante o período analisado, também de forma desigual entre as regiões analisadas. Concluíram que são diversas as justificativas que podem levar ao entendimento dos resultados, desde o perfil da prestação dos serviços públicos de saúde e o porte populacional dos municípios que compõem as diferentes regiões, até aspectos que se relacionam à fragilidade da gestão pública e à falta de política de recursos humanos.

Goes *et al.*⁷² aprofundaram esses achados avaliando a atenção secundária no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, por meio do uso de dados secundários, com base na série histórica da produção de procedimentos odontológicos realizados nos CEO implantados no país e registrados pelo SIA-SUS no ano de 2007, e dados primários, pela visita *in loco* de 10% dos serviços implantados, com uso de questionários dirigidos à equipe profissional do CEO. Os autores observaram que na maioria das regiões houve dificuldade no cumprimento das metas relativas à quantidade de procedimentos a serem informados no SIA-SUS. Os CEO tipo III tiveram melhores resultados para o desempenho e cumprimento das metas. Concluíram que há a necessidade de revisão no marco legal para a implantação dos CEO pela readequação dos critérios e normas, como também definições de novos padrões e cumprimento de metas para avaliação e monitoramento desses serviços.

Alguns estudos foram realizados em nível estadual, como, por exemplo, o estudo de Maia & Kornis⁶⁹, que analisaram o processo de reorganização das ações e serviços de saúde bucal no estado do Rio de Janeiro, avaliando uma série histórica da produção

ambulatorial em saúde bucal dos 92 municípios do estado, entre janeiro de 1998 e dezembro de 2007. Como forma de obtenção dos dados, os autores utilizaram as seguintes bases de dados: IBGE (dados populacionais); MS/DAB (dados relativos à implantação das ESB, CEO); Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro – SESDEC/RJ (dados relativos à implantação das ESB, CEO e LRPD no estado), e; DATASUS. Observaram a existência de 46 CEO distribuídos em 27 municípios, dos quais 11 (41%) apresentaram queda na produção total de ações especializadas. Em apenas 2 municípios este fator foi relacionado pelos autores a um bom desempenho e cobertura das ESB.

Outro estudo que analisou a situação da rede odontológica do SUS do estado do Rio de Janeiro, no período de 1996 a 2003, foi o de Vasconcellos¹⁰, o qual selecionou dados do SIA-SUS, referentes à população residente, à quantidade apresentada de produção ambulatorial odontológica e a capacidade instalada de atendimento. O autor constatou que 74,0% dos municípios apresentaram aumento no número de procedimentos básicos e 80,0% tiveram elevação de procedimentos especializados. O estado também demonstrou uma mudança no perfil do atendimento odontológico, com redução média de 32,0% das exodontias do total de procedimentos e aumento médio de 9,5% das ações conservadoras, entre 1999 e 2003. Em contrapartida os dados evidenciaram uma distribuição geográfica desequilibrada dos procedimentos especializados, o que dificultaria o acesso de parte da população a estes procedimentos. Apesar dos resultados obtidos, o autor concluiu que os princípios de descentralização e regionalização ainda não são uma realidade no estado e os princípios da universalidade e integralidade, principalmente nas ações de maior complexidade, ainda são questões utópicas, pela alta demanda reprimida. Acrescentou que o SIA-SUS pode ser considerado um importante instrumento na programação das ações em odontologia.

Correia Júnior⁷³ analisou os procedimentos de exodontia na rede assistencial pública do estado de Pernambuco, no período de 2000 a 2008. Para tanto, coletou dados do SIA-SUS, contendo informações sobre os procedimentos de exodontia e procedimentos odontológicos básicos individuais realizados no período estudado, e calculou a proporção de exodontias para analisar a distribuição nos municípios, mesorregiões e Geres do estado de Pernambuco. Observaram uma queda no número de extrações dentárias no estado no período analisado, contudo, algumas regiões não acompanharam essa diminuição. Fatores como renda, escolaridade, modelo assistencial vigente, acesso a produtos fluoretados, ausência de reivindicação por parte da população, dentre outros, provavelmente influenciaram na quantidade de exodontias.

Concluíram que houve uma melhora na proporção de exodontias de maneira geral; porém, muito ainda há de se conquistar. Ressaltaram que a reorganização da saúde bucal deve ser analisada, associada à outros fatores, com intuito de diminuir ou evitar novas perdas dentárias.

Avaliando, também em Pernambuco, o modelo de atenção à saúde bucal implantado no estado, a partir da análise da estrutura e do funcionamento das equipes e dos seus indicadores, Pimentel⁷⁴ aplicou questionários a uma amostra de 121 ESB, abordando aspectos relativos à estrutura (recursos humanos, equipamentos, materiais e insumos) e ao processo de trabalho das equipes. Além disso, utilizou dados secundários obtidos do SIA/SUS, a fim de analisar os indicadores de saúde bucal, segundo porte populacional, proporção da população cadastrada no SIAB e relação entre as equipes de saúde da família e ESB. O autor constatou que municípios de grande porte populacional, maior proporção da população cadastrada e a relação de uma ESF para uma ESB mostraram maiores indicadores para cobertura da primeira consulta, cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada e média de procedimentos básicos individuais, ao mesmo tempo em que apresentaram baixos valores para o indicador de proporção de exodontias. Quanto às práticas exercidas no âmbito da ESF, observou-se que as ações de promoção/prevenção foram incorporadas por muitas ESB, necessitando, ainda, adequações como um maior envolvimento com a comunidade de abrangência. Concluiu que o estado de Pernambuco apresenta características de diferentes modelos de atenção, demonstrando desde ações mutiladoras à incorporação de ações de promoção e prevenção ao cotidiano das equipes, sendo que, muitas ainda encontram dificuldades para efetivar as práticas relativas à ESF.

Oliveira *et al.*⁷⁵ analisaram os indicadores de Saúde Bucal do Pacto da Atenção Básica no estado do Ceará, verificando o percentual de cobertura populacional por equipes de ESF e ESB e a apresentação dos indicadores de Saúde Bucal na série histórica proposta. Os dados foram obtidos, referentes ao período compreendido entre 2001 e 2007, no SIA-SUS, e complementados pelos relatórios da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Os autores observaram que houve crescimento percentual estatisticamente significativo de cobertura populacional por equipes de ESF e ESB, porém, não houve melhoria significativa nos indicadores de saúde bucal, evidenciando-se sua estagnação no decorrer da série histórica analisada.

Silva *et al.*⁷⁶ analisaram os indicadores de atenção básica e especializada de saúde bucal em municípios do estado do Pará, por meio de um estudo ecológico com dados do SIA-SUS, no período de 2001 a 2010 para os indicadores de atenção básica e

o período de 2008 a 2010 para os indicadores de atenção secundária. No período 2001 a 2010, houve aumento da cobertura de primeira consulta odontológica programática (de 7,8% para 14,6%), do número de procedimentos restauradores e periodontais básicos, bem como dos especializados. Ademais, observaram uma redução na razão entre o número de exodontia de dentes permanentes e procedimentos odontológicos individuais, embora o número de procedimentos anuais tenha se mantido estável ao longo do período. Com base nos resultados, os autores concluíram que houve elevação do número de procedimentos; entretanto, o número de procedimentos per capita demonstrou a baixa cobertura populacional, denotando dificuldades de acesso aos procedimentos odontológicos, principalmente os especializados.

Ao testar associações entre indicadores de atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos e de provisão de serviços odontológicos do estado de Santa Catarina, entre 2000 e 2003, por meio de dados do SIA-SUS, Fernandes & Peres⁷⁷ constataram que a cobertura foi de 21,8%, a razão de procedimentos coletivos na população entre zero a 14 anos foi de 0,37 e a proporção de exodontias em relação ao total de procedimentos odontológicos individuais foi de 11,9%. Menores proporções de exodontias foram associadas às maiores proporções de cirurgiões-dentistas no sistema, e maiores proporções de exodontias foram associadas aos menores índices de desenvolvimento humano municipal. Concluíram que as políticas de saúde bucal devem priorizar municípios que apresentam piores indicadores socioeconômicos.

Além desses estudos, em nível federal e estadual, há pesquisas que foram realizadas em municípios, como o estudo de Teixeira *et al.*⁷⁸, que avaliaram a evolução da demanda de saúde bucal no município de Amaral Ferrador/RS, analisando uma série histórica, contemplando o período entre 2000 e 2007, por meio da avaliação de dados obtidos no SIA-SUS. A amostra do estudo incluiu 9.120 procedimentos coletivos e 21.508 procedimentos individuais. Observaram um aumento rápido e considerável no número de procedimentos individuais básicos e no indicador de primeira consulta odontológica programática; além de uma redução relativa no indicador de proporção de exodontias, embora o número de procedimentos anuais tenha se mantido estável ao longo do período. Também constataram uma variabilidade na frequência de procedimentos coletivos, havendo um aumento constante da cobertura populacional das ações de saúde bucal, em boa parte devido ao aumento de procedimentos individuais. Concluíram que, apesar da proposta ser de reorganização, o que tem ocorrido é a expansão do serviço de atendimento em livre demanda, vinculado à distribuição de um

número fixo de fichas de atendimento por profissional, e que há uma demanda reprimida crescente de atendimento cirúrgico-restaurador.

Também utilizando o banco de dados do SIA-SUS, Volpato & Scatena¹¹ realizaram uma análise da política de saúde bucal no município de Cuiabá/MS, no período de 1995 a 2002. Os autores observaram uma tendência de elevação da produção e dos gastos, de 1996 a 2000, e queda nos dois anos seguintes. A elevação foi maior para os procedimentos mais especializados, em comparação com os mais básicos. Em contrapartida, a queda foi invertida, mais acentuada para os procedimentos básicos. Os autores concluíram que o SIA-SUS mostrou-se uma importante ferramenta na avaliação da política de saúde bucal nos níveis municipal, estadual e nacional, especialmente quando associado a outras fontes documentais.

Chaves & Silva⁶⁸ analisaram a descentralização da gestão da atenção à saúde e sua relação com a reorientação dos serviços odontológicos em dois municípios da Bahia, na perspectiva dos princípios do SUS. Foram analisados diferentes estágios de descentralização da gestão da saúde, estimando o grau de implantação dos componentes relacionados à organização da atenção à saúde bucal. Obtiveram as informações por meio de entrevistas semiestruturadas com informantes-chave, observação das práticas e análise de dados secundários do SIA-SUS. As conclusões evidenciaram que, apesar do aumento do repasse de recursos financeiros aos municípios, a descentralização não foi capaz de gerar mudanças nos serviços odontológicos, ocorrendo diferentes impactos na organização do setor de saúde bucal nos municípios avaliados.

Outro estudo utilizando a base de dados do SIA-SUS foi o de Tavares²⁵, que investigou o padrão de atendimento odontológico no SUS no município do Rio de Janeiro, entre 1995 e 2007, visando correlacionar a trajetória da PNSB e as políticas implementadas no município. Constataram que não houve uma mudança no padrão de atendimento odontológico no período analisado, apesar do estímulo à implantação da PNSB. O indicador de cobertura da primeira consulta odontológica programática apresentou um declínio gradativo; o acesso da população aos serviços odontológicos no âmbito público diminuiu no período estudado.

Chaves *et al.*⁷⁹ analisaram fatores relacionados à integralidade na assistência odontológica em quatro CEO da Bahia, segundo a PNSB, por meio de entrevistas realizadas com 611 usuários. Constataram que os residentes de cidades em que a ESF apresentava cobertura igual a 50% tiveram mais chance de concluir o tratamento odontológico em relação àqueles residentes em locais com cobertura menor. Os usuários que buscaram tratamento endodôntico tiveram mais chance de receber assistência

integral em relação àqueles que buscaram outras especialidades. Os autores concluíram que não é recomendado a implantação de CEO em municípios que não possuam a atenção básica adequadamente estruturada, visto que a atenção secundária estaria atendendo a livre demanda e executando procedimentos básicos e, portanto, não cumprindo o princípio da integralidade.

Contarato¹³ analisou a política de saúde bucal na perspectiva da integralidade, considerando as diretrizes nacionais e a sua implementação no município de Vitória/ES. A autora utilizou-se de diversas estratégias metodológicas, tais como revisão bibliográfica, análise documental, análise de bases de dados secundários e entrevistas semiestruturadas. Na análise de base de dados secundários, discorreu sobre os indicadores de monitoramento e avaliação de saúde bucal no país e no município de Vitória, cotejando com dados de implantação de CEO, LRPD e ESB na ESF e das UOM. Porém, identificou limites nos indicadores de saúde bucal pactuados nos instrumentos nacionais de monitoramento do SUS, que comprometem a avaliação concreta das ações de atenção básica e especializada realizadas. Concluiu que, apesar do município ter apresentado avanços na estruturação da atenção especializada por meio da implantação do CEO, ainda persistem fragilidades quanto à integração entre os serviços de saúde e ao acesso a algumas especialidades, relacionadas à grande demanda de pacientes, às longas filas de espera, ao alto índice de absenteísmo e à baixa produção.

MATERIAL E MÉTODOS

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo ecológico de caráter exploratório descritivo, sendo apoiado em análise de base de dados secundários, a partir dos sistemas de informação de base nacional, no período compreendido entre janeiro de 2005 e dezembro de 2012.

FONTES DE DADOS

Esta pesquisa considerou diferentes bases de dados: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (população residente por ano); Ministério da Saúde /Departamento de Atenção Básica – MS/DAB; Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de Saúde Bucal- MS/CNSB e do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), compilados do banco de dados do SUS (DATASUS).

Os dados foram organizados em planilhas de Excel, sendo inicialmente uma planilha para cada Região Ampliada de Saúde de Minas Gerais. Posteriormente, realizou-se um consolidado dessas regiões na forma de gráficos. A seguir, foi detalhada a sequência metodológica seguida para cada dado extraído desta pesquisa.

No site do MS, a partir do link da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), (<http://189.28.128.178/sage/>), foram utilizados os dados referentes ao ano de implantação, quantitativo, número de municípios atendidos e os repasses de recursos federais aos municípios e regiões de saúde com ESB na ESF. Ademais, foram extraídos os dados referentes à habilitação e à implantação dos CEOs e LRPDs, número de municípios atendidos e valores transferidos fundo a fundo.

Para o cálculo da cobertura populacional de ESB utilizou-se o número de equipes implantadas multiplicado por 3.450 pessoas, dividido pela população no mesmo local e período, multiplicado por 100, de acordo com o parâmetro adotado a partir de 2003⁵². Como foram analisados os dados de 2005 a 2012, optou-se por empregar tal

parâmetro para fins de comparação. Não foi utilizado os dados da cobertura populacional de ESB da SAGE/MS, uma vez que nesta sala o cálculo continuou sendo realizado até setembro de 2010 com base em 6900 pessoas para cada ESB (parâmetro utilizado antes de 2003).

Também no site do MS, a partir do link do Departamento de Atenção Básica – DAB (http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php) foram selecionados os dados referentes à implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, de acordo com a modalidade I ou II. Já no link da Coordenação Nacional de Saúde Bucal (http://dab.saude.gov.br/cnsb/cidades_atendidas.php), foram extraídos dados no que diz respeito à implantação de CEO e LRPD no estado, ao tipo de CEO (I, II ou III) por município e portarias de credenciamento de CEO E LRPD.

Na base de dados do IBGE/cidades, foram extraídas informações sobre a população dos municípios e das regiões de saúde de Minas Gerais, disponíveis no endereço eletrônico <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>.

Do site do DATASUS (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>), após a seleção das ferramentas “Informações de Saúde (TABNET)” e “Assistência à Saúde”, foram extraídos os dados relativos à “Série Histórica da Produção Ambulatorial” do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS). Vale registrar que para o período selecionado neste estudo (janeiro de 2005 a dezembro de 2012), os dados encontram-se disponíveis no DATASUS em duas variáveis: “produção ambulatorial-de 1994 a 2007” e “produção ambulatorial, por local de atendimento, a partir de 2008”. Os procedimentos foram discriminados a partir da “quantidade apresentada” de produção ambulatorial, no período analisado, similar aos estudos de Barros & Chaves¹², Maia¹⁵, Tavares²⁵ e Vasconcelos¹⁰.

Ademais, foram compilados do DATASUS os dados correspondentes aos “Indicadores do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015- Indicadores Regionais, Estaduais e Nacionais”, após a seleção da ferramenta “Indicadores de Saúde”, no que se refere ao estado de Minas Gerais e suas regiões de saúde, bem como os dados nacionais. Esses dados estão disponíveis no período de 2008 a 2012.

SELEÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE

A escolha dos indicadores de saúde bucal desta pesquisa foi pautada em uma busca bibliográfica de artigos publicados em periódicos, documentos institucionais disponíveis de acesso público (monografias/dissertações/teses), bem como em instrumentos do MS de monitoramento e avaliação da saúde bucal do país que, em tese, apresentam maior sensibilidade para a análise das ações da PNSB, de acordo com seus preceitos e diretrizes.

Essa busca bibliográfica para a seleção dos indicadores de saúde bucal da pesquisa, conforme o Quadro 6, foi realizada a partir das bases de dados Lilacs, Bireme e Scielo, sobre a seguinte temática: análise dos indicadores de saúde bucal no Brasil e sua relação com a PNSB, considerando estudos de âmbito nacional, estadual e municipal. Os descritores utilizados para a pesquisa foram: indicadores de saúde bucal, Equipes de Saúde Bucal, Centros de Especialidades Odontológicas, Laboratórios Regionais de Prótese Dentária.

O instrumento do MS de monitoramento e avaliação da saúde bucal utilizado nesta pesquisa para a seleção dos indicadores da atenção básica foi o Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 do MS, estabelecidos pela Resolução nº. 05, de 19 junho de 2013, a partir da base de dados do DATASUS⁶⁷. Os indicadores da atenção especializada foram selecionados a partir do Manual Instrutivo para os CEO do PMAQ do MS/2013 e da Portaria GM/MS nº. 1.464, de 24 de junho de 2011^{8,54}.

O período escolhido de análise dos indicadores (2005 a 2012) se justifica pelo fato de que o ano de 2005 foi o ano em que se iniciou a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas em Minas Gerais, fase caracterizada como o início de expansão dos serviços da atenção secundária em saúde bucal no país, nos moldes da PNSB.

Os dados da série histórica dos indicadores foram comparados com as informações relativas à implantação das ESB, dos CEO e dos LRPD existentes no estado, considerando as Regiões Ampliadas de Saúde (RAS) do estado de Minas Gerais e sua relação com os dados nacionais.

Quadro 6: Publicações em periódicos sobre a análise dos indicadores de saúde bucal de 2008-2013.

(continua)

PUBLICAÇÕES	AUTOR/ ANO	PERÍODO DE AVALIAÇÃO	VARIÁVEIS
Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal no estado do Rio de Janeiro frente aos incentivos federais	Maia ¹⁵	Jan. 1998 a Dez. 2007	Atenção básica: 1ª consulta odontológica programática; exodontia de elemento permanente; curetagem subgingival e polimento dentário/hemiarçada. Atenção especializada: curetagem subgingival por indivíduo; tratamento endodôntico permanente multirradicular.
Indicadores de atenção básica e especializada em saúde bucal nos municípios do Estado do Pará, Brasil: estudo ecológico, 2001-2010	Silva <i>et al.</i> ⁷⁶	2001 a 2010	Atenção básica: cobertura de primeira consulta odontológica; razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos de idade; razão entre o número de exodontias de dentes permanentes e o número de procedimentos odontológicos individuais na atenção básica (EXO); número de procedimentos de periodontia básica per capita na população (PERIO BAS); número de procedimentos restauradores (Dentística) per capita na população; Atenção especializada: número de procedimentos de periodontia especializada per capita na população (PERIO ESP); número de procedimentos de tratamento endodôntico permanente multirradicular per capita na população (ENDO); número de procedimentos de cirurgia oral menor per capita na população (CIRURG).
Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil	Goes <i>et al.</i> ⁷²	2007	Atenção básica: procedimentos individuais preventivos; Dentística básica; Odontologia cirúrgica básica. Atenção especializada: Periodontia; Endodontia; Cirurgia Oral Menor; Traumatologia Bucomaxilofacial; Cirurgias de pele Tecido Subcutâneo e Mucosa
Análise da evolução da produção de procedimentos odontológicos de média e alta Complexidade na Rede de Serviços públicos em Santa Catarina	Colussi <i>et al.</i> ⁸⁰	2000 a 2006	Os procedimentos especializados foram agrupados nas seguintes categorias: Dentística, Periodontia, Ortodontia, Endodontia, Cirurgia e Traumatologia Buço-Maxilo-Facial, Implante, Prótese, Prótese de face e cabeça, e Radiologia.

Quadro 6: Publicações em periódicos sobre a análise dos indicadores de saúde bucal de 2008-2013.

(continuação)

PUBLICAÇÕES	AUTOR/ ANO	PERÍODO DE AVALIAÇÃO	VARIÁVEIS
Política Nacional de Saúde Bucal, da teoria à prática: um estudo de caso acerca de sua implantação em Recife-PE no período 2000-2007	Martelli ⁷⁰	2000 a 2007	Atenção básica: 1) ações de promoção e prevenção – constituídos pelas visitas domiciliares, atividades educativas e procedimentos coletivos: 1.1) visitas domiciliares (códigos 0102304 e 0401107), 1.2) atividades educativas (códigos 0102301, 0102301, 0401102, 0401103), 1.3) procedimentos coletivos como aplicação tópica de flúor gel, escovação dental supervisionada, dentre outros (códigos 0301101 a 0301105); 2) procedimentos individuais – aplicação tópica de flúor até moldagem/adaptação/acompanhamento de prótese dentária (códigos 0302201 a 0305101), além de três procedimentos do grupo 10 que, a partir da NOAS/01, passaram a compor o elenco de procedimentos odontológicos básicos individuais (códigos 1001101, 1001102, 1004101, 1005115 e 1005136): 2.1) procedimentos preventivos, 2.2) procedimentos restauradores, 2.3) procedimentos cirúrgicos. Atenção especializada: grupo 10 (ações especializadas em Odontologia).
Política nacional e contexto local: uma análise da implementação da Política de Saúde Bucal no município de Vitória, do Espírito Santo	Contarato ¹³	2002 a 2010	Atenção básica: cobertura de primeira consulta odontológica programática; proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais. Atenção especializada: Prótese Dentária; Periodontia; Endodontia; pacientes com necessidades especiais; Cirurgia Buco Maxilo/Diagnóstico Oral.
Pacto pela saúde no Brasil: uma análise descritiva da progressão dos indicadores de saúde bucal	Bordin & Fadel ⁷¹	2008 a 2010	Cobertura populacional estimada das ESB na ESF; Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.
Relações entre a política nacional de saúde bucal e a política de saúde bucal no município do Rio de Janeiro: padrão de atendimento odontológico no período de 1995 a 2007	Tavares ²⁵	1995 a 2007	Indicadores de saúde bucal: Cobertura da primeira consulta odontológica programática; cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada; média de procedimentos odontológicos básicos individuais; proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais; proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais. SIA-SUS: volume de procedimentos ambulatoriais do Grupo 3 (Ações Básicas em Odontologia); volume de procedimentos do Grupo 10 (Ações especializadas em odontologia); subgrupos de procedimentos: Endodontia, Periodontia, Cirurgia, Prótese.

Fonte: Lilacs, Medline, Bireme e Scielo.

DEFINIÇÃO DOS INDICADORES

Conforme o Quadro 7, pode-se observar os indicadores selecionados da atenção básica em saúde bucal, a fórmula de cálculo, a fonte dos dados e a finalidade de cada indicador.

Vale ressaltar que os dados relativos aos indicadores da atenção básica deste estudo estão disponíveis no DATASUS em “Indicadores do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015- Indicadores Regionais, Estaduais e Nacionais”, no período de 2008 a 2012. Dessa forma, os indicadores de cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal e de proporção de exodontia em relação aos procedimentos foram apresentados neste estudo entre 2008-2012, uma vez que a partir de 2008 começou a vigorar uma nova tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, o que alterou alguns códigos de procedimentos desses indicadores.

Em relação aos indicadores de média da ação coletiva de escovação dental supervisionada e cobertura de primeira consulta odontológica programática, foi realizado o cálculo destes indicadores a partir dos dados do SIA-SUS disponíveis no DATASUS, nos períodos respectivamente de 2006-2012 e 2005-2012. O código do procedimento de ação coletiva de escovação dental supervisionada foi inserido em 14 de fevereiro de 2006, por meio da portaria GM/MS nº 95.

Quadro 7: Indicadores da atenção básica em saúde bucal.

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal	$\frac{\text{(Soma da carga horária dos cirurgiões-dentistas/40)} * 3.000}{\text{População}^{**} \text{ no mesmo local e período}} \times 100$ <p>* CNES ** DAB/MS</p> <p>Obs: A soma da carga horária dos cirurgiões-dentistas será equivalente ao nº de ESB na atenção básica e saúde da família. Finalidade: Expressa a cobertura da saúde bucal na atenção básica. Quanto maior o indicador, maior será a oferta de serviços de saúde bucal na atenção básica e facilidade de acesso à população.</p>
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	$\frac{\text{Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada}^1 \text{ realizada em determinado local em 12 meses, dividido por 12}}{\text{População}^2 \text{ no mesmo local e período.}} \times 100$ <p>¹Código SIA-SUS - 01.01.02.003-1 (Portaria nº 95, de 14 de fevereiro de 2006) ²Base demográfica do IBGE (disponível no DATASUS)</p> <p>Para calcular esse indicador faz-se a soma do nº. de registros do código 01.01.02.003-1. O total é dividido pelo período, independentemente da existência de registro em todos os meses. Finalidade: Expressa a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental supervisionada por um profissional de saúde, visando à prevenção da carie dental e doença periodontal. Quanto maior o indicador, maior o acesso à orientação para prevenção de doenças bucais.</p>
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	$\frac{\text{Nº total de extrações dentárias em determinado local e período}^*}{\text{Nº total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período}^{**}} \times 100$ <p>* Extrações dentárias (Códigos: 0414020138 exodontia de dente permanente e 0414020146 exodontia múltipla com alveoloplastia por sextante) **Procedimentos do SIA-SUS (Código: 31 códigos de procedimento): ** Procedimentos do SIA: 0101020058 Aplicação de Cariostático (por dente); 0101020066 Aplicação de Selante (por dente); 0101020074 Aplicação tópica de flúor (individual por sessão); 0101020090 Selamento provisório de cavidade dentária; 0307010015 Capeamento pulpar; 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; 0307020037 Obturação de dente decíduo; 0307020045 Obturação em dente permanente birradicular; 0307020053 Obturação em dente permanente c/ 3 ou mais raízes; 0307020061 Obturação em dente permanente unirradicular; 0307020070 Pulpotomia dentária; 0307020088 retratamento endodôntico em dente permanente birradicular; 0307020096 Retratamento endodôntico em dente permanente c/ 3 ou mais raízes; 0307020100 Retratamento endodôntico em dente permanente unirradicular; 0307020118 selamento de perfuração radicular; 0307030016 Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante); 0307030024 Raspagem alisamento subgengivais (por sextante); 0307030032 Raspagem corono-radicular (por sextante); 0414020022 Apicectomia com ou sem obturação retrógrada; 0414020073 Curetagem periapical; 0414020138 Exodontia de dente permanente; 0414020146 Exodontia Múltipla com alveoloplastia por sextante; 0414020154 Gengivectomia (por sextante); 0414020162 Gengivoplastia (por sextante); 0414020219 Odontosecção/ Radiclectomia/Tunelização; 0414020243 Reimplante e transplante dental (por elemento); 0414020367 Tratamento cirúrgico para tracionamento dental; 0414020375 Tratamento cirúrgico periodontal (por sextante). *Quantidade apresentada</p> <p>Finalidade: Reflete a proporção das exodontias de dentes permanentes em relação ao total de procedimentos clínicos individuais em Odontologia. Quanto menor o indicador, maior a qualidade do tratamento ofertado pela saúde bucal do município, demonstrando que as ações abrangem um maior número de procedimentos restauradores/conservadores e preventivos, em detrimento dos procedimentos individuais mutiladores.</p>
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	$\frac{\text{Número total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em um determinado local e período}^*}{\text{População no mesmo local e período}^{**}} \times 100$ <p>* SIA-SUS - Código SIA-SUS: 0301010153 ** Base demográfica do IBGE (disponível no DATASUS) ***Quantidade apresentada</p> <p>Finalidade: Expressa a cobertura de tratamentos odontológicos a partir da realização da primeira consulta com exame clínico, visando a elaboração de um plano de tratamento. Reflete a proporção de habitantes que tiveram acesso aos serviços odontológicos para assistência individual no âmbito do SUS. Não se refere aos atendimentos de urgência e emergência que não tem seguimento previsto.</p>

Fonte: Portaria nº. 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008 e Resolução CIT nº. 05, de 19 junho de 2013^{61,67}.

Para os indicadores selecionados da atenção especializada, pode-se observar sua fórmula de cálculo e a fonte de dados, conforme o Quadro 8.

Vale registrar que os dados apresentados dos indicadores da atenção especializada deste estudo, no período de 2005 a 2012, estão disponíveis no DATASUS em duas variáveis: “produção ambulatorial-de 1994 a 2007” e “produção ambulatorial, por local de atendimento, a partir de 2008”.

Como já exposto anteriormente, a partir de janeiro de 2008, começou a vigorar uma nova tabela, a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, o que acarretou mudanças nos códigos de alguns procedimentos. Porém, em relação aos indicadores de atenção especializada de saúde bucal selecionados para este estudo, ocorreram alterações somente na denominação do procedimento, uma vez que o procedimento em si permaneceu inalterado. Desta forma, vale ressaltar que os procedimentos selecionados no período de 2005-2007 são compatíveis com os procedimentos de 2008-2012, conforme o Quadro 8.

Quadro 8: Indicadores de atenção especializada em saúde bucal.

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO/FONTE
Procedimentos de Periodontia Especializada	<p>Total de procedimentos de Periodontia de 2005-2007: 1002101-cirurgia periodontal por hemi-arcada, 1002102-enxerto gengival, 1002103-gengivectomia, 1002105-gengivoplastia por hemi-arcada, 1002106-raspagem corono-radicular por hemi-arcada.</p> <p>Total de procedimentos de Periodontia de 2008-2012: 0307030032 Raspagem Corono-Radicular (por sextante); 0414020081 Enxerto Gengival; 0414020154 Gengivectomia (por sextante); 0414020162 Gengivoplastia (por sextante); 0414020375 Tratamento Cirúrgico Periodontal (por sextante). * Conforme a Portaria n°. 1.464/GM/MS, de 24/06/2011.</p> <p>Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS); Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – BPA-C</p>
Procedimentos de Endodontia	<p>Total de procedimentos de Endodontia de 2005-2007: 1004102-retratam.endodônt.dente perm. Uni-radicula, 1004103-tratam.endodônt.dente decíduo uni-radicula, 1004105-tratam.endodônt.dente perman. Uni-radicula, 1004201-retratam.endodônt.dente perman.bi-radicula, 1004202-tratam.endodônt.dente perm.bi-radicular, 1004301-retratam.endodônt.dente perm.tri-radicular, 1004302-tratamento de perfuração radicular, 1004303-tratamento endodônt.dente perm.tri-radicul, 1004401-tratam.endodônt.dente decíduo multi-radicular.</p> <p>Total de procedimentos de Endodontia de 2008-2012: 0307020037 Obturação de dente decíduo; 0307020045 Obturação em dente permanente birradicular; 0307020053 Obturação em dente permanente c/ três ou mais raízes; 0307020061 Obturação em dente permanente unirradicular; 0307020088 Retratamento endodôntico em dente permanente birradicular; 0307020096 Retratamento endodôntico em dente permanente c/ 3 ou mais raízes; 0307020100 Retratamento endodôntico em dente permanente unirradicular; 0307020118 Selamento de perfuração radicular.* Conforme a Portaria n°. 1.464/GM/MS, de 24/06/2011.</p> <p>Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS); Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – BPA-C.</p>
Procedimentos de Endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes	<p>Total de procedimentos de Endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes de 2005-2007: 1004301-retratam.endodônt.dente perm.tri-radicular, 1004303-tratamento endodônt.dente perm.tri-radicular.</p> <p>Total de procedimentos de Endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes de 2008-2012: 0307020053 Obturação em dente permanente c/ três ou mais raízes; 0307020096 Retratamento endodôntico em dente permanente c/ 3 ou mais raízes. Conforme a Portaria n°. 1.464/GM/MS, de 24/06/2011.</p> <p>Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS); Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – BPA-C.</p>
Procedimentos de biópsia dos tecidos moles da boca	<p>Número de biópsias dos tecidos moles da boca realizadas de 2005-2007: 0801101-biópsia de tecido da cavidade bucal.</p> <p>Número de biópsias dos tecidos moles da boca realizadas de 2008-2012: 02.01.01.052-6 - Biópsia dos tecidos moles da boca* Conforme a Portaria n°. 1.464/GM/MS, de 24/06/2011.</p> <p>Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS); Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPA-I.</p>

Fonte: Brasil²⁶.

MÉTODO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados da série histórica dos indicadores de saúde bucal selecionados foram obtidos do SIA-SUS, no banco de dados do MS – DATASUS.

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva com o cálculo da variação percentual, a partir da construção de gráficos. Foram utilizados os programas Tab-Win[®], Tabnet[®] e Excel[®].

CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Localizado na região Sudeste do Brasil, o estado de Minas Gerais possui extensão territorial de 586.520.368 quilômetros quadrados, sendo a maior unidade federativa dessa região. A população total do estado foi de 19.855.332 habitantes no ano de 2012, sendo o segundo estado mais populoso do Brasil, com 853 municípios.

No que diz respeito à oferta de serviços de saúde bucal no estado, as portarias que normatizaram as diretrizes da PNSB em 2004, definiram que a proposta de implantação de serviços de média complexidade (unidades tipo CEO e LRPD) devem apresentar coerência com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) dos estados brasileiros, devendo cada unidade implantada ser referência para o próprio município ou região de saúde.

Vale lembrar que o PDR, desde o início da década de 2000, vem se consolidando como um instrumento de planejamento da assistência em todas as áreas de atenção à saúde. Ele expressa o desenho das regiões de saúde nos estados, com a identificação de todos os municípios que compõem as regiões de saúde e dos fluxos de referências das ações e serviços pactuados¹⁴. Nesta perspectiva, o PDR de Minas Gerais divide o estado em 13 Regiões Ampliadas de Saúde (RAS) e 77 Regiões de Saúde (RS)⁸¹.

As 13 RAS do estado de Minas Gerais são: Sul, Centro-Sul, Centro, Jequitinhonha, Oeste, Leste, Sudeste, Norte, Noroeste, Leste do Sul, Nordeste, Triângulo do Sul e Triângulo do Norte, sendo representadas conforme Gráfico 4.

As 77 RS estão descritas no Anexo.

Gráfico 4: Divisão das RAS do estado de Minas Gerais. Brasil, 2013.



Fonte: Minas Gerais (2013)⁶.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

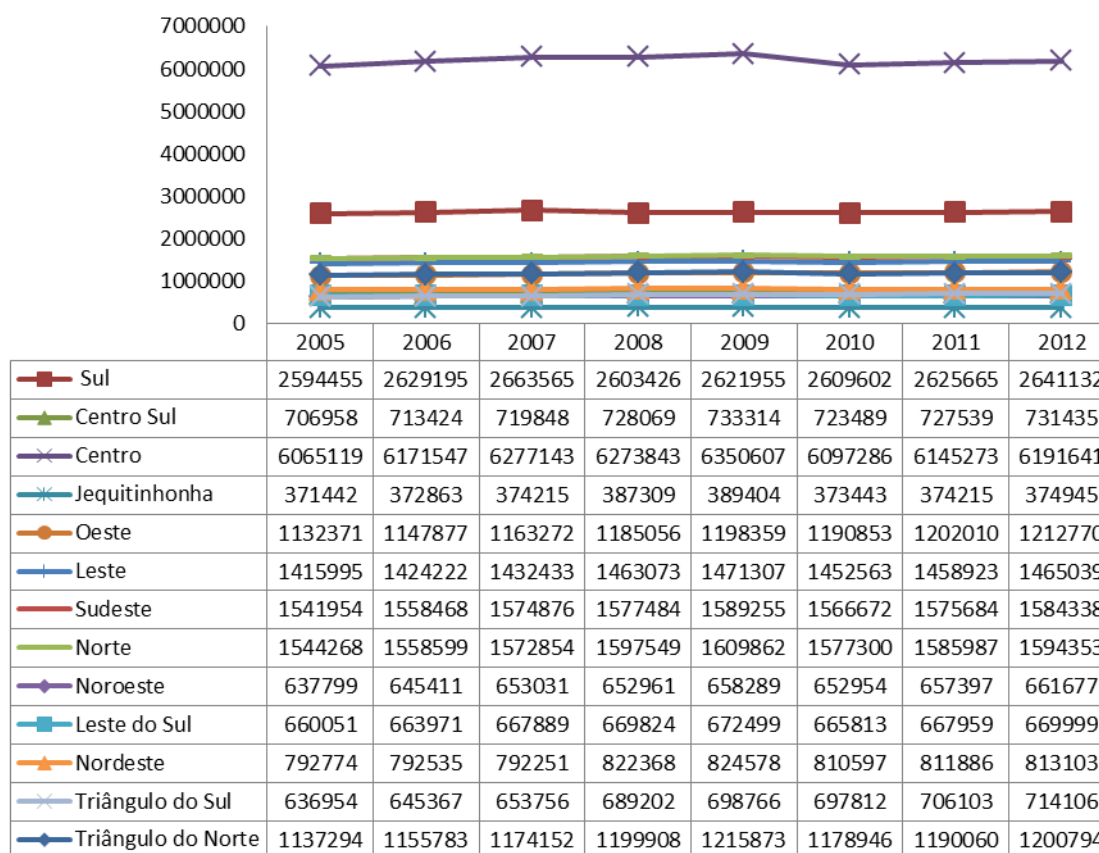
Nesta pesquisa utilizou-se apenas dados de domínio público de acesso irrestrito, compilados dos sistemas de informação de base nacional. Portanto, não necessitou de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ, respeitando-se as premissas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

⁶ Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr>>.

RESULTADOS

Inicialmente, para contextualizar e cotejar com os resultados deste estudo, o Gráfico 5 mostra a distribuição da população de Minas Gerais por Região Ampliada de Saúde (RAS), no período de 2005 a 2012, correspondendo a projeções intercensitárias realizadas pelo IBGE.

Gráfico 5: Distribuição da população segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005-2012.

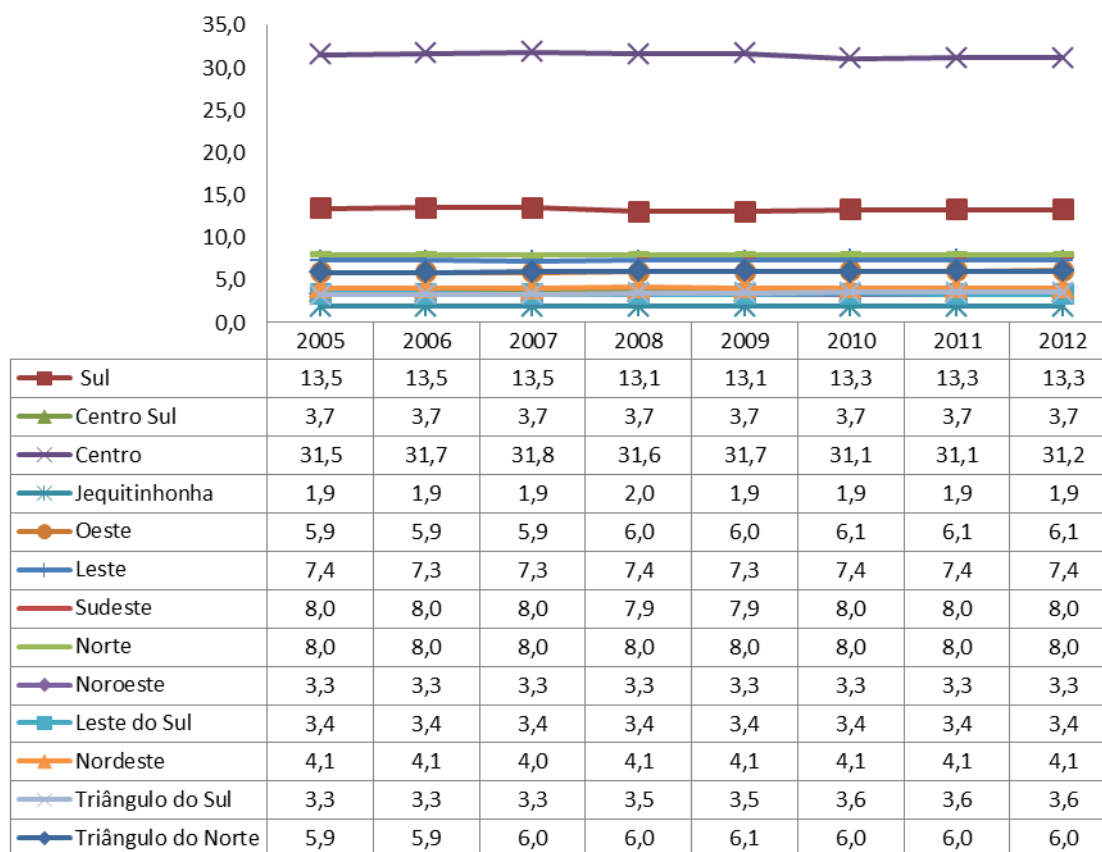


Fonte: IBGE⁸².

Em relação ao percentual da distribuição da população de Minas Gerais entre 2005 e 2012, conforme o Gráfico 6, observa-se que a RAS Centro apresentou o maior contingente populacional do estado durante o período analisado, sendo a região onde está localizada a capital, com 31,2% da população total do estado em 2012. A RAS Sul apresentou o segundo maior contingente populacional, entre 2005 e 2012, apresentando 13,3% da população do estado em 2012.

A RAS Jequitinhonha apresentou o menor contingente populacional do estado, com uma variação percentual de 0,9% entre 2005 e 2012, representando 1,9% da população do estado em 2012, conforme o gráfico 6.

Gráfico 6: Evolução percentual da distribuição da população segundo RAS. Minas Gerais/Brasil – 2005-2012.



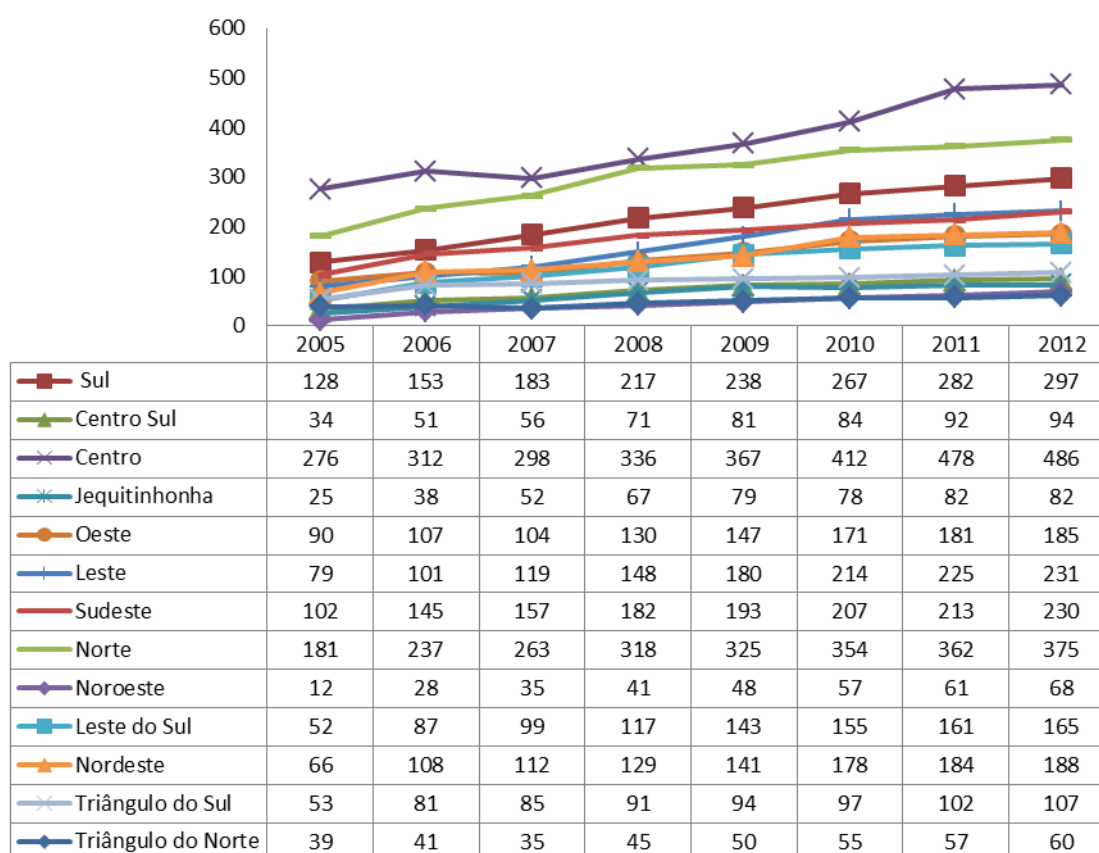
Fonte: IBGE⁸².

PANORAMA REGIONALIZADO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA E SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL

Implantação de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família

No que se refere ao levantamento regionalizado dos serviços de saúde bucal na atenção básica, o Gráfico 7 mostra a implantação das ESB nas RAS de Minas Gerais, no período de 2005 a 2012. Observa-se uma tendência ascendente do número de ESB em todas as RAS entre 2005 e 2012, sendo que a RAS Centro apresentou o maior número de ESB em relação às demais RAS do estado, com 276 ESB em 2005 e 486 ESB em 2012. Vale lembrar que a RAS Centro é a que apresenta maior contingente populacional (31,2%), conforme o Gráfico 6, quando comparada às demais RAS do estado de Minas Gerais em 2012.

Gráfico 7: Evolução do número de ESB implantadas segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005-2012.

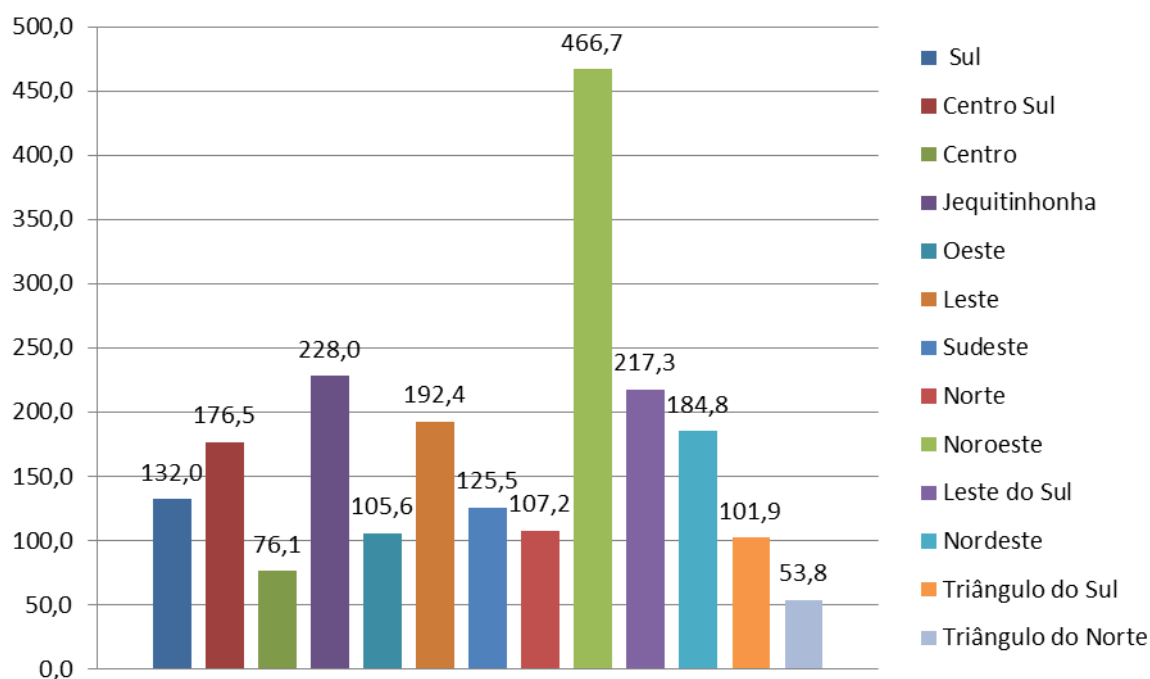


Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica/DAB/MS, 2013.

Em relação à variação percentual do número de ESB entre 2005 e 2012 (Gráfico 8), as RAS Noroeste e Jequitinhonha apresentaram os maiores percentuais do estado, com respectivamente, 466,7% e 228,0%.

As RAS Triângulo do Norte e Centro apresentaram, entre 2005 e 2012, os menores percentuais do número de ESB comparada às demais RAS do estado, com respectivamente 53,8% e 76,1%.

Gráfico 8: Variação percentual do número de ESB implantadas segundo as RAS. Minas Gerais, Brasil - 2005 e 2012.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica/DAB/MS, 2013.

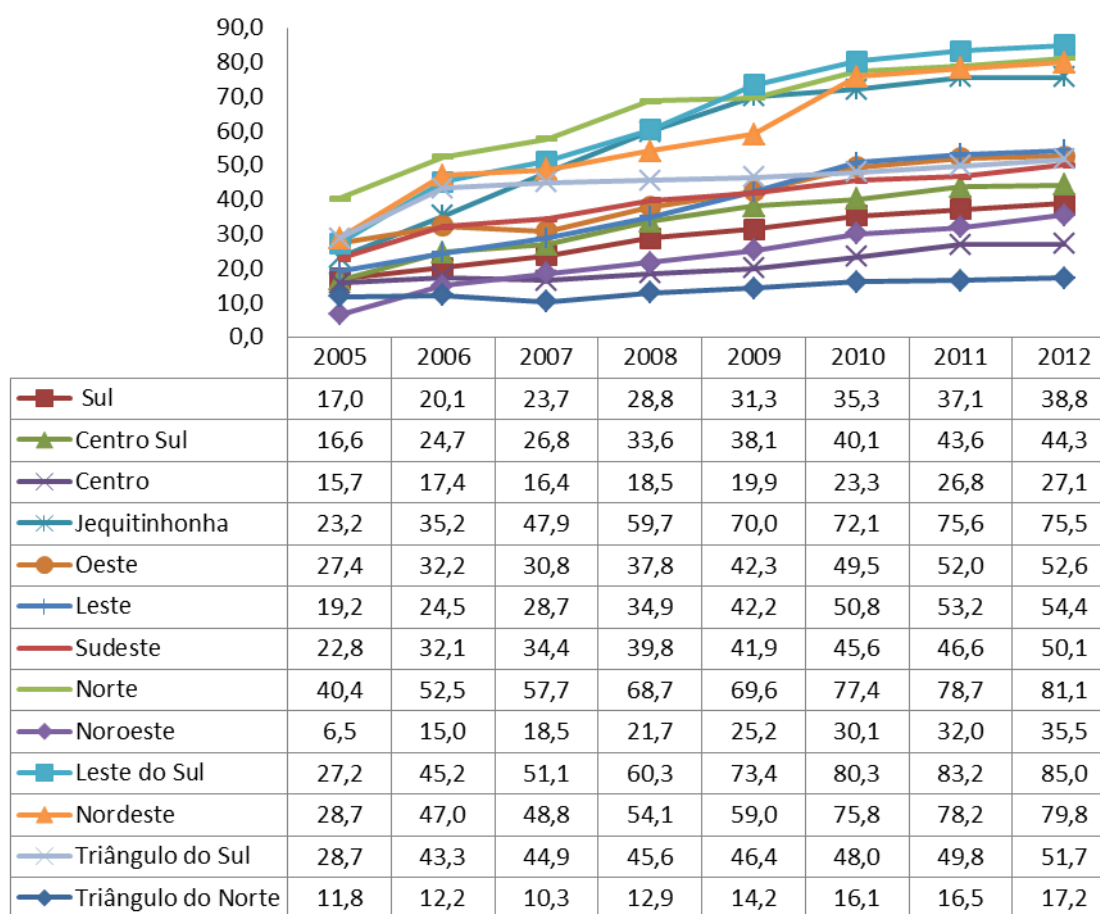
Em relação ao estado de Minas Gerais houve um incremento de 125,9% no número de ESB e de 70,8% no número de municípios com ESB entre 2005 e 2012, com 1.137 ESB implantadas em 432 municípios no ano de 2005, e 2.568 ESB implantadas em 738 municípios no ano de 2012.

No Brasil, houve um aumento de 76,4% no número de ESB e de 25,8% no número de municípios com ESB entre 2005 e 2012, com 12.602 ESB implantadas em 3.896 municípios no ano de 2005 e 22.230 ESB implantadas em 4.901 municípios no ano de 2012, conforme os dados da SAGE/DAB/MS (2013) (Gráfico 1).

Cobertura Populacional Estimada de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família

No que se refere à cobertura populacional de ESB implantadas, observa-se uma tendência ascendente em todas as RAS de Minas Gerais de 2005 a 2012, conforme o Gráfico 9.

Gráfico 9: Evolução da cobertura populacional de ESB implantadas segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005-2012.

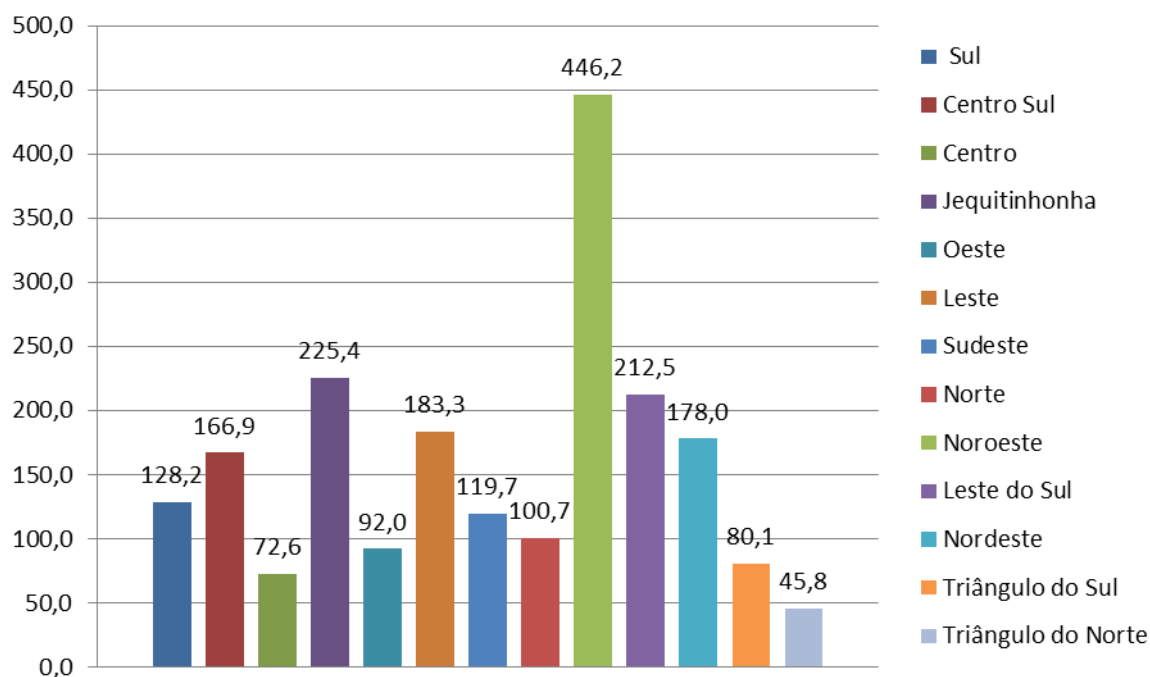


Fonte: DAB⁸³ e IBGE⁸².

Em relação à variação percentual da cobertura populacional de ESB entre 2005 e 2012, segundo o Gráfico 10, a RAS Noroeste e Jequitinhonha apresentaram os maiores acréscimos percentuais da cobertura de ESB do estado, com respectivamente 446,2% e 225,4%. Vale ressaltar que a RAS de Jequitinhonha apresentou o menor percentual do contingente populacional do estado (0,9%) entre 2005 e 2012 (Gráfico 6).

As RAS Triângulo do Norte e Centro apresentaram os menores acréscimos percentuais da cobertura populacional de ESB comparada às demais RAS do estado, entre 2005 e 2012, conforme se observa no Gráfico 10. Porém, a RAS Centro apresentou a maior proporção do contingente populacional do estado ao longo deste período (Gráfico 6).

Gráfico 10: Variação percentual da cobertura populacional de ESB segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005 e 2012.



Fonte: DAB⁸³ e IBGE⁸².

Considerando-se o estado de Minas Gerais, houve uma ampliação de 118,6% na cobertura populacional de ESB entre 2005 e 2012, com 20,4% em 2005 e 44,6% em 2012. No Brasil, houve um aumento da cobertura de ESB de 67,4% entre 2005 e 2012, com 23,6% em 2005 e 39,5% em 2012, conforme os dados do DAB⁸³ e IBGE⁸² (Gráfico 1).

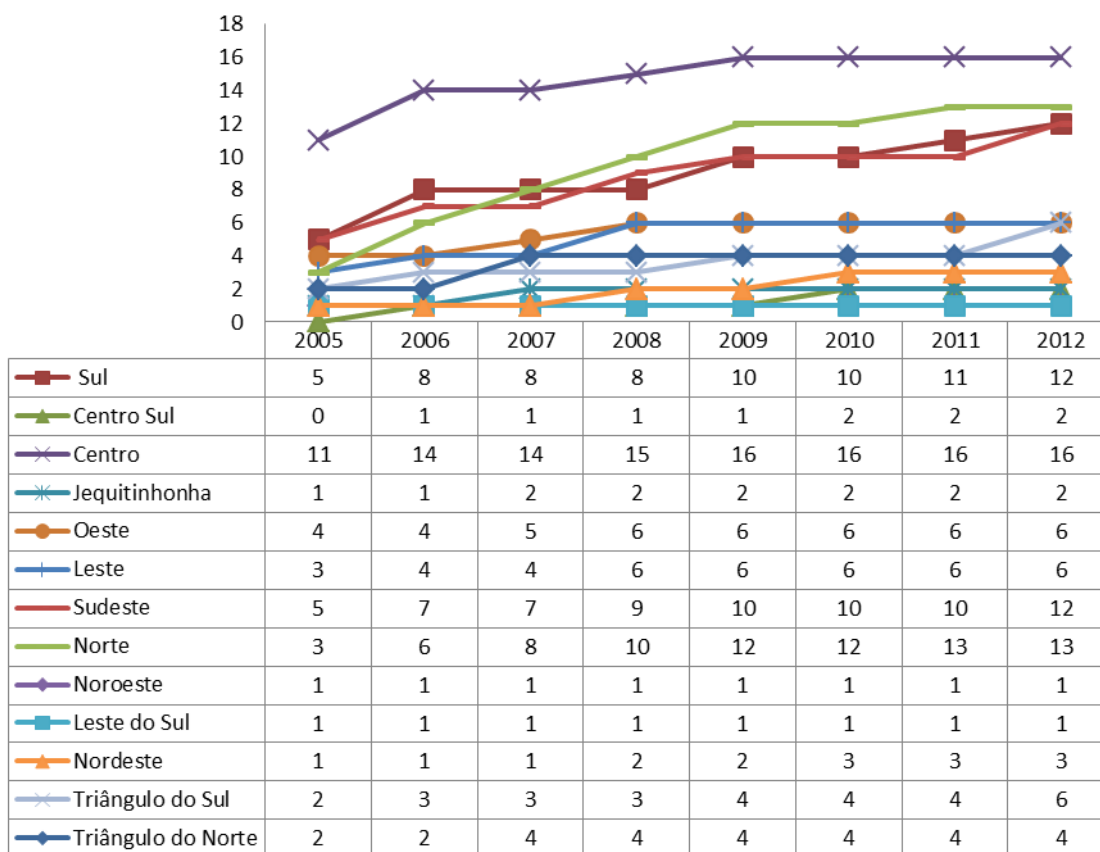
Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas

No tocante à atenção especializada em saúde bucal, o Gráfico 11 mostra a implantação dos CEO nas RAS do estado.

No Gráfico 11 observa-se uma tendência ascendente do número de CEO em 11 RAS entre 2005 e 2012, com exceção das RAS Noroeste e Leste do Sul que apresentaram uma tendência estável durante o período analisado.

Vale lembrar que a RAS Centro apresentou uma forte curva de ascensão em relação às demais RAS, apresentando o maior número de CEO do estado no período de 2005 a 2012, conforme o Gráfico 11. Esse resultado é compatível com o maior contingente populacional comparado às demais RAS durante o período analisado, segundo o Gráfico 6.

Gráfico 11: Evolução do número de CEO implantados segundo RAS. Minas Gerais, Brasil, 2005-2012.



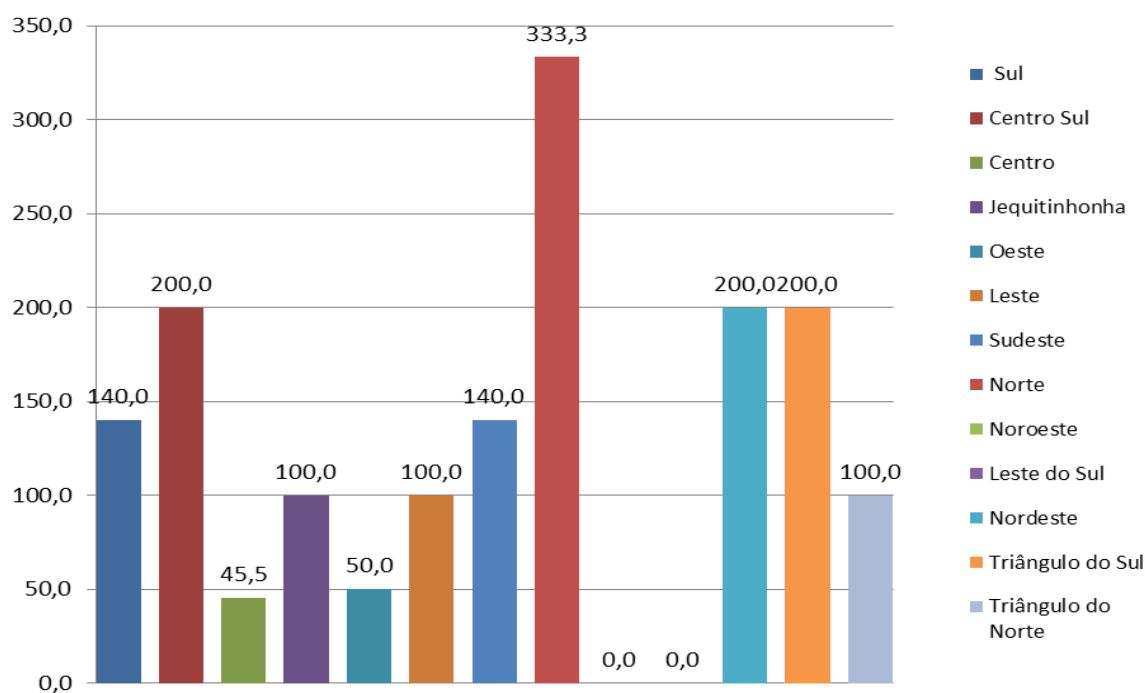
Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica/DAB/MS, 2013.

Em relação à variação percentual do número de CEO no estado (Gráfico 12), a RAS Norte apresentou um aumento percentual de 333,3% entre 2005 e 2012, com 3 CEO em 2005 e 13 CEO em 2012, sendo a maior aumento do estado.

As RAS Noroeste e Leste do Sul não apresentaram variação percentual do número de CEO entre 2005 e 2012, permanecendo com apenas 1 CEO (tipo II) em cada região durante todo o período analisado (Gráfico 11).

A RAS Centro apresentou um dos menores aumentos percentuais do número de CEO entre 2005 e 2012, apesar de apresentar o maior contingente populacional comparado às demais RAS (Gráfico 6).

Gráfico 12: Variação percentual do número de CEO implantados segundo RAS. Minas Gerais, Brasil, 2005 e 2012.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica/DAB/MS, 2013.

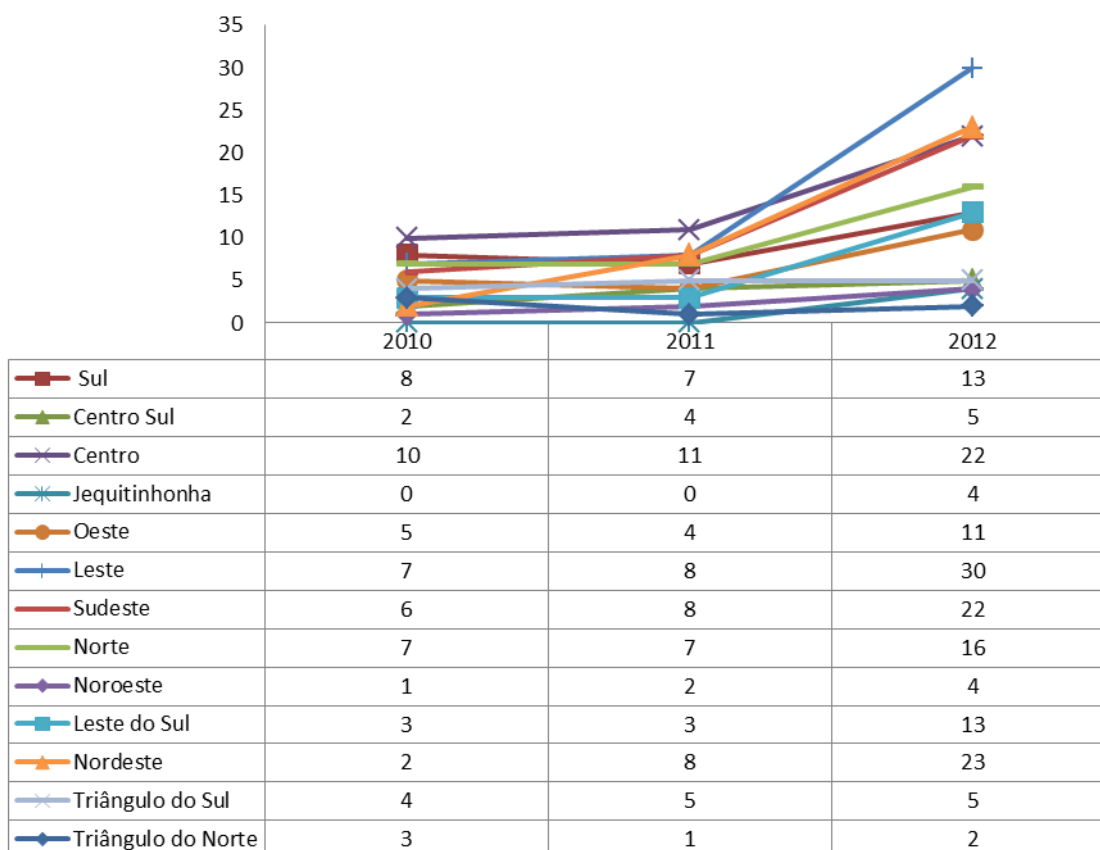
No que se refere ao estado de Minas Gerais, houve uma expansão do número de CEO de 115,4% entre 2005 e 2012, com 39 CEO implantados em 36 municípios no ano de 2005 e 84 CEO implantados em 78 municípios no ano de 2012. No Brasil, houve uma ampliação do número de CEO de 181,0% neste período, com 336 CEO implantados em 268 municípios no ano de 2005 e 944 CEO implantados em 774 municípios no ano de 2012, conforme os dados do Gráfico 2.

Implantação de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias

No que se refere aos Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), observa-se no Gráfico 13 uma tendência ascendente do número de LRPD em 12 RAS entre 2010 e 2012, com exceção da RAS Triângulo do Norte que apresentou um decréscimo no período analisado.

Ainda segundo o Gráfico 13, em 2012 ocorreu uma expansão do número de LRPD em 12 RAS, com um incremento de 150,0% no estado de Minas Gerais. Vale lembrar que no Brasil ocorreu um aumento de 67,2% do número de LRPD no ano de 2012, com 808 LRPD em 2011 e 1351 LRPD em 2012, conforme os dados da SAGE/DAB/MS (2013) (Gráfico 3).

Gráfico 13: Evolução do número de LRPD implantados segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2010-2012.

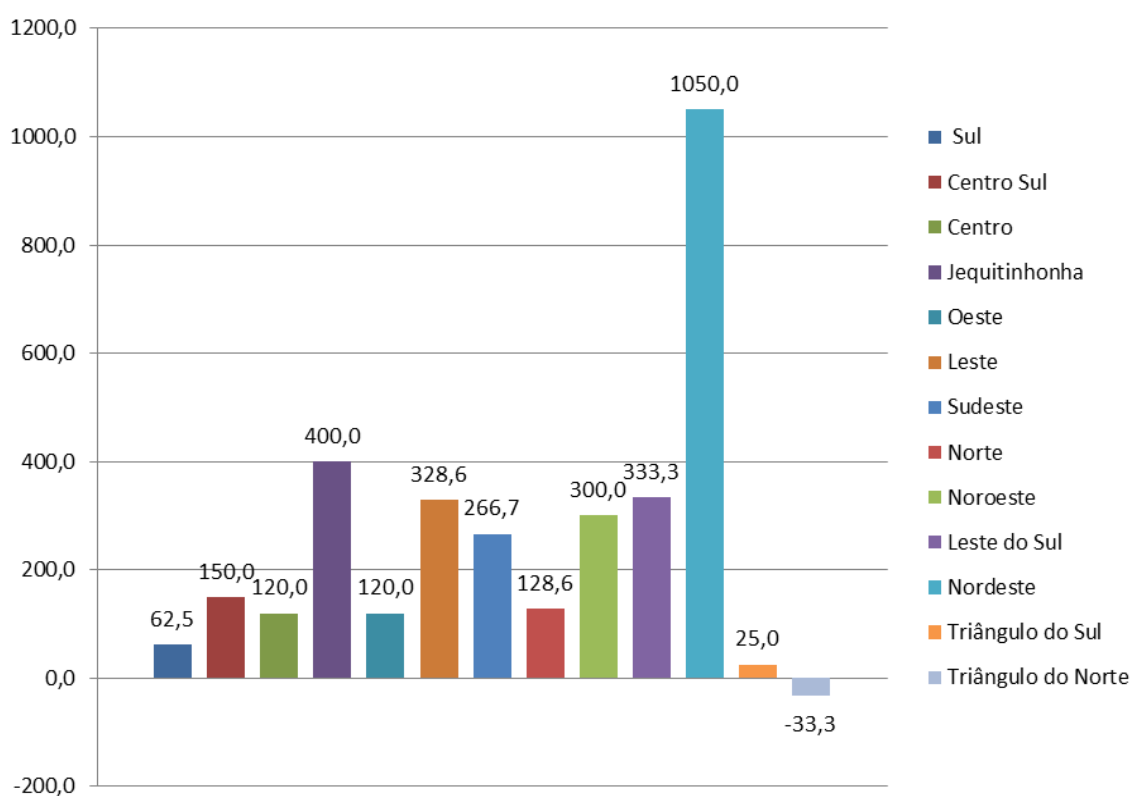


Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica/DAB/MS, 2013.

Em relação à variação percentual do número de LRPD, entre 2010 a 2012, (Gráfico 14), a RAS Nordeste apresentou um acréscimo percentual de 1.050,0%, com 2 LRPD em 2010 e 23 LRPD em 2012, sendo o maior aumento comparado às demais RAS do estado.

A RAS Triângulo do Norte apresentou um decréscimo percentual de 33,3% no número de LRPD no período analisado, com 3 LRPD em 2010 e 2 LRPD em 2012, sendo a maior redução em todo o estado no período.

Gráfico 14: Variação percentual do número de LRPDs implantados segundo RAS. Minas Gerais, Brasil, 2005 e 2012.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica/DAB/MS, 2013.

No tocante ao estado de Minas Gerais, houve uma expansão do número de LRPD de 193,0% entre 2010 e 2012, com 58 LRPD em 2010 e 170 LRPD em 2012. No Brasil, houve um aumento do número de LRPD de 99,9% neste período, com 676 LRPD em 2010 e 1351 LRPD em 2012, conforme os dados do Gráfico 3.

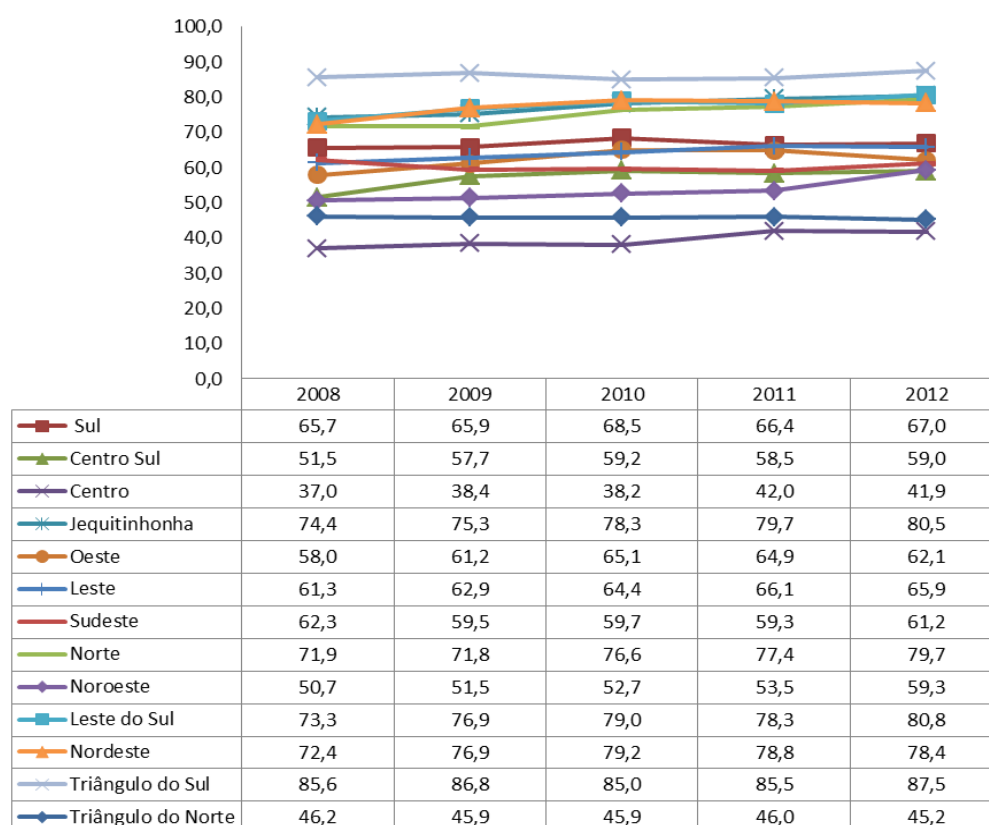
INDICADORES DE SAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal

No tocante à cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal, o Gráfico 15 mostra que houve uma discreta ascendência do indicador em 11 RAS entre 2008 a 2012, indicando uma tendência estável na cobertura da atenção básica, com exceção das RAS Triângulo do Norte e Sudeste.

Essa tendência estável na cobertura populacional pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal, entre 2008 e 2012, pode estar ocorrendo devido ao deslocamento de profissionais de outras unidades de atenção básica para as Equipes de Saúde Bucal da ESF, como pode ser observado no Gráfico 9 (evolução da cobertura populacional estimada de ESB nas RAS/MG), indicando um modelo substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas Unidades Básicas de Saúde. Ademais, também pode estar ocorrendo o deslocamento de profissionais para os CEO, devido à expansão destes serviços desde 2005, como observado no Gráfico 11.

Gráfico 15: Série histórica da cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2008-2012.

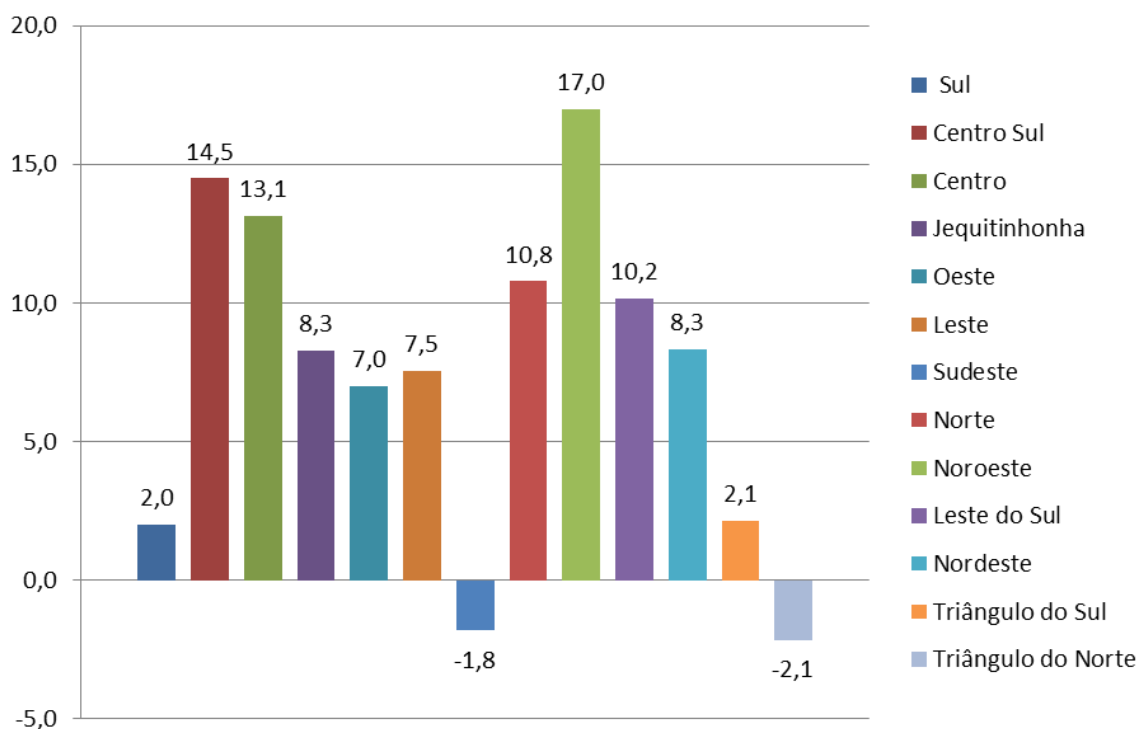


Fonte: SIA-SUS/DATASUS/MS, 2013.

Em relação à variação percentual da cobertura de Equipes Básicas de Saúde Bucal entre 2008 e 2012 (Gráfico 16), a RAS Noroeste apresentou o maior acréscimo percentual do estado (17,0%), com 50,7% em 2005 e 59,3% em 2012. Este resultado é compatível com o aumento percentual da cobertura populacional de ESB de 63,6% nesta RAS entre 2008 e 2012, sendo o maior aumento em relação às demais RAS, conforme o Gráfico 9.

As RAS Triângulo do Norte e Sudeste apresentaram uma variação percentual negativa do indicador de respectivamente 2,1% e 1,8% entre 2008 e 2012 (Gráfico 16), apesar do aumento da cobertura populacional estimada de ESB entre 2008 e 2012, conforme o Gráfico 9. Uma possível explicação é o deslocamento de profissionais da atenção básica para os CEO, principalmente na RAS Sudeste que apresentou uma expansão no número de CEO de 33,3% entre 2008 e 2012 (Gráfico 11).

Gráfico 16: Variação percentual da cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2008 e 2012.



Fonte: SIA-SUS/DATASUS/MS, 2013.

No que se refere ao estado de Minas Gerais, houve um aumento do indicador de cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal de 7,5% entre 2008 e 2012, com cobertura de 55,3% no ano de 2008 e 59,4% no ano de 2012. No Brasil, houve também uma ampliação da cobertura populacional estimada pelas equipes

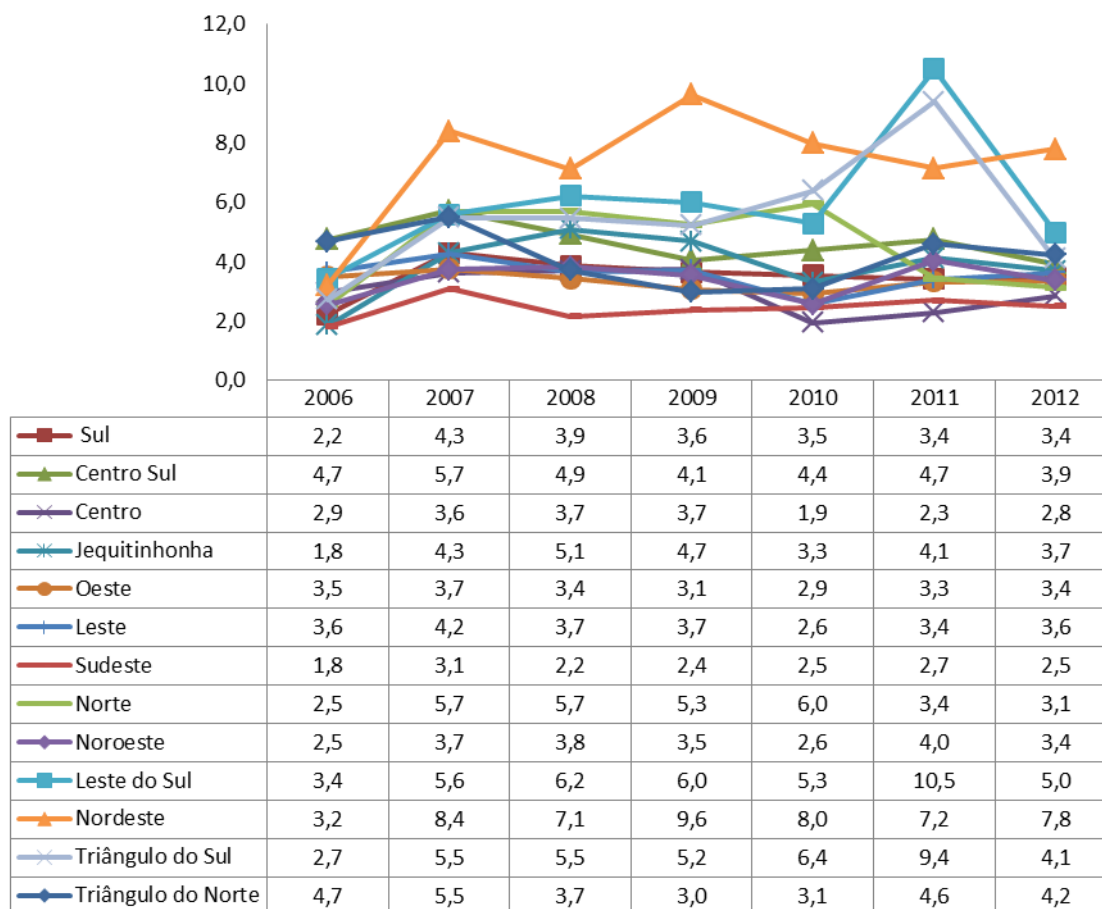
básicas de Saúde Bucal de 7,5% neste período, com cobertura de 47,7% no ano de 2008 e de 51,3% no ano de 2012, conforme os dados do DATASUS (2013).

Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada

Em relação à média da ação coletiva de escovação dental supervisionada, o Gráfico 17 mostra que ocorreu uma evolução na média de escovação em 8 RAS, com exceção das RAS Centro Sul, Centro, Oeste, Leste e Triângulo do Norte entre 2006 e 2012.

Vale ressaltar que em 2010 ocorreu um declínio na média da ação coletiva de escovação dental supervisionada em 8 RAS do estado (Gráfico 17), sendo que o estado apresentou uma média de 4,0 em 2009 e 3,4 em 2010⁸³.

Gráfico 17: Série histórica da média da ação coletiva de escovação dental supervisionada segundo RAS. Minas Gerais, Brasil, 2006-2012.

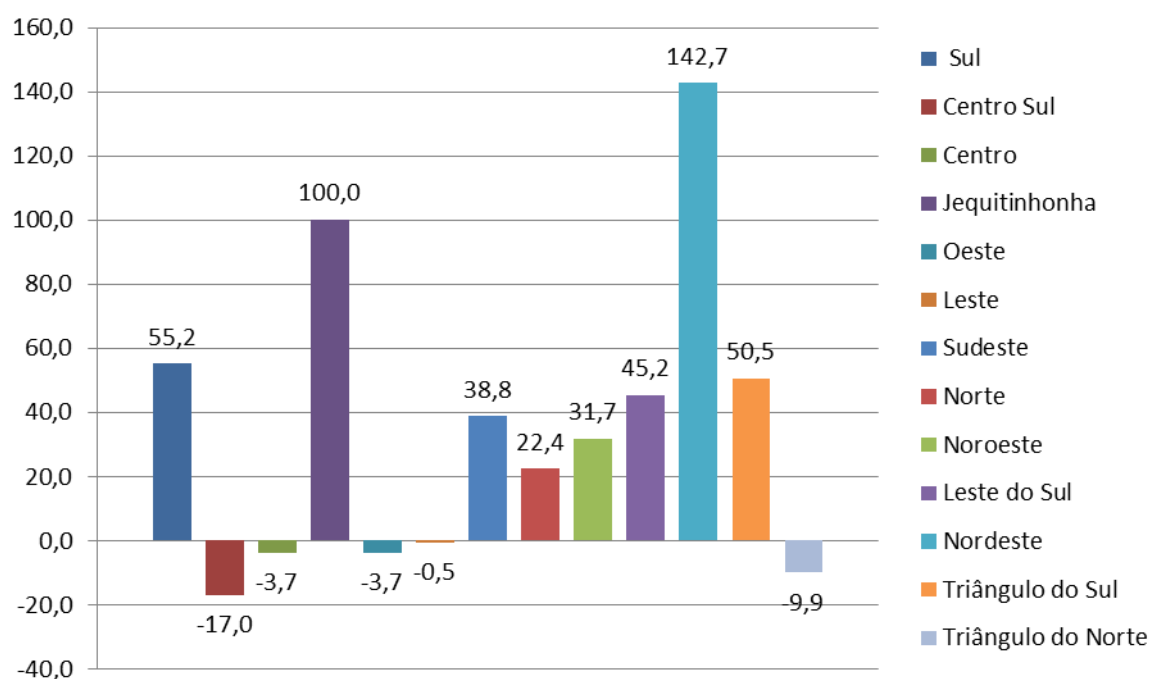


Fonte: SIA-SUS/DATASUS/MS, 2013.

Conforme demonstra o Gráfico 18, ocorreu uma variação percentual negativa da média de escovação dental supervisionada em 5 RAS do estado, entre os anos de 2006 e 2012. O decréscimo do indicador nas RAS Centro e Triângulo do Norte é compatível com a baixa cobertura populacional de ESB em todo o período analisado, com a cobertura de respectivamente 17,4% e 12,2% em 2006 e 27,1% e 17,2% em 2012, conforme pode ser observado no Gráfico 9.

Em relação às demais RAS, o decréscimo do indicador é compatível com a implantação de equipes de saúde bucal modalidade II nos municípios, ou seja, com a presença do TSB. De acordo com os dados de dezembro de 2012 do DAB/MS, dos 86 municípios que constituem a RAS Leste, apenas 37 apresentaram ESB na modalidade II. Já dos 50 municípios da RAS Centro Sul, somente 15 municípios tinham ESB na modalidade II. De forma semelhante, dos 55 municípios da RAS Oeste, 21 municípios apresentaram ESB implantada na modalidade II.

Gráfico 18: Variação percentual da média da ação coletiva de escovação dental supervisionada segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2006 e 2012.



Fonte: SIA-SUS/DATASUS/MS, 2013.

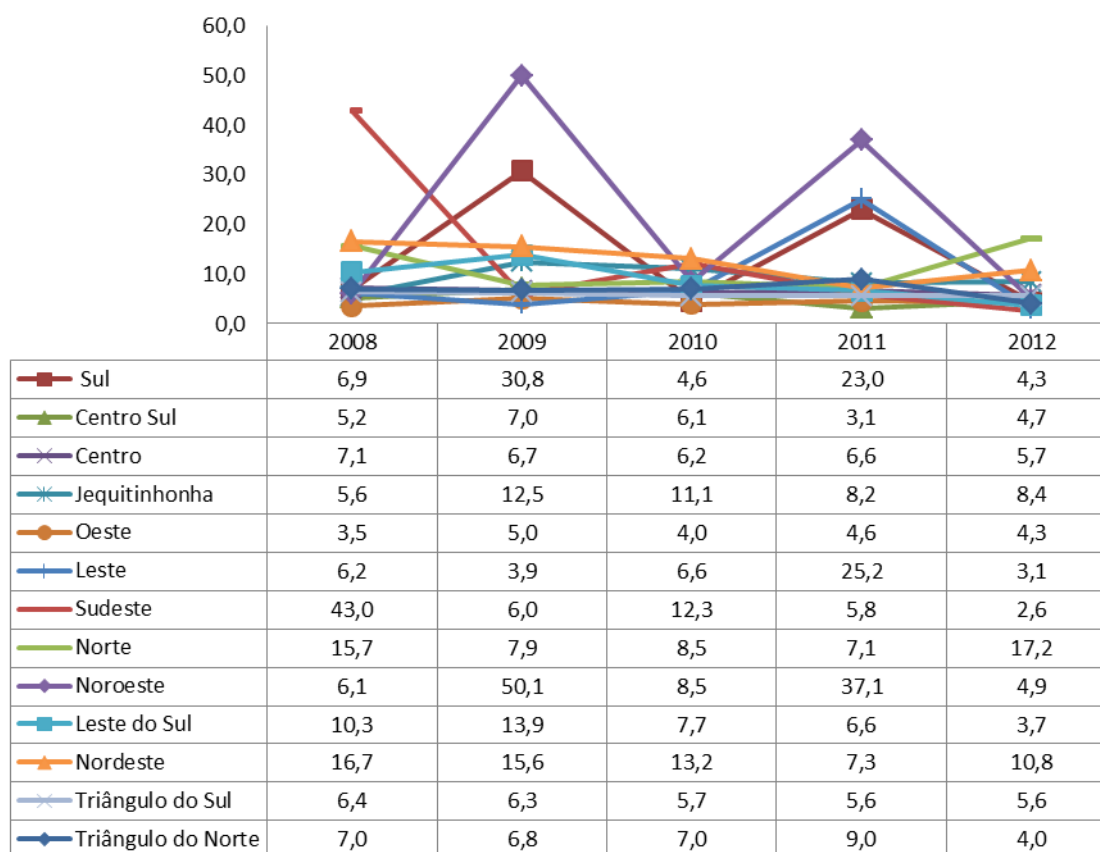
No que se refere ao estado de Minas Gerais, houve um aumento da média de escovação dental supervisionada de 17,5% entre 2006 e 2012, com o resultado de 3,0% no ano de 2006 e 3,5% no ano de 2012. No Brasil, houve uma ampliação da média de escovação dental supervisionada de 33,7% neste período, com 1,8% em 2006 e 2,4% em 2012, conforme os dados do DATASUS (2013).

Proporção de Exodontia em Relação aos Procedimentos

No tocante à proporção de exodontia em relação aos procedimentos, o Gráfico 19 mostra que ocorreu uma tendência decrescente deste indicador em 10 RAS entre 2008 e 2012, com exceção das RAS de Jequitinhonha, Oeste e Norte.

Vale registrar que, conforme o Gráfico 19, ocorreram oscilações acentuadas do indicador nas RAS Sul, Leste, Sudeste, Jequitinhonha e Noroeste no período de 2008 a 2012. Esses dados oscilantes provavelmente estão relacionados a erros de informações e/ou lançamento dos procedimentos no SIA-SUS por parte dos gestores locais no período estudado.

Gráfico 19: Série histórica da proporção de exodontia em relação aos procedimentos segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2008-2012.



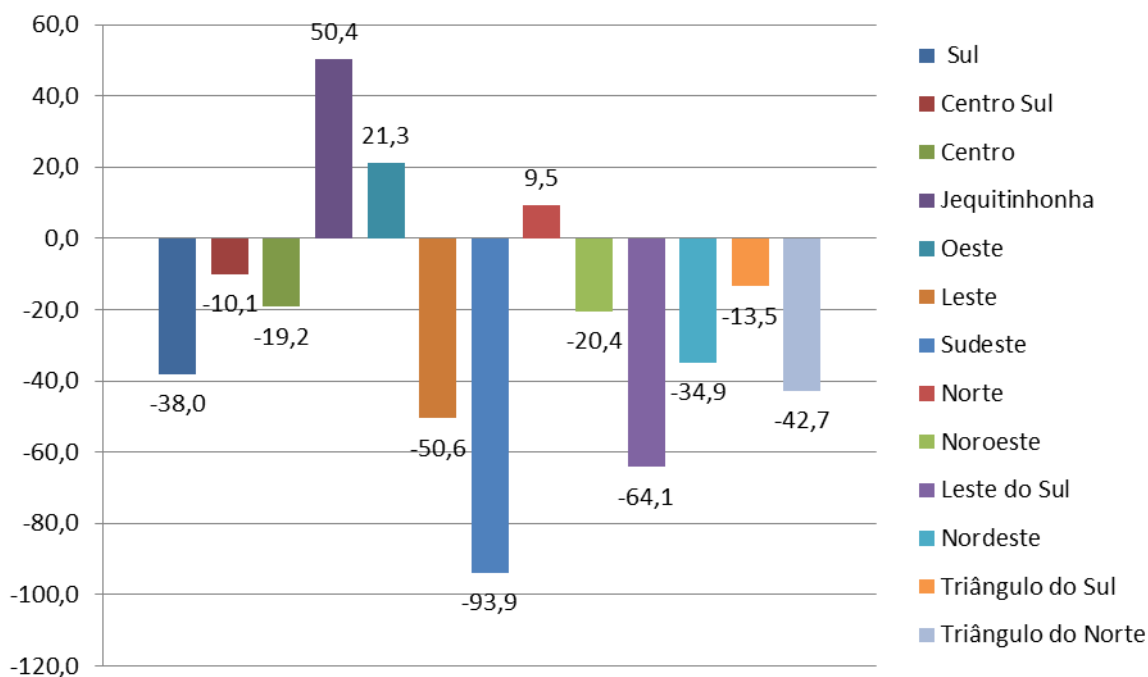
Fonte: SIA-SUS/DATASUS/MS, 2013.

Em relação à variação percentual da proporção de exodontia em relação aos procedimentos (Gráfico 20), a RAS Sudeste apresentou a maior redução nesse indicador em todo o estado, com variação percentual de -93,9% entre 2008 e 2012.

As RAS Jequitinhonha, Oeste e Norte apresentaram um aumento percentual do indicador entre 2008 e 2012, de respectivamente 50,4%, 21,3% e 9,5% (Gráfico 20). Esse aumento do indicador nas RAS Jequitinhonha e Oeste é compatível com o número de CEO dessas RAS que se manteve inalterado durante todo o período analisado, com apenas um CEO de 2005 a 2012, conforme Gráfico 11.

Em relação à RAS Norte, esta apresentou um aumento de 128,6% no número de LRPD entre 2010 e 2012, com 7 LRPD em 2010 e 16 LRPD em 2012 (Gráfico 13), sendo compatível com o aumento do indicador, principalmente no ano de 2012 que obteve um resultado de 17,2%, conforme o Gráfico 19.

Gráfico 20: Variação percentual da proporção de exodontia em relação aos procedimentos segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2008 e 2012.



Fonte: SIA-SUS/DATASUS/MS, 2013.

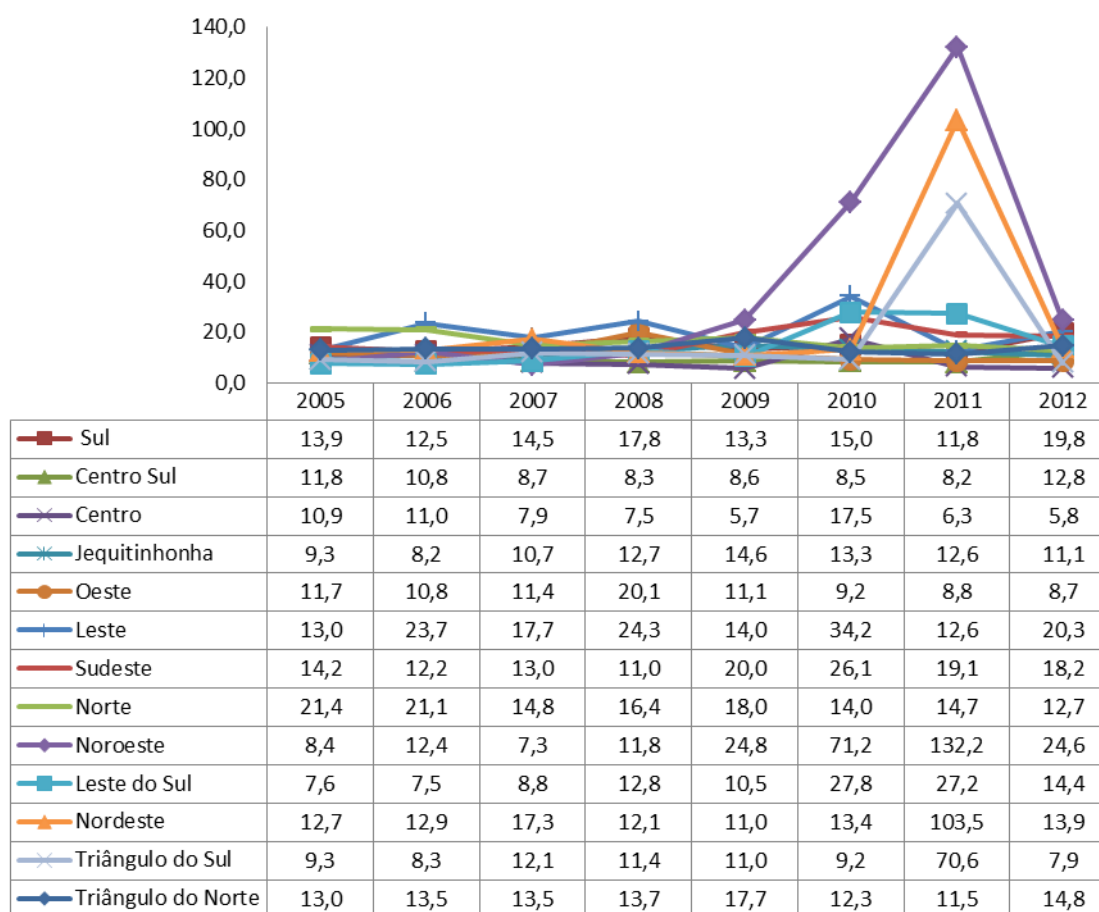
No que se refere ao estado de Minas Gerais, houve um decréscimo da proporção de exodontia em relação aos procedimentos de 45,9% entre 2008 e 2012, com 12,7% em 2008 e 6,9% em 2012. No Brasil, houve um declínio da proporção de exodontia em relação aos procedimentos de 14,6% neste período, com 10,9% em 2008 e 9,3% em 2012, conforme os dados do DATASUS (2013).

Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática

No tocante à cobertura de primeira consulta odontológica programática, o Gráfico 21 mostram que houve um aumento da cobertura de primeira consulta em 9 RAS, entre 2005 a 2012, com exceção das RAS Centro (-46,9%), Oeste (-25,1%), Norte (-40,7%) e Triângulo do Sul (-14,9%).

Vale ressaltar que, entre 2009 e 2012, ocorreram variações acentuadas nos valores do indicador das RAS Noroeste, Nordeste e Triângulo do Sul (Gráfico 21).

Gráfico 21: Série histórica da cobertura de primeira consulta odontológica programática segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005-2012.

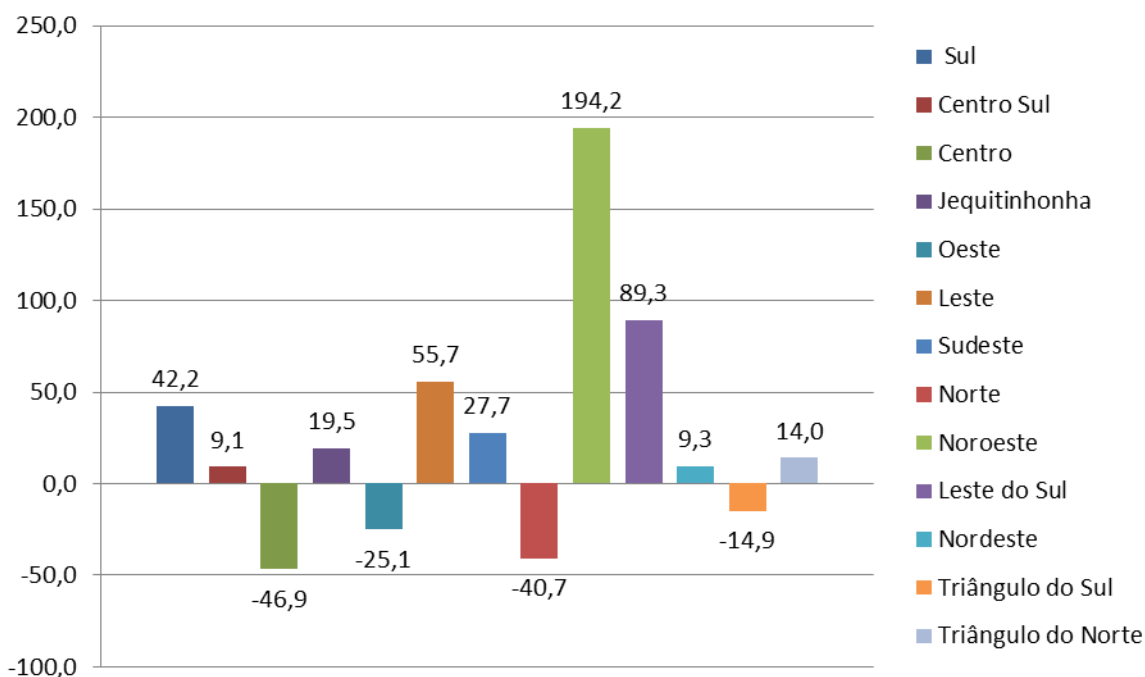


Fonte: SIA-SUS/DATASUS/MS, 2013.

Em relação à variação percentual da cobertura de primeira consulta odontológica programática (Gráfico 22), a RAS Noroeste apresentou o maior aumento percentual do estado no período entre 2005 e 2012, com 194,2%. Este resultado é compatível com o aumento percentual da cobertura populacional de ESB de 446,2% nesta RAS entre 2005 e 2012, conforme o Gráfico 9.

As RAS Centro, Oeste, Norte e Triângulo do Sul apresentaram variações percentuais negativas entre 2005 e 2012. O desempenho decrescente do indicador na RAS Centro é compatível com a baixa cobertura populacional de ESB durante todo o período analisado, conforme o Gráfico 9. Porém, as outras RAS (Oeste, Norte e Triângulo do Sul) não apresentaram baixas coberturas populacionais de ESB no período (Gráfico 9).

Gráfico 22: Variação percentual da cobertura percentual de primeira consulta odontológica programática segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005 e 2012.



Fonte: SIA-SUS/DATASUS/MS, 2013.

No que se refere ao estado de Minas Gerais, houve um aumento da cobertura de primeira consulta odontológica programática de 0,7% entre 2005 e 2012, com cobertura de 12,6% em 2005 e 12,7% em 2012. No Brasil, houve uma evolução da cobertura de primeira consulta odontológica programática de 8,6% neste período, com 12,7% em 2005 e 13,8% em 2012, conforme os dados do DATASUS (2013).

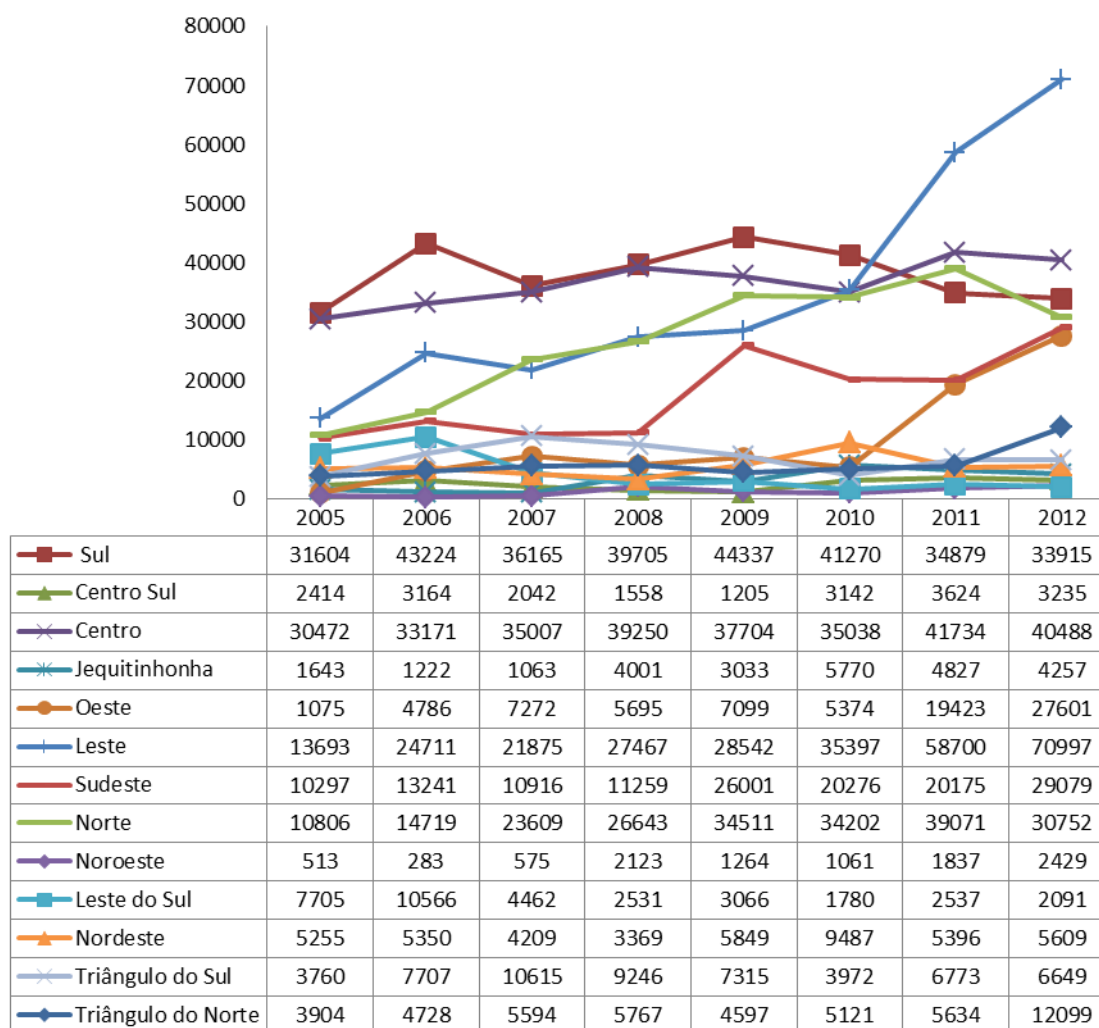
INDICADORES DESAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Procedimentos de Periodontia Especializada

Em relação ao indicador de procedimentos de Periodontia Especializada, o Gráfico 23 mostra que houve um aumento da produção ambulatorial em 12 RAS entre 2005 e 2012, com exceção da RAS Leste do Sul.

Vale ressaltar que, conforme Gráfico 23, observou-se uma curvatura acentuada a partir de 2010 na RAS Leste, com registro em 2010 de 35.397 procedimentos e em 2012 de 70.997 procedimentos.

Gráfico 23: Série histórica do número de procedimentos de Periodontia segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005-2012.



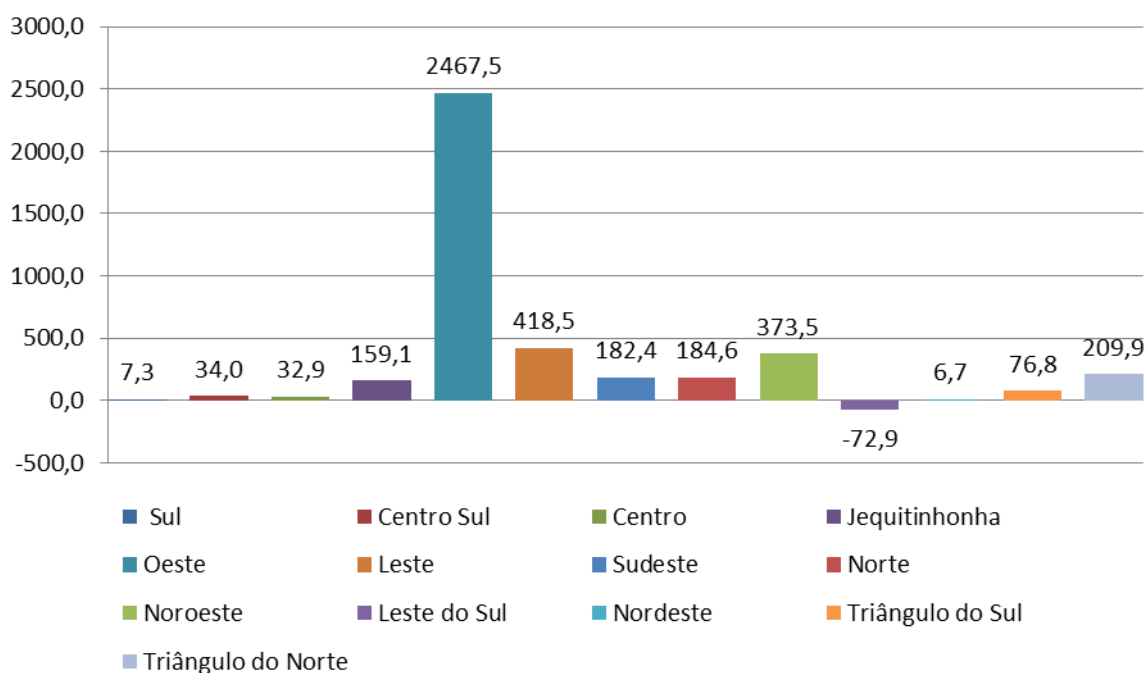
Fonte: SIA-SUS/DATASUS/MS, 2013.

Conforme Gráfico 24, observou-se que somente a RAS Leste do Sul apresentou um decréscimo percentual no número de procedimentos de Periodontia Especializada, no período entre 2005 e 2012.

Esse decréscimo de 72,9% nos procedimentos de Periodontia Especializada, entre 2005 e 2012, é coerente e compatível com o número de CEO da RAS Leste do Sul que não apresentou variação percentual no período, com somente um CEO tipo II no município de Ponte Nova desde 2005, com uma população de 669.999 habitantes em 2012 (Gráfico 11).

Vale ressaltar que a RAS Leste do Sul é constituída de 3 regiões de saúde (RS): Manhuaçu, Ponte Nova e Viçosa, sendo que as RS de Manhuaçu e Viçosa não apresentaram nenhum CEO implantado até dezembro de 2012, com uma população sem cobertura de CEO de respectivamente 326.942 e 131.544 habitantes em 2012.

Gráfico 24: Variação percentual de procedimentos de Periodontia segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005 e 2012.



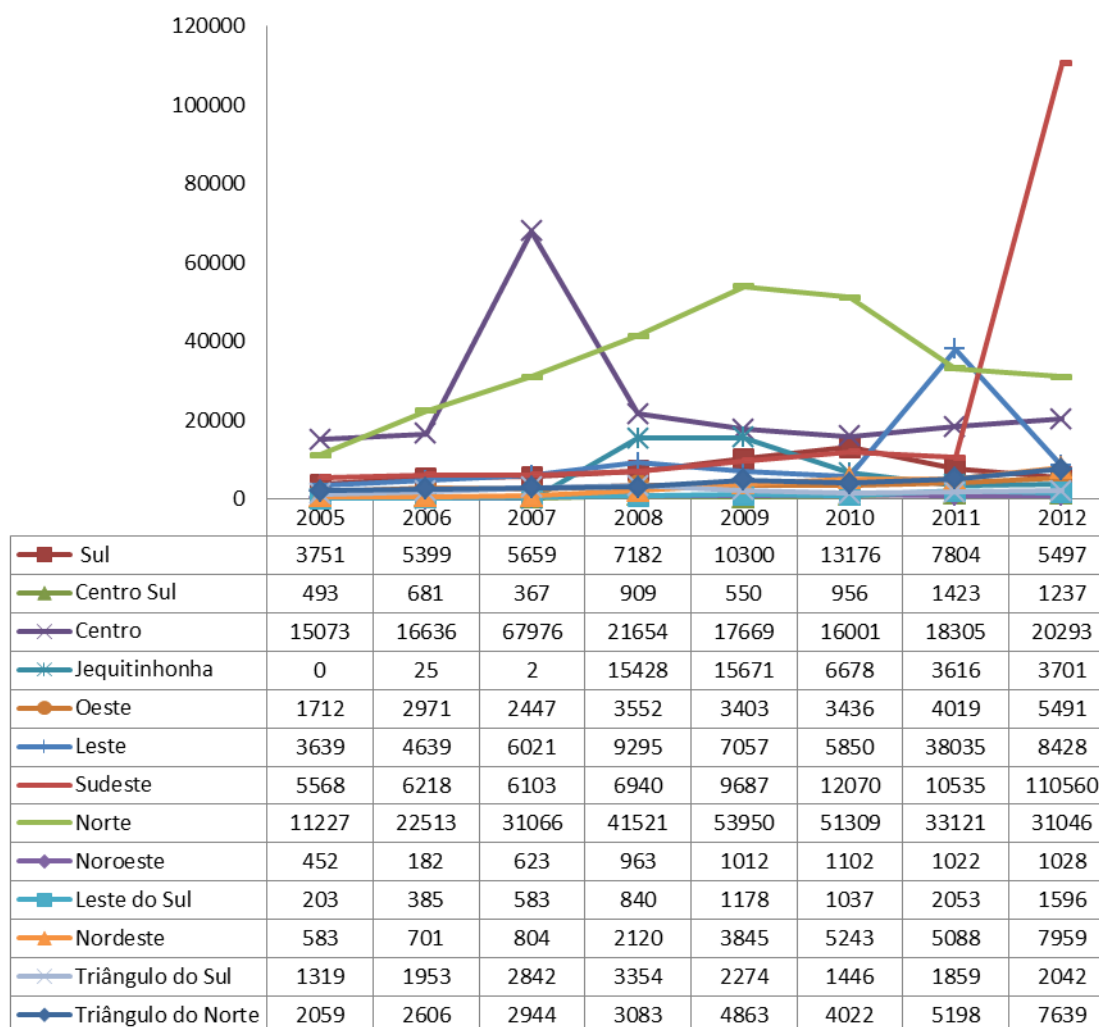
Fonte: SIA-SUS/DATASUS/MS, 2013.

No que se refere ao estado de Minas Gerais, houve um aumento do indicador de procedimentos de Periodontia Especializada de 118,6% entre 2005 e 2012. No Brasil, houve uma evolução dos procedimentos de Periodontia Especializada de 243,5% neste período, de acordo com os dados do DATASUS (2013).

Procedimentos de Endodontia

No tocante aos procedimentos de Endodontia, o Gráfico 25 mostra que houve um aumento do indicador em todas as RAS entre 2005 a 2012.

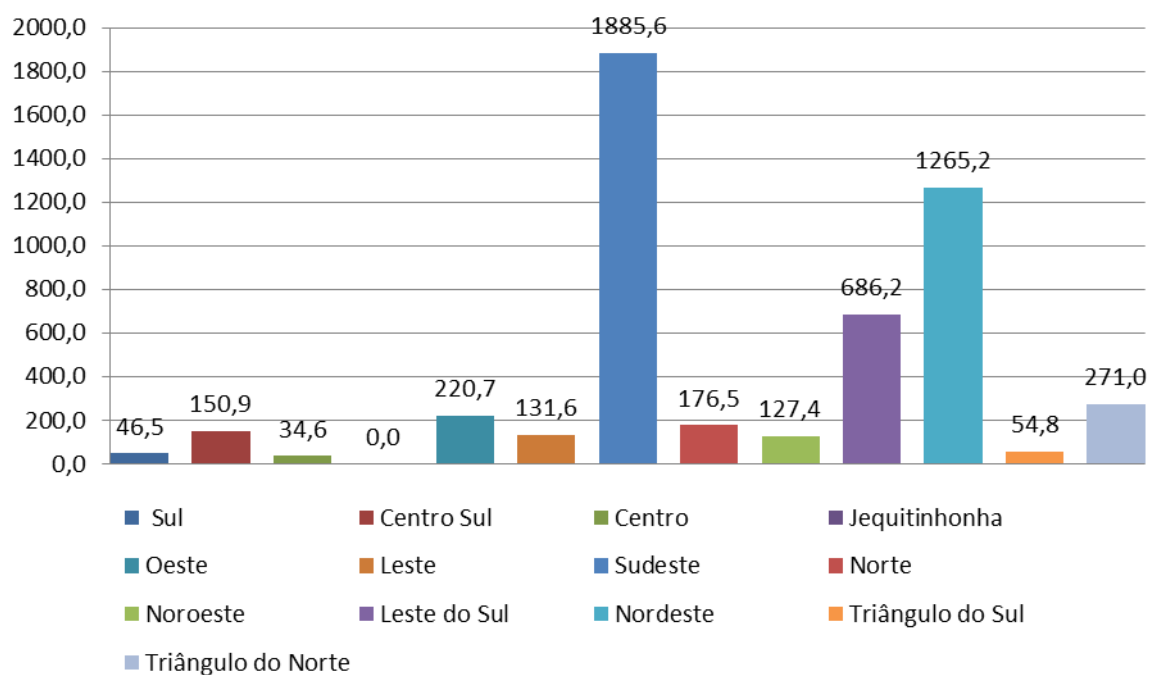
Gráfico 25: Série histórica do número de procedimentos de Endodontia segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005-2012.



Fonte: SIA-SUS/DATASUS/MS, 2013.

Conforme o Gráfico 26, observa-se que na RAS Sudeste houve um acréscimo de 1885,6% no volume global de procedimentos de Endodontia entre 2005 e 2012. Vale ressaltar que no ano de 2012, observou-se, conforme o Gráfico 25, um registro de 110.560 procedimentos de endodontia nesta RAS, o que resultou em uma curvatura ascendente significativa a partir de 2012.

Gráfico 26: Variação percentual de procedimentos de Endodontia segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005 e 2012.



Fonte: SIA-SUS/DATASUS/MS, 2013.

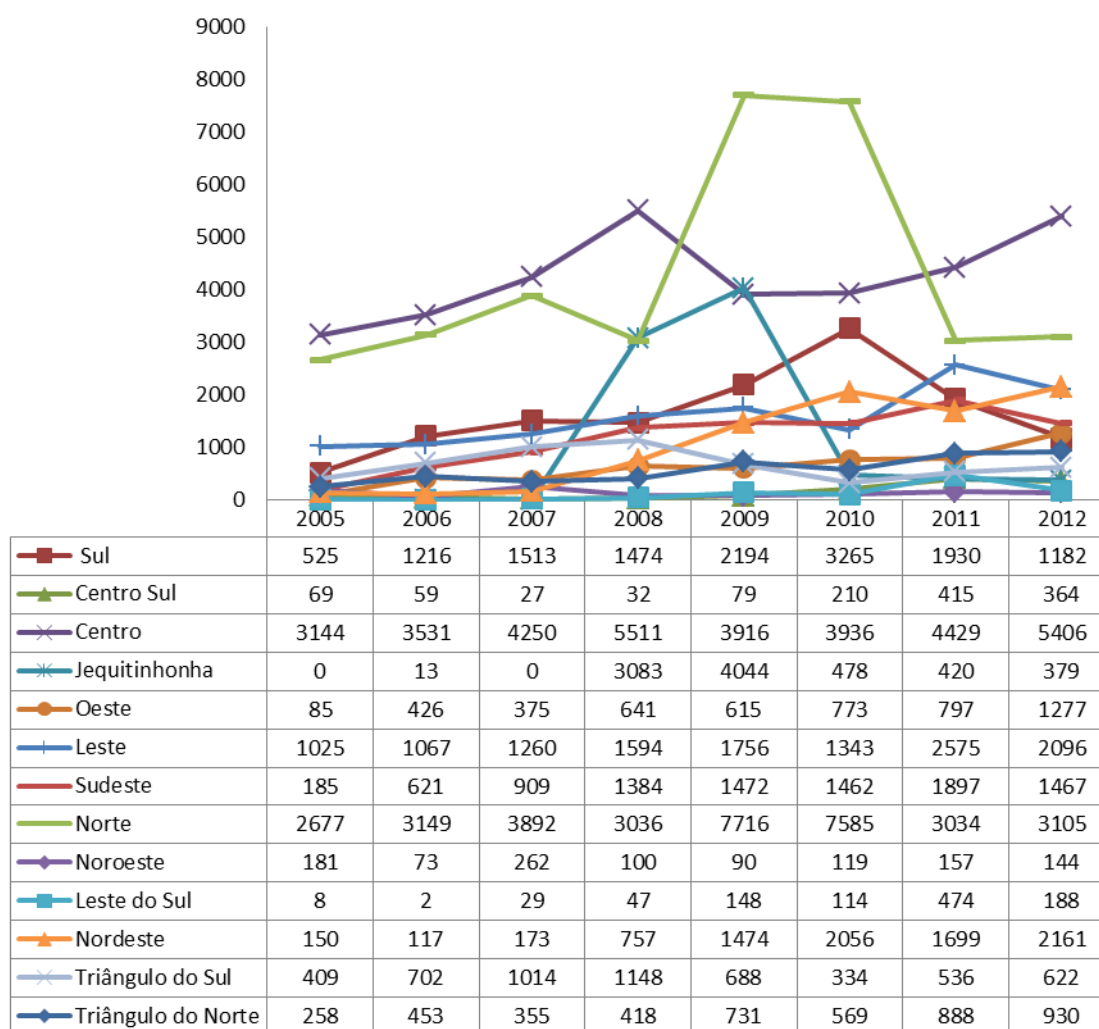
No que se refere ao estado de Minas Gerais, houve um aumento do indicador de procedimentos de Endodontia de 348,2% entre 2005 e 2012. No Brasil, houve uma evolução dos procedimentos de Endodontia de 104,3% neste período, de acordo com os dados do DATASUS (2013).

Procedimentos de Endodontia em Dentes Permanentes com três ou mais raízes

No tocante aos procedimentos de Endodontia em dentes permanentes com três ou mais raízes, o Gráfico 27 mostra que houve um aumento da produção ambulatorial em 12 RAS entre 2005 a 2012, sendo que ocorreu um decréscimo percentual neste período na RAS Noroeste de 20,4% (Gráfico 28).

Vale ressaltar que, conforme o Gráfico 27, observou-se oscilações acentuadas nas RAS Centro, Jequitinhonha, Norte e Leste do Sul entre 2005 e 2012.

Gráfico 27: Série histórica do número de procedimentos de Endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005-2012.



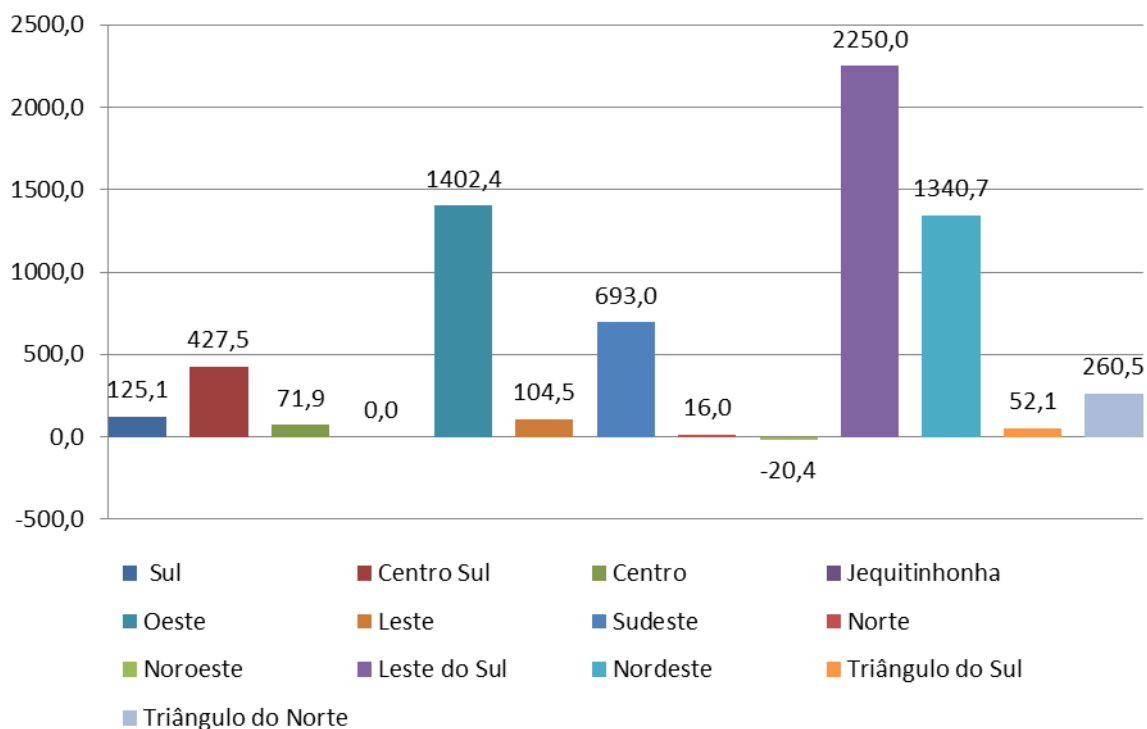
Fonte: SIA-SUS/DATASUS/MS, 2013.

Conforme o Gráfico 28, observou-se que somente a RAS Noroeste apresentou um decréscimo na produção de procedimentos de Endodontia em dentes permanentes com três ou mais raízes, com variação percentual de 20,4%, entre 2005 e 2012.

De acordo com o Gráfico 11, esse decréscimo é compatível com o número de CEO da RAS Noroeste que não apresentou variação percentual no período, com somente um CEO tipo II no município de Patos de Minas desde 2005, sendo que o contingente populacional aumentou 3,7% neste período, com uma população de 661.677 habitantes em 2012 (Gráficos 5 e 6).

Vale ressaltar que a RAS Noroeste é constituída de 3 RS: João Pinheiro, Pato de Minas e Unaí, sendo que as RS de João Pinheiro e Unaí não apresentaram nenhum CEO implantado até dezembro de 2012, com uma população sem cobertura de CEO de respectivamente 69.276 e 336.406 habitantes em 2012.

Gráfico 28: Variação percentual de procedimentos de Endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005 e 2012.



Fonte: SIA-SUS/DATASUS/MS, 2013.

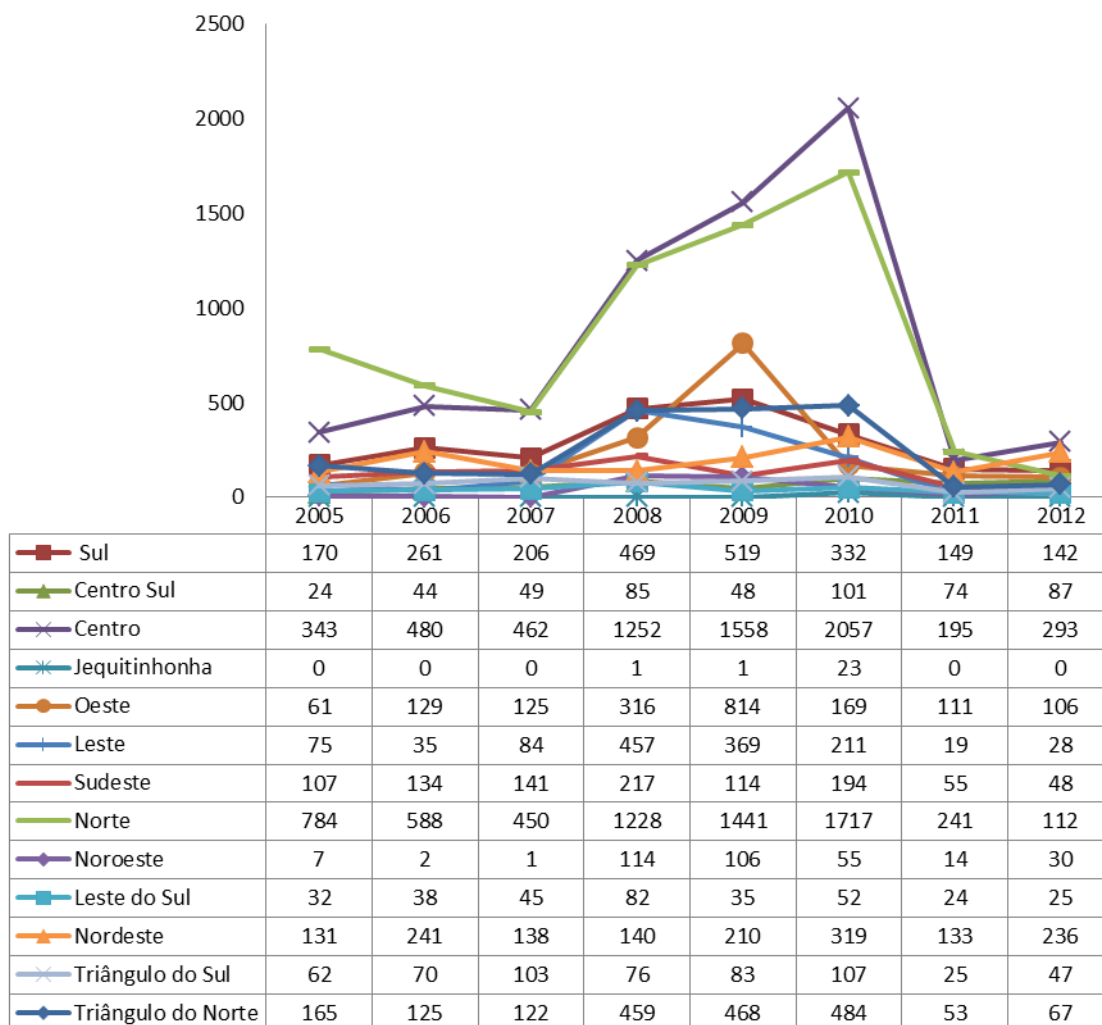
Em relação ao estado de Minas Gerais, houve um aumento do indicador de procedimentos de Endodontia em dentes permanentes com três ou mais raízes de 121,7% entre 2005 e 2012. No Brasil, houve uma evolução dos procedimentos de Endodontia em dentes permanentes com três ou mais raízes de 137,0% neste período, segundo os dados do DATASUS (2013).

Procedimentos de Biópsia nos tecidos moles da boca

Em relação ao indicador de procedimentos de biópsia nos tecidos moles da boca, o Gráfico 29 mostra que houve um decréscimo em 8 RAS, com exceção das RAS Centro Sul, Oeste, Noroeste e Nordeste. A RAS Jequitinhonha apresentou ausência de informações e/ou lançamento dos procedimentos nos intervalos de 2005 a 2007 e posteriormente entre 2011 e 2012.

Vale ressaltar que, conforme Gráfico 29, observaram-se oscilações acentuadas nas RAS Centro e Norte no período analisado.

Gráfico 29: Série histórica do número de procedimentos de biópsia dos tecidos moles da boca segundo RAS. MG, Brasil – 2005-2012.

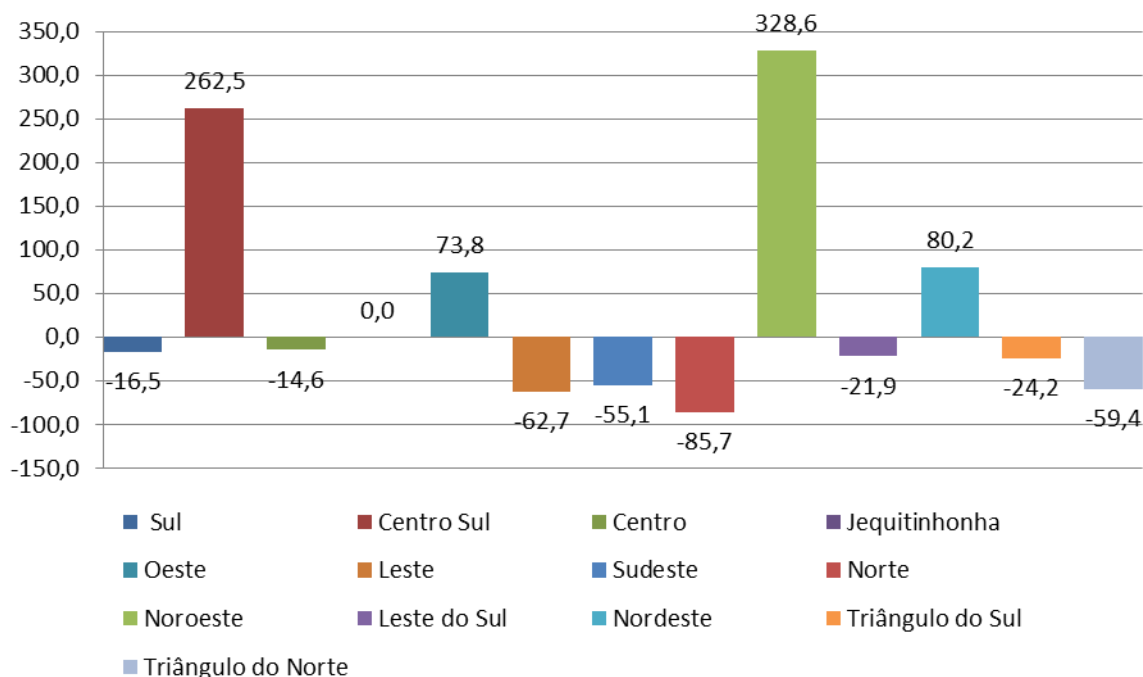


Fonte: SIA-SUS/DATASUS/MS, 2013.

Conforme o Gráfico 30, observou-se que a RAS Noroeste apresentou o maior acréscimo percentual do indicador de biópsia dos tecidos moles da boca, no período entre 2005 e 2012, sendo a maior variação do estado de Minas Gerais.

Segundo o Gráfico 30, esse acréscimo de 328,6% nos procedimentos de biópsia dos tecidos moles da boca, entre 2005 e 2012, é compatível com o aumento percentual de 446,2% na cobertura populacional de ESB da RAS Noroeste, sendo o maior aumento do estado (Gráfico 9).

Gráfico 30: Variação percentual de procedimentos de biópsia dos tecidos moles da boca segundo RAS. Minas Gerais, Brasil – 2005 e 2012.



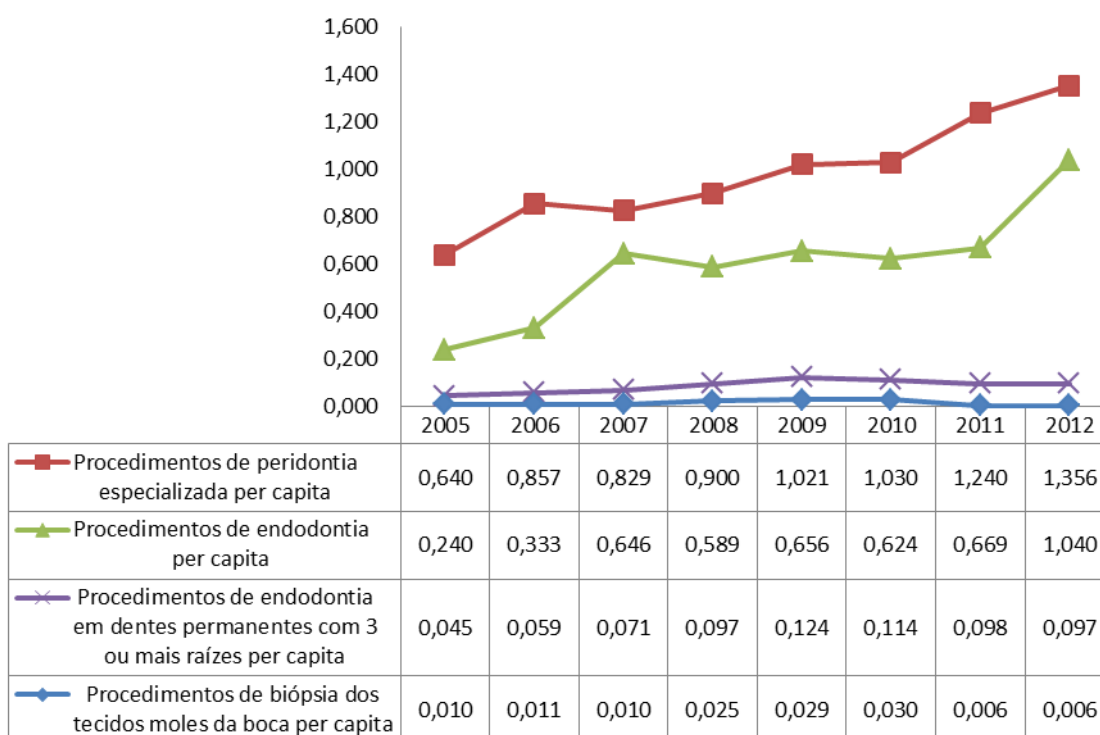
Fonte: SIA-SUS/DATASUS/MS, 2013.

No que se refere ao estado de Minas Gerais, houve um decréscimo do indicador de procedimentos de biópsia dos tecidos moles da boca de 37,7% entre 2005 e 2012. No Brasil, houve um declínio dos procedimentos de biópsia dos tecidos moles da boca de 36,5% neste mesmo período, segundo os dados do DATASUS (2013).

PERCENTUAL DE PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS NA POPULAÇÃO DO ESTADO

Em síntese, o Gráfico 31 mostra o percentual de procedimentos especializados na população do estado de MG, entre 2005 e 2012, indicando uma elevação dos seguintes procedimentos especializados: na periodontia apresentou um resultado de 0,640% em 2005 e 1,356% em 2012; na endodontia a proporção foi de 0,240% em 2005 e 1,040% em 2012 e na endodontia em dentes com três ou mais raízes o resultado foi de 0,045% em 2005 e 0,097% em 2012. Porém, ocorreu um decréscimo na biópsia dos tecidos moles da boca, com 0,010% em 2005 e 0,006% em 2012.

Gráfico 31: Percentual de procedimentos especializados na população do estado de Minas Gerais, Brasil – 2005-2012.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica/DAB/MS (2013).

DISCUSSÃO

Ao analisar a expansão da Saúde Bucal na ESF entre 2005 e 2012 em Minas Gerais, observou-se um crescimento de 125,9% no número de ESB, bem como um aumento de 70,8% no número de municípios com ESB implantadas. No Brasil, houve um crescimento de 76,4% no número de ESB e 25,8% no número de municípios com ESB implantadas⁸³. Corroborando com esse resultado, outros estudos também observaram uma evolução quantitativa das ESB no estado de Minas Gerais^{14,84}.

Apesar do crescimento do número de ESB em Minas Gerais, alguns municípios ainda apresentam muitas dificuldades para a implantação e ampliação de ESB, sendo que 115 municípios do estado não apresentavam ESB implantadas em dezembro de 2012⁸³. Diversos autores têm apontado sobre as dificuldades de implementação e expansão da ESB em todo o Brasil, sendo que os fatores levantados estão relacionados à capacidade de atendimento, recursos humanos, financiamentos, comprometimento dos gestores para a manutenção e implementação de novas equipes, precarização das relações de trabalho, rotatividade de profissionais, bem como dificuldades na integração dos profissionais de saúde bucal às equipes da ESF, uma vez que a implantação da ESB ocorreu tardiamente^{9,84-86}.

Em relação à cobertura populacional estimada de ESB em Minas Gerais, 44,6% da população estava coberta por estas equipes no ano de 2012, sendo que ocorreu um aumento de 125,9% no número de ESB entre 2005 e 2012. No Brasil, frente ao aumento de 76,4% no número de ESB entre 2005 e 2012, observou-se uma cobertura populacional de ESB de 39,5% no ano de 2012. É importante registrar que a ampliação da cobertura populacional de ESB consiste em um dos fatores essenciais para o acesso aos serviços de saúde bucal, porém a ESB não é a única porta de entrada do sistema, uma vez que existem outros modelos baseados em unidades básicas tradicionais.

Considerando a distribuição e a cobertura populacional de ESB segundo as RAS de Minas Gerais, observou-se que a RAS Centro, região de maior contingente populacional do estado e onde se localiza a capital de Minas Gerais, foi a que apresentou uma das menores coberturas populacionais entre 2005 e 2012, apesar do maior número de ESB em relação às demais RAS. Já as RAS Noroeste e Jequitinhonha, regiões de menores contingentes populacionais do estado, foram as que apresentaram os maiores acréscimos na cobertura populacional em termos percentuais entre 2005 e 2012, apesar dos menores números de ESB do estado. Estes resultados corroboram com

Lourenço *et al.*⁸⁴ ao demonstrarem que o contingente populacional influenciou na implantação das ESB em Minas Gerais.

Diversas pesquisas apontaram a dificuldade de implantação da ESF em municípios de grande porte populacional, principalmente até 2003, em decorrência de já disporem de algum tipo de rede assistencial, mesmo que de baixa cobertura populacional e da política de repasse de recursos para o ESF, que priorizava os municípios de pequeno porte ao vincular o valor transferido à taxa de cobertura^{14,87}. Quanto aos municípios de pequeno porte populacional, destaca-se que a implantação da ESF ainda ocorre de forma mais acelerada nestes municípios^{14,88}.

Vale ressaltar que neste estudo não foram utilizados os dados da SAGE/MS em relação à cobertura populacional de ESB, devido à mudança no parâmetro de cobertura utilizado pela SAGE/MS a partir de 2010, pois somente neste ano que se passou a calcular a cobertura considerando que cada equipe deveria cobrir 3.450 pessoas (e não 6.900 pessoas, como foi calculado até setembro de 2010). Isso causou uma distorção na série histórica apresentada pela SAGE/MS, ocorrendo um declínio da cobertura populacional estimada de ESB no ano de 2010, tanto em Minas Gerais quanto no Brasil. Porém, vale ressaltar que este declínio não é real, mas sim relacionado a esta mudança de base de cálculo, referida no estudo de Contarato¹³.

Em relação à ampliação do número de CEO em Minas Gerais, entre 2005 e 2012, observou-se um crescimento de 115,4% no número de CEO, bem como de 116,6% no número de municípios com CEO implantados. No Brasil, houve uma expansão de 181,0% no número de CEO e 252,2% no número de municípios com CEO implantados⁸³.

Considerando a distribuição de CEO segundo as RAS de Minas Gerais, observou-se que, no período entre 2005 e 2012, a maior proporção de CEO está localizada na RAS Centro, região de maior contingente populacional do estado, porém foi a que apresentou uma das menores coberturas populacionais de ESB, apesar do maior número de ESB. Semelhante resultado foi obtido por Fortuna¹⁴ que analisou o processo de regionalização das ações de média complexidade no âmbito da PNSB dos 27 estados de federados do país. Goes *et al.*⁷² compartilham da mesma tese, e acrescentaram que os municípios com maior porte populacional, com uma insuficiente cobertura de ESB, apresentam uma maior demanda espontânea de atenção básica aos CEO, o que pode comprometer a interação entre a atenção secundária e a atenção básica.

Ao analisar a expansão do número de LRPD, observou-se em Minas Gerais uma expansão de 193,0% entre 2010 e 2012, com 58 LRPD em 2010 e 170 LRPD em 2012. No Brasil, houve um aumento do número de LRPD de 99,9% neste período, com 676 LRPD em 2010 e 1351 LRPD em 2012⁸³. No ano de 2012, ocorreu um aumento expressivo do número de LRPD no país, devido à publicação da Portaria GM/MS nº. 1.825, de 24 de agosto, que aumentou o repasse financeiro federal aos municípios, alterando os valores dos procedimentos de prótese dentária, com o objetivo de ampliar o número de LRPD e a oferta de próteses dentárias no país⁵³.

Com essa expansão do número de LRPD no país, deve-se considerar a necessidade de uma rede integrada de atenção à saúde bucal em âmbito regional para aqueles municípios que contam apenas com a instalação de LRPD, a fim de ampliar o acesso da população aos serviços especializados de reabilitação oral, ou seja, pautados na conservação dos dentes, de acordo com as diretrizes e pressupostos da PNSB¹⁴.

A propósito, ainda que o critério populacional não seja o único para definir a implantação dos LRPD, sugere-se a construção de indicadores de saúde como a razão de LRPD por 100.000 habitantes ou a razão de LRPD por CEO/ESB, a fim de subsidiar no monitoramento e na avaliação da expansão do número de LRPD no país e na programação regionalizada em saúde bucal nos municípios.

No que diz respeito à análise dos indicadores de saúde bucal na atenção básica, observou-se um aumento de 7,5% no indicador de cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal em Minas Gerais entre 2008 e 2012, com 55,3% em 2008 e 59,4% em 2012. No Brasil, houve também uma ampliação de 7,5% neste período, com 47,7% em 2008 e 51,3% em 2012.

Em relação às RAS de Minas Gerais, observou-se uma tendência estável do indicador de cobertura populacional pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal em 11 RAS, entre 2008 e 2012, sendo compatível com um deslocamento de profissionais de outras unidades de atenção básica para as Equipes de Saúde Bucal da ESF, conforme observado com o aumento de 35,6% na cobertura populacional estimada de ESB no estado entre 2008 e 2012. Ademais, também pode estar ocorrendo o deslocamento de profissionais para os CEO, devido à ampliação destes serviços desde 2005, com a implantação da PNSB em Minas Gerais.

Vale registrar que no ano de 2012, o MS inseriu no Pacto pela Saúde o indicador de cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal, incluindo no método de cálculo a carga horária dos cirurgiões-dentistas lotados nas unidades tradicionais e Saúde da Família (UBSF)^{43,64}. Apesar da alteração, pois em 2011 foi

pactuada a cobertura populacional estimada das ESB na ESF, o indicador permite uma análise da cobertura da atenção básica em saúde bucal (ESF e AB tradicional), sendo que o aumento deste indicador implica no incentivo à implantação de ESB para a obtenção de cobertura ideal na atenção básica, fidelidade nos dados dos profissionais da saúde bucal disponibilizados no CNES e sensibilização dos gestores para a importância da saúde bucal na atenção básica dos municípios.

No que tange à média da ação coletiva de escovação dental supervisionada, em Minas Gerais houve um aumento de 17,5% entre 2006 e 2012, com 3,0% no ano de 2006 e 3,5% no ano de 2012. No Brasil, houve uma ampliação da média de ação coletiva de escovação dental supervisionada de 33,7% neste período, com 1,8% em 2006 e 2,4% em 2012, não atingindo a meta de 3% do Pacto pela Saúde em 2012.

Em relação às RAS de Minas Gerais, apesar do aumento da média da ação coletiva de escovação dental supervisionada no estado entre 2006 e 2012, 5 RAS obtiveram um desempenho negativo neste período: RAS Centro, Centro-Sul, Oeste, Sudeste e Triângulo do Norte. O desempenho negativo do indicador nas referidas RAS foi compatível com a baixa cobertura populacional de ESB entre 2006 e 2012, principalmente nas RAS Centro e Triângulo do Norte, e também com a baixa proporção de ESB modalidade II (com a presença do TSB) em relação à modalidade I.

Em consonância com este pressuposto, um estudo realizado no estado de Pernambuco, com o objetivo de avaliar o modelo de atenção à saúde bucal implantado frente às equipes e aos distintos indicadores de saúde, mostrou que os municípios de grande porte populacional, maior proporção da população cadastrada no SIAB e a relação de 1 ESF para 1 ESB apresentaram maiores valores na cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada e também na maioria dos indicadores estudados⁷⁴.

Entretanto, Bordin & Fadel⁷¹ realizaram uma análise sobre a evolução temporal dos indicadores de saúde bucal nas regiões brasileiras e observaram uma relação inversa entre a média de ação coletiva de escovação dental supervisionada e a cobertura populacional de ESB, principalmente nas Regiões Sul e Sudeste do país. Os autores acrescentaram que ao analisar esses indicadores de saúde bucal não se deve considerar somente o número de ESB de cada região, mas também outros fatores como a articulação entre os serviços que compõem a rede, a localização geográfica da unidade, os fatores culturais, econômicos e epidemiológicos da população, a disponibilidade dos serviços, as necessidades da população e a acessibilidade.

É importante registrar que há limites no indicador da média de ação coletiva de escovação dental supervisionada, uma vez que este se restringe a um tipo de ação coletiva de saúde bucal, sendo que há outras ações coletivas (aplicação tópica de flúor por meio de bochecho e gel e educação em saúde bucal) que também são realizadas de acordo com a realidade de cada município. Apesar dos limites, o indicador permite analisar o perfil da atenção à saúde bucal em relação às ações coletivas no âmbito do SUS, a fim de subsidiar no planejamento e na avaliação de políticas de saúde bucal⁷¹.

Deste modo, o aumento da média de ação coletiva de escovação dental supervisionada requer uma cobertura adequada de ESB para a população dos municípios; implantação de equipes na modalidade II com presença do TSB; distribuição de escova e dentifrício fluoretado; fluxo de alimentação do SIA-SUS; contribuição dos agentes comunitários de saúde nesse indicador; existência de escovários nas UBS e monitoramento do indicador pelas equipes dos municípios.

Quanto ao indicador da proporção de exodontia em relação aos procedimentos, houve um decréscimo em Minas Gerais de 45,9% entre 2008 e 2012, com 12,7% em 2008 e 6,9% em 2012. No Brasil, houve um declínio de 14,6% neste período, com 10,9% em 2008 e 9,3% em 2012. A hipótese relativa a esse decréscimo pode estar fundamentada na tentativa de reorganização dos serviços de saúde bucal, no âmbito da atenção básica e secundária, buscando a integralidade de atenção à saúde bucal aos usuários, com efetivação das práticas direcionadas na PNSB⁷⁵.

Em relação às RAS de Minas Gerais, 23,0% dessas regiões apresentaram um aumento da proporção de exodontia em relação aos procedimentos entre 2008 e 2012: RAS Jequitinhonha (50,4%), Oeste (21,3%) e Norte (9,5%). O desempenho do indicador nas referidas RAS é compatível com a quantidade de CEO nas RAS Jequitinhonha e Oeste que se manteve inalterada durante todo o período analisado, com apenas 1 CEO de 2005 a 2012, o que pode ter gerado uma demanda acumulada de exodontias em relação aos demais procedimentos conservadores, em função do acesso ao atendimento especializado. Em relação à RAS Norte, esta apresentou um aumento de 128,6% no número de LRPD entre 2010 e 2012, sendo compatível com o aumento do indicador, principalmente no ano de 2012.

Porém, existem outros fatores que influenciam o indicador de proporção de exodontia em relação aos procedimentos como renda, escolaridade, acesso à produtos fluoretados, modelo assistencial vigente, acesso aos serviços especializados em saúde bucal e cultura ultrapassada de substituição dos dentes por próteses, na expectativa de uma boa estética bucal^{73,75}.

Ademais, o indicador de proporção de exodontia em relação aos procedimentos está relacionado ao fluxo de alimentação do SIA-SUS definido em nível de equipes/municípios, tipo de prática desenvolvido pelos profissionais, incentivo às ações conservadoras em detrimento das mutiladoras, planejamento e resolubilidade da atenção básica, tipo de gestão que prioriza o investimento em matérias e equipamentos odontológicos para garantir uma prática mais conservadora, monitoramento periódico do indicador pelas equipes/município e encaminhamentos para a atenção especializada^{75,78}.

Vale ressaltar que há limites no indicador de proporção de exodontia em relação aos procedimentos, uma vez que a redução do número de exodontias implica necessariamente no aumento de outros procedimentos individuais da atenção básica e especializada. Teixeira *et al.*⁷⁸ apontou em seu estudo que avaliar o número absoluto de procedimentos de exodontia ou estimar a taxa (relação com a população de referência) permitiria realizar uma comparação entre os tipos de práticas em municípios de diferentes portes populacionais, obtendo-se uma comparação mais fidedigna na análise da evolução dos procedimentos de exodontia.

Com relação ao indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática, observou-se um discreto acréscimo de 0,7% em Minas Gerais entre 2005 e 2012. Dessa forma, o percentual de cobertura de primeira consulta odontológica no ano de 2012 (12,7%), em relação à cobertura populacional de ESB no estado (44,6%), praticamente não foi alterado em relação ao percentual do indicador em 2005 (12,6%), quando a cobertura populacional de ESB era de apenas 20,4%. Assim, apesar do aumento de 118,6% na cobertura populacional de ESB no estado entre 2005 e 2012, o indicador de cobertura de primeira consulta permaneceu praticamente inalterado.

Em relação às RAS de Minas Gerais, a RAS Noroeste apresentou o maior aumento percentual da cobertura de primeira consulta odontológica programática (194,2%) entre 2005 e 2012, sendo compatível com o aumento de 446,2% da cobertura populacional de ESB no mesmo período. Porém, 4 dessas regiões apresentaram um desempenho decrescente entre 2005 e 2012: Centro (-46,9%), Oeste (-25,1%), Norte (-40,7%) e Triângulo do Sul (-14,9%).

Corroborando com este estudo, Pimentel⁷⁴ mostrou que quanto maior a proporção da população cadastrada no SIAB e a relação de 1 ESF para 1 ESB, maiores são os valores do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática. Porém, existem outros fatores, além da cobertura satisfatória de ESB em relação à população, que influenciam no indicador, como o fluxo de alimentação do

SIA-SUS definido em nível de equipes/municípios para obtenção de um banco com dados fidedignos, implantação de equipes na modalidade II com presença do TSB no sentido de potencializar a resolubilidade da assistência individual, planejamento e resolubilidade da atenção básica e monitoramento periódico do indicador pelas equipes/município.

No Brasil, houve uma evolução da cobertura de primeira consulta odontológica programática de 8,6% neste período, com 12,7% em 2005 e 13,8% em 2012. Porém, há limitações neste indicador, devido às falhas nos registros de informações sobre as ações executadas, podendo a primeira consulta ser registrada diversas vezes em diferentes serviços de saúde, ou devido ao fato do profissional registrar o código desse procedimento em qualquer tipo de consulta, seja de urgência/emergência ou de retorno. Ademais, esse indicador não avalia a continuidade e resolubilidade do tratamento odontológico, uma vez que um tratamento resolutivo pode estar relacionado ao acesso à atenção especializada^{75,76}.

Apesar disso, admite-se sua importância devido ao fato de estimar o acesso da população aos serviços odontológicos para a assistência individual no âmbito do SUS, podendo indicar tendências do perfil de atendimento odontológico, se apenas urgência/emergência ou voltado para a demanda programada. Assim, entendemos que este indicador, mesmo não constando no Caderno de Diretrizes para pactuação 2013-2015 do MS, deveria ser pactuado, no âmbito de estados e municípios, a fim de subsidiar a avaliação, o planejamento e a implementação de ações de saúde bucal no âmbito da atenção básica.

Em relação à análise dos indicadores de saúde bucal na atenção especializada no estado de Minas Gerais, observou-se, entre 2005 e 2012, um aumento do número desses procedimentos especializados, com exceção dos procedimentos de biópsia dos tecidos moles da boca. A interpretação dos dados indicou que esse resultado foi compatível com a expansão do número de CEO de 115,4% no estado e de 181,0% no país, entre 2005 e 2012, apesar do decréscimo dos procedimentos de biópsia dos tecidos moles da boca. Essa interpretação é coerente com a metodologia do trabalho de Maia¹⁵.

Fortuna¹⁴ apontou em seu estudo que os critérios de avaliação dos indicadores e/ou procedimentos especializados da saúde bucal devem estar pautados na cobertura de atenção básica. Em relação aos procedimentos endodônticos, periodontais e protéticos, estes estão sujeitos a uma queda frente a uma cobertura adequada de atenção básica, devido à probabilidade de maior intervenção precoce dos principais agravos bucais na atenção básica. No tocante aos procedimentos de diagnóstico precoce de câncer bucal,

cirurgia oral menor, atendimentos para pacientes especiais e ortodontia, estes estão sujeitos a um aumento de sua oferta diante de uma cobertura satisfatória de atenção básica, devido a maior frequência da realização do diagnóstico precoce na atenção básica. Entretanto, não foi utilizada esta interpretação neste estudo, uma vez que o aumento da cobertura de atenção básica não reduz a necessidade de atenção especializada no contexto brasileiro atual.

Nesta pesquisa não foi analisado o cumprimento do volume de procedimentos da atenção especializada, disponíveis no manual do PMAQ-CEO, uma vez que a existência de metas quantitativas não expressam a existência de uma rede de atenção à saúde, a garantia da integralidade e a equidade. Entretanto, uma vez instituídas as metas, só fazem sentido num contexto de planejamento que considere fatores como o volume populacional na área de localização do CEO, a pactuação no âmbito das regiões sanitárias com o planejamento da demanda que será encaminhada às unidades, considerando o tipo de CEO (I, II ou III) e a atuação da ESB nestas regiões sanitárias¹⁴.

No que diz respeito ao percentual de procedimentos especializados na população do estado, os resultados da pesquisa mostraram que uma ínfima proporção da população de Minas Gerais teve acesso aos procedimentos especializados analisados no período. De forma semelhante, Silva *et al.*⁷⁶ ao analisarem a média de procedimentos de saúde bucal per capita no estado do Pará, demonstraram uma baixa cobertura populacional, denotando dificuldades de acesso, principalmente aos procedimentos especializados.

Vale registrar que, apesar dos procedimentos básicos e especializados analisados neste estudo não terem sido realizados exclusivamente nas ESB e CEO, observou-se neste estudo uma relação entre os resultados dos indicadores e a implantação de serviços de saúde bucal (ESB, CEO e LRPD) nas RAS de Minas Gerais, principalmente a cobertura populacional de ESB. De forma semelhante, Maia¹⁵ com objetivo de estudar o processo de reorganização da saúde bucal no estado do Rio de Janeiro, analisou uma série histórica de procedimentos básicos e especializados e relacionou com a implantação dos serviços e cobertura da atenção básica nas regiões de saúde, particularmente a implantação e cobertura das ESB e CEO.

A escolha da metodologia deste estudo foi coerente com os objetivos propostos, uma vez que a forma de apresentação dos indicadores de saúde bucal a partir de gráficos, associada a outras fontes de informação, como os marcos legais e normativos da PNSB, permitiu uma análise da atenção à saúde bucal no estado de Minas Gerais. Porém, os resultados desta pesquisa mostraram que na maioria dos indicadores de saúde bucal analisados foram encontrados dados com inconsistências, expressos em sub e/ou

supra registros, sendo compatíveis com erros de informações e/ou lançamentos de dados no SIA-SUS que, por sua vez, interferiram diretamente na análise dos indicadores de saúde bucal das RAS de Minas Gerais.

Vale ressaltar que as inconsistências nos dados do SIA-SUS são decorrentes principalmente da gestão de alimentação do sistema que inclui dados sem correspondência com a realidade local e, por isso, não produz informação consistente e confiável. Contudo, deve-se considerar que o SIA-SUS é imprescindível aos gestores para subsidiar na avaliação permanente dos resultados das ações executadas, sendo utilizado para a programação e o planejamento da atenção à saúde nos municípios^{15,47}.

Ademais, neste estudo não foi possível estabelecer uma análise temporal contínua dos indicadores de saúde bucal selecionados, ao longo do período de 2005 a 2012, devido às diversas alterações que vêm ocorrendo nos instrumentos nacionais de pactuação do SUS, em relação à base de cálculo e/ou seleção dos indicadores de saúde bucal pactuados entre os gestores. Essas mudanças também foram relatadas no trabalho de Maia¹⁵ e Contarato¹³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o processo de implantação e construção do SUS, surgiram propostas de reorganização da atenção à saúde para responder aos desafios contemporâneos, destacando-se os processos de descentralização e regionalização da atenção à saúde, com ênfase na ampliação da cobertura dos serviços atrelada a um maior aporte de recursos financeiros federais no financiamento do SUS.

No balanço da primeira década de 2000 até os dias atuais, vêm-se elaborando e implantando políticas públicas de saúde no Brasil, cujos resultados indicam avanços no panorama da saúde bucal, representando o esforço de superação de vazios assistenciais na trajetória da saúde pública. Até a implantação da PNSB em 2004, os serviços de saúde bucal praticamente se esgotavam na denominada Atenção Básica, sendo que a organização da atenção especializada era ínfima no SUS.

No tocante à atenção básica no estado de Minas Gerais, entre 2005 e 2012, ocorreu a implantação de 2568 ESB, distribuídas em 738 municípios das treze Regiões Ampliadas de Saúde (RAS) do estado, com 44,6% da população coberta por ESB em 2012. No que diz respeito à atenção especializada, entre 2005 e 2012, foram implantados no estado 84 CEO distribuídos 78 municípios das RAS do estado. Em relação aos LRPD, em 2012 ocorreu a habilitação de 170 unidades no estado.

Nesta perspectiva, a pesquisa mostrou uma expansão da oferta de serviços de saúde bucal no estado, tanto no âmbito da atenção básica quanto na especializada, entre 2005 e 2012, com expansão do número de ESB e CEO de respectivamente 125,9% e 115,4%. Esses dados sugeriram que, ainda que o estado tenha experiências anteriores de ampliação de acesso aos serviços de saúde bucal, a implantação e consolidação da PNSB repercutiu decisivamente na organização da atenção à saúde bucal no estado, com destaque para a atenção básica e especializada. Desde 2005, ano que se iniciou a implantação de CEO em Minas Gerais, observou-se um maior acesso à atenção especializada, na tentativa de superar os programas voltados para determinadas faixas etárias e de favorecer a continuidade da atenção, à luz da integralidade da atenção.

Vale ressaltar que em 2012, conforme os dados do DAB⁸³, o volume de recursos destinados às ESB no estado de Minas Gerais foi de R\$ 84.828.705. Em relação aos CEO, o valor transferido ao estado foi de R\$ 9.193.600 no ano de 2012. Assim, diante do crescente e expressivo aumento do montante de recursos federais no financiamento do SUS, sobretudo após a implantação da PNSB, tornou-se relevante o

acompanhamento dos indicadores de saúde bucal, à luz das diretrizes da PNSB, considerando-se particularmente as características da assistência regionalizada no estado de Minas Gerais.

Diante disso, algumas constatações foram possíveis de serem feitas a partir da observação da série histórica dos indicadores de atenção básica e especializada pesquisados, possibilitando algumas interpretações a partir da análise descritiva desses indicadores no estado de Minas Gerais.

Frente a essa análise, evidenciou-se um desempenho positivo dos indicadores de saúde bucal da atenção básica, no âmbito estadual e nacional, com um declínio do indicador de exodontia em relação aos procedimentos de 45,9% no estado e de 14,6% no país, entre 2008 e 2012. Esse decréscimo do indicador é compatível com a tentativa de reorganização os serviços de saúde bucal, no âmbito da atenção básica e secundária, na busca da integralidade de atenção à saúde bucal aos usuários, com efetivação das práticas à luz da PNSB.

Em relação ao indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática, apesar de não constar no Caderno de Diretrizes para pactuação 2013-2015 do MS, considera-se que este indicador deveria ser pactuado, no âmbito de estados e municípios, uma vez que estima o acesso da população aos serviços odontológicos para a assistência individual no âmbito do SUS, indicando tendências do perfil de atendimento odontológico, se apenas urgência/emergência ou voltado para a demanda programada.

No tocante às formas de avaliação e monitoramento dos indicadores de atenção básica à saúde bucal, expressos nos instrumentos nacionais de pactuação do SUS, observou-se que os indicadores pactuados não são suficientes para um adequado acompanhamento e monitoramento das ações e serviços de saúde bucal no país, de acordo com as diretrizes do SUS. Entre 1999 a 2013 ocorreram diversas alterações nos pactos estabelecidos entre os gestores, apresentando uma grande variação na seleção e no número de indicadores a serem pactuados pela área de saúde bucal, bem como constantes alterações na base/método de cálculo desses indicadores. Desta forma, essas mudanças se refletiram na análise dos indicadores de saúde bucal deste estudo e na possibilidade de construção de séries históricas consistentes para o monitoramento e avaliação da PNSB.

Vale ressaltar que, em novembro de 2009, com a publicação da Portaria GM/MS nº. 2.669⁶², os indicadores de saúde bucal foram retirados do Pacto pela Saúde, sendo que a área de saúde bucal não apresentou indicadores no Pacto pela Saúde no ano de

2010. Essa mudança se refletiu no declínio dos resultados do indicador da média da ação coletiva de escovação dental supervisionada em Minas Gerais, apresentando uma média de 4,0 em 2009 e 3,4 em 2010.

Em relação aos indicadores de saúde bucal da atenção especializada, a evolução do número de procedimentos especializados do estado (periodontais e endodônticos) acompanhou o aumento de âmbito nacional entre 2005 e 2012, sendo compatível com a expansão do número de CEO de 115,4% no estado e de 181,0% no país, neste período. Porém, houve um decréscimo dos procedimentos de biópsia dos tecidos moles da boca, tanto no âmbito estadual, quanto nacional.

Em síntese, apesar da evolução do número de CEO em Minas Gerais entre 2005 e 2012, o percentual de procedimentos especializados na população do estado demonstrou baixa cobertura populacional, indicando que ainda persistem dificuldades no acesso aos procedimentos da atenção especializada que, por sua vez, demonstraram que ainda há vazios assistenciais na oferta de serviços especializados, com necessidade de uma maior expansão desses serviços no estado.

Em relação às RAS de Minas Gerais, a distribuição dos serviços de saúde bucal e a análise dos indicadores da atenção básica e especializada mostrou-se desigual entre essas regiões, sugerindo-se uma grande heterogeneidade existente nestas regiões, tanto intra quanto inter-regionais, no que diz respeito, principalmente, aos fatores socioeconômicos e demográficos, porte populacional dos municípios que compõem estas regiões e o perfil da prestação de serviços de saúde bucal no âmbito do SUS.

De uma forma geral, os resultados indicaram que os sistemas de informações em saúde, particularmente o SIA-SUS, e os instrumentos nacionais de pactuação do SUS apresentaram limitações no tocante à análise temporal dos indicadores de saúde bucal deste estudo. Mesmo diante dos obstáculos inerentes ao processo de monitoramento e avaliação da PNSB no país, o aperfeiçoamento dos sistemas de informação em saúde e dos instrumentos nacionais de pactuação do SUS, de forma coerente com as diretrizes e preceitos do SUS, poderá contribuir para a consolidação desses indicadores e uma maior convergência das decisões gerenciais locais com a PNSB.

Apesar das limitações relacionadas à qualidade do fluxo de alimentação do SIA-SUS e às mudanças no parâmetro de cálculo dos indicadores de saúde bucal pactuados entre os gestores, é importante ressaltar que a utilização dos dados dos sistemas de informações em saúde e dos instrumentos nacionais de pactuação do SUS são necessários para a programação das ações e serviços de saúde bucal nos municípios, ainda que apresente lacunas na análise dos indicadores de saúde bucal.

Considerando os recentes 10 anos de implantação da PNSB no país, torna-se imprescindível a realização de mais estudos voltados para discussão e definição dos indicadores de saúde bucal pactuados no país, a fim de contribuir para a construção de séries históricas consistentes para o monitoramento e a avaliação da Política Nacional de Saúde Bucal, sobretudo frente ao montante de recursos federais que são repassados mensalmente aos municípios do país.

REFERÊNCIAS

1. Narvai P, Frazão P. Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
2. Nickel D, Lima F, Silva B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(2):241-6.
3. Trino A. Integralidade com expectativa de qualidade de vida: o papel da Saúde Bucal Coletiva na Saúde suplementar. In: Lopes M, editor. Saúde Bucal Coletiva Implementando ideias concebendo integralidade. Rio de Janeiro: Rubio; 2008. p. 45-55.
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República, Casa Civil; 1988.
5. Giovanella L, Mendonça M. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha J, Carvalho A, editores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-625.
6. Brasil. Portaria GM/MS nº. 267, de 06 de março de 2001. Brasília: Ministério da Saúde; 2001a.
7. Brasil. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.
8. Brasil. Portaria MS/GM nº. 261, de 21 de fevereiro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a.
9. Sá D. Atenção à saúde no Brasil: um estudo do acesso à assistência a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) [Dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
10. Vasconcellos M. Análise da oferta e produção de serviços de Atenção em Saúde Bucal no estado do Rio de Janeiro de 1996 a 2003, e sua relação com os processos de regionalização e descentralização [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.
11. Volpato L, Scatena J. Análise da Política de Saúde Bucal no Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, a partir do Banco de dados do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). Epidemiol Serv Saúde. 2006;15(2):47-55.
12. Barros S, Chaves S. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. Epidemiol Serv Saúde. 2003;12(1):41-51.
13. Contarato P. Política Nacional e contexto local: uma análise da implementação da Política de Saúde Bucal no município de Vitória, do Espírito Santo [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
14. Fortuna R. A média complexidade no quadro da Política Nacional de Saúde Bucal: uma abordagem do seu processo de desenvolvimento em uma perspectiva regional [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.
15. Maia L. 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]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2008.

16. Brasil. Portaria nº. 3.925, de 13 de novembro de 1998. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
17. Brasil. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.
18. Brasil. Portaria GM/MS nº. 3.012, de 26 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012c.
19. Pereira A. Influência da condição de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
20. Petersen P. The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of de WHO Global Health Programme. Geneva: World Health Organization; 2003.
21. Brasil. VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. 17 a 21 de março, 1986. Brasília: Ministério da Saúde; 1986b.
22. Moysés S. Saúde Bucal. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha J, Carvalho A, editors. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 705-34.
23. Brasil. Portaria GM/MS nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
24. Brasil. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.
25. Tavares D. Relações entre a Política Nacional de Saúde Bucal e a Política de Saúde Bucal no Município do Rio de Janeiro: padrão de atendimento odontológico no período de 1995 a 2007. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
26. Brasil. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2013c.
27. Brasil. Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. Brasília: Ministério da Saúde; 2011d.
28. Paim J. Modelos de atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha J, Carvalho A, editors. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
29. Paim J. Reforma sanitária e os modelos assistências. In: Rouquayrol M, Almeida F, editors. Epidemiologia & Saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: Médsi; 1999.
30. Matta G, Morosini M. Atenção à Saúde. In: Pereira I, Lima J, editors. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz; 2008. p. 39-43.
31. Narvai P, Frazão P. Políticas de Saúde Bucal no Brasil. In: Moysés S, Kriger L, Moysés S, editors. Saúde Bucal das Famílias – Trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 1-20.
32. Roncalli AG, Oliveira dC, Arcieri RM, Unfer B, Costa IdCC, Moraes E, et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. Ação Coletiva. 1999;2(1):8-14.
33. Manfredini M. Saúde Bucal Coletiva e Cidadania: construção social do campo das práticas e da produção dos sentidos. In: Lopes M, editor. Saúde Bucal Coletiva Implementando ideias concebendo integridade. Rio de Janeiro: Rubio; 2008. p. 17-30.

34. Brasil. I Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório Final. 10 a 12 de outubro, 1986. Brasília: Ministério da Saúde; 1986a.
35. OPAS. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (Série técnica de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 11); 2006.
36. Roncalli A. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):105-14.
37. Narvai P. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Rev Tempus Actas Saúde Coletiva*. 2011;5(3):21-34.
38. Weyne S. A Construção do Paradigma de Promoção de Saúde – um desafio para as novas gerações. In: Kriger L, editor. *ABOPREV: Promoção de saúde bucal*. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003.
39. Brasil. II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório Final. 25 a 27 de setembro, 1993. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
40. Garrafa V, Moysés S. Odontologia Brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. *Divulg Saúde Debate*. 1996;13:6-17.
41. Machado C. Prioridades de Saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. *Rev Panam Salud Pública*. 2006;20(1):44-9.
42. Garcia D. A Construção da Política Nacional de Saúde Bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
43. Brasil. Portaria GM/MS nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.
44. Fausto M, Matta G. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini M, Corbo A, editors. *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.
45. Brasil. Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.
46. Bartole M. Da boca cheia de dentes ao Brasil Sorridente: uma análise retórica da formulação da Política Nacional de Saúde Bucal [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
47. Moysés S, Goes P. *Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde Bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 2012.
48. Brasil. III Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório Final. Acesso e qualidade superando a exclusão social. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
49. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades da saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: MS/UNESCO; 2002.
50. OMS. Alma-Ata 1978. Cuidados Primários de Saúde [database on the Internet]. [cited 10 nov. 2013]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011_por.pdf.
51. Kornis G, Maia L, Fortuna R. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis*. 2011;21(1):197-215.

52. Brasil. Portaria GM/MS nº. 673, de 3 de junho de 2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2003a.
53. Brasil. Portaria GM/MS nº. 1.341, de 13 de junho de 2012. . Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.
54. Brasil. Portaria nº. 1.464, de 24 de junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b.
55. Brasil. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2003c;3(2):221-4.
56. Brasil. Portaria GM/MS nº. 476, de 18 de agosto de 1999. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
57. Brasil. Portaria GM/MS nº. 456, de 16 de abril de 2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2003b.
58. Brasil. Portaria GM/MS nº. 493, de 13 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.
59. Brasil. Portaria GM/MS nº. 91, de 10 de janeiro de 2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a.
60. Brasil. Portaria GM/MS nº. 2848, de 06 de novembro de 2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2007b.
61. Brasil. Portaria GM/MS nº. 325, de 21 de fevereiro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
62. Brasil. Portaria nº. 2.669, de 3 de novembro de 2009. . Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
63. Brasil. Portaria nº. 3.840, de 07 de dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
64. Brasil. Resolução nº. 4, de 19 de julho de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012d.
65. Brasil. Portaria nº 1654, de 19 de julho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011c.
66. Pinto H, Sousa A, Florêncio A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. Rev Eletr Com Inf Inov Saúde. 2012;6(2):1-19.
67. Brasil. Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2013b.
68. Chaves S, Silva L. Atenção à Saúde Bucal e a Descentralização da Saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. Cad Saúde Pública. 2007;23(5):1119-31.
69. Maia L, Kornis G. A Reorganização da Atenção à Saúde Bucal frente aos Incentivos Federais: a experiência fluminense. Rev Atenção Primária Saúde. 2010;13(1):84-95.
70. Martelli P. Política Nacional de Saúde Bucal, da teoria à prática: um estudo de caso acerca de sua implantação em Recife-PE no período 2000 a 2007. A atenção à saúde bucal no estado de Pernambuco: uma avaliação dos modelos assistenciais [Tese]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

71. Bordin D, Fadel C. Pacto pela saúde no Brasil: uma análise descritiva da progressão dos indicadores de saúde bucal. *Rev Odontol UNESP*. 2012;41(5):305-11.
72. Goes PSA, Figueiredo N, Neves Jcd, Silveira FMM, Costa JFR, Júnior GAP, et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(Suppl.):81-9.
73. Correia Júnior W. Estudo sobre procedimentos exodônticos na rede assistencial pública do Estado de Pernambuco, no período de 2000 a 2008 [Monografia]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
74. Pimentel F. A atenção à saúde bucal no estado de Pernambuco: uma avaliação dos modelos assistenciais [Dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
75. Oliveira P, Menezes L, Santrain M, Almeida P, Almeida M. Indicadores de Saúde Bucal da Atenção Básica no Estado do Ceará: análise crítica. *Cadernos ESP*. 2011;5(1):29-36.
76. Silva L, Santana K, Pinheiro H, Nascimento L. Indicadores de atenção básica e especializada em saúde bucal nos municípios do Estado do Pará, Brasil: estudo ecológico, 2001-2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013;22(2):325-34.
77. Fernandes L, Peres M. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(6):930-6.
78. Teixeira N, Facchini L, Castilho E. Avaliação da evolução da demanda de saúde bucal através do uso de sistemas de informação em saúde. *Rev Enferm Saúde Pelotas*. 2011;1(1):50-9.
79. Chaves S, Barros S, Cruz D, Figueiredo A, Moura B, Cangussu M. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(6):1005-13.
80. Colussi C, Nickel D, Calvo M, Caetano J, Silva A. Análise da evolução da produção de procedimentos odontológicos de média e alta complexidade na rede de serviços públicos em Santa Catarina. *Cad Saúde Coletiva*. 2009;17(4):939-50.
81. MG. Plano Diretor de Regionalização [database on the Internet]. [cited 10 out. 2013]. Available from: <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr>.
82. IBGE. [cited 10 jul. 2013]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> 31.
83. DAB. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. [database on the Internet]. 2013. Available from: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>.
84. Lourenço E, Silva A, Meneghin M, Pereira A. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(1):1367-77.
85. Baldani M, Fadel C, Possamai T, Queiroz M. A inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(4):1026-35.
86. Calado G. A Inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
87. Viana A, Rocha J, Elias P, Ibañez N, Novaes M. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):577-606.

88. Portela G, Ribeiro J. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(3):1719-32.

ANEXO

REGIÕES DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

RA/Sul - 12 regiões de saúde	População 2012
Alfenas/Machado	308.121
Guaxupé	155.570
Itajubá	197.335
Lavras	172.229
Passos/Piumhi	276.730
Poços de Caldas	219.043
Pouso Alegre	505.625
São Lourenço	252.348
São Sebastião do Paraíso	120.843
Três Corações	125.441
Três Pontas	121.085
Varginha	186.762

RA/Centro - Sul - 3 regiões de saúde	População 2012
Barbacena	227.253
Cons Lafaiete/Congonhas	292.208
São João Del Rei	211.974

RA/Centro - 10 regiões	População 2012
B Horizonte/N Lima/Caeté	3221486
Betim	642.750
Contagem	803786
Curvelo	176426
Guanhães	95853
Itabira	221542
João Monlevade	133642
Ouro Preto	172828
Sete Lagoas	417066
Vespasiano	306262

RA/JEQUITINHONHA - 3 Regiões	População 2012
Araçuaí	88433
Diamantina	166961
M Novas/Turmalina/Capelinha	119551

RA/OESTE - 6 Regiões	População 2012
Bom Despacho	101901
Divinópolis/S Antôn Monte	438297
Formiga	127301
Itaúna	115829
Pará de Minas	216233
S Antônio Amparo/Campo Belo	213209

RA/LESTE - 7 Regiões	População 2012
Caratinga	193874
Coronel Fabriciano/Timóteo	219948
Governador Valadares	413057
Ipatinga	380262
Mantena	73075
Resplendor	83299
S Maria Suaçuí/S Joao Eva	101524

RA/SUDESTE - 8 Regiões	População 2012
Além Paraíba	55950
Carangola	124509
J Fora/L Duarte/B Jardim	646855
Leopoldina/Cataguases	175272
Muriaé	165647
Santos Dumont	50382
São João Nepomuceno/Bicas	69799
Ubá	295924

RA/NORTE - 9 Regiões	População 2012
Brasília de Minas/São Francisco	236630
Coração de Jesus	46978
Francisco Sá	71481
Janaúba/Monte Azul	267611
Januária	111182
Manga	57361
Montes Claros/Bocaiúva	463946
Pirapora	139698
Salinas/Taiobeiras	199466

RA/NOROESTE - 3 Regiões	População 2012
João Pinheiro	69276
Patos de Minas	336406
Unaí	255.995

RA/LESTE DO SUL - 3 Regiões	População 2012
Manhuaçu	326942
Ponte Nova	211513
Viçosa	131544

RA/NORDESTE - 7 Regiões	População 2012
Águas Formosas	68601
Almenara	180728
Itaobim	75860
Nanuque	68942
Padre Paraíso	60177
Pedra Azul	51795
Teófilo Otoni/Malacacheta/Itambacuri	307000

RA/TRIANGULO DO SUL - 3 Regiões	População 2012
Araxá	171458
Frutal/Iturama	163980
Uberaba	378668

RA/TRIANGULO DO NORTE - 3 Regiões	População 2012
Ituiutaba	186008
Patrocínio/Monte Carmelo	185125
Uberlândia/Araguari	829661