

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL
E O SISTEMA DE INFORMAÇÕES
NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Por

João Inácio

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde
Pública/Fundação Oswaldo Cruz, com vistas à obtenção do
título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a Maria Eliana Labra

Rio de Janeiro, julho de 2003

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

I35a Inácio, João

A atenção à saúde bucal e o sistema de informações no município do Rio de Janeiro./ João Inácio. Rio de Janeiro : s.n., 2003.

142p., tab

Orientadora: Labra, Maria Eliana

Dissertação de Mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública.

1.Saúde Bucal 2.Sistemas de Informação 3.Política de Saúde

CDD - 20.ed. – 617.601098153

DEDICATÓRIA

A meus pais, Emília Rosa (*in memorian*) e João Inácio (*in memorian*), como retribuição a tudo que puderam me oferecer em vida.

A minha esposa e companheira Silvana Tompsom da Costa, pelo carinho e paciência dispensados ao longo dessa caminhada e as nossas filhas, Lorranny e Emília, nossa maior obra, meu maior orgulho nesta vida.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora e professora Maria Eliana Labra, que ao longo da orientação para a elaboração desta dissertação demonstrou sua competência e paciência, apresentando sempre sugestões magníficas.

Ao professor Miguel Murat Vasconcellos, referência nacional para os que como eu, se dedicam ao estudo das informações em saúde.

À Angola, minha terra natal, que me prestou grande ajuda, concedendo-me uma bolsa de estudos, proporcionando, assim, a realização de meu sonho de mestrado. Espero contribuir para o meu país com os conhecimentos adquiridos no Brasil.

Ao Dr. Mauro Marzocchi, subsecretário municipal de Saúde do Rio de Janeiro, pela rapidez com que foi deferida a solicitação para pesquisa das Informações em Saúde Bucal.

Aos profissionais da coordenação de programa de Saúde Bucal da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro e os chefes de serviços odontológicos, pela presteza com que sempre me trataram, fornecendo as informações necessárias sobre o SISB.

Aos meus colegas da ENSP, em especial Juliano e Eduardo Jorge, que me acompanharam na realização deste trabalho.

RESUMO

Este estudo consiste em uma análise da implementação do Sistema de Informação em Saúde Bucal – SISB no Município do Rio de Janeiro. A exposição compreende três partes: 1) revisão das políticas e modelos de atenção odontológica no Brasil e no Rio de Janeiro; 2) exame dos Sistemas de Informações em Saúde do SUS e a inserção das informações relativas à saúde bucal nesses sistemas; e, 3) reconstituição dos Sistema de Informações em Saúde Bucal no Rio de Janeiro.

Entre as conclusões aponta-se que o SISB ainda está em fase inicial de implementação. Todavia, já tem grande potencial para: subsidiar a tomada de decisões no campo da atenção odontológica; programar a produção dos serviços; construir indicadores de acompanhamento e avaliação, seja do ponto de vista administrativo, epidemiológico ou político.

Palavras-chave: Brasil, Saúde Bucal, Sistema de Informações em Saúde, Sistema de Informação em Saúde Bucal, Município do Rio de Janeiro.

ABSTRACT

This study consists in an analysis of the implementation of the *Information System on Buccal Care – ISBC in the city of Rio de Janeiro. The exposition includes three parts: 1) A check of the policies and models on odontological care in Brazil and Rio de Janeiro; 2) An analysis of the Health Information Systems of SUS and the insertion of the information related to buccal care in such systems; 3) A reconstitution of the Information System on Buccal Care in Rio de Janeiro.

The conclusions point out that ISBC is in its preliminary stage. However, it has already got great potential to: subsidize the decisions to be made concerning odontological care; plan the service production; establish care development and assessment indicators, from an administrative, epidemiological ou political point of view.

Key Words: Brazil, Buccal Care, Health Information System, Information System on Buccal Care, Rio de Janeiro city.

* It stands for Sistema de Informação em Saúde Bucal (SISB) in Portuguese.

RELAÇÃO DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxo Administrativo das Informações em Saúde Bucal no Município do Rio de Janeiro	86
Figura 2 – Fluxo de Alimentação do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA-SUS na SMS-RJ	89
Figura 3 – Demonstração de acesso ao DATASUS	90

RELAÇÃO DE QUADROS

Quadro 1 – Dados de Produção do Programa Incremental de Aimorés – 1953-1959	23
Quadro 2 – INPS – Recursos Disponíveis em Assistência Médica – 1976	36
Quadro 3 – Ações de Saúde Bucal – NOA/2001	48
Quadro 4 – Indicadores de Serviços – 1998	68
Quadro 5 – Evolução do SISB no Rio de Janeiro – 1996	82

RELAÇÃO DE TABELAS

Tabela 1 – Indicadores Gerenciais em Vigência – 1994	66
--	----

ABREVIATURAS

ABOPREV	Associação Brasileira de Odontologia Preventiva
ACD	Auxiliar de Consultório Dental
AIH	Autorizações de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AP	Área de Planejamento
APCD	Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas
BDP	Boletim de Diferença de Pagamento
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
BSP	Boletim de Serviços Produzidos
CASSI	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CD	Cirurgião-Dentista
CID	Código Internacional de Doenças
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CRO	Conselho Regional de Odontologia
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNSB	Divisão Nacional de Saúde Bucal
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
ENATESPO	Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico
FCA	Ficha de Cadastro Ambulatorial
FPO	Ficha de Programação Físico-Orçamentária
FSESP	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
FUNRURAL	Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural
GAP	Guia de Autorização de Pagamento
GERAS	Grupo Executivo de Reforma Administrativa da Saúde
GT-Odonto	Unidade de Sistema de Odontologia
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IAPB	Instituto de Assistência Previdenciária dos Bancários

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESUS	Informe Epidemiológico do SUS
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INAN	Instituto de Alimentação e Nutrição
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MBRO	Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica
MBROESP	Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica do Estado de São Paulo
MES	Ministério da Educação e Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PAM	Posto de Assistência Médica
PRAOD	Plano de Reorientação da Assistência Odontológica
PRECAD	Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROESA	Programa Odontológico Escolar de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SB	Saúde Bucal
SBC	Saúde Bucal Coletiva
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SIGAB	Sistema de Informação de Gerenciamento Ambulatorial Básico
SIH	Sistemas de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIS	Sistema de Informações em Saúde
SISB	Sistema de Informações em Saúde Bucal

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNFO	Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico de Higiene Dental

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I - SAÚDE PÚBLICA E MODELOS DE PROGRAMAÇÃO ODONTOLÓGICA NO BRASIL	16
Aspectos Institucionais de Saúde Pública no Brasil	16
Modelos de Programação Odontológica na Saúde Pública	19
Conclusão	30
CAPÍTULO II - MEDICINA PREVIDENCIÁRIA E ATENÇÃO ODONTOLÓGICA	32
Atenção Odontológica da Previdência Social	32
Conclusão	43
CAPÍTULO III - O SUS E A SAÚDE BUCAL COLETIVA	44
A Inserção da Saúde Bucal no SUS	44
Conclusão	50
CAPÍTULO IV - SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E SAÚDE BUCAL	51
Sistema de Informação – Aspectos gerais	51
Sistemas de Informações em Saúde	51
As Informações em Saúde no Brasil	52
Sistema de Informações Aplicado à Odontologia	58
Conclusão	61
CAPÍTULO V - O SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	62
A Odontologia no Rio de Janeiro	62
Indicadores Estratégicos para Avaliação Gerencial	65
Programa Carioca Rindo à Toa	71
Estrutura da Rede Atual de Serviços Odontológicos	78
Comentários sobre a Rede de Atendimento à Saúde Bucal	80
Sistema de Informação em Saúde Bucal no Rio de Janeiro	81
Considerações sobre SISB	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS	102
ANEXO I – Elenco de Procedimentos de Atenção Básica em saúde Bucal – NOB 96.	102
ANEXO II – Portaria 1.444 – Incentivo Financeiro para Implantação das Equipes de Saúde Bucal no PSF – 2000.	106

ANEXO III – Portaria 268 regulamenta a Portaria 1.444 e a inserção da Saúde Bucal no PSF – 2001.	108
ANEXO IV – Atos do Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – Resolução SMS Nº 422 de 05 de Novembro de 1992	118
ANEXO V – Selo de Qualidade. 1998	131
ANEXO VI – Planilhas de Cirurgião Dentista, Técnico de Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário 2003 por Área de Planejamento	133
ANEXO VII – FCO–Ficha Clínica Odontológica	138
ANEXO VIII – FRO–Ficha de Registo Odontológico	140
ANEXO IX – Mapa Estatístico Mensal	141

INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde bucal, no âmbito do SUS, vem adquirindo importância crescente, tanto devido à magnitude do problema em meio à população quanto pela incorporação dos cuidados odontológicos ao Programa Saúde da Família – PSF. Este estudo visa contribuir para o melhor conhecimento do Sistema de Informação em Saúde Bucal – SISB. O tema é relevante na medida em que as informações relativas à saúde bucal ainda não fazem parte do Sistema Nacional de Informações em Saúde.

A elaboração da dissertação compreendeu três fases: a primeira teve como objetivo reconstituir as políticas de saúde bucal no Brasil e no Rio de Janeiro; a segunda centrou-se no estudo da inserção das informações relativas à saúde bucal no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA-SUS; e a terceira preocupou-se com a reconstituição do Sistema de Informações em Saúde Bucal, tarefa que apresentou dificuldades inesperadas para sua consecução devido ao fato de o SISB ser de implantação recente. Por isso mesmo as informações, de modo geral, apresentam-se de forma fragmentada e pouco sistematizada. Quanto à produção de informações em saúde bucal, a revisão da bibliografia desenvolvida mostrou a predominância de trabalhos vinculados à informática odontológica permeados pela racionalidade clínica.

A presente dissertação analisa a atual configuração e dinâmica de funcionamento do SISB no Município do Rio de Janeiro, em particular as operações básicas da estrutura das informações no que tange a:

- conteúdo (aquisição de dados);
- fluxo e gerência;
- periodicidade e acessibilidade;
- cobertura/população alvo;
- relação com o processo decisório ;
- profissionais responsáveis.

A metodologia da pesquisa consistiu na identificação e reconstituição das duas fases do processo de produção do SISB: 1) o fluxo de informações compreendidas no SISB da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, a partir do esquadramento da ficha clínica odontológica (FCO), anexada ao

prontuário médico preenchido na Unidade de Saúde e da ficha de registro odontológico (FRO), Sistema de Informação de Gerenciamento Ambulatorial Básico – SIGAB, que alimenta a base do SIA-SUS e 2) os passos posteriores de processamento e utilização dos dados. O levantamento foi realizado nas unidades odontológicas e na Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde, e incluiu o exame de documentos de registros de dados e boletins ou relatórios emitidos, bem como a reconstrução das informações no que se refere às etapas do processamento, a sua origem, ao destino e a sua utilização.

Para descrever o SISB no Rio de Janeiro, recorremos a entrevistas com funcionários qualificados da Coordenação de Programas de Saúde Bucal da SMS e com chefias de unidades odontológicas indicadas por essa Coordenação, suprimindo assim a inexistência de documentos que tratem especificamente desse campo.

O Capítulo I descreve aspectos institucionais da evolução da saúde pública no Brasil e os modelos de programação odontológica adotados nesse âmbito.

O Capítulo II examina brevemente a assistência médica previdenciária e a atenção odontológica.

No Capítulo III aborda-se o Sistema Único de Saúde – SUS, bem como a inserção da Saúde Bucal Coletiva.

No Capítulo IV são revisados aspectos gerais dos sistemas de informação, além dos aspectos conceituais do Sistema de Informações em Saúde e do Sistema de Informações aplicado à Odontologia.

O Capítulo V apresenta as políticas de saúde bucal da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro e a estrutura da rede de atendimento odontológico. Encerra-se a exposição com uma sistematização do trabalho de campo, que compreende a reconstituição do fluxo dos formulários de coleta de dados, o tratamento a eles dispensado e a disponibilidade das informações.

Nas Considerações Finais são assinaladas as insuficiências que caracterizam vários aspectos do SISB, as articulações das várias “odontologias” com os principais projetos de sociedade e a política de saúde bucal no Município do Rio de Janeiro.

Por último deve ser salientado que, como a incorporação da Saúde Bucal e das respectivas informações à Política Nacional de Saúde é muito recente, a sua

reconstituição apresentou dificuldades inesperadas e insuperáveis no prazo disponível para a realização deste trabalho. De fato, como ainda é incipiente o “estado da arte” no que se refere aos resultados do acompanhamento da implementação dos programas de Saúde Bucal no país bem como à produção acadêmica e técnica sobre o assunto, este trabalho reflete limitações que outros estudos vão certamente superar em curto prazo.

CAPÍTULO I

SAÚDE PÚBLICA E MODELOS DE PROGRAMAÇÃO ODONTOLÓGICA NO BRASIL

Este capítulo aborda a evolução da saúde pública e os modelos de programação odontológica no Brasil.

- **Aspectos Institucionais de Saúde Pública no Brasil**

De acordo com Silva e Mahar (1974, p. 22), com a vinda de D. João VI, em 1808, começou a organização da saúde pública no Brasil, destacando-se, a criação do cargo de provedor-mor de saúde da Corte e das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. Em 1810, surge a primeira lei visando impedir a entrada de doenças pelos portos, e em 1812 funda-se, no Rio de Janeiro, um laboratório clínico-prático.

A partir desses primórdios da saúde pública no país, alternaram-se a centralização e a descentralização administrativa nos serviços pertinentes. Uma primeira tentativa de descentralização ocorreu em 1828, quando foi atribuída às câmaras municipais a missão de fixar normas sanitárias e fiscalizar o comércio de drogas e o exercício da profissão médico-cirúrgica. Em 1850, surge a Junta Central de Higiene Pública, ficando a normatização e a execução de tarefas sob a responsabilidade de juntas municipais.

A Constituição republicana de 1891 trouxe a autonomia dos estados e a afirmação dos municípios como célula base da organização política do país, transferindo àqueles as responsabilidades sanitárias.

De acordo com Braga e Paula (1981, p. 42), nas primeiras décadas do século XX os problemas de saúde e suas formas de atendimento aparecem principalmente referidos a:

- 1- endemias e problemas gerais de saneamento nos núcleos urbanos que surgem no processo de acumulação da economia cafeeira;
- 2- atração e retenção de mão-de-obra por parte das empresas e do próprio Estado, tendo em vista sua escassez relativa e as precárias condições de reprodução da força de trabalho.

Do ponto de vista da saúde pública, preocupava primordialmente o saneamento dos portos e núcleos urbanos como Rio, São Paulo e Santos. Tratava-se de criar condições sanitárias mínimas indispensáveis para viabilizar não só as relações comerciais com o exterior, como também a política de imigração, que pretendia atrair mão-de-obra para o capitalismo nascente. Ademais, doenças pestilenciais, como cólera, peste bubônica, febre amarela e varíola, e infecciosas e parasitárias, como a tuberculose, lepra e febre tifóide, requeriam imediata intervenção.

Com Oswaldo Cruz foi restabelecido, em 1904, o comando centralizado na Diretoria Geral de Saúde Pública. Nesse período, as ações cobriam de forma quase exclusiva o campo de medicina preventiva, ficando a parte curativa reservada ao setor privado. A assistência aos pobres era encargo das instituições beneficentes e, eventualmente, dos estados e municípios.

O regulamento da nova repartição, de 18 de março de 1914, previa em seu artigo 51: *(...) os socorros médicos e de higiene prestados pela DGSP aos Estados terão sempre caráter excepcional, e serão motivados unicamente pelo caso de calamidade pública.*

A saúde pública começa a ser tratada como questão social no Brasil durante a década de 1920, no auge da economia cafeeira, que se refletiu na aceleração da urbanização e do desenvolvimento industrial, bem como na mobilização dos operários por melhores condições de vida e trabalho, o que gerou algumas agitações. Com a Reforma Carlos Chagas, de 1923, vai-se tentar expandir os serviços de saúde pública para todo o país, em particular com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP e o novo código sanitário; além disso, surge, em 1926, o primeiro Curso de Higiene e Saúde Pública, destinado a formar sanitaristas.

Com o DNSP, estabelecem-se como atribuições federais: o saneamento rural e urbano; a propaganda sanitária; a higiene infantil, industrial e profissional; atividades de supervisão e fiscalização; saúde dos portos e do Distrito Federal e o combate às endemias rurais. Durante o Governo Vargas, em 1930, tem início o processo de centralização e redução da autonomia dos órgãos públicos. O DNSP ficou a cargo do novo Ministério da Educação e Saúde, e, em 1934, foi

transformado em Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social. No mesmo ano ocorreu também a criação das diretorias de Assistência Hospitalar e Sanitária Internacional e da Capital da República.

Braga e Paula (1981, p. 55), citando Singer, afirmam que outros passos em direção à centralização foram a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela e do Serviço de Malária do Nordeste, ambos em convênio com a Fundação Rockefeller. Mais tarde, em 1953, cria-se o Ministério da Saúde – MS, sendo reorganizada a antiga estrutura como segue: Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social – DNS e departamentos de Tuberculose, Peste, Malária, Lepra, Câncer, Doenças Mentais, Febre Amarela, Criança, Educação Sanitária, Fiscalização da Medicina, Bioestatística e Biometria Médica. Paralelamente, os cursos promovidos pelo DNS foram aglutinados na Escola Nacional de Saúde Pública, também recém-criada. O MS ampliou ainda sua responsabilidade sobre doenças como angilostomose, bócio, boubala, brucelose, doença de chagas, esquistossomose, filariose, leishmaniose, tracoma, etc. E criou-se, em 1956, o Departamento Nacional de Endemias Rurais – DNERu.

Durante a Segunda Guerra Mundial, por razões estratégicas, vinculadas à produção de borracha na Amazônia e do manganês no Vale do Rio Doce, foi criado, em 1942, o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, sob o patrocínio do governo dos Estados Unidos, como parte da cooperação dos países aliados com o esforço exigido pela guerra. O SESP foi assumido e expandido pelo governo brasileiro nos anos 50, passando, como fundação, para o Ministério da Saúde em 1960.

Quanto à área da odontologia, no início dos anos 50 surge uma modalidade incipiente de produção de serviços odontológicos estatais, invadindo o mercado odontológico privado, praticamente monopólico até então. De fato, em 1952, os primeiros programas de odontologia sanitária do país foram desenvolvidos pelo SESP em alguns estados das regiões Sudeste, Norte e Nordeste. Quanto às secretarias estaduais e municipais de Saúde, seus programas eram restritos a determinados grupos populacionais. Voltaremos a esse ponto mais adiante.

No que concerne ao gasto em saúde pública, sempre teve pequena participação no orçamento nacional: em meados dos anos 60 alcançou o ponto

máximo com 4,6%, tendo diminuído, em 1974, para 3,4% (Braga e Paula, 1981, p.65).

Como veremos em detalhes no Capítulo II, paralelamente à organização institucional da saúde pública, surgiu e cresceu a medicina previdenciária; seu aparecimento ocorreu em 1923, com as Caixas de Aposentadoria e Pensões, transformadas, nos anos 40, em Institutos de Assistência e Previdência, os IAPs.

Dessa forma, no Brasil passou a conformar-se um sistema de saúde dividido entre a saúde pública, a cargo do Ministério da Saúde, e a assistência médica, a cargo dos IAPs, que outorgavam benefícios pecuniários e assistência médica, hospitalar e social aos trabalhadores do mercado formal e seus dependentes. A assistência médica era prestada por alguns estabelecimentos próprios e, predominantemente, mediante convênios com a medicina privada. Após unificados os IAPs, em 1966, houve ampla reorganização da Previdência Social, criando-se, em 1974, por um lado, o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS e, por outro, o Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária – INAMPS. Daí em diante, a assistência médica previdenciária teve enorme expansão, alcançando os gastos por esse conceito 30% do orçamento da Previdência em finais dos anos 70.

Em resumo, até finais dos anos 80 a assistência médica ambulatorial e hospitalar curativa foi função atribuída à Previdência Social, enquanto as ações de saúde pública competiam ao Ministério da Saúde. Como veremos, nesse contexto não se desenvolveram políticas específicas para a saúde bucal, mas apenas propostas isoladas no âmbito da saúde pública e intervenções individuais curativas nos serviços médicos previdenciários.

- **Modelos de Programação Odontológica na Saúde Pública**

No contexto da saúde pública, observa-se o desenvolvimento dos modelos de programação de saúde bucal, originalmente identificados com a odontologia sanitária e, depois, com a odontologia simplificada e integral. Os conteúdos desses modelos baseiam-se nos trabalhos pioneiros de Chaves (1986) e outros autores, como Pinto (1989), Zanetti (1993) e Narvai (2002).

□ A Odontologia Sanitária

De acordo com Zanetti (1993, p.103), no âmbito do MS, a década de 1950 marcou avanços na odontologia sob dois padrões distintos de institucionalização. Por um lado, como já mencionado, tinha-se criado, em 1952, a seção de odontologia do SESP, voltada para clientela selecionadas de forma regionalizada.

Salienta-se que antes disso não chegou a existir um setor de odontologia, embora, eventualmente, dentistas atuassem como generalistas ou cumprindo funções de assessoria nas áreas de planejamento e administração de saúde no nível central ou nos estados e municípios, que também recebiam auxílio financeiro. Com a incorporação do SESP ao MS surgem os primeiros programas nacionais de odontologia sanitária no país.

Por outro lado, mediante a Lei 3.062, de dezembro de 1956, foi criado no MS o Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia – SNFO, voltado quase exclusivamente para a vigilância do exercício profissional. Todavia, seu regimento só foi aprovado pelo Decreto-Lei nº 49.308, de novembro de 1960, sendo preenchido quatro anos depois o cargo de diretor¹.

A programação científica em saúde bucal surge por influência da primeira geração de cirurgiões-dentistas sanitaristas brasileiros, em 1951. Foram eles: Mário Chaves, da ENSP, Reis Vargas, da FSP/USP, e Paulo da Silva Freire, da Fundação SESP (Moreira, 1999, p. 35).

O pensamento desses profissionais foi divulgado em 1960, por intermédio de algumas publicações, como *Manual de Odontologia Sanitária*, de Mário Chaves, que foi publicado em 1962 pela Organização Pan-Americana da Saúde, difundindo-se assim a abordagem teórica de Chaves em toda a América Latina e o Caribe, inicialmente, e, depois, para o resto do mundo (Narvai, 2002, p. 29).

¹ Ocorreu somente em 1966, ocupado pelo cirurgião-dentista Anselmo de Abrantes Fortuna. Ele foi, também, presidente do Conselho Federal de Odontologia Provisório, criado em abril de 1964 pela Lei nº 4.324 (Fortuna, 1967, p. 13 – 14; Zanetti, 1993, p. 103).

Chaves foi pioneiro nesse campo, liderando o movimento da odontologia social, que enfatizava a prevenção. Para ele, odontologia preventiva e sanitária não são sinônimos. *A odontologia preventiva não cogita de saber se aquele método será usado em clínica particular ou em saúde pública. Esta cogitação constitui objeto da odontologia sanitária, que é trabalho organizado da comunidade e para a comunidade* (Chaves, 1986, p. 18). O objeto da proposta de Chaves era a construção de estratégias públicas que fizessem com que a odontologia preventiva chegasse à população sem acesso aos serviços odontológicos privados.

De acordo com Pinto (1989), *o modelo de programação desenvolvido através do SESP foi um projeto histórico e um marco da programação em saúde bucal no país, pelo seu pioneirismo e pela sua longevidade: A fluoretação das águas de abastecimento em Baixo Guandu (ES), em 1953, (implantada nas Companhias Municipais de Água e Esgotos, administrada pelo próprio SESP); e o Sistema Incremental inicialmente experimentado em Aimorés (MG) em 1951, programa concebido para ser desenvolvido no ambiente escolar, preferencialmente, voltado para algumas faixas etárias de eleição* (Pinto, 1989, apud Zanetti, 1993, p. 97).

Por essa razão, podemos afirmar que as primeiras iniciativas de planejamento e programação da odontologia no Brasil se deram na saúde escolar.

Chaves, em seu livro *Odontologia Social*, relata que os programas incrementais utilizam um sistema de trabalho em que há um esforço constante, racionalmente orientado, no sentido de se obter o máximo rendimento, em termos de pessoas tratadas, geralmente escolares, em relação a um idêntico volume de trabalho. O principal objetivo é elevar ao máximo a cobertura e reduzir ao mínimo as necessidades individuais e, por conseguinte, o tempo necessário para tratar cada paciente. Para atingir essa meta é necessário atuar em duas dimensões das necessidades: a incidência e o grau de atenção, incluindo ações preventivas e curativas (Chaves, 1977, p. 336).

Para ele, os programas incrementais seriam difásicos, constituindo-se de uma fase preventiva, pelo método da fluoretação das águas de abastecimento público, onde houver condições para a adoção da medida, ou pelo método de

aplicações tópicas, ou outro similar, e de uma fase curativa, em que se procura reduzir o aumento das necessidades melhorando o grau de atenção odontológica.

A população alvo do programa era constituída por crianças de sete a 12 anos matriculadas em escolas públicas de primeiro grau da área urbana.

De acordo com Pinto, *o sistema incremental geralmente se desenvolve por ciclos anuais de trabalho coincidentes com o período de atividades escolares. Cada ciclo encerra sempre dois períodos: o de tratamento e o de acúmulo de necessidades. Uma criança tratada no primeiro mês de um ciclo, por exemplo, só receberá assistência novamente no ciclo seguinte. Assim, enquanto as outras estão sendo tratadas, aquela está acumulando novos problemas* (Pinto, 1989, p. 44).

Chaves também descreve pequenas variações do modelo incremental e cita o Modelo Aimorés, o modelo intensivo utilizado pela Secretaria do Espírito Santo na área da Grande Vitória; o Modelo Richmond, programa dentário escolar aplicado nessa cidade do Estado de Indiana, EUA; e o modelo FSESP, que essa fundação desenvolveu e implantou nas escolas da Paraíba, introduzindo o técnico de higiene dental e o auxiliar de consultório dentário na equipe de atenção odontológica. Tais variações pouco diferem da proposta de Aimorés.

A odontologia social, referência obrigatória adotada nas escolas de odontologia no Brasil, pelo menos até o início dos anos 90, reforça o incrementalismo. Como diz Chaves, *todos os modelos apresentados demonstram cabalmente as vantagens da programação realizada utilizando a técnica incremental. Os dados obtidos após a instalação do programas demonstram resultados positivos e a viabilidade da aplicação dos modelos* (Chaves, 1986, p. 346).

De acordo com Moreira (1999), embora a proposta se referisse a uma estratégia difásica com ações preventivas e curativas, o grande enfoque desse programa foi sem dúvida de cunho curativo, como mostra o Quadro 1.

QUADRO 1. Dados de Produção do Programa Incremental de Aimorés, 1953-1959

CICLO	1º 1953	2º 1954	3º 1955	4º 1956	5º 1957	6º 1958	7º 1959
Atendimentos	1554	1086	1212	1605	1761	1101	882
Tratamentos completados	483	568	569	906	1115	862	765
Superfícies restauradas	2837	3312	3505	3109	3601	2090	3242
Proteção pulpar	130	267	767	435	817	457	868
Extração de dentes decíduos	765	796	671	484	395	215	411
Extração de dentes permanentes	22	59	38	38	116	53	143

Fonte: Chaves, 1986, p. 347

Moreira prossegue sua avaliação positiva do desempenho de tais programas destacando as qualidades dos resultados, enfocando aspectos de racionalidade, factibilidade de aplicação em nível nacional, aumento do número de escolares atendidos com tratamento completado, diminuição do tempo gasto por tratamento completado, etc.

Não se pretende neste trabalho fazer a crítica desse modelo de programação nem tampouco negar a importância de serem considerados racionalidade e custos na elaboração de qualquer estratégia de programação. Ao analisarmos esse modelo, se considerarmos os conhecimentos de programação acumulados quando de sua concepção, ele teve inúmeras virtudes. Entretanto, algumas considerações podem ser feitas, apesar de suas qualidades e de sua importância histórica como primeira estratégia de programação em saúde bucal no Brasil. De acordo com Moreira (1999, p. 40), a primeira delas refere-se ao excessivo enfoque dado às ações de caráter curativo em detrimento das ações de prevenção, embora, em sua concepção, se falasse em “estratégia difásica”; as ações preventivas foram desenvolvidas de forma secundária. Talvez no modelo da FSESP (1966 a 1972) tenha havido mais equilíbrio entre ações preventivas e curativas. No modelo Aimorés, entretanto, foi clara a opção pelas ações curativas, entendidas como ações que necessitam de consultório odontológico para sua realização.

❑ **A Odontologia Simplificada no Modelo de Programação Tradicional**

A Programação em Saúde Bucal escolar da FSESP/MS, nos anos 60, não representou uma quebra de paradigma. Esse modelo permaneceu hegemônico, no que diz respeito à simplificação de recursos humanos e equipamentos, não provocando mudanças essenciais. De fato, foi definido como odontologia simplificada no modelo de programação tradicional, sempre voltado para a população escolar.

Para Moreira, *este modelo de programação representou apenas algumas transformações no interior da tradição sespiana no momento em que a clínica como um todo é tomada como objetivo de simplificação: dos equipamentos, das rotinas, dos instrumentais, dos materiais, como também das técnicas restauradoras e cirúrgicas na busca do aumento da produtividade e da diminuição de custos, e conseqüentemente aumento de cobertura* (Moreira, 1999, p. 52 *apud* Zanetti, 1996).

Segundo Narvai (2002, p. 53), a expressão odontologia simplificada apareceu no discurso odontológico brasileiro nos anos 70 como crítica à odontologia científica. A mesma expressão vinha sendo utilizada também em outros países da América Latina, como alternativa a partir de outro paradigma. A adesão do Departamento de Odontologia da Universidade Católica de Minas Gerais ao Programa de Inovação em Ensino Odontológico, coordenado pela OPAS e a Fundação W. K. Kellogg, permitiu o contato com experiências docentes assistenciais que se desenvolviam em vários países da América Latina, nos quais se começava a praticar e a teorizar a simplificação da odontologia, definida como prática que permitia, mediante a padronização, a diminuição de passos e elementos, e a eliminação do supérfluo, tornando mais simples e barata a odontologia, sem alterar a qualidade dos trabalhos realizados; e que, ao tornar-se mais produtiva, torna viáveis os programas de extensão de cobertura.

Narvai critica o modelo nos seguintes termos:

Este enfoque de odontologia simplificada é na realidade extremamente limitado (...) tão só erige-se como apêndice à odontologia tradicional, uma odontologia complementar destinada às classes sociais marginalizadas e concretizada pela simplificação dos elementos da prática profissional, em

especial, recursos humanos e equipamentos (...) além disso, essa odontologia simplificada discursava sobre a importância da prevenção mas, na prática, continuava a priorizar o Curativo (Narvai, 2002, p. 54).

Ainda como estratégia de racionalização, surge na FSESP a noção de equipe odontológica, com técnicos de higiene dental (THD) e auxiliares de consultório dental (ACD). Talvez tenha sido a incorporação dessas categorias profissionais à rotina da clínica odontológica a grande contribuição desse modelo de programação, que vai representar, a partir dos anos 80, um avanço significativo nas novas estratégias de programação fora do espaço da clínica. Essa estratégia de programação da FSESP é ampliada com a adesão das secretarias estaduais de Saúde à proposta.

Entretanto, o MS não possuía qualquer representação específica para a odontologia, para além da Seção de Odontologia da FSESP, a qual só tinha poder e influência legal sobre suas unidades. Caracterizava-se a seção por duas linhas de atuação, assinaladas por Pinto (1977, p. 37-8):

As medidas de prevenção em massa, que se darão principalmente pela ampliação da experiência vivenciada em Baixo-Guandu (ES) de fluoretação das águas de abastecimento; e as medidas de prevenção centradas na população escolar urbana.

A fluoretação das águas constituiu-se na ação mais universalizante e equânime em saúde bucal desenvolvida pela Fundação SESP, sendo crescente a aceitação do flúor como medida de saúde pública. Em 1969, na assembleia da Organização Mundial de Saúde – OMS, a fluoretação das águas de abastecimento público foi reconhecida oficialmente como eficaz na prevenção da doença cárie dental. Em 1972, com o patrocínio das agências internacionais, realizou-se em Santiago, Chile, a III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, em que, considerando-se a gravidade do problema da cárie dental nos continentes americanos, recomendou-se também a prevenção de cárie dental mediante a aplicação de flúor. Nessa reunião, estipulou-se como meta *a definição de uma política de saúde dental, e fortalecer em seus ministérios de saúde as unidades odontológicas, que a nível nacional tenham funções normativas, de supervisão e de avaliação* (Zanetti 1993, p. 107).

No Governo Geisel, foi promulgada a Lei nº 6.050, de 1974, que obriga a fluoretação das águas em estações de tratamento de água. Segundo essa lei, regulamentada pelo Decreto-Lei nº 76.872, em outubro de 1975, a fluoretação das águas deveria ser prevista nos projetos de construção e ampliação dos sistemas públicos de abastecimento de água (Zanetti, 1993, p. 107; Moreira, 1999, p. 54).

Por último, cabe mencionar que a FSESP e o Instituto de Alimentação e Nutrição – INAN/MS, diante do alcance do problema (a relação entre doença cárie e flúor), caracterizaram a ausência de flúor como “uma carência nutricional” de elevada prevalência no Brasil, onde as águas doces são pobres em fluoretos. Porém, a expansão da fluoretação foi muito reduzida, e essa iniciativa não foi adiante.

❑ A Odontologia Integral

O modelo de programação em saúde bucal que desde os anos 50 vinha sendo aplicado no Brasil e trabalhava sob a lógica da Odontologia Científica Escolar Sespiana foi ampliado a partir de 1964 com o aparecimento da Odontologia Simplificada, permanecendo dominante mesmo com o surgimento da Odontologia Integral Escolar, nos anos 80.

O modelo de odontologia integral visava, em primeiro lugar, à prevenção em sentido amplo, além do curativo. Observava-se o indivíduo como um todo, no sentido da promoção de saúde por medidas como nutrição adequada, hábitos saudáveis, aplicação tópica de flúor, fluoretação da água, diagnóstico precoce da doença e limitação do dano mediante o tratamento curativo (atitudes expressadas em ações educativas, preventivas e curativas). Moreira (1999, p. 66) afirma que *esse modelo de programação inicialmente tinha como população alvo escolares da rede pública da zona urbana, e o espaço de realização das práticas eram as próprias unidades escolares. Portanto, não houve quebra do paradigma “sespiano”, e sim uma expansão dos limites deste modelo de programação.*

Por outro lado, a partir de 1980, a Associação Brasileira de Odontologia Preventiva – ABOPREV foi influenciada pela odontologia dos países escandinavos, introduzindo uma série de novas tecnologias preventivas no país e provocando mudanças no modelo de atenção. Em particular, *a idéia de risco foi*

potencializada pela noção de cárie como doença infecto-contagiosa (Weyne, 1999, p. 17).

Essa noção colocou em xeque o modelo de programação sespiano, que considerava objeto de sua prática apenas a dentição permanente. A atenção curativa passa a dividir o espaço da clínica com a atenção preventiva, e novas tecnologias preventivas na rotina da clínica (flúor, selantes, ionômero, verniz, etc.) começam a ganhar dia a dia mais espaço.

Propostas pioneiras construídas sob esses novos saberes começam a destacar-se no país, como, por exemplo, o Programa Odontológico Escolar de Saúde – PROESA, de Porto Alegre, a Clínica de Bebês, de Londrina, o Cárie 2000, de Brasília, entre outras.

De acordo com Moreira (1999, p. 67), embora a odontologia integral não tenha representado uma ruptura no modelo de programação escolar sespiano, ela passa a expor os limites desse modelo, hegemônico durante quase 40 anos. A partir do reconhecimento da cárie dental como doença infecciosa, portanto transmissível, como considerar adequado um modelo de programação que comece a atuar com crianças de idade entre seis e sete anos?

Conforme Moreira (1999, p. 67), citando Zanetti (1993), *a Odontologia Integral, embora tenha herdado da Odontologia Simplificada a idéia de equipe odontológica (CD, THD e ACD), aponta para novos espaços a serem ocupados pelo THD para o desenvolvimento de atividades preventivas extra-clínicas (...) Enfoca o desmonopólio do saber odontológico em dois planos: um referente à transparência de conhecimentos do Cirurgião-Dentista para THD e ACD na formação de equipe odontológica e outro referente à transparência de saberes da equipe odontológica para o usuário de serviços.*

Os novos conhecimentos, trazidos pelo pensamento escandinavo, vão ser primeiramente incorporados pela odontologia do setor privado, não provocando nesse momento mudanças na lógica de organização dos serviços odontológicos públicos do país. Destacaram-se apenas algumas propostas alternativas, como o PROESA e o Cárie 2000, já citadas.

Ressalta-se que o modelo de odontologia integral é utilizado atualmente, pelo Município do Rio de Janeiro, no atendimento odontológico de sua comunidade, embora com algumas reestruturações, que veremos adiante.

Comentários sobre os modelos de assistência odontológica

A concepção de assistência desses modelos, na prática, tornou-se ineficaz, na medida em que eles não promovem a redução, em níveis significativos, dos problemas de saúde bucal da população; apresentam baixa cobertura por restringir a cobertura populacional a crianças de sete a 14 anos de idade matriculadas em escolas públicas urbanas; e têm enfoque curativo, em razão do abandono a que relegam o emprego de métodos preventivos, hoje disponíveis e já sobejamente comprovados como de enormes eficácia e eficiência. Acrescente-se a isso o inadequado preparo dos recursos humanos, cuja formação superior é desvinculada das reais necessidades do país, precocemente direcionada para as especialidades e totalmente dissociada das características dos serviços em que os profissionais deverão atuar; com relação aos níveis auxiliar e técnico, insiste na utilização de mecanismos formais de preparação, já superados por procedimentos comprovadamente mais ágeis e de baixo custo, como o treinamento ou preparação em serviço.

Botazzo e Tomita (1990, p. 22) também criticam o modelo hegemônico:

O ensino e a prática odontológicas no Brasil reproduzem de modo anacrônico o acentuado tecnicismo que marca essa especialidade médica nos países desenvolvidos. Fruto da odontologia científica, isto é, positivista, instituída a partir de 1848 e de modo especial a partir de 1920, a odontologia brasileira, tal como está, é ineficaz no equacionamento dos problemas de saúde bucal da população. De resto, é possível afirmar que esta não é sua preocupação. O modelo teórico no qual tanto o ensino quanto a prática se baseiam exclui a possibilidade de incorporar uma leitura social: tratava-se de entender o fenômeno saúde-doença nos marcos estreitos do biológico, a determinação do fenômeno não interessava enquanto objeto. Tem sido rotina para alguns grupos de profissionais, nas últimas décadas, a denúncia desse modelo e a busca de uma transformação da prática, ao mesmo tempo em que têm reivindicado modificações no ensino odontológico. São ainda escassas, embora altamente significativas, as experiências de implementação de novos modelos, os quais, com certeza, não chegam a ameaçar a sólida hegemonia com que o modelo biológico-curativista é exercido.

O modelo de prática, hegemônico pela odontologia de mercado, repercute e influencia, decisivamente, o desenvolvimento de ações odontológicas pelo setor estatal. Por essa razão, vem sendo também objeto de discussões e proposições por parte dos técnicos dos serviços públicos odontológicos. Desde o primeiro Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico – ENATESPO, realizado em Goiânia, em 1984, esses profissionais não têm deixado de se posicionar, como no documento final daquele encontro:

O exercício liberal da odontologia, hegemônico no sub-sistema, constitui segmento importante na prestação de serviços mas de cobertura reconhecidamente insuficiente. Tal forma de exercício deve ser preservada e amparada no que concerne aos seus custos operacionais. O empresariamento e a mercantilização da prestação de serviços odontológicos, contudo, deve ser evitado como forma de extensão de cobertura. Em nenhuma hipótese e sob qualquer forma, o Estado deve transferir recursos públicos para o setor privado empresarial lucrativo, através de prestação de serviços, através de recursos humanos assalariados pelo setor público, é considerada como a mais adequada para a área odontológica, devendo ser incrementada em substituição à modalidade de credenciamentos profissionais ainda em uso pela Previdência Social.

No documento final do quarto ENATESPO, realizado em Uberaba, MG, em 1987, afirmavam:

Frente aos caóticos índices epidemiológicos encontrados (referido o primeiro levantamento epidemiológico na área odontológica, em 1986), além de profundas mudanças sociais, é preciso que ocorram mudanças no modelo de prática odontológica e urge a integralidade das ações, superando a dicotomia curativo/preventivo. Atuar junto às forças políticas e estruturas de poder para mudanças sócio-político-econômicas.

Esses encontros ainda são, nos dias atuais, fóruns democráticos e ricos em proposições para o setor. Com o processo de municipalização, a partir dos anos 90, muitos município brasileiros vivenciaram novas experiências, que foram levadas a esses encontros, tornando-os momentos de troca e reflexão sobre as políticas públicas propostas para a consolidação do SUS.

Pouco antes de movimentos como o ENATESPO e o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica – MBRO, alguns cirurgiões-dentistas paulistas haviam criado, em 1983, o Movimento de Renovação Odontológica do Estado de São Paulo – MBROESP e passaram a ocupar os espaços democráticos abertos naquele início de transição para o regime democrático. O movimento tinha como estratégia sua inserção nas entidades odontológicas, como o CRO/SP, a APCD e o Sindicato de Odontologistas do Estado, a fim de criar condições de aumentar a representatividade dessas instituições. Em 1984, passou a representar, em São Paulo, o recém-criado Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica.

Na discussão de políticas públicas do setor, sobretudo durante a I Conferência de Saúde Bucal – CNSB (1986) e juntamente com estes movimentos, MBRO e ENATESPO, começa a surgir o novo modelo de atenção odontológica, denominado odontologia de saúde coletiva, que será abordado no próximo capítulo.

Conclusão

A Saúde Pública institucionalizou-se no país de forma centralizada e a partir das campanhas sanitárias. A expansão da atenção médico-sanitária para o Nordeste ocorreu principalmente com a criação do SESP, em 1942, que passa ao Ministério da Saúde em 1960.

Foi no âmbito do SESP que tiveram lugar as primeiras iniciativas públicas de programas de saúde bucal, ressaltando os modelos de programação de atenção odontológica, dos quais Mário Chaves foi pioneiro e que tiveram grande influência na ação estatal na América Latina e em outras regiões do mundo. Uma característica fundamental da odontologia sanitária foi o fato de restringir-se à população de sete a 14 anos de idade matriculada nas escolas públicas urbanas, excluindo, portanto, os adultos do programa.

No quadro a seguir resumem-se os modelos odontológicos examinados.

MODELOS ODONTOLÓGICOS

Incremental (Científico)	Simplificado	Integral
▪ Noção de planejamento e programação, surge sob influência da primeira geração de cirurgiões-dentistas sanitaristas brasileiros do SESP (1951). ▪ Sistema incremental tradicional de Aimorés (MG): elevar ao máximo a cobertura, reduzindo ao máximo as necessidades individuais e, por conseguinte, o tempo necessário para tratamento. ▪ Estratégia programática para coletivos restritos: população de escolas públicas de primeiro grau da área urbana – de sete a 12 anos. (Projeto Aimorés) ▪ 1º período: tratamento; 2º período: acumulação de necessidades. ▪ Consultório odontológico em escolas públicas de primeiro grau, realizando extrações, obturações e aplicação tópica.	▪ Toda a clínica é objeto de simplificação: equipamentos e instrumentais. ▪ Introdução de THAD e ACD na equipe odontológica no trabalho intraclínico. ▪ Desmonopólio do saber do CD para THD e ACD ▪ Estratégia de programação ainda centrada em coletivos restritos (escolares de sete a 14 anos de idade das escolas públicas da área urbana) com os mesmos problemas já levantados sobre o modelo da odontologia científica. ▪ Ampliação das medidas de prevenção em massa pela aplicação de flúor nas águas de abastecimento.	▪ Grande influência do preventivismo escandinavo ABOPREV – 1980. ▪ Cárie como doença infectocontagiosa. Conceito de risco de doença. ▪ Dentição decídua passa também a ser objeto de atenção. ▪ Atenção curativa passa a dividir o espaço da clínica com a atenção preventiva. Não mais só lesão de cárie com cavitação seria objeto da prática, mancha branca, paralisação de lesão, etc. ▪ Reconhecimento das terapias de ação tópica como eficazes na prevenção da doença. ▪ Retorno programado do paciente à clínica não apenas por razões curativas, como no modelo incremental. ▪ Utilização de outros espaços extraclínicos para as ações preventivas (escovários). ▪ Utilização de novas tecnologias preventivas: flúor nos cremes dentais, selantes, ionômeros, vernizes, evidenciação de placa. ▪ Odontologia para bebês. ▪ Formação e capacitação de THDs e ACDs.

CAPÍTULO II

MEDICINA PREVIDENCIÁRIA E ATENÇÃO ODONTOLÓGICA

Este capítulo aborda a assistência médica e a atenção odontológica no âmbito da Previdência Social.

- **Atenção Odontológica da Previdência Social**

Como já visto, mediante as diretrizes do Plano de Pronta Ação – PPA, os dirigentes dos sindicatos, em particular o dos metalúrgicos, buscaram uma nova opção de assistência médica privada, por meio das cooperativas médicas. Esse propósito visava aos anseios dos trabalhadores da categoria no sentido de possuir um plano de saúde diferenciado daqueles disponibilizados pela assistência pública. Ao mesmo tempo, objetivava combater a expansão das empresas de medicina de grupo, administradas por pessoas não vinculadas aos movimentos da categoria, uma vez que havia consenso de que tal forma de administração contribuía para a priorização da mercantilização da assistência à saúde.

Quanto aos planos e seguros de saúde, o mercado correspondente começou a constituir-se de forma muito incipiente, no âmbito de legislação sobre acidentes do trabalho na década de 1940, quando foi criada a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI, com intenção de complementar o atendimento médico do IAPB (Santos, 2000, p. 9). Esse campo, mais tarde denominado “saúde do trabalhador” ou “saúde ocupacional”, seguiu rumos diferentes, tanto no plano das reivindicações dos sindicatos operários quanto em termos jurídicos, institucionais e financeiros. Entretanto, é importante ressaltar que, em termos de seguros contra acidentes do trabalho, tinha sido implantada no país a semente para a expansão dos seguros em geral.

De acordo com Gentile de Mello (1997), o PPA estimulou o crescimento da “medicina de grupo” ao estipular o “convênio com empresa”, que transferia aos empregadores a responsabilidade do atendimento a seus empregados em caso de doença, mantendo para isso serviço contratado.

O Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS e o PPA permitiram ainda a ampliação da cobertura dos benefícios assistenciais e previdenciários aos

trabalhadores rurais, por meio do Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural – FUNRURAL.

O modelo médico-assistencial que se concretiza em meados dos anos 70, segundo Mendes (1996, p. 59) e Draibe (1990, p. 110), tem as seguintes características:

- o privilegiamento da prática da medicina curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;
- a criação, por meio da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial;
- o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado desses serviços;
- no modelo assistencial, o predomínio da medicina urbana e curativa, operada em hospitais, em detrimento de ações preventivas e básicas, principalmente as de atendimento da população rural;
- na composição da oferta, a articulação dos setores público e privado na prestação dos serviços, o segundo respondendo por 70% de serviços médicos contratados pelo primeiro;
- no acesso aos serviços, a tendência à universalização a partir do segmento do seguro social.

Em suma, quando das reformas do governo da ditadura, o sistema de saúde apresentava uma realidade em que o Estado era o financiador, o setor privado, o maior prestador de assistência médica, e o setor internacional, o responsável pela produção de equipamentos biomédicos e medicamentos. Um aparato difícil de o governo sustentar, dado que a crise econômica brasileira corroeu o pilar fundamental de financiamento, que mantinha a Previdência Social. Frente a essa situação, busca-se uma política reformista, na tentativa de controlar as disfunções do modelo vigente.

De acordo com Chaves (1986, p. 201), no século XX, a maioria das entidades públicas e privadas mantenedoras de serviços de saúde incluía a prestação de algum tipo de assistência odontológica a sua clientela. Na área governamental, muitos ministérios e secretarias estaduais e municipais da Federação ofereciam atenção odontológica a seus funcionários e dependentes.

Quanto ao atendimento de clientela específica, destacam-se os serviços odontológicos das Forças Armadas e Polícias, distribuídos por todo o território nacional. Nas regiões de população rarefeita, como zonas fronteiriças e áreas estratégicas e de desbravamento, a assistência odontológica oferecida pelas Forças Armadas constituía a única alternativa disponível para a comunidade não militar, tanto quanto a Marinha servia às populações ribeirinhas da região amazônica, e a Aeronáutica, às comunidades de difícil acesso terrestre ou fluvial.

As ações da assistência odontológica pública oferecida pelos IAPs nesse âmbito obedeciam à lógica da demanda espontânea e tinham inicialmente por objetivo a remoção de focos dentários (extração), atitude mutiladora característica da prática odontológica nos anos 30.

Com a criação do INPS, em 1966, a odontologia passou a ter diretrizes gerais para o atendimento de seus beneficiários. A partir daí, a expansão da assistência odontológica foi crescente no setor estatal, culminando, no início dos anos 80, com a aprovação do Plano de Reorientação da Assistência Odontológica – PRAOD, pelo CONASP. Manteve-se predominante, porém, o padrão de intervenção mutiladora com o INAMPS, até a criação do SUS e a fusão do INAMPS com o Ministério da Saúde, em 1990. Contudo, outras medidas normativas de 1966 ampliaram as seguintes funções dos serviços odontológicos: remoção de dentes portadores de focos de infecção; utilização de radiografia como auxílio diagnóstico; assistência odontopediátrica (40% das instalações odontológicas); ortodontia para portadores de defeitos congênitos, em complementação à cirurgia plástica restauradora, que seria implantada conforme os recursos disponíveis (Zanetti, 1993, p. 83).

A necessidade de ampliar os benefícios previdenciários ao trabalhador do campo levou à criação, em 1967, do Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural – FUNRURAL, que objetivava retirá-lo da categoria de indigente do ponto de vista médico-social e colocá-lo em igualdade de condições com a força de trabalho urbana. Nessa lógica de ampliação dos serviços do INAMPS, deu-se preferência a universidades, secretarias estaduais de saúde, prefeituras e entidades sem fins lucrativos, como sindicatos, no estabelecimento de convênios para prestar atenção odontológica.

Conforme Pinto (1977, p. 41-2), promoveu-se uma acentuada capitalização dessas novas instituições conveniadas, quando, sob um processo centralizado, foram doados milhares de equipamentos odontológicos e conjuntos de instrumentais, exingindo-se dos novos parceiros apenas o fornecimento de material de consumo e recursos humanos. Foram distribuídos alguns ônibus adaptados e equipados com sistema de refrigeração para a realização de atendimento volante na zona rural. Não obstante, o processo de expansão dos serviços médicos e odontológicos para o interior do país tornou-se bastante dispendioso e apresentou baixa cobertura populacional. Segundo Pinto (1977, p. 66) *os grandes favorecidos neste processo de “doação” foram as elites políticas locais (que se caracterizavam por uma estratégia política clientelista); alguns sindicatos patronais e entidades “filantrópicas”, e a indústria de equipamentos e de instrumentais e materiais odontológicos, principalmente.*

Assim, também com o INAMPS, a partir de 1975, a odontologia experimentou um avanço significativo na ampliação de seu leque de benefícios. O adulto passou a ter tratamento preventivo e conservador, recebendo especial atenção quanto aos tratamentos estomatológicos. Intituiu-se o tratamento protético para restauração bucofacial, em complementação aos atos cirúrgicos nas perdas traumáticas e recessões ósseas, bucofaciais, incluindo a confecção de aparelhos para a redução e contenção de fraturas ósseas. Foi enfatizado o tratamento da criança, principalmente no que se refere a medidas preventivas, promocionais, profiláticas e interceptivas. Disciplinou-se a atuação do odontólogo credenciado em seu consultório, a fim de suprimir as deficiências da assistência local. Fixaram-se normas de conduta para a informação de pacientes em hospitais para tratamento odontológico, sob anestesia geral, e propôs-se a prestação da assistência odontológica de urgência na rede hospitalar, em particular nos serviços de tisiopneumologia e psiquiatria (Zanetti, 1993, p. 87).

Dados do INAMPS relativos a 1976 revelam que os serviços ambulatoriais credenciados, integrantes do setor privado, superavam largamente os próprios da Previdência (Oliveira e Teixeira, 1985, p. 243). O INAMPS dispunha de 1.676 dentistas nos serviços próprios e 3.879 dentistas credenciados, como mostra o Quadro 2.

QUADRO 2. INPS – RECURSOS DISPONÍVEIS – 1976
ASSISTÊNCIA MÉDICA

ESPÉCIES	QUANTIDADE
<i>SERVIÇOS AMBULATORIAIS</i>	
Postos	540
Consultórios	5.872
Médicos	21.261
Dentistas	1.676
Unidades	200
<i>SERVIÇOS AMBULATORIAIS CREDENCIADOS</i>	
Médicos	15.261
Dentistas	3.879
Laboratórios	2.210
Clínicas radiográficas	995
Farmácias	12
<i>HOSPITAIS PRÓPRIOS</i>	
Hospitais	34
Capacidade de leitos	8.317
Leitos em funcionamento	5.628
<i>HOSPITAIS CONTRATADOS</i>	
Hospitais	2.808
Capacidade de leitos	242.730
Leitos sob contrato	165.077

Fonte: Teixeira e Oliveira, 1985, p. 243

O mesmo Quadro 2 mostra que o número de dentistas em relação aos números de médicos nos serviços próprios do INAMPS correspondia a cerca de 7,9%. Com relação ao setor credenciado, essa proporção aumentava para em torno de 25,4%, o que demonstra de fato a dependência ao INAMPS por parte desses profissionais dentistas credenciados na oferta de serviço de atenção odontológica. Da mesma forma, podemos observar que o número oferecido de leitos em funcionamento e de hospitais próprios do INAMPS, em comparação com os do setor privado contratados, representava cerca de 1,5% de hospitais e 3% de leitos em oferta, o que caracterizou a predominância do setor contratado com mais de 90% da oferta desses serviços, revelando a lógica credencialista do setor

Em 1981, já eram 5.600 os dentistas credenciados pelo INAMPS. Distribuíam-se geográfica e demograficamente de forma distorcida, favorecendo a Região Sudeste (Portaria MSPAS nº 3.163).

O crescimento dos serviços odontológicos do INAMPS foi acompanhado da criação da Coordenadoria de Odontologia, em 1976, com coordenadorias

regionais em todo o país. Para Zanetti (1993, p. 90), o preenchimento dos cargos pertinentes a esses órgãos deu-se sob critérios de conveniência política e identificação ideológica dos pretendentes, associados a um forte apoio corporativo dos cirurgiões-dentistas em cada região.

□ **Novos Rumos para a Saúde Bucal**

A convocação da VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, teve por finalidade promover um debate relacionado com a implantação e o desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde PREV-SAÚDE, sob a responsabilidade dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. Embora não se tenha transformado em política governamental, para a odontologia representou um momento rico e significativo no processo de discussões setoriais, constituindo-se em ponto de referência para os progressos daí em diante alcançados. Segundo o PREV-SAÚDE, a saúde bucal era uma das cinco atividades básicas que deveriam compor uma unidade de saúde.

Pela primeira vez na história das Conferências Nacionais de Saúde, as questões de saúde bucal foram consideradas preocupação nacional. No tema “Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde” foi apresentado um diagnóstico que apontava ineficácia, ineficiência, descoordenação, má distribuição de recursos, baixa cobertura dos serviços, alta complexidade, enfoque curativo das atividades, caráter mercantilista e monopolista, inadequação no preparo de recursos humanos e dependência tecnológica externa (MS, *Anais da VII CNS*, 1980, p. 3 e 176).

Entretanto, as avançadas propostas dessa Conferência acabaram tendo o mesmo insucesso do PREV-SAÚDE, só sendo implementadas, parcialmente, a partir de 1983, quando da proposta de Reorientação da Assistência Odontológica do INAMPS.

O plano do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciário – CONASP, de 1981, seguiu a mesma tendência do PREV-SAÚDE. De forma menos radical, sugeria a reversão da política de compra de serviços privados. Colaboraram para essa tendência de mudança as graves denúncias de fraude na Previdência e a estratégia de redução de custos do sistemas. A Portaria 3.046 do MPAS, de 20/06/1982, disciplinou e racionalizou a

assistência, fixando parâmetros de cobertura (cinco consultas por beneficiário/ano e três atendimentos odontológicos/hora) e produtividade e limites para a compra de serviços odontológicos do setor privado.

Em 1983, aprova-se a Proposta de Reorientação da Assistência Odontológica, determinando-se que caberia ao INAMPS realizar sua implementação, de forma gradual e progressiva, à medida que fosse viabilizada a indispensável articulação com os órgãos federais, estaduais e municipais, e com entidades privadas envolvidas no sistema de saúde bucal (Zanetti, 1993, p. 141-3).

Segundo o mesmo autor, o modelo de atenção odontológica proposto deveria enfatizar:

- implementação de medidas preventivas de massa (flúor nas águas de abastecimento);
- desenvolvimento de programas educativos;
- prioridade à atenção às crianças de seis a 12 anos por meio de sistema incremental;
- utilização de pessoal técnico e auxiliar;
- assistência ao adulto e à gestante;
- reafirmação da idéia de proteção dirigida a crianças em idade escolar e a adultos de maior carência econômica;
- integração interinstitucional.

Ao contrário das expectativas criadas, esse programa não trouxe mudanças significativas. Apesar do discurso de reversão do modelo de compra de serviços privados, não houve crescimento dos serviços próprios do INAMPS. A exceção foram os incentivos dados aos programas realizados por instituições públicas conveniadas, como instituições de ensino superior e secretarias de saúde e de educação, que foram incrementados a partir dos convênios das Ações Integradas de Saúde – AIS (Moreira, 1999, p. 69).

Segundo Zanetti (1993, p. 123), o período da ditadura militar caracterizou-se pela incorporação, por diversas áreas do governo, de técnicos formuladores de política, que introduziram princípios de planejamento na administração pública brasileira. A medida começou pelo INAMPS (1976 a 1978) e posteriormente alcançou o MS (1988 a 1990). Nesse processo foi indicado para a Coordenadoria

de Odontologia do INAMPS o ex-coordenador desse setor na FSESP, Paulo da Silva Freire. Com isso, as soluções gerenciais para as deficiências da proteção sanitário-bucal começaram a tomar orientações sespianas. Aquela Coordenadoria foi fortalecida em 1984, ao ser promovida a Departamento, tanto na Superintendência Central quanto nas regionais, então revitalizadas, depois de terem sido extintas em 1978 (Zanetti, 1993, p. 128).

O novo Departamento de Odontologia do INAMPS lançou, em 1987, o Programa Nacional de Controle da Cárie Dental, com base no uso de selantes em todos os dentes permanentes posteriores recém-erupcionados em crianças a partir de cinco anos. Após a primeira aplicação, previa repetições sucessivas de dois em dois anos, até que a criança completasse 12 anos de idade (MPAS/INAMPS, 1987, *apud* Zanetti, 1993, p. 148).

Eram metas do programa a redução das necessidades de tratamento odontológico; a cobertura de todas as crianças de seis a 12 anos em cinco ou seis anos de atividade; e a redução do custo do tratamento completado a 71% de seu valor vigente. O programa de selantes, contudo, iria sofrer muitas críticas por parte de técnicos da saúde, que o alegavam muito complicado, inacessível e caro (Zanetti, 1993, p. 148).

Na Nova República, iniciava-se com o governo de José Sarney o processo de esvaziamento do INAMPS. Sob a direção de Hésio Cordeiro, a administração central foi transferida do Rio de Janeiro para Brasília; foram feitos cortes no quadro de pessoal (toda a estrutura foi reduzida a 10% da original); a Diretoria de Odontologia foi rebaixada, retornando à condição de Coordenação, e seu coordenador substituído.

Todas essas transformações já se faziam esperadas, pois eram parte da estratégia de extinção do INAMPS e sua futura passagem para o MS, no bojo da Reforma Sanitária que daria origem ao SUS. O programa odontológico sofreu grande esvaziamento, e as mudanças não teriam causado tantos prejuízos se 10.000 caixas de selantes já não tivessem sido adquiridas e estocadas pelo INAMPS (Moreira, 1999, p. 70).

A estratégia consistia em transformar o MS em um órgão definidor da Política Nacional de Saúde Pública Bucal, o que só se concretizaria no final da década de 1980.

Em 1982, foi criada no MS a Unidade de Sistema de Odontologia – GT-ODONTO, subordinada à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde e com a finalidade de definir e orientar as ações do MS no campo da odontologia, bem como integrar e coordenar as atividades de apoio às secretarias estaduais de Saúde.

O GT-ODONTO elaborou novo documento, reproduzindo as propostas da VII Conferência Nacional de Saúde, que, porém, mais uma vez não foram implementadas; efetivamente, o trabalho resumiu-se ao Programa de Fluoretação das Águas de Abastecimento Público, que contou com recursos captados do BNH/PLANASA, envolveu técnicos dessa instituição e da OPAS, e destinou-se principalmente à Região Nordeste (Zanetti, 1993, p. 172).

Como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, um evento de grande significância realizou-se nesse mesmo ano: a I Conferência Nacional de Saúde Bucal. Na ocasião, pela primeira vez, a saúde bucal foi discutida politicamente como questão de cidadania. Quatro grandes temas nortearam essas discussões: “A saúde como Direito de Todos e Dever do Estado”; “Diagnóstico de Saúde Bucal no Brasil”; “Reforma Sanitária: Inserção da Odontologia no Sistema Único de Saúde”; e “Financiamento do Setor Saúde Bucal” (www.datasus, 2001).

Zanetti (1993, p. 197) considera que todo esse movimento de politização do subsetor foi, sem dúvida, o momento máximo de afirmação e de expressão política de uma nova geração de cirurgiões-dentistas sanitaristas que, a partir do início dos anos 90, vai-se destacar ao assumir cargos de direção nos principais estados brasileiros. O pensamento desses profissionais foi consolidado por meio do Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica – MBRO e, posteriormente, nos Encontros Nacionais de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico – ENATESPO, em que se discutia uma política de saúde bucal para o país em sintonia com as propostas da Reforma Sanitária Brasileira.

Moreira (1999, p. 76) ressalta a importância da VIII Conferência enquanto espaço de democratização e de novas propostas. Afinal, pela primeira vez, segmentos não técnicos participaram das discussões, que foram antecedidas pelas

conferências regionais e/ou estaduais de saúde bucal, também com expressiva participação da sociedade civil.

Em agosto de 1987, outra grande reivindicação se concretizaria, com a criação no MS da Divisão Nacional de Saúde Bucal – DNSB, que fora proposta pelo GT-ODONTO em 1985, como órgão normatizador de uma política nacional para o subsetor, a ser alocado no mesmo patamar das demais divisões do MS, o que possibilitaria à futura divisão ter recursos orçamentários e financeiros, elementos de que o GT-ODONTO não dispunha. Ao ser criada, a Divisão compunha-se de três serviços: Epidemiologia, Programação, e Normas Técnicas e Recursos Operacionais. (Moreira, 1999, p. 76).

A odontologia pública nacional passava, assim, a ter duas coordenações, uma no INAMPS e outra no MS. Mediante operação conjunta por parte da DNSB/MS e da Coordenação de Administração Odontológica/INAMPS, numa realidade de recursos extremamente limitados, procurou-se construir, a partir de um diagnóstico de saúde bucal, uma política nacional para o subsetor, com as seguintes propostas:

- dispor de uma base de informações epidemiológicas mais razoável;
- formular a Política Nacional de Saúde Bucal;
- organizar a coordenação do MS pelas regiões do país;
- construir um Sistema Nacional de Planejamento em Saúde Bucal;
- organizar a rede de serviços no país;
- tentar reduzir a incidência das doenças, principalmente a cárie dental.

Se as propostas da DNSB não foram todas concluídas, em grande parte elas foram ao menos iniciadas.

Entretanto, em decorrência de suas diretrizes, em 1988, o MS e o INAMPS publicaram o *Levantamento epidemiológico em saúde bucal no Brasil, Zona Urbana, 1986*. Foi esse o primeiro, e único até 1996, levantamento epidemiológico realizado com rigor técnico e metodológico no país, e só a partir dele puderam-se traçar metas para o subsetor (www.saude.gov.br). De fato, em outubro de 1988, foi firmada a Política Nacional de Saúde Bucal, primeira iniciativa conjunta do MS, MPAS e MEC.

A PNSB foi submetida à avaliação das principais instituições de defesa dos interesses corporativos da categoria (Conselho Federal de Odontologia, Associação Brasileira de Odontologia, Academia Brasileira de Odontologia). Contou, além disso, com a colaboração dos titulares das seis macrocoordenadorias regionais do INAMPS, criadas também em 1988, e com a realização de cinco cursos de gerência e planejamento em odontologia, para cerca de 150 coordenadores de programas em todo o país, além de um Encontro Nacional de Coordenadores Estaduais para definir as principais linhas de atuação política (Zanetti, 1993, p. 204).

A partir de 1989, a DNSB passou a centralizar todas as ações do setor no nível federal, extinguindo-se a Coordenação de Administração de Odontologia do INAMPS. Nesse ano ocorreu a primeira alocação de recursos orçamentários num órgão específico para saúde bucal no MS.

A principal atividade realizada pela DNSB foi o início da implementação do Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental – PRECAD, criado pela Portaria nº 13/89, porém, logo abandonado, quando Fernando Collor de Mello assumiu a presidência da República, em 1990.

Como sabido, muito antes da inscrição constitucional do direito à saúde, as lutas sociais pela afirmação da cidadania no Brasil vinham-se produzindo, trazendo em seu bojo crescente expansão da cobertura dos serviços de saúde, que atingiu também os serviços odontológicos.

Ainda que tenha sido implementada pela Previdência Social de forma centralizadora, essa expansão da cobertura dos serviços odontológicos impulsionou fortemente, sobretudo a partir da aprovação do PRAOD e da implementação do Programa de Ações Integradas de Saúde – AIS, a criação e o desenvolvimento de centenas de programas de saúde bucal em secretarias estaduais e municipais de Saúde em todo o país.

Tal expansão não deve, porém, ser entendida como sinônimo de melhores condições de saúde bucal da população brasileira. Lamentavelmente essas expansões de cobertura eram restritas a grupo segurado pela Previdência Social, aqueles cidadãos que dispunham de carteira de trabalho assinada e contribuíam para o sistema, como forma de acesso, ficando a população em geral dele excluída e à mercê dos serviços de caridade e das entidades filantrópicas sem fins

lucrativos. Isso demonstra a inexistência de uma política nacional de assistência odontológica para a população brasileira; a que havia estava destinada à categoria de profissionais sobejamente reconhecida pelo Estado, cujos elementos, ao contribuírem para o sistema, passavam a ser considerados cidadãos.

Na inevitável necessidade de reformular esse modelo, esgotado por suas ineficiência e ineficácia, sanitaristas, técnicos, estudiosos, políticos e lideranças sindicais e populares, preocupados e envolvidos com os rumos tomados pela saúde pública no país, começaram a discutir e propor um novo sistema de atenção à saúde.

Na verdade, a própria história das políticas públicas em saúde bucal é ainda bastante desconhecida.

Conclusão

A assistência médica da Previdência Social caracterizou-se pelo atendimento curativo individual aos segurados dos IAPs, gerando baixa cobertura dos serviços. Em meados dos anos 60 os institutos são unificados no INPS, e, no final dessa década, cria-se o INAMPS, sendo abolido o requisito da carteira de trabalho assinada para o atendimento nos serviços de saúde previdenciária; desse modo, a cobertura torna-se, em tese, universal. Paralelamente, expande-se a atenção médico-hospitalar privada mediante incentivos às empresas médicas.

Quanto à atenção odontológica previdenciária, além de ter cobertura muito baixa, centrava-se em intervenções mutiladoras. Em outras palavras, no país não existiu, no período em análise, uma política de saúde bucal nem no âmbito da saúde pública, nem no da Previdência Social. A atenção odontológica foi, portanto, praticamente monopólio dos profissionais liberais que vendiam seus serviços no mercado privado.

CAPÍTULO III

O SUS E A SAÚDE BUCAL COLETIVA

Neste capítulo abordaremos o modelo de Saúde Bucal Coletiva e a inclusão das Ações de Atenção à Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde – SUS.

A Inserção da Saúde Bucal no SUS

O atual sistema brasileiro de saúde foi estabelecido pela Constituição Federal de 5 de outubro de 1988, denominado Sistema Único de Saúde – SUS e regulado pelas leis 8.080 e 8.142, de 1990, que estabelecem princípios como a universalidade do atendimento, a equidade na prestação das ações e a integralidade da atenção, e incluem em seus marcos ainda os mecanismos operacionais para a descentralização político-administrativa e a participação da comunidade.

Com base nesses princípios, a saúde bucal passou pela revisão de sua filosofia orientadora, surgindo, assim, a expressão saúde bucal coletiva, que recomenda observar o indivíduo como um todo.

De acordo com Narvai, *à expressão saúde bucal acrescentou-se durante os anos 80, no Brasil, o termo coletiva. Passou-se a falar, sobretudo no estado de São Paulo, sob evidente influência do movimento da saúde, e não numa possível odontologia coletiva. Isso não ocorreu por acaso, nem por razões fonéticas. Falar em odontologia coletiva significaria continuar preso à noção de odontologia. E era exatamente isto o que se procurava evitar. Mesmo reconhecendo o significado e a importância da assistência odontológica, buscava-se construir uma referência teórica para as ações a serem desenvolvidas que, mantendo o vínculo com a saúde bucal, extrapolasse os limites do meramente assistencial, vale dizer daquilo que normalmente é tido como odontológico. Por isso, não poderia ser a mesma coisa falar em odontologia coletiva ou saúde bucal coletiva* (Narvai, 2002, p. 70).

Complementando esse raciocínio, no mesmo trabalho o autor cita Botazzo e cols. (1988):

(...) a assistência odontológica (ou médica, etc.) às pessoas compreende ações clínicas e cirúrgicas restritas, limitadas ao atendimento individual. Esta é a

prática odontológica. A atenção à saúde bucal compreende, por outro lado, além das ações individuais, ações sobre as causas das doenças, sejam estas de que natureza forem. Essas ações, situando-se num campo extra-clínica, são englobadas por práticas de saúde não mais no campo da assistência odontológica, mas num campo que poderíamos chamar saúde bucal coletiva.

Ainda conceituando saúde bucal coletiva, Botazzo (*apud* Narvai, 2002, p. 73-4) refere-se a três conceitos que julga fundamentais para a constituição do referencial teórico-metodológico da SBC:

- a politização dos agentes etiológicos – *Os agravos biológicos à saúde são condicionados pelos distintos modos de viver – modos sociais de viver – os quais, por sua vez, são engendrados pela e na própria sociedade humana (...) Definitivamente, bocas proletárias não se assemelham a bocas burguesas, por mais estruturas anatômicas comuns que possam ter;*
- a vinculação ao campo das práticas coletivas em saúde – *A excessiva autonomia dos dentistas em relação ao seu objeto, não se refere apenas à necessária divisão técnica do trabalho odontológico no interior da própria prática, mas também, à constatação da impropriedade da divisão do trabalho em saúde quando se trata de um objeto referenciado e constituído no campo da saúde coletiva. Este é um movimento simultâneo que deve conduzir a interdisciplinariedade das práticas, no reconhecimento dos vários saberes que aportam no mesmo objeto, não mais através de intervenções compartmentadas, mas sim pela consciente e mútua cooperação no trabalho dos vários agentes de saúde;*
- as ações de natureza coletiva – *A saúde bucal coletiva é inseparável daquelas ações que se organizam JUNTO ao coletivo e COM o coletivo, mais do que aquelas que se organizam SOBRE o coletivo (...) o melhor modo de conceituar ações de natureza coletiva em saúde é entendê-las como expressões de relações políticas que se estabelecem entre os vários atores sociais, isto é, que se manifestem através de trocas entre os cidadãos, paritariamente conduzidas pelo poder público e sociedade civil.*

A Saúde Bucal Coletiva – SBC reúne, em sua prática, soluções gerenciais que foram surgindo ao longo da história da programação na área – à exceção da odontologia científica escolar sespiana, por sua flagrante contradição com os princípios do SUS, como universalização, controle social, etc. Dessa forma, incorporam-se a simplificação de equipamentos e a noção de equipe da odontologia simplificada, os novos conhecimentos trazidos por influência escandinava e o processo de desmonopolização do saber da odontologia integral, (ainda que esse processo tenha ocorrido muito mais no nível de equipe de saúde bucal).

O grande desafio da saúde bucal coletiva está exatamente em como fazer chegarem aos cidadãos usuários dos serviços de saúde, em seu cotidiano, os saberes dessa nova odontologia, num processo de desmonopolização do conhecimento, de democratização de saberes e práticas de promoção em saúde bucal, considerando não apenas a equipe de saúde, mas, principalmente, por intermédio desses profissionais, a população, garantindo assim uma participação mais crítica da sociedade no controle e avaliação das políticas propostas (Moreira, 199, p. 102).

Para Zanetti (1996), *a saúde bucal coletiva enquanto paradigma de programação deve ser compreendida como a odontologia integral exposta às exigências e aos desafios do SUS. Isto porque as mudanças no modelo de programação que vão ocorrer na Saúde Bucal Coletiva (SBC) são herdeiras das soluções descortinadas pela odontologia integral com influência escandinava, num processo de busca de organicidade do SUS; de realização de seus princípios, em especial os da universalização do acesso, da equidade, da territorialização e do controle social.*

Uma das mudanças provocadas por essa estratégia de programação foi a regulamentação, em 1991, dos procedimentos coletivos para efeito de faturamento pelo MS. Moreira (1999, p. 106 *apud* Calvo, 1995) define: *os Procedimentos Coletivos (PC) são conjuntos de procedimentos a ser desenvolvidos em grupos populacionais previamente definidos.* Os participantes do grupo devem ser acompanhados durante o ciclo do programa – anual –, permitindo o controle epidemiológico do grupo. Os procedimentos dividem-se em três níveis de complexidade (PCI, PCII e PCIII), de acordo com a capacidade organizacional da

unidade básica de saúde e do município. Com o avanço do processo de municipalização, as ações do MS restringiram-se à normatização desses procedimentos.

A NOB-SUS 96 no campo da atenção à saúde classifica três grandes campos, a saber:

- o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente e desenvolvidos no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar (no qual se inclui a saúde bucal; ver Anexo I, o elenco de procedimento);
- o das intervenções ambientais, em seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros, e a operação de sistemas de saneamento ambiental, mediante pacto de interesses, normalizações, fiscalizações e outros mecanismos;
- o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde/doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habilitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

Em 26 de janeiro de 2001, o Ministério da Saúde publica, pela Portaria nº 95, a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS/2001, que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e atualiza os critérios de habilitação de estados e municípios.

O conjunto de estratégias apresentadas na NOAS articula-se em torno do pressuposto de que, no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo (NOAS, 2001, p. 3).

A mesma NOAS, em seu Anexo 2, estabelece responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica na área de odontologia, priorizando a

prevenção dos problemas odontológicos na população de zero a 14 anos e gestantes em procedimentos coletivos; cadastramento de usuários; tratamento dos problemas odontológicos na população de zero a 14 anos e gestantes e atendimento à urgências odontológicas, como mostra o Quadro 3.

QUADRO 3 – Ações de Saúde Bucal

Responsabilidades	Atividades
PREVENÇÃO dos problemas odontológicos, prioritariamente, na população de zero a 14 anos e gestantes	Procedimentos Coletivos: levantamento epidemiológico escovação supervisionada evidenciação de placa, bochechos com flúor, educação em Saúde Bucal
Cadastramento de usuários	Alimentação e análise de sistemas de informação
TRATAMENTO dos problemas odontológicos, prioritariamente, na população de zero a 14 anos e gestantes	Consulta e outros procedimentos odontológicos
Atendimento a urgências odontológicas	Consulta não agendada

Fonte: NOA-SUS 01/2001

Destacamos, ainda, a importância que a NOAS-SUS 01/2001, em seu Anexo 2, atribui ao sistema de informação quanto à alimentação e à análise no item cadastramento de usuários, tópico que será abordado no Capítulo IV.

Embora o MS tenha normatizado as ações de saúde bucal na atenção básica no Sistema Único de Saúde, mediante a NOB 96 e a NOA 2001, essas ações não se constituíram como universalização de acesso da população brasileira, por direcionar suas prioridades à população restrita de zero a 14 anos e gestantes, o que não difere muito dos modelos observados no capítulo anterior.

Nos anos 90, a crise do mercado de trabalho dos profissionais do setor privado na área de saúde bucal mobilizou associações de classe no sentido de reivindicar a inclusão da saúde bucal no Programa de Saúde da Família – PSF, que não constava no projeto inicial de 1994. As reivindicações da categoria foram atendidas pela Portaria 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabelece

incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF (Anexo II). E entra em vigor pela Portaria 267, de 6 de março de 2001, regulamentadora da Portaria 1.444, que criou incentivo de saúde bucal destinado ao financiamento de ações e da inserção de profissionais dessa área no Programa de Saúde da Família. A Portaria 267 visa, ainda, à ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção e recuperação da saúde bucal, bem como de prevenção de doenças e agravos a ela relacionados; à melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal da população e à inclusão das ações de saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família, como forma de reorganização da saúde bucal no âmbito da atenção básica.

A mesma portaria, em seu Anexo 1, dispõe sobre o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, do qual constam as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal no PSF e, no Anexo 2, inclui o elenco de procedimentos no âmbito da saúde bucal compreendido na atenção básica estabelecido pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 e pela Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS (Anexo III).

O Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica da Portaria 267 visa garantir na saúde bucal a universalização do acesso, a integralidade da atenção, a equidade, a descentralização da gestão, a hierarquização dos serviços e o controle social, princípios e diretrizes constitucionais e legais de funcionamento do SUS, cujo cumprimento requer a reordenação das práticas sanitárias e, por consequência, a transformação do modelo de atenção. O Programa de Saúde da Família envolve um conjunto de ações individuais e coletivas que se tem mostrado eficaz para a reorganização da atenção básica, o que possibilita o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde.

A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas, na promoção, proteção e recuperação, impulsionou a decisão de reorientar as práticas de intervenção nesse contexto, mediante sua inclusão na estratégia de saúde da família.

Conclusão

A saúde bucal só se insere como Política Nacional de Saúde Pública nos princípios e diretrizes do SUS no ano 2001, o que explica a incipiência de seus dados e a dificuldade na obtenção de bibliografia sobre o tema do ponto de vista da Saúde Coletiva em Saúde Bucal.

CAPÍTULO IV

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E SAÚDE BUCAL

Neste capítulo será analisada a organização do Sistema de Informação em Saúde – SIS e em Saúde Bucal e, em seguida, serão abordados os aspectos conceituais do SIS e sua aplicação à odontologia no Brasil.

Sistema de Informação – Aspectos gerais

Sistema é o conjunto integrado de partes que se articulam para uma finalidade comum. A idéia de sistema relaciona-se a um princípio organizador do conhecimento, tanto na área básica quanto em várias especialidades. No que diz respeito aos sistemas de informação, são vários os elementos ligados à captação, ao processamento e à difusão de dados, desde os materiais de registros (como prontuários e fichas de vacinação), às tabelas e gráficos de resumo, passando por todos os recursos utilizados para sua transformação e análise, incluindo os computadores (Camargo Jr. e Coeli, 2000, p. 4).

Para Laudon (1999, p. 4), *sistema de informação é um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, recuperam, processam, armazenam e distribuem informações com o propósito de facilitar o planejamento, o controle, a coordenação, a análise e a tomada de decisões nas organizações*. Essencialmente, os sistemas de informação transformam a informação em uma forma utilizável para a coordenação do fluxo de trabalho de uma empresa, ajudando empregados ou gerentes nas tarefas de tomar decisões, analisar e visualizar assuntos complexos e resolver outros tipos de problemas.

Nas palavras de Stair (1998), trata-se de *uma série de elementos ou componentes inter-relacionados que coletam (entrada), manipulam e armazenam (processo), disseminam (saída) os dados e informações e fornecem um mecanismo de feedback*.

Sistemas de Informações em Saúde

Um sistema de informação é um instrumento colocado a serviço de uma dada política pública, sendo estruturado para dar respostas a determinados

interesses e práticas institucionais. O Sistema de Informação em Saúde – SIS é definido pela Organização Mundial de Saúde – OMS como um *mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para organizar e operar os serviços de saúde e também para a investigação e o planejamento com vistas ao controle das doenças*. Na mesma linha, a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS considera que o SIS é o *conjunto de componentes que atuam de forma integrada e que tem por finalidade produzir a informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no Sistema de Saúde*. Fazem parte desse conjunto as organizações e os indivíduos que planejam, financiam, administram, provêem, medem e avaliam os serviços públicos de saúde, podendo dessa forma selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los em informações necessárias para o processo de decisão (Moraes, 1994, p. 26).

Os sistemas de informações na área da Saúde devem funcionar como mecanismos de coleta, processamento, análise e disseminação de informações, as quais são indispensáveis na organização e operacionalização dos serviços de saúde (Terrerri, 1999, p. 2).

A temática “Sistema de Informação em Saúde” tem importância significativa na constituição das políticas de saúde, já que, como postula a OPAS, *cuando se conciben y utilizan de manera adecuada, los sistemas de información en salud tienen el potencial de producir valiosa información clínica y administrativa orientada a la gestión para el funcionamiento de servicios y programas y para la atención del paciente*. (Santos, 2001, p. 14).

As Informações em Saúde no Brasil

As informações relativas à saúde começaram a ser trabalhadas em todo o território nacional em 1931, pela Diretoria Geral de Informações Estatísticas e Divulgação do Ministério da Educação e Saúde, transformada, em 1939, no Serviço de Estatística da Educação e Saúde. Esse órgão realizava seus levantamentos com periodicidade anual, neles incluindo dados sobre a assistência médica prestada nos grandes hospitais das capitais e as atividades desenvolvidas

pelos postos de higiene disseminados pelo país, ficando excluídos apenas os consultórios médicos particulares (Moraes, 1994, p. 49; IBGE, 2000, p. 11).

O serviço foi incorporado, em 1934, pelo então Instituto Nacional de Estatísticas. Em 1937 foi criado o Conselho Brasileiro de Geografia, e, em 1938, fundiram-se essas instituições, formando o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, responsável pela realização do recenseamento de 1940, tendo em vista a publicação do *Anuário Estatístico do Brasil*, desde então, a cada 10 anos.

Em 1941, já existia preocupação com as estatísticas relativas à saúde. Na I Conferência Nacional de Educação e Saúde, nesse mesmo ano, foi decidido firmar a articulação entre o MES e as administrações estaduais e municipais, com a finalidade de racionalizar os serviços, e acordou-se realizar levantamento da situação sanitária e assistencial em todos os estados (Moreira, 1994, p. 51).

Em 1942, o IBGE, em parceria com as prefeituras municipais, promoveu os Convênios Nacionais de Estatísticas Municipais, com o objetivo de criar condições para a coleta de dados mais fidedignos. Em 1948, foi determinado que o IBGE colaborasse *para a criação de registros suficientes e uniformes nos estabelecimentos hospitalares e para-hospitalares, considerando a importância das estatísticas médico-sanitárias para a solução de problemas administrativos* (Moraes, 1994, p. 55). O levantamento sobre a “situação sanitária e assistencial dos estados” foi incorporado às estatísticas médico-sanitárias e contemplado pelas chamadas Campanhas de Estatísticas do IBGE.

Com a criação do Ministério da Saúde, em 1953, as estatísticas de saúde passaram à Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatísticas da Saúde, mas ainda continuavam a fazer parte das Campanhas de Estatísticas. O IBGE padronizou a coleta em nível nacional junto aos Cartórios de Registro Civil, obtendo dessa forma dados mais detalhados e contínuos sobre nascimentos e óbitos no âmbito municipal (Silva *et al.*, 1997, p. 33).

Em 1967, o IBGE é transformado em fundação subordinada ao Ministério do Planejamento, com o objetivo de fornecer ao país dados estatísticos de forma mais flexível. Após sofrer várias transformações, na década de 1970, a Fundação IBGE passou a produzir e gerar importantes informações para o setor saúde. É nesse período que se inicia a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios –

PNAD, cujo objetivo era atualizar e complementar as informações censitárias (Baldijão, 1992, p. 21).

A crescente demanda de informações estatísticas levou o Ministério da Saúde e o IBGE a firmarem convênio segundo o qual, a partir de 1975, o IBGE assumiria a responsabilidade pelo planejamento, coleta, apuração, sistematização e divulgação dos dados da pesquisa de saúde, cuja denominação foi alterada para Assistência Médico-Sanitária – MAS, ainda hoje a principal fonte de informações nessa área, já que inclui em torno de 63.568 estabelecimentos cadastrados (Ano base 1999, IBGE, 2000, p. 11 e 17).

Dadas suas características, racionalidade e seus interesses, a área da saúde apresenta demanda crescente por novas informações, destacando-se, com a racionalização promovida na Previdência, mediante os SINPAS, em 1974, dois fatos importantes na estruturação das informações em saúde no país. O primeiro refere-se à criação, da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social – DATAPREV, a fim de proceder à *análise de sistemas, programação e execução de serviços de tratamento da informação e o processamento de dados através de computação eletrônica, bem como a prestação de outros serviços correlatos* (Moraes, 1994, p. 57).

O segundo fato marcante foi a realização da I Reunião Nacional sobre Sistemas de Informações de Saúde, promovida pelo Ministério da Saúde, em Brasília, entre 17 e 21 de novembro de 1975. Nessa reunião foi discutida a relação do SIS com o processo de planejamento e com a vigilância epidemiológica, decidindo-se dar prioridade a sua implantação.

De acordo com Moraes (1994, p. 59), nos anos 80 houve avanços relevantes. *Foram implementados, em computação, os sistemas de informações em âmbito nacional sobre mortalidade (1976); recursos do setor (1979); empresas autorizadas e produtos registrados pela Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (1981); e, estimativas de população (1983).* Ainda fazem parte desse período (1975 a 1985) os sistemas de informações de doenças transmissíveis, de controle de pólio, raiva e meningite e de imunizações, processados, até então, manualmente pela Divisão Nacional de Epidemiologia da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde do MS.

Como vimos, o INAMPS estruturou seus sistemas de informações elegendo como evento básico de interesse o procedimento médico. Organiza a partir daí suas informações, de forma centralizada, por tipos de prestador (classificação de fato definida em função do contrato/convênio estabelecido com quem oferece a assistência médica) e por dados financeiros (conforme as tabelas de pagamento e índices que variam em função do tipo de prestador) (Moraes, 1994, p. 59).

O MS organizou seus sistemas de informações de acordo com a racionalidade campanhista dos programas verticalizados, voltados para determinados agravos ou grupos de risco.

Cada área, isoladamente, define seu próprio sistema de informações centralizado, acabando por imprimir sua marca nos SIS das secretarias estaduais e municipais de Saúde.

Após a incorporação do INAMPS ao MS, em 1990, cria-se o Departamento de Informática do SUS – DATASUS, que contou com os recursos humanos, acervo técnico e equipamentos da DATAPREV, bem como com quadros e recursos de informática da FSESP e da SUCAM.

A Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080/90 – prevê, no artigo 47, a organização pelo MS, em articulação com os níveis estaduais e municipais do SUS, de um Sistema Nacional de Informações em Saúde – SIS, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços. Desde então, o DATASUS assumiu o compromisso de manter atualizadas as informações do diretório, mantendo-o disponível para acesso pela internet (www.datasus.gov.br/dirbd/historic.htm).

Alguns sistemas de informações que alimentam o DATASUS, conforme o IESUS (1997, p. 35-7), são:

Sistemas de Informações de Mortalidade – SIM

É o sistema de informações em saúde mais antigo e confiável do país, com cobertura universal e bases de dados disponíveis desde 1979. A partir de 1/01/1996, utiliza a CID 10 para identificação das causas de óbito.

Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC

Base de dados disponível desde 1991, o sistema estabelece um número de registro para cada nascimento ocorrido em estabelecimentos de saúde no país, hoje com oito dígitos.

Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB

Desenvolvido a partir do sistema de informação utilizado pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS e criado em 1991, visa atender também às necessidades do PSF. Esse sistema propõe-se a instrumentalizar o gerenciamento do PACS e do PSF, produzindo informações para monitorar o desenvolvimento das ações realizadas pelos serviços de saúde no nível local e para sustentar tecnicamente as respectivas decisões e seu planejamento.

Os sistemas que mencionamos a seguir, segundo o IESUS foram desenvolvidos primordialmente para fins contábeis, sem prever o registro longitudinal dos eventos de saúde do indivíduo, do nascimento à morte.

Sistemas de Informações Hospitalares – SIH

São oriundos do antigo INAMPS e baseiam-se nos dados das autorizações de internação hospitalar (AIH).

Sistemas de Informações Ambulatoriais – SIA

Consistem no registro informatizado do atendimento ambulatorial, desenvolvido de forma descentralizada pelas próprias secretarias estaduais de Saúde.

Autorizações para Procedimentos de Alto Custo – APAC

O sistema APAC foi desenvolvido recentemente. Identifica o paciente e permite controlar a assistência a ele prestada, incluindo a remuneração dos procedimentos ambulatoriais utilizados.

Sistema de Informação de Gerenciamento Ambulatorial Básico – SIGAB

Destinado ao gerenciamento de recursos de unidades ambulatoriais, está à disposição das prefeituras que o queiram utilizar.

Pesquisa de Assistência Médico Sanitária – AMS, do IBGE

Trata-se de pesquisa de abrangência nacional que compreende o universo de estabelecimentos de saúde, públicos e privados, segundo os tipos de serviços prestados.

O Ministério da Saúde, pela Portaria Ministerial nº 1.311, de 1995, criou um grupo de trabalho com o objetivo de propor soluções para organizar um sistema nacional de informações de saúde, possibilitado com a informatização das instituições integrantes do SUS. O Grupo Executivo de Reforma Administrativa da Saúde – GERAS adotou um documento já existente como base de referência, introduzindo alguns elementos e intitulando-o Documento Básico do Sistema de Informações de Saúde (IESUS, 1995, p. 85).

Grande parte desses dados e informações é fornecida pelo setor saúde e está ligada a suas próprias atividades, tais com vigilância, estatísticas vitais e administração dos serviços, principalmente no que tange ao pagamento de serviços produzidos e cadastro de estabelecimentos, gerando, assim, os já mencionados grandes bancos de dados de nível nacional. Nessa base, vários indicadores são construídos com as variáveis relativas a eventos vitais, à composição da estrutura populacional, à morbidade e a serviços e ações de saúde.

O GERAS entende que o SIS deve ser idealizado como um sistema integrado, produtor e disseminador de conhecimentos, contemplando ainda os estudos e pesquisas necessários a questões relativas aos fatores predisponentes, produtores ou mantenedores de enfermidades, e à divulgação de seus produtos ao público, de modo a contribuir para que as pessoas ampliem sua capacidade de decisão (IESUS, 1995: 88).

Quanto à funcionalidade do SIS, com o processo de descentralização do SUS e a crescente incorporação da informática, o SIM, o SINASC e o Sistema de Vigilância Epidemiológica (Doenças de Notificação Compulsória) passaram a dispor de dados consolidados nos municípios de grande porte de cada estado, agilizando, assim, o acesso às informações.

Sistema de Informações Aplicado à Odontologia

A saúde bucal não faz parte do Sistema Nacional de Informação em Saúde – SIS por não caracterizar um agravo de âmbito de saúde pública. À cárie, por exemplo, doença infecciosa e transmissível, é dispensado mero procedimento assistencial ambulatorial.

No campo da saúde oral não é suficiente conhecer os problemas e necessidades de tratamento de cada indivíduo isoladamente. É necessário o conhecimento global, coletivo e abrangente, tanto desses problemas quanto da eficiência do emprego dos recursos utilizados para sua redução. A obtenção desse conhecimento constitui o objetivo do que se convencionou chamar sistema de informação sobre saúde no âmbito odontológico.

De acordo com Chaves (1986, p. 243), o sistema de informação aplicado à odontologia não significa uma estrutura isolada ou específica. Particularmente nos serviços integrados de saúde, ele corresponde à parcela de informações de interesse desse campo. Em outras palavras, tal sistema não pode ser visto à margem do sistema de informações sobre saúde. Não obstante o sistema de informação odontológica incluir elementos ou componentes específicos e de uso exclusivo, muitas informações utilizadas são de uso comum a outros sistemas e obedecem a normas de coleta, processamento e interpretação idênticas.

A esse propósito, é válido lembrar que a ficha clínica do paciente (ver Anexo 7) contém informações mais amplas sobre condições socioeconômicas e outras que são comuns a outros sistemas de informações em saúde. Entretanto, elas não são aproveitadas, como veremos adiante.

Conforme o mesmo autor, um sistema de informação aplicado à odontologia é um arranjo metodizado dos procedimentos, recursos humanos e materiais e estruturas, tendo como finalidade assegurar o fluxo permanente de formulários que deverão originar a informação necessária ao planejamento, direção, controle e avaliação das atividades no campo odontológico. Assim, esse sistema deve prover informações quando e onde seja necessário, de acordo com os propósitos estabelecidos pela área substantiva. A informação deixa de ser útil quando não chega aos usuários na ocasião oportuna para a decisão pronta. O sistema de material, por exemplo, deve ser informado na ocasião adequada sobre o grau de disponibilidade de anestésicos ou outro item qualquer do estoque, de

modo que se possa promover a aquisição antes que se esgote a quantidade ainda disponível (Chaves, 1986, p. 244).

Na prática, quando se fala hoje de informação em odontologia, trata-se apenas de uma forma sintética de referência ao conjunto de dados oriundos das diversas instituições públicas e privadas componentes do subsistema odontológico.

Chaves (1986, p. 246) recomenda que um sistema de informação odontológica obedeça às seguintes diretrizes básicas:

- a) coletar por censo unicamente a informação realmente utilizada em caráter permanente;
- b) coligir por amostragem os dados de uso eventual e/ou para pesquisa;
- c) limitar-se às variáveis mais significativas da problemática a ser estudada.

O desenvolvimento dessa discussão demanda um aprofundamento teórico-conceitual. Para tanto, levantou-se literatura existente sobre a área de saúde bucal; observou-se, porém, que os textos encontrados, de modo geral, desenvolvem o tema “informações ou sistema de informações” de forma fragmentada, eventual e pouco sistematizada, ou abordam aspectos muito particulares, com destaque para o sistema de informações ambulatoriais do MS.

Devido a essas limitações, optou-se por descrever o sistema de informações aplicado à odontologia atualmente nas esferas federal, estadual e municipal de governo, no âmbito do sistema de informações ambulatoriais – SIA/SUS, o único que contém informações odontológicas.

Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA

Implantado em todo o território nacional pela NOB 01/1991, trabalha com dados relativos àquelas atividades não caracterizadas como internação hospitalar. Consiste no registro informatizado do atendimento ambulatorial realizado, sendo operacionalizado de forma descentralizada pelas próprias secretarias estaduais de Saúde (IESUS, 1997:35). A NOB 01/1996 delega a responsabilidade pela gestão

da saúde aos municípios e a operação do SIA e a alimentação dos bancos de dados às secretarias estaduais.

Com o intuito de reforçar essa atribuição, a NOAS-SUS/2001 delega aos municípios, de acordo com sua habilitação à gestão de saúde, a responsabilidade pela operação do SIA, SIAB e SIH, bem como a alimentação dos bancos de dados da secretaria estadual.

Esse sistema foi implantado tendo com uma de suas funções a de substituir o antigo sistema de pagamento ambulatorial do INAMPS, que era realizado mediante guias de autorização de pagamento (GAP), documentos considerados por Carvalho pouco ou nada estruturados, servindo apenas como instrumento de ordenação do pagamento desses serviços. O número de consultas e exames era apontado por outro sistema de informações, com finalidade puramente estatística, cujo documento de entrada era o boletim de serviços produzidos (BSP), destinado unicamente à publicação no *INAMPS em Dados* (Carvalho, 1997:39).

O SIA-SUS possui informações que extrapolam a esfera financeira, constituindo-se em importante instrumento para o planejamento, o controle e a avaliação dos serviços de saúde, como, por exemplo, relatórios de procedimentos odontológicos realizados por prestador de serviços de atenção básica (extrações, restaurações, etc.).

Fluxos de Documentos e Informações do SIA

O SIA é regularmente alimentado por quatro documentos-fonte: a ficha de cadastro ambulatorial (FCA), a ficha de programação físico-orçamentária (FPO), o boletim de produção ambulatorial (BPA) e o boletim de diferença de pagamento (BDP).

1. FCA – O preenchimento é realizado pela instituição gestora do sistema municipal ou estadual de saúde. O processamento é feito pela própria unidade de saúde, que envia a FCA à instituição gestora, no qual é incorporada ao Cadastro Geral de Unidades Ambulatoriais.

2. FPO – É preenchida pela Secretaria de Saúde estadual ou municipal, a partir de programação prévia, que define o quantitativo de procedimentos por tipo a ser executado em cada unidade, atribuindo um teto máximo para remuneração dos serviços prestados. Tanto o quantitativo de procedimentos quanto seus

respectivos tetos são comunicados antecipadamente pelo gestor às unidades prestadoras de serviços (Portaria SAS/MS 33/95).

3. BPA – De responsabilidade da unidade prestadora do serviço, é preenchido e enviado no final de cada mês à instituição encarregada do processamento. Os dados constantes do BPA passam por uma bateria de críticas, para confrontá-los com os que constam nos bancos originados pelas FCA e FPO.

4. BDP – É o formulário utilizado para a realização de pagamentos extraordinários.

Como se disse, o fluxo de documentos no sistema se dá essencialmente entre as unidades prestadoras de serviço e o órgão gestor, estadual ou municipal. As informações contidas em todos esses documentos passam a fazer parte do banco nacional, disponibilizado pelo DATASUS, na internet e em CD-Rom.

Conclusão

Pode-se dizer que o SUS conta hoje com um moderno sistema de informações – o DATASUS –, acessível a todo e qualquer usuário no país e no exterior. Entretanto, repetimos, ainda falta muito para desenvolver um bom sistema de informações em saúde bucal, que esteja mais bem articulado ao resto do sistema, em particular no que tange às informações comuns contidas nas fichas de coleta de dados.

CAPÍTULO V

O SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Neste capítulo, aborda-se a organização dos Serviços de Atenção Básica em Saúde Bucal e apresenta-se o Sistema de Informações em Saúde Bucal no Município do Rio de Janeiro, cuja reconstituição foi o objeto da pesquisa de campo realizada para esta dissertação.

A Odontologia no Rio de Janeiro

Na Secretaria Municipal de Saúde – SMS, a saúde bucal está a cargo da Coordenação de Programas de Saúde Bucal que, em 1991, elaborou o projeto Riso do Rio para traçar um diagnóstico dos serviços odontológicos e realizar mudanças no perfil de atendimento. Seu relatório, entretanto, só foi publicado nove anos depois, em 2000.

Com base nessa iniciativa, no começo dos anos 90, fez-se o diagnóstico da situação dos serviços de odontologia da SMS ao tempo em que se iniciava a discussão da implantação do SUS. O relatório apresentou as seguintes falhas no atendimento à saúde bucal (SMS-RJ, Riso do Rio, 2000, p. 2):

- falta de uma política de saúde bucal;
- inexistência de uma rede de serviços organizada hierarquicamente;
- independência das unidades na definição do modelo de atenção em saúde bucal;
- autonomia profissional quanto à decisão do perfil de atendimento do serviço;
- descompromisso com a saúde do usuário;
- desconhecimento do objetivo da odontologia na saúde pública;
- desorganização e sucateamento dos serviços;
- falta de instrumental adequado ao atendimento necessário (padronização e quantitativo).

O relatório destaca que essas situações são desestimulantes e ética e moralmente comprometedoras, tanto nos níveis pessoal, profissional e gerencial como no plano institucional.

A exposição que se segue baseia-se no documento da SMS-RJ “Riso do Rio-2000”.

De acordo com esse diagnóstico, a avaliação na época registrava “a necessidade de um planejamento das diretrizes de um plano integrado municipal de saúde bucal” que superasse a dicotomia curativa/preventiva do modelo vigente e que garantisse a atuação integrada dos serviços.

Em 1992, surge a proposta de reorientação da saúde bucal no Município do Rio de Janeiro, que fora formulada durante o Encontro Municipal de Saúde Bucal, em outubro de 1991, de cirurgiões-dentistas da Secretaria Municipal de Saúde – SMS.

A rede de serviços de atendimento odontológico da SMS-RJ foi programada segundo dois critérios: regionalização e hierarquização. Esses princípios orientam a disposição dos serviços de acordo com o grau de complexidade tecnológica crescente, segundo área geográfica delimitada e definição da população a ser atendida.

Os serviços odontológicos estão organizados numa rede em que podem ser identificadas três modalidades de atendimento:

- a) emergencial: urgência odontológica e emergência em traumatologia bucomaxilofacial, sem restrição de acesso;
- b) ambulatorial básico: ações educativas, preventivas e procedimentos cirúrgico-restauradores, com acesso segundo prioridades definidas pelo programa de odontologia;
- c) referenciado:
 - acionado quando há necessidade de complementar os procedimentos de maior complexidade, segundo normas específicas do atendimento: cirurgia oral menor, cirurgia oral maior, ortopedia funcional dos maxilares, prótese removível e endodontia de dentes unirradiculares;
 - atendimento especializado, sem ser necessariamente referenciado, com oferta de procedimentos a clientela específica: atenção integral a

pacientes fissurados e especiais, atendimento integral a pacientes portadores de deficiência física.

O atendimento odontológico foi regulado pela Resolução SMS nº 422, de 5 de novembro de 1992, que estabelece as normas para os serviços, seções e setores da rede ambulatorial municipal de saúde bucal, visando *criar condições de reverter o atual quadro epidemiológico de saúde bucal da população, através da odontologia integral (...) expressão da integração em um só processo das ações educativa, preventivas e curativas* (Anexo IV).

Acompanhando o SUS no Rio de Janeiro, a Coordenação de Saúde Bucal, na gestão 1991-2000, dividiu em quatro etapas a implantação da rede assistencial.

Primeira etapa – As ações concentraram-se no estudo e definição de um novo modelo assistencial que possa responder com mais propriedade às questões da saúde bucal coletiva no âmbito municipal.

Segunda etapa – Caracterizado por definições político-administrativas, o investimento principal esteve relacionado com o fortalecimento da rede própria de saúde, tanto básica como hospitalar. Isso se traduziu em obras de adequação dos consultórios odontológicos aos princípios de ergonomia e à tecnologia atual para o emprego do conhecimento técnico-científico disponível, bem como em compra de equipamentos, materiais permanentes e instrumentais.

Terceira etapa – Está relacionada com a implantação, supervisão e avaliação do modelo de atenção integral à saúde bucal, mediante indicadores de **desempenho** e de **produtividade**.

Quarta etapa – Começou em 2000 e relaciona-se com o processo de acreditação da odontologia mediante sua inserção na equipe de saúde da unidade. O trabalho passa a ser de responsabilidade coletiva das equipes. A avaliação das ações ocorre a partir de diversos indicadores que integram a odontologia ao contexto da unidade. Desse modo, trabalha-se em conjunto com os setores de medicina e enfermagem, interligando-se em torno de objetivos comuns.

Salienta-se que nas visitas realizadas às unidades de saúde, em particular o setor odontológico, foi constatado que as etapas acima referidas foram implementadas com sucesso dentro da estrutura atual, com novos equipamentos instalados ergonomicamente, profissionais motivados e inseridos no contexto dos

indicadores propostos no setor e integrados aos programas preventivos médicos realizados nas unidades com grupos de pacientes diabéticos, cardíacos, hipertensos, etc. Tudo isso mostra que há integração da odontologia com outras especialidades da unidade na procura de melhoria da qualidade de saúde da comunidade.

Indicadores Estratégicos para Avaliação Gerencial

Como já visto, a Coordenação de Saúde Bucal da SMS desenhou quatro etapas para a implementação da rede de atenção odontológica. Na terceira delas foi prevista a avaliação do novo modelo integral mediante dois indicadores: desempenho e produtividade.

Neste item serão abordados, inicialmente, os indicadores de desempenho e de produtividade para fins de gratificação; em seguida, os indicadores de serviços prestados por terceiros; e, finalmente, o selo de qualidade. As informações pertinentes a cada um desses aspectos foram obtidas em entrevistas com funcionários da Coordenadoria e chefes de setores odontológicos das unidades e do programa Riso do Rio.

a) Gratificação de Desempenho e Produtividade – GDP

Em outubro de 1994 foi implantado um esquema de incentivos baseado em indicadores de gratificação de desempenho e produtividade com a finalidade de controlar a produtividade dos profissionais e das unidades de saúde quanto à quantidade e qualidade dos serviços prestados à população.

Os parâmetros utilizados para definir os valores da GDP são:

- participação percentual de cada unidade de saúde no faturamento mensal da SMS, dentro das diretrizes do SUS;
- índice de desempenho, apurado de acordo com indicadores, metas e pontuações estabelecidos para cada unidade de saúde, de acordo com seu perfil de atendimento, como mostra a Tabela 1;
- número de servidores municipais lotados em cada unidade de saúde, classificados pelos diversos níveis, observando-se que todos os

servidores de uma mesma unidade recebem o mesmo valor de gratificação caso pertençam a um mesmo nível funcional.

Tabela 1 – Indicadores Gerenciais em Vigência – 1994

Índices de Produtividade e Desempenho	Meta
Taxa de abandono do programa de hipertensão arterial	40%
Taxa de desnutridos até cinco anos	8%
Taxa de captação de gestantes no primeiro trimestre de gravidez	40%
Taxa de diabéticos em relação ao total de atendimentos	8%
Taxa de exames preventivos em mulheres com 40 anos ou mais	40%
Taxa de produção de consultas médicas em relação ao potencial (ao total de consulta agendada)	90%
Taxa de tratamentos de tuberculose em seis meses	80%
Relatório de atividades do Centro de Estudos	Entrega
Taxa de exames de mama em relação às consultas de gineco-obst incluindo estímulo ao auto-exame	100%
Taxa de atraso no programa de imunizações em menores de um ano	15%
Avaliação de procedimentos odontológicos preventivos individuais (nº de faltas agendadas)	2%
Avaliação de procedimentos odontológicos conclusivos (nº de faltas agendadas)	1%

Fonte: Riso do Rio/2002 – Coordenação de Saúde Bucal – SMS

A percentagem a que se refere a meta da Tabela 1 baseia-se no total de consultas agendadas em cada mês. Observa-se também que só dois itens se referem à avaliação odontológica com vistas à gratificação. Isso ocorre porque os indicadores de produtividade e de desempenho na área da odontologia retratam apenas o tratamento cirúrgico-restaurador e preventivo, isto é,

- indicador de produtividade – visa atender a um paciente a cada meia hora e realizar um procedimento conclusivo (restauração, extração, etc.). Não contam como procedimento conclusivo: curativo, escovação e aplicação de flúor.
- indicador de desempenho – visa à prevenção. Cada paciente com procedimento conclusivo tem que ter um procedimento preventivo (higiene oral supervisionada) na mesma sessão.

Os parâmetros são os que se seguem:

Cada profissional deve realizar 176 atendimentos conclusivos e preventivos por mês, com oito procedimentos em cada turno, no total de 22 turnos de quatro horas.

As fórmulas de cálculo para a gratificação de desempenho e produtividade (GDP) são:

$$\text{Produtividade igual: } \frac{\text{n}^{\circ} \text{ total de procedimentos conclusivos (em turno de PI)}}{(\text{n}^{\circ} \text{ de turnos em PI} \times \text{n}^{\circ} \text{ horas} \times 2) - \text{n}^{\circ} \text{ faltas (*)}}$$

PI = procedimentos clínicos individuais

(*) máximo de 10% do agendamento

$$\text{Desempenho igual: } \frac{\text{controle de placa (PI)} + \text{terapêutica com flúor}}{(\text{n}^{\circ} \text{ de turnos em PI} \times \text{n}^{\circ} \text{ horas} \times 2) - \text{n}^{\circ} \text{ faltas em PI}}$$

Esses indicadores não servem apenas para calcular incentivos de gratificação dos profissionais, embora seja esse seu objetivo principal; servem também de elo com o Sistema de Informações em Saúde Bucal, que, afinal, é alimentado pelos dados produzidos por esses indicadores.

b) Indicadores de Serviços

Para suprir a carência de mão-de-obra em alguns setores, foram contratados a terceiros serviços como vigilância, limpeza, manutenção dos equipamentos, etc. Para acompanhar a situação dos contratos de serviços e delimitar os problemas, as condições ou os eventos observados, apontar perspectivas e definir estratégias operacionais, foram implantados, em 1998, três indicadores de serviços, como mostra o Quadro 4.

Quadro 4 – Indicadores de Serviços

Indicador	Descrição	Item a observar
Ambiente	Manutenção predial	• Conservação dos espaços de trabalho, pintura do ambiente, revestimento, integridade das paredes, vazamento, apresentação do espaço, conservação de imóvel, bancada, armário para organização dos medicamentos e climatização.
	Serviços de limpeza e conservação	• Disponibilidade de pessoal de limpeza exclusivo, os materiais, detergente e desinfetante utilizados para a limpeza dos consultórios e o fornecimento dos mesmos. • Manutenção dos equipamentos, destino final dos resíduos contaminados, colocação de barreira de proteção PVC, etc.
Processo	Estrutura, normas do MS, contrato de conservação e limpeza	• Padronização dos instrumentos (10 kits por equipamento). • Organização própria de serviços.
Resultado	Normas do programa de saúde bucal	• Organização de serviço relacionado com anexação da ficha clínica no prontuário do paciente e seu arquivamento no setor de documentação médica. • Entrada do paciente na rede no programa de saúde. Comparecimento e presença nas reuniões mensais da coordenação de saúde bucal com todos os gerentes

Fonte: SMS/RJ, Riso do Rio 2000

Os indicadores de serviços foram estabelecidos em normas que têm como objetivo exercer vigilância sanitária em todas as unidades públicas municipais

com relação ao atendimento odontológico, voltado para prevenir ou detectar mudanças nos fatores determinantes ou condicionantes da saúde individual e coletiva, mediante fiscalização e controle do local de trabalho, do ambiente, do processo de trabalho e dos serviços de assistência à saúde.

A proposta da Coordenação de Saúde Bucal, da gestão 1992-2000, era implantar medidas que permitissem avaliar aspectos básicos dos contratos dos serviços terceirizados em vigência na SMS, em particular os processos de trabalho, de acordo com normas e padrões técnicos do MS e metas do Programa de Saúde Bucal. Todos os itens para os indicadores inseridos nessas propostas foram formalizados em documento ou contrato.

A eficiência ou funcionalidade desses indicadores na aplicação das normas de vigilância sanitária tem levado os estratos populacionais que recebem de três a cinco salários mínimos a procurar atendimento odontológico na rede municipal. Tem havido também aumento da biossegurança, que é feita na unidade central de esterilização dos instrumentos, a cargo do setor de enfermagem (retirando a forma convencional de esterilização odontológica em estufa dentro da clínica), e pela desinfecção dos equipamentos e do ambiente clínico, a cargo das empresas contratadas.

A avaliação dos indicadores de serviço nas unidades é feita mediante visitas não programadas pela equipe da Coordenação de Programas de Saúde Bucal, justamente para ver a rotina dos serviços. A partir daí, a equipe elabora um relatório que é enviado à unidade, enfatizando sua pontuação e fornecendo sugestões para melhoria dos itens não pontuados.

Esses indicadores de serviços atualmente servem como referência de *status* e para avaliação de qualidade de serviços, mas ainda não refletem relações de custo/benefício.

c) Selo de Qualidade

Foi implantado em 1998 para os serviços de odontologia, com o objetivo de reconhecer e estimular o empenho das gerências locais na prestação da atenção em saúde bucal de acordo com padrões de excelência, para melhorar a imagem institucional frente à opinião pública e aumentar a confiança da comunidade

atendida. A metodologia dos parâmetros de avaliação baseia-se nos indicadores ambientais e de processo, mostrados no Quadro 5.

Essa proposta de implantação de **Selo de Qualidade** vem ao encontro do reconhecimento da limitada capacidade de atendimento individual à população por intermédio das estruturas que prestam serviços de saúde. A universalidade e a equidade na odontologia, contudo, ainda são utopias, já que é alta a demanda reprimida devido à insuficiência do serviço de saúde bucal.

Apesar dessa situação, busca-se garantir a todos os usuários atendimento digno, de qualidade, resolutivo e que forneça conhecimentos que possam contribuir tanto para a saúde quanto para preveni-los de necessidades futuras daquele serviço.

O papel da Coordenação da gestão 1992-2000 foi definir normas básicas, preparar os recursos humanos e estruturar mecanismos de acompanhamento e avaliação dos serviços, a fim de dimensionar tanto a qualidade da atenção prestada como o retorno dos investimentos no setor.

A construção do padrão de qualidade baseava-se em:

- melhoria e manutenção da infra-estrutura;
- atualização e capacitação de recursos humanos afinados à proposta de odontologia integral;
- identificação de um modelo de atenção (procedimentos de acordo com o perfil do serviço, potencial de produção e equipe ideal);
- definição de indicadores de desempenho, produtividade e qualidade (estruturação do serviço: biossegurança e operacionalização do programa);
- determinação de estratégias para melhorar o desempenho e análise dos resultados.

Segundo a proposta de implantação de Selo de Qualidade (1998, p. 1) a observação dos indicadores de serviços tem sua utilidade prática na busca da conscientização de todos os profissionais nas distintas etapas do desenvolvimento do trabalho na Unidade de Saúde, contribuindo para uma prática integrada com responsabilidade compartilhada.

A implantação de um **Selo de Qualidade** (Anexo V) para os serviços de odontologia propicia a valorização dos esforços dispendidos no nível local e o fortalecimento da imagem do serviço frente à comunidade atendida, tornando-se um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade.

A política de saúde bucal da Coordenação em 1992-2000 baseou-se no programa Riso do Rio: deu ênfase ao grupo materno-infantil ao priorizar acesso de crianças de zero a 14 anos de idade e gestantes, disponibilizando apenas uma unidade de atendimento odontológico por área de planejamento para adulto, sem rede de média complexidade nem programa coletivo para comunidade escolar.

De fato, o período 1992-2000 foi o da estruturação da Rede de Atenção Básica em Saúde Bucal, que ainda está, aliás, em fase experimental, daí a demanda reprimida.

Programa Carioca Rindo à Toa

Com o intuito de experimentar um novo modelo de atenção em Saúde Bucal, em que componentes como a descentralização e a inserção de ações de saúde bucal dos outros programas (como um indicador social) tenham papel orientador importante, criou-se o Programa Carioca Rindo à Toa.

A atual Coordenação, ao assumir em 2001, fez a seguinte avaliação da rede de atenção em saúde bucal, bem diferente do diagnóstico dos anos 90:

- existência de uma rede de atenção básica estruturada, tanto nos aspectos de infra-estrutura, normatização do funcionamento e protocolos de atendimento;
- volume de produção dentro do esperado, considerando o número de profissionais lotados;
- perfil do volume de procedimentos adequado ao modelo de atenção integral/conservadora:
 - para cada exodontia realizada, são feitos dois procedimentos restauradores;
 - para cada procedimento curativo (radical ou conservador) são feitos em média dois procedimentos preventivos;

- a cobertura por procedimentos coletivos (indicador pactuado com estado e avaliado pelo MS) era praticamente insignificante. Ainda é baixa, mas com tendência crescente, passando de 199.285/ano, em 2000, para 219.813 atendidos no período de janeiro a julho de 2002. Para isso contribuíram especialmente a admissão de estagiários e a capacitação de dentistas para a supervisão do Dentescola, que é um programa de promoção de saúde e cidadania em escolas e creches da rede municipal;
 - percentual muito alto (em torno de 25%) de horas ociosas/equipamento por falta de profissionais;
 - baixa cobertura populacional: da população que inicia o tratamento, apenas 5% termina;
 - razão insatisfatória de profissionais para ampliar significativamente a cobertura populacional, considerando um cirurgião-dentista (24 horas) para cada 9.239 habitantes;
 - ausência de estratégia coletiva preventivo-promocional;
 - cobertura de população prioritária (0-14 anos e gestantes) e residual de adultos, adolescentes e idosos;
 - fragilidade, quanto à retaguarda assistencial de média complexidade (endodontia, prótese e orto/ortopedia de resolução rápida);
 - necessidade de integração da saúde bucal aos programas da Secretaria para, horizontalmente, controlar riscos comuns à doença cárie e periodontal (ainda prevalentes e prioritárias do ponto de vista da extensão e cobertura populacional) e outras que têm causa comum, como hipertensão, diabetes e obesidade.

Para conformar as mudanças necessárias, as metas da Coordenação foram discutidas com todos os chefes de Odontologia, coordenadores de AP e diretores de unidades em reuniões descentralizadas.

Resumimos, a seguir, as metas e alguns resultados dos 29 meses de gestão da atual Coordenação em quatro grandes blocos operacionais:

1 – Recursos Humanos

De acordo com o Rindo à Toa, foram realizadas as seguintes medidas:

- criação do cargo de auxiliar de consultório dentário (ACD), concurso para ACD, técnico de higiene dental (THD) e técnico de prótese dentária (TPD);
- aprovação de provimento para 490 cirurgiões-dentistas, 196 THDs, 311 ACDs, 20 TPDs;
- capacitações regulares para supervisores e chefias;
- Curso de Capacitação para Atendimento de Adolescentes, Adultos e Idosos, distribuído em quatro módulos de 24 horas para 400 cirurgiões-dentistas (foram desenvolvidos entre 2002 e 2003);
- a publicação para provimento de CD, THD, ACD e TPD no *DO* do dia 21.10.2002 significou um aumento de 83% da capacidade de atendimento atual. Em setembro de 2002 a relação era de um CD para 9.239 habitantes; hoje esta média é um CD para 3.423 habitantes.

Constata-se que houve notórios avanços no aumento do quadro de profissionais odontológicos na relação de CD/habitantes, embora o número de ACD e THD ainda deixe a desejar se pensarmos em trabalho a quatro mãos, não constituindo, assim, uma equipe profissional.

2 – Ações Coletivas de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças

Essas ações compreendem: PSF/PACS, Dentescola, Escola Promotora de Saúde. Abordaremos cada uma delas conforme o Programa Carioca Rindo à Toa, CRO-RJ Notícias e www.saude.rio.rj.gov.br.

– Programa de Saúde da Família / Programa Agentes Comunitários de Saúde

Ao comentar as dificuldades da SMS em implantar equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, o secretário municipal de Saúde, Ronaldo César Coelho, informou que a meta da prefeitura é ter 600 equipes de PSF na cidade até 2004. De acordo com o secretário, *espera-se que, associado às 150 equipes de Saúde da Família a serem implantadas em 2002 na Zona Oeste,*

tenhamos pelo menos um terço delas cobertas pela equipe de Saúde Bucal. Não podemos esquecer que implantar o PSF num pequeno município é infinitamente mais fácil do que lidar com a complexidade de uma grande metrópole, como o Rio de Janeiro (CRO-RJ Notícias, 2002:9).

Segundo a Coordenação do Programa de Saúde Bucal, existem atualmente três equipes no PSF: Vila Carioca (Campo Grande), Morro do Borel (Tijuca) e Santíssimo (Santa Cruz). Observando as tabelas de lotação dos profissionais (Anexo 6), apenas o PSF Marcolino Torres, no Morro do Borel, funciona com dois cirurgiões-dentistas. E de acordo com o Programa Carioca Rindo à Toa, atualmente, as equipes cobrem 1.000 famílias com orientação e distribuição trimestral de insumos, acompanhadas pelos agentes comunitários de Saúde de equipes do PSF implantadas. Esses dados mostram que a meta de implantação de 150 equipes de PSF, em 2002, com um terço coberto pela equipe de saúde bucal, não foi cumprida, mesmo havendo incentivo financeiro do MS para cada equipe de saúde bucal instalada no município (Portaria nº 1.444/MS), demonstrando a dificuldade enfrentada pela SMS na implantação dessas equipes. Ainda quanto ao Carioca Rindo à Toa, a expectativa da Coordenação de Saúde Bucal é de que as 87 equipes de PSF a serem implantadas em 2003 sejam ampliadas com profissionais de saúde bucal e com 1.300 ACS para o desenvolvimento de ações promotoras de saúde bucal, com entrega de *kits* de insumo trimestral (*kit* saúde bucal: uma sacola contendo escova, pasta e fio dental) nas visitas domiciliares.

– Programa de Saúde e Cidadania Dentescola

De acordo com CRO-RJ Notícias (2002, p. 9), o programa Dentescola, menina-dos-olhos do prefeito César Maia, iniciado em abril de 2002, deveria ter beneficiado cerca de 700 mil crianças. O programa incorpora ações do Projeto Escola Promotora de Saúde, que inclui a saúde bucal das crianças em todas as escolas e creches do município.

A coordenadora de programas de Saúde Bucal da SMS informou que o Dentescola será também um instrumento de promoção da qualidade de vida e desenvolvimento do autocuidado: *o objetivo é conscientizar os alunos em formação sobre a necessidade de se adquirirem hábitos de higiene e cidadania, reduzindo ao máximo possível a doença cárie.*

O Dentescola contaria com cerca de 120 CDs, além de 550 estagiários de cursos variados (Artes Plásticas, Jornalismo, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Musicoterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Teatro e Terapia Ocupacional). Os estagiários realizam atividades individuais, em grupo e com familiares, sob a orientação de supervisores, além de ações de prevenção e controle de doenças (CRO-RJ Notícias, 2002:9).

De acordo com o Carioca Rindo à Toa, foram realizadas em 2002, as seguintes ações:

- o primeiro concurso com chamada de acadêmicos bolsistas (multiprofissionais), identificação e capacitação de 200 supervisores para o Programa, fase preparatória da segunda seleção de acadêmicos com concurso regionalizado e integrado às áreas de atenção básica e emergência nas cirurgias bucomaxilares;
- cobertura de 402 escolas e 182 creches, no total de 162.378 alunos incluídos até 2002, com:
 - distribuição de insumos trimestrais (*Kit* Saúde Bucal: uma sacola contendo escova, pasta e fio dental) para todos os escolares, crianças, funcionários, professores e pais ou responsáveis envolvidos no programa;
 - atividades de promoção de saúde integradas ao projeto político-pedagógico;
 - formação de escolares como agentes multiplicadores de Saúde;
 - criação de material didático de suporte e publicitário;
 - criação de espaços facilitadores para incorporação de hábitos de higiene (banheiros saudáveis, escovários);
 - construção de hortas comunitárias, murais, jornais, etc.;
 - levantamento epidemiológico da condição dental;
 - implementação da escovação diária nos espaços das creches e escolas;
 - aplicação tópica de flúor em todos os escolares sob controle do cirurgião-dentista;
 - encaminhamento das necessidades bucais imediatas para a rede de saúde municipal;

– Escola Promotora de Saúde

O Projeto Escola Promotora de Saúde realizado em 120 unidades da rede municipal escolar, com abrangência estimada em 114.400 alunos, que foram contemplados com a maioria das atividades previstas de várias especialidades médicas, teve os seguintes resultados na área de saúde bucal em 2002:

- em relação à escovação assistida e aplicação de flúor, praticamente 100% dos alunos envolvidos participaram das atividades, recebendo um *kit* com escova e um tubo de creme dental com revelador de placa, para uso na escola, e outro para uso em casa.

- o levantamento epidemiológico por amostragem em nove escolas, abrangendo 3.736 escolares com perfil socioeconômico de baixa renda, sinalizou os seguintes resultados quanto à doença cárie:

- o índice CEO-D (**) aos cinco anos é 2,2, e o CPOD (***) aos 12 anos também é 2,2, indicando dois dentes cariados em média de cárie por escolar, o que caracteriza baixa incidência média em relação ao CPOD nacional, que é 4,6;
- do total de escolares examinados, existem 2.618 crianças (56,5%) com necessidade de encaminhamento para tratamento, das quais 512 (19,6%) com necessidade imediata (dor presente);
- foram encontrados valores percentuais bem preocupantes em relação às necessidades de cuidados imediatos, como, por exemplo, 32,5% na Escola Municipal Jornalista Brito Broca e 27,4% na Escola Municipal Prof^a. Ema Negrão de Lima;

(**) Ceo-d = média do nº de dentes de leite cariados, com extração indicada e obturados.

(***) CPOD = média do nº de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados.

- observando os itens anteriores, constata-se que, apesar de o índice médio ser baixo (2,2%), há necessidades acumuladas, pois o item do CPOD e CEO-D de maior relevância nesse inquérito da condição dental é a lesão cárie, denunciando a ausência de tratamento ao longo da história de vida dessas crianças (www.saude.rio.rj.gov.br).

3 – Inclusão de Clientelas

De acordo com o Carioca Rindo à Toa, deverão ser implantadas pela gestão atual, as seguintes ações:

- inclusão de clientelas até então não prioritárias (adolescente, adulto e idoso) numa primeira fase de estruturação do atendimento universal;
- implantação programada de 87 equipes de saúde bucal com expectativa de cobertura de mais de 100.000 famílias (PSF);
- capacitação em educação para saúde bucal de equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
- estruturação das unidades de saúde para funcionamento da assistência odontológica aos sábados e em terceiro turno, para permitir o acesso de trabalhadores. Em 2002 contava-se com algumas unidades funcionando segundo essa proposta, como, por exemplo, o PAM Rodolfo Rocco, em Del Castilho, PAM Francisco da Silva Telles, em Irajá, OS Mário Rodrigues Cid, em Campo Grande;
- atendimento integrado com outros programas – saúde da criança (com planejamento conjunto de ações das amigas da criança) da mulher (com os grupos de pré-natal) e sistemicamente comprometidos (nos atendimentos coletivos e agendamento individual);
- cuidados aos pacientes sistemicamente comprometidos internados ou em atendimento ambulatorial;
- implantação do programa do auto-exame da cavidade bucal com a identificação precoce de lesões bucais;

- também será estruturada a rede de atenção de serviços, de forma regionalizada e hierarquizada, quanto a:
 - criação das unidades de referências de média complexidade de endodontia, diagnóstico oral, prótese, orto/ortopedia de resolução rápida, por área de planejamento e de forma descentralizada;
 - compra de equipamentos e instrumental para as especialidades de endodontia e ortodontia;
 - criação do Centro de Estomatologia de Alta Complexidade, segundo definição do Programa de Doenças Crônicas (junto ao Centro de Alta Complexidade em Oncologia) e centros de complexidade intermediária para apoiar o diagnóstico das referências descentralizadas;
 - criação de unidades de referência para pacientes HIV positivos por AP.

De acordo com as expectativas da gestão atual da Coordenação de Saúde Bucal no Programa Carioca Rindo à Toa, pode-se afirmar que o cumprimento dessas promessas poderá trazer a universalização do acesso de toda população do Município do Rio de Janeiro, com unidades de serviços de média complexidade e de forma centralizada, como preconizam os princípios e diretrizes do SUS.

Embora as intenções da Coordenação sejam louváveis e de extrema necessidade, indaga-se se a estrutura atual da rede de atenção de serviços, suportaria essa expansão de cobertura dos serviços, que irá demandar novos especialistas para os serviços de média complexidade e, conseqüentemente, novas instalações e novos equipamentos.

Estrutura da Rede Atual de Serviços Odontológicos

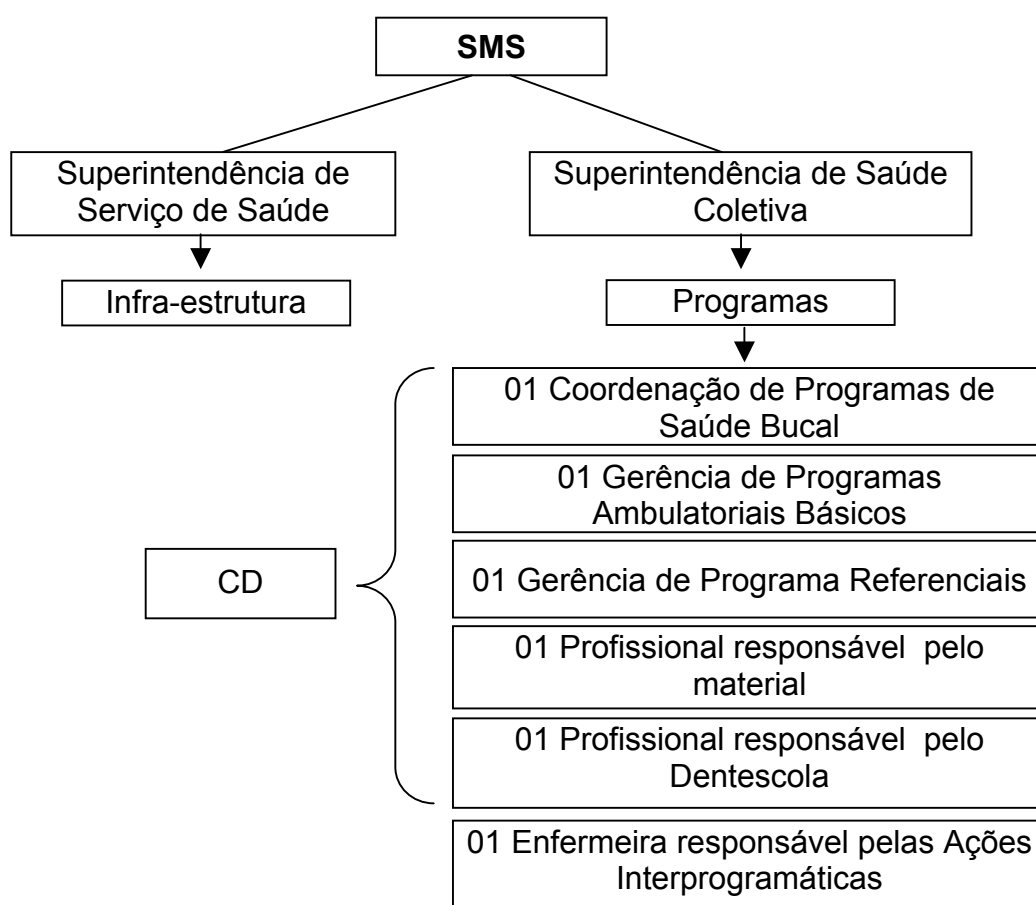
A SMS-RJ dividiu o território municipal em 10 áreas de planejamento (AP). Conforme a Coordenação de Saúde Bucal, a rede de atendimento odontológico das APs compreende clínicas localizadas em:

- 22 unidades hospitalares e institutos,
- 18 centros municipais de Saúde;
- 12 postos de assistência médica;

- 3 unidades integradas de Saúde;
- 14 unidades auxiliares de cuidados primários de Saúde;
- 3 unidades municipais de atendimento médico primário;
- 34 postos de Saúde (*Guia de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro*, 1999, p. 32-108);
- 6 CIEPs;
- 3 equipes do Programa Saúde da Família.

Em maio de 2003, a rede municipal de Saúde Bucal dispunha de 1.071 cirurgiões-dentistas, 107 técnicos de higiene dental e 24 ACDs (aumento de 66% em relação ao quadro anterior), distribuídos em 302 clínicas nas 10 áreas de planejamento, como mostra o Anexo VI. As mesmas tabelas indicam também a necessidade de provimento de 16 clínicos, nove bucomaxilo, sete endodontistas, dois ortodontistas, três cirurgiões-dentistas para pacientes especiais, três cirurgiões-dentistas para o programa Dentescola e dois protéticos (informação dada pela Coordenação de Saúde Bucal da SMS/RJ).

Organograma de Coordenadorias de Programas de Saúde Bucal da SMS/RJ



Salienta-se que, segundo a Coordenadoria, existem outros profissionais de enfermagem que trabalham como colaboradores.

Comentários sobre a Rede de Atendimento à Saúde Bucal

Das visitas realizadas às unidades da rede assistencial em Saúde Bucal do município e dos documentos examinados, depreende-se que houve grande melhoria quanto às instalações, equipamentos, recursos humanos e perfil de atendimento à população. O atendimento odontológico é oferecido em boa parte da rede de unidades de saúde. A filosofia orientadora da política em saúde bucal promovida é a da odontologia integral, que compreende ações educativas, preventivas e curativas para a promoção e manutenção da saúde bucal da coletividade. Além disso, oferece a mesma programação aos alunos da rede municipal de Educação, pelo Projeto Dentescola.

No momento, embora a rede de saúde bucal esteja bem estruturada no município, apresenta deficiências na agenda de referência e contra-referência das especialidades, problema esse que é comum à assistência odontológica no país em geral e em todo o SUS.

As unidades de referência encontram-se muito distantes da área de origem do usuário, demandando sua ampla locomoção, o que se configura num complicador: o tempo dispensado e o gasto com transporte muitas vezes levam o usuário a desistir do atendimento. Como exemplo, observa-se que, das 115 unidades de assistência à saúde bucal, há apenas duas de referência para prótese.

A rede, embora ofereça serviços de atendimento integral a adultos, crianças e mulheres grávidas, na realidade prioriza muito mais o atendimento às crianças de zero a 14 anos de idade e mulheres grávidas. Os postos de saúde localizados nas áreas mais carentes da cidade, como a Zona Oeste, nas quais a necessidade de prótese por parte da população jovem/adulta é elevada, não contam com esses serviços.

Em vista disso, a Coordenação de Programa de Saúde Bucal está desenvolvendo esforços, que procuram atenuar as dificuldades da falta de estrutura, de equipamento adequado e de recursos humanos especializados, no sentido de criar unidades de referência especializadas. Está também realizando reuniões mensais com chefias do setor odontológico, a fim de negociar a instalação de unidades de referência especializadas em áreas vizinhas enquanto espera aquisição de equipamentos e recursos humanos especializados para a expansão desses serviços.

A implantação da rede assistencial em SB foi acompanhada pelo desenvolvimento de um sistema de informações que, como veremos adiante, ainda se encontra em estado incipiente.

Sistema de Informação em Saúde Bucal no Rio de Janeiro

A evolução do sistema de informação em saúde bucal no Rio de Janeiro vem acontecendo simultaneamente ao desenvolvimento do modelo assistencial. Rever esse movimento remete, inevitavelmente, a um resgate histórico de passos continuados e coerentes. Fica nítida a constante prioridade dada pelo serviço

público municipal à gestão da informação, como importante subsídio à tomada de decisões.

Para melhor ilustrar como vem sendo desenvolvida a gestão da informação na SMS do Rio de Janeiro, o Quadro 5, a seguir, entrega uma síntese dos aspectos mais marcantes de cada estágio.

QUADRO 5 – Evolução do Sistema de Informações em Saúde Bucal no Rio de Janeiro

PERÍODO		
	1980 a 1995	1996 em diante
Sistema utilizado	Registro manual disperso	Registro Padronizado Processamento Informatizado
Interface com área médica e enfermagem	Nenhuma	Cadastro de usuários
Cadastro de usuário	Exclusivamente odontológico	Único na Unidade de Saúde
Prontuário	Manual	Manual
Entrada de dados	Manual	Manual
Digitação	Não havia	Há no nível local
Codificação	MS	MS, SIA/SUS – SIGAB
Ações registradas	Individuais	Individuais e coletivas
Alimentação do banco de dados central	Nenhuma (sem memória)	Via disquete
Emissão de relatórios	Nenhuma (sem memória)	Níveis local, regional e central
Informação gerada	Produção	Gera relatório de volume de procedimentos, por idade, sexo, tipo de paciente, tipo de demanda e tipo de tratamento
Destino		Banco de dados

Fonte: elaboração própria

Note-se que, referente aos anos 80, não há registro redundante das informações na Coordenação de Programa de Saúde Bucal. As informações do quadro foram obtidas em entrevista com funcionário dessa Coordenação, que

também forneceu as informações descritas, a seguir, sobre o Sistema de Informações em Saúde Bucal, complementadas com a colaboração de chefias odontológicas de Unidades Sanitárias.

Aspectos do Sistema Informatizado em Saúde Bucal

Com a implantação do SUS, ficam evidentes as limitações na obtenção de informações sobre a situação dos serviços de odontologia da SMS-RJ, tornando imprescindível o desenvolvimento de uma nova ferramenta para dar suporte à programação de saúde bucal. Naquele momento, passou-se a questionar o modelo assistencial, em um processo reflexivo nas áreas médica, de enfermagem e odontológica. Tal processo determinou a reestruturação do modelo, o que aconteceu concomitantemente a uma reforma administrativa em grande escala.

Foram criadas 10 coordenadorias, uma em cada área de planejamento (AP) de Saúde, avançando na descentralização administrativa. Essas coordenadorias representaram uma alteração nos fundamentos da gestão territorial em saúde, com a criação da Autoridade Local, em substituição às chefias das unidades de Saúde isoladas.

A partir do conceito de território, na estrutura regionalizada foram implantadas as APs, que passaram a incluir a participação popular nos Conselhos Distritais de Saúde, bem como a vigilância à saúde dos habitantes desse espaço geográfico e social, e tomou-se a decisão de se desenvolver um sistema informatizado para a saúde bucal.

Acompanhando a reforma administrativa, foi criado um cadastro único dos usuários nas áreas médica, de enfermagem e odontológica. Havia, também, a necessidade de que fossem ampliadas as possibilidades de registros, contemplando, além de assistência clínica básica, ações educativo-preventivas individuais e coletivas, e o pronto-atendimento, bem como a entrada da matrícula de todos os profissionais da equipe odontológica para respaldar a delegação de funções. Considerando as contribuições mencionadas, foi desenvolvido o Sistema Informatizado em Saúde Bucal, implantado durante o ano de 1996, sendo gerenciado pelo SIGAB .

Atualmente, o Sistema de Informações em Saúde Bucal está instalado na maioria das clínicas odontológicas, e entre suas características mais relevantes estão presentes as seguintes:

- ❖ integração entre área médica e odontológica, passando o usuário a possuir uma única identificação na unidade de saúde, com recomendação de que a recepção e o arquivo de prontuários também se unificassem;
- ❖ incorporação dos conceitos de vigilância à saúde. A entrada de dados, via ficha clínica odontológica, permite o registro e a tabulação de dados diagnósticos, que também podem ser utilizados em levantamentos epidemiológicos. Quanto aos dados gerais, a ficha informa a origem dos usuários, o que permite a tabulação com base local, ou seja, de população de cobertura da unidade de saúde, a construção de agregados populacionais distintos dentro da área de abrangência e a comparação da situação de saúde bucal entre as diversas áreas;
- ❖ aproximação da informação de quem a produz e agilidade no processo de entrada do dado ou na obtenção da informação processada. O sistema possibilita a obtenção de relatórios a qualquer momento.

Entradas do Sistema de Informações em Saúde Bucal

A captação dos dados faz-se por meio de dois formulários: a ficha clínica odontológica (FCO) anexada ao prontuário da unidade de Saúde e a ficha de registro odontológico (FRO). A FCO é o documento em que são registradas informações gerais do usuário (nome, data de nascimento, origem, sexo, entre outras), diagnóstico e necessidade de tratamento. A FCO é preenchida pelo dentista e THD para as pessoas que terão todas as suas necessidades básicas realizadas no âmbito clínico (Anexo VII).

No caso de atendimento clínico, a FCO é anexada ao prontuário central da unidade do usuário. No verso do formulário existe espaço para registro manual da evolução clínica. Os dados de diagnóstico transcendem o odontograma, incorporando situação periodontal e anomalia congênita, condições protéticas, necessidade de prótese, lesão de mucosa e dos ossos, hábitos viciosos, alteração do esmalte, acesso ao flúor, fluorose e critério de risco.

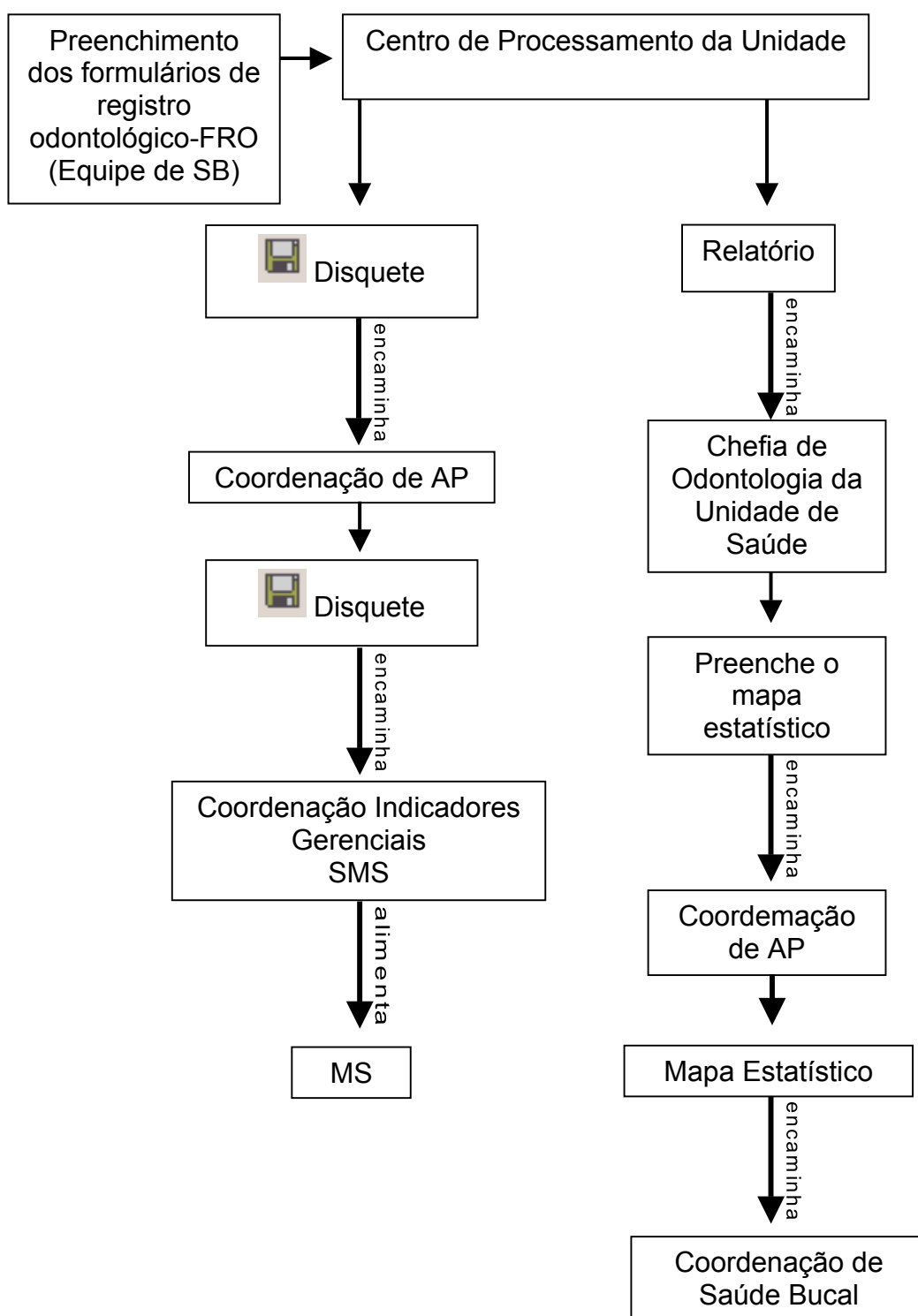
A ficha de registro odontológico (FRO) é preenchida a cada atendimento realizado na unidade. Nesses formulários existe a possibilidade de registro de procedimento preventivo, curativo, individual e coletivo. Além disso, eles permitem a entrada de informações referentes a bochechos com flúor realizados nas escolas públicas situadas nas áreas de abrangência das unidades de Saúde (Anexo VIII).

Fluxo Administrativo

Tal como mostra a Figura 1, os formulários são preenchidos manualmente pela equipe de saúde bucal, durante a intervenção que está sendo realizada, e digitados pelo centro de processamento de dados da unidade de saúde. Uma vez digitados, esses dados permitem, a qualquer momento, o processamento de relatórios. Ao final de cada mês os dados são transferidos em disquete para a Coordenação da AP, que os encaminha à Coordenadoria de Indicadores Gerenciais, da SMS. Essa, por sua vez, alimenta o Banco Central de Dados do MS, além de emitir um relatório para a chefia da Odontologia da unidade de Saúde, que transfere os dados para o mapa estatístico encaminhado à Coordenadoria de Área de Planejamento, que, por sua vez, o valida e encaminha à Coordenação de Programa de Saúde Bucal da SMS.

Uma vez refinados os dados brutos, é possível a confecção e retirada de relatórios por Unidade de Saúde, Distrito Sanitário ou para o Sistema Municipal de Saúde como um todo. Esse sistema funciona desde 1992.

FIGURA 1 – Fluxo Administrativo das Informações em Saúde Bucal



Fonte: elaboração própria

Observa-se que o fluxo das informações administrativas da Figura 1 visa ao planejamento e não ao faturamento, como será mostrado adiante.

Segundo depoimentos de profissionais da SMS, antigamente o mapa estatístico só servia para controle e avaliação da produtividade das unidades de saúde. Todavia, o mapa está sendo reformulado, para incorporar novas variáveis, de forma a dispor de um demonstrativo mais completo e confiável (Anexo IX).

Saídas das Informações em Saúde Bucal

Os relatórios de produção odontológica podem ser obtidos nas unidades de Saúde e na SMS. Nesta última, a informação está disponível em diversos graus de agregação, segundo a seleção requerida pelos usuários. Os relatórios com informações sobre os diagnósticos podem ser referentes aos pacientes atendidos, com a opção de organizá-los segundo faixas etárias padrão ou outras, definidas pelos usuários do Sistema de Informações em Saúde Bucal. O sistema fornece a possibilidade de processamento de relatórios que subsidiam o planejamento local e permitem a avaliação global das ações desenvolvidas. As principais informações dos relatórios de Saúde Bucal são (SIGAB. Registro Odontológico. Período 01/04/02 a 30/04/02, p. 6-8):

- total de consultas e procedimentos odontológicos mensais por profissional, compreendendo quantidade de turnos, horas trabalhadas, quantidade de consultas individuais, quantidade de consultas por hora, procedimento realizado (em código) e quantidade realizada;
- consulta e procedimento diário realizado por cada profissional: data, prontuário ou matrícula, idade, sexo, tipo de demanda de paciente e descrição de procedimento;
- total mensal de procedimentos realizados pela unidade de Saúde: atendimentos individuais, procedimentos individuais, atendimentos individuais com um procedimento, atendimentos individuais com dois procedimentos, atendimentos individuais com mais de dois procedimentos, grupos atendidos e pessoas atendidas nos grupos.

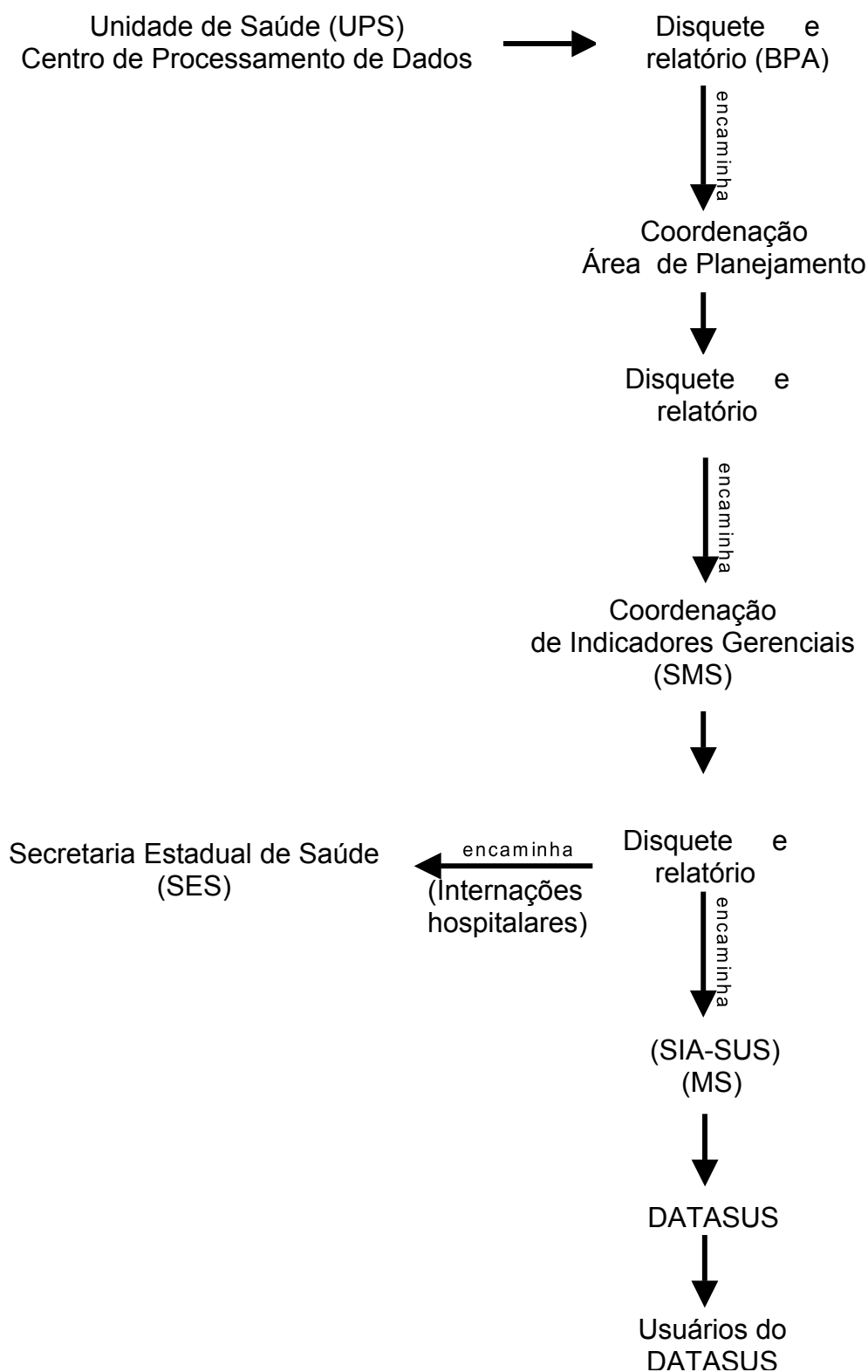
A Alimentação do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA-SUS

De acordo com profissionais da SMS, o Sistema de Informações em Saúde Bucal fornece seus relatórios com códigos compatíveis com o SIA-SUS. Tal como mostrado na Figura 2, cada Unidade de Saúde está cadastrada no SIA como

unidade prestadora de serviço (UPS) sendo, portanto, responsável por seus registros em fatura. As informações digitadas pelo Centro de Processamento de Dados da UPS são transferidas para o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) em duas vias – uma em disquete e outra em relatório (formulário) – e enviadas para a Coordenação da AP, que as encaminha para a Coordenação de Indicadores Gerenciais da SMS, que valida e alimenta o Sistema de Informação Ambulatorial – SIA-SUS, do Ministério da Saúde. Os dados referentes a internações hospitalares são enviados à Secretaria Estadual de Saúde – SES.

O Sistema de Informações em Saúde Bucal funciona desde 1996, e suas informações não estão disponíveis para qualquer cidadão; estão restritas às chefias das unidades de Saúde e da SMS e têm limitações, como veremos nas considerações adiante.

**FIGURA 2 – Fluxo de Alimentação do Sistema de Informação Ambulatorial
SIA-SUS**



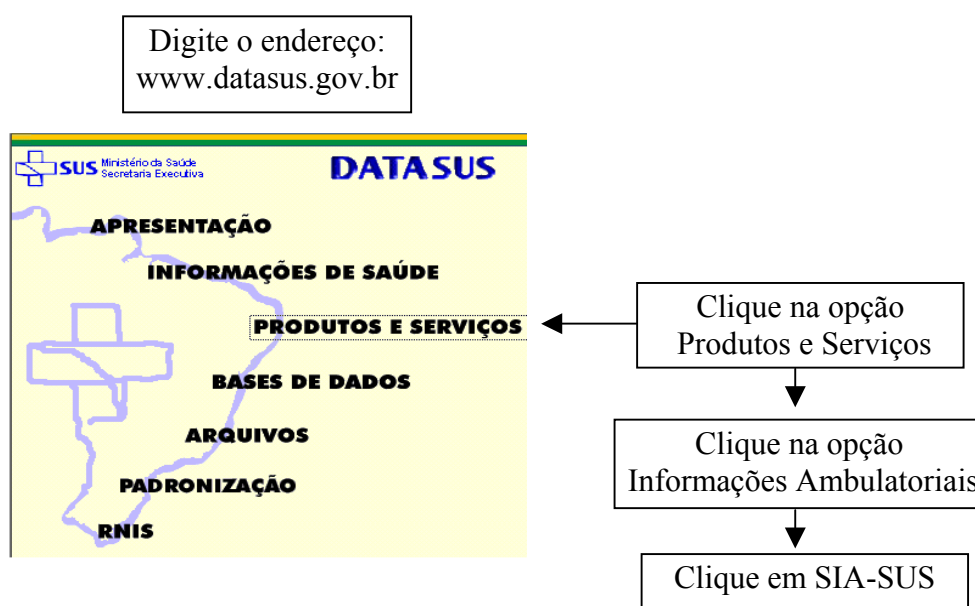
Fonte: elaboração própria

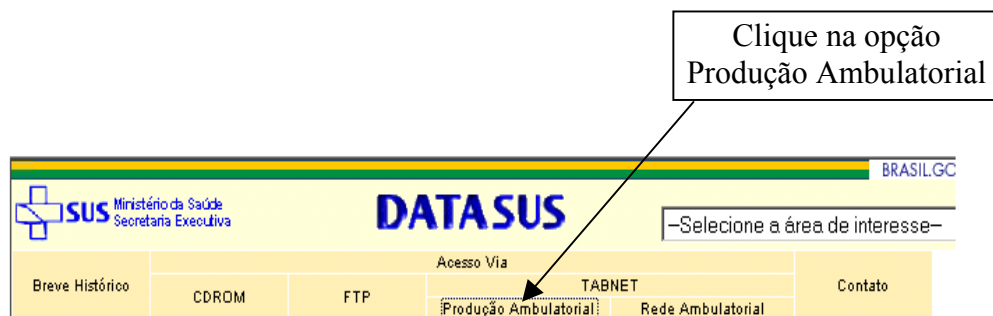
Ressalta-se que a instância mais importante nesse fluxo é a Coordenação de Indicadores Gerenciais. Essa seção valida e compila os dados previamente à distribuição das informações para os demais níveis do sistema. Cabe notar que devido a restrições institucionais não foi possível conhecer melhor o trabalho dessa coordenação.

Salienta-se que os dados estão disponíveis no DATASUS dois meses após seu encaminhamento pela SMS, podendo, a partir de então, ser utilizados por qualquer usuário, pelo *site* www.datasus.gov.br. A navegação no sistema é difícil, requerendo do usuário, seu conhecimento prévio, para a localização dos dados; isso decorre do fato de haver uma série de itens que dificultam o acesso ao sistema por parte do usuário leigo não habituado a acessá-lo.

Para exemplificar, utilizamos a produção de exodontias (extrações) realizadas no mês de março de 2003, no Município do Rio de Janeiro. O acesso à informação, passo a passo, está revelado na Figura 3:

FIGURA 3 – Demonstração de acesso ao DATASUS





Será exibida na tela uma lista de estados,
clique em Rio de Janeiro.

Para a opção **Linha**
clique em
Categoria Proced

Para a opção **Coluna**
clique em
Não Ativa

Para a opção **Conteúdo**
clique em
Qtd. Apresentada

Para **Períodos Disponíveis**
clique em
MAR/2003

Seleções Disponíveis

Município	Rio de Janeiro
Microrregião	Todas as categorias
Regional de Saúde	Todas as categorias
Macrorregião	Todas as categorias
Reg. Metropolitana	Rio de Janeiro
Aglomerado Urbano	Todas as categorias
Item Prog até 10/99	Todas as categorias
Proced até 10/99	Todas as categorias
Proced após 10/99	0304102 – Exodontia de Dente Permanente
Categoria Proced	Atendimento Básico
Grupo após 10/99	03 – Ações Básicas em Odontologia
Procedimento FAEC	Todas as categorias
Tipo de Prestador	Municipais
Gestão até 10/99	Todas as categorias
Gestão após 10/99	Todas as categorias

Nesse campo selecionam-se vários procedimentos odontológicos do SUS (Anexo 1).

Clique aqui para selecionar a opção **Ordenar pelos valores** → ☒ **Ordenar pelos valores**

Clique no botão **Mostra**, para exibir o relatório → **Mostra**

Produção Ambulatorial do SUS - Rio de Janeiro	
Qtd.Apresentada segundo Categoria Proced. Município: Rio de Janeiro Reg.Metropolitana: Rio de Janeiro Proced.após 10/99: 0304102-EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE Categoria Proced.: Atendimento Básico Grupo após 10/99: ..03-Ações Básicas Em Odontologia Tipo Prestador: Municipais Período: Mar/2003	
Categoria Proced.	Qtd.Apresentada
TOTAL	3.966
Atendimento Básico	3.966
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) Consulte o site da Secretaria Estadual de Saúde para mais informações.	
Copia como .CSV	Copia para TabWin

Salienta-se que o número 3.966, que aparece na tela acima, se refere à quantidade de procedimentos de atendimento básico em exodontia (extrações) de dentes

permanentes, realizada no Município do Rio de Janeiro, no mês de março de 2003, apresentada pela SMS ao SIA-SUS para pagamento. Esses dados passam por uma crítica antes de ser aprovado o pagamento, podendo haver diferença na quantidade de procedimentos apresentados e aprovados.

O sistema de informação ambulatorial disponibilizado pelo DATASUS proporciona variáveis para tabulações e construção de indicadores, os quais oferecem informações válidas para compreensão do modelo de atenção em saúde bucal desenvolvido pelo serviço público. Por outro lado, parece certo que grande parte dos dados encontrados nesse sistema de informações está ligada à administração dos serviços, principalmente no que se refere ao pagamento de serviços produzidos. O pacto da atenção básica propõe alguns indicadores quantitativos, que podem ser construídos a partir dos dados do SIA-SUS, selecionando a variável Proced após 10/99 (Figura 3) de um procedimento, como mostra, por exemplo, o Quadro 7. O objetivo de construir os indicadores é avaliar as ações em saúde bucal do município.

O acesso da população aos serviços de saúde bucal (Quadro 7), calculado pelo “total de primeiras consultas odontológicas em determinado local e período” sobre a “população local e período” x 100 é um indicador operacional básico, que pode ser construído com base nos dados desse SIA (Código SIA/SUS:03.021.01-7).

Quadro 7 – Indicador de Cobertura de Primeira Consulta Odontológica

Cobertura de Primeira Consulta Odontológica	
$\frac{\text{Número total de primeiras consultas odontológicas* realizadas em determinado local e período}}{\text{população no mesmo local e período}} \times 100$	

Fonte para esse indicador: *Código do SIA-SUS:03.021.01-7

População total: base demográfica do IBGE

Esse indicador possibilita análises sobre cobertura da população de primeira consulta, podendo indicar tendências de universalização dos serviços ou de focalização em grupos específicos.

É um indicador ainda não utilizado amplamente e que deverá ser objeto de análise ao longo do tempo para verificar sua validade.

Sua análise deve ser feita com ressalvas, dado que em muitos modelos assistenciais propostos por estados e municípios a população objeto de atendimento odontológico individual é restrita ou focalizada, portanto o numerador (procedimentos) é realizado em populações restritas, enquanto o denominador abrange a população em geral. Além disso, o resultado desse indicador pode levar a uma superestimação da cobertura por conta de seu numerador, pois o total de primeiras consultas odontológicas não significa o número de usuários que foram atendidos pela primeira vez no ano. Um mesmo usuário pode ter realizado dois, três, quatro ou mais consultas odontológicas em um mesmo ano.

Considerações Sobre o Sistema de Informações em Saúde Bucal

A exemplo de qualquer sistema informatizado, o Sistema de Informações em Saúde Bucal dá sinais de esgotamento ou desatualização frente aos novos desafios impostos pelo modelo assistencial (educativo, preventivo e curativo). Sob diversos aspectos da dinâmica do atendimento odontológico, as necessidades gerenciais e administrativas e o controle epidemiológico exigem que o sistema acompanhe as mudanças e reformulações que ocorrem no setor.

Os avanços tecnológicos na informática, assim como a maior disponibilidade desses recursos, permitem-nos fazer algumas considerações que poderiam orientar futuros sistemas de informações para outros municípios, por exemplo:

- falta de campo de registro no FRO (Anexo 8) que associe o tratamento iniciado e completado ou iniciado e a manutenção. É muito comum o paciente entrar para exame, não apresentar problema e receber alta no mesmo dia;
- impossibilidade de checar a qualidade dos procedimentos clínicos (retratamento). Como os procedimentos não são analisados pelo sistema sob a ótica da durabilidade, ou seja, um mesmo procedimento, no mesmo usuário, pode ser refeito quantas vezes for necessário, não é possível avaliar a qualidade do trabalho profissional;

- o Sistema atual não está baseado na totalização de procedimentos restauradores por tipo de material utilizado. Ainda depende da soma dos códigos do SIA-SUS para o gerente do setor avaliar os procedimentos mais frequentes na unidade e para elaborar seus relatórios mensais (mapa estatístico);
- também não fornece o número de altas que a unidade teve no trimestre nem o sexo dos pacientes atendidos, nem os procedimentos por cada especialidade;
- o Sistema não está baseado em plataforma *on-line*, de modo que o uso ainda depende de transferências e recepções via magnética e relatórios manuais para repassar os dados das unidades de Saúde aos demais níveis. Essa falha atrasa a obtenção de relatórios nos níveis superiores, além de possibilitar quebra de arquivos;
- prontuário não eletrônico. O uso do papel para registro dos atendimentos e posterior digitação provoca frequentes atrasos na obtenção da informação e potencializa a incidência de erros;
- impossibilidade de unificação dos cadastros. O cadastro dos usuários do serviço odontológico é realizado nas unidades da saúde. Quando o indivíduo é atendido em outra unidade, não se tem acesso retrospectivo a sua história odontológica (e médica), e o atendimento realizado não pode ser registrado no prontuário existente em sua unidade de origem. Os dados epidemiológicos e de cobertura, ou seja, a geolocalização dos usuários, também são prejudicados.

O Sistema de Informações em Saúde Bucal é monousuário (restrito às chefias das unidades de Saúde e SMS). Essa característica é incongruente com a realidade das unidades de Saúde, posto que a grande demanda de informações indica que um sistema multiusuário seria mais adequado.

Outras deficiências observadas poderão ser superadas quando for implantado o Prontuário Eletrônico e o Cartão SUS do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa abordagem do Sistema de Informações em Saúde Bucal, desde a primeira aproximação ao assunto, recomenda que outros pesquisadores empreendam novos estudos. Isso decorre das dificuldades encontradas na pesquisa bibliográfica e documental, dada a carência de produção científica nessa área – e não apenas quantitativa, mas sobretudo qualitativa, ou seja, mais abrangente e crítica.

Parece-nos lícito reafirmar nestas considerações finais com Narvai (2002, p.107) que, no Brasil, ainda predomina uma odontologia de mercado, que não permite sintetizar as várias adjetivações da Odontologia existentes no país; a odontologia sanitária, idealizada como odontologia científica; a odontologia integral; a odontologia simplificada ou comunitária; e saúde bucal coletiva são exemplos das tentativas de rompimento com a odontologia de mercado. Nesse sentido, vale destacar a notória radicalização da saúde bucal coletiva e sua explícita vinculação a projetos de sociedade, opostos aos projetos privatistas.

Na realidade, no Brasil, o atendimento público em Saúde Bucal tem sido inexpressivo. No âmbito da Saúde Pública, até a década de 1970, desenvolveram-se três modelos dos quais, apenas o terceiro, preconizado pela ABOPREV, iniciou um atendimento integral em bases modernas. Na Previdência Social, os IAP e depois o INAMPS, ofereciam assistência odontológica de caráter curativo e mutilador.

Com a Reforma Sanitária inicia-se um movimento em favor da adoção de uma Política Nacional em Saúde Bucal. Porém, sem sucesso até agora. As responsabilidades por essa função ocupam lugar secundário no Ministério da Saúde, refletindo a cobertura muito baixa da assistência odontológica no país.

O lugar subordinado da Saúde Bucal no SUS reflete-se no atendimento, limitado a procedimentos ambulatoriais de baixa complexidade, e no subdesenvolvimento do sistema de informações, que ainda não consegue tomar a forma de um Sistema próprio.

Essas limitações, aliadas à carência de estudos sobre o tema, afetaram a execução do trabalho de campo, realizado na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Em referência ao Município do Rio de Janeiro, quanto ao Sistema de Informações em Saúde Bucal, de acordo com Chaves (1986), um sistema de informação aplicado à odontologia é um arranjo metodizado dos procedimentos, recursos humanos, matérias e estruturas, tendo como finalidade assegurar o fluxo permanente de formulários que deverão originar a informação necessária ao planejamento, direção, controle e avaliação das atividades no campo odontológico. Assim, causa espanto que apenas os centros municipais de Saúde e alguns postos de assistência médica sejam informatizados e tenham como gerenciador o Sistema de Gerenciamento de Atenção Básica – SIGAB. De fato, nas visitas às unidades, observou-se o desconhecimento por parte dos profissionais odontológicos da existência de um Sistema de Informação de Saúde Bucal.

Esse Sistema de Informação em Saúde Bucal – SISB, gerenciado pelo SIGAB, gera relatório de volume de procedimento por idade, sexo, tipo de paciente, tipo de demanda e tipo de tratamento baseado em código do SIA-SUS que, porém, precisa de ajustes.

A política de saúde bucal no Município do Rio de Janeiro assenta-se nos princípios do SUS e norteia-se pelo Programa Riso do Rio, que implementou a odontologia integral nos procedimentos dos serviços odontológicos, tendo como prioridade a reestruturação da rede de atenção. Assim, favoreceu a implantação do programa Carioca Rindo à Toa, que introduziu a descentralização, a universalização de acesso, equidade na prestação dos serviços e integralidade de atenção. É capaz de responder às estratégias programáticas em saúde bucal da SMS e de garantir serviços de saúde de qualidade à população.

A Saúde Bucal Integral em andamento e vários programas implantados para o aumento da cobertura, ao longo dos últimos 13 anos, ainda são insuficientes para o atendimento à demanda. Todavia, o Sistema de Informação Ambulatorial permite acompanhar a programação da produção ambulatorial odontológica atual do município e sua futura expansão.

Por último, com este trabalho esperamos estar contribuindo para um melhor conhecimento de uma área até agora bastante descurada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALDIJÃO, M. F. A., 1992. Sistemas de Informação em Saúde. São Paulo. *Perspectiva*, v. 6, n. 4: 21-8.
- BRAGA, J. C. S., PAULA, S. G., 1991. *Saúde e Previdência: Estudos de Política Social*. São Paulo: Editora CEBES-HUCITEC.
- BRASIL, 1995. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Coleção Saraiva de Legislação. São Paulo: Editora Saraiva.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1980. Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde. Brasília: Relatório Final do Grupo de Debates sobre Odontologia da VII Conferência Nacional de Saúde (mimeo).
- CAMARGO JR., R. R., COELI, C. M., 2000. *Estudos em Saúde Coletiva: Sistemas de Informação e Bancos de Dados de Saúde: Uma Introdução*. IMS, UERJ, Série nº 209.
- CARVALHO, D. M., 1997. *Grandes Sistemas Nacionais de Informação em Saúde: Revisão e Discussão da Situação Atual*. Informe Epidemiológico do SUS, v. 6, n. 4: 7-46.
- CHAVES, M. M., 1977. *Odontologia Social*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editorial Labor do Brasil.
- CHAVES, M. M., 1986. *Odontologia Social*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Artes Médicas..
- CRO-RJ NOTÍCIAS. 2002. Rio declara guerra à cárie. Ano XIX, nº 4, abril: 8-9.
- DATASUS, Diretório de Bases de Dados Históricos, www.datasus.gov.br, novembro de 2002.
- DRAIBE, S. M., 1990. *Políticas Sociais e Organização do Trabalho*. Brasília: IPEA/IPLAN: 110-118.
- FORTUNA, A. A., 1967. Integração da Odontologia na Meta Saúde. *Serviço Nacional de Fiscalização de Odontologia*. Ministério da Saúde. Brasília: Departamento de Imprensa Nacional.
- IBGE, 2000. Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária, 1999/IBGE. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro.
- IESUS, 1995. *Sistemas de Informações de Saúde*. Informe Epidemiológico do SUS, v. 4: 85-92.
- IESUS, 1997. Compatibilização dos Sistemas e Bases de Dados (CBD) da Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA), v. 6, nº 3: 35-37.
- IESUS, 1997. *Sistemas de Informações de Saúde*. Informe Epidemiológico do SUS, v. 6, nº 3: 85-92.
- LAUDON, K. C., LAUDON, J. P., 1999. *Sistemas de Informação: com Internet*. 4ª ed. Editora LTC.

- LEITE, C. B., 1983. *Um Século de Previdência Social: Balanço e Perspectivas no Brasil e no Mundo*. Rio de Janeiro. Zaltar Editores.
- MENDES, E. V., 1996 *et al.* (org.). *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal – Cárie Dental. Consultado em agosto de 2001 na página www.saude.gov.br/programas/bucal/principal.htm
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986. I Conferência Nacional de Saúde Bucal – Relatório Final de Outubro. Brasília. Consultado em agosto de 2001 na página www.saude.gov.br/programas/bucal/principal.htm.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993. II Conferência Nacional de Saúde Bucal – Relatório Final. Brasília. Consultado em agosto de 2001 na página www.saude.gov.br/programas/bucal/principal.htm.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS-NOAS-SUS 01/2001. *DOU* nº 20 de 29/01/01:50.
- MORAES, I. H. S. de, 1991. Sistema de Informações em Saúde: Reflexões sobre sua prática fragmentada. Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- MORAES, I. H. S. de, 1994. *Informação em Saúde: Da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania*. São Paulo e Rio de Janeiro: Editora Hucitec e Abrasco.
- MOREIRA, L. C. H., 1999. A saúde bucal coletiva no contexto do Programa Médico de Família de Niterói – RJ: O dentista de família. Dissertação de Mestrado. UFF, Rio de Janeiro.
- MS, 1980. Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- NARVAI, P. C., 2002. *Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*: Editora Livraria Santo. 2ª ed.
- NOB SUS 041/96. Norma Operacional Básica do SUS. Publicada em *DOU* de 06/11/1996. Brasília DF. 1996-1.
- OLIVEIRA, J. A. A., TEIXEIRA, S. M. F., 1985. *(IM) Previdência Social: 60 anos da história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Editora Vozes.
- PINTO, V. G., 1989. *Saúde Bucal – Odontologia Social e Preventiva*. 1ª Ed.: Editora Santos.
- PINTO, V. G., 1977. Características do sub-sistema público federal de prestação de serviços em odontologia. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- SANTOS, H. L. dos, 2001. Novas tecnologias da informação e os sistemas de informações sobre mortalidade e sobre nascidos vivos: potencialidades de uso na SES-RJ. Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

- SANTOS, I. S., 2000. Planos Privados de Assistência à Saúde no Mundo do Trabalho. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- SMS-RJ, 2000 – RISO DO RIO. *Indicadores de Qualidade Serviços de Odontologia*, 1999, 1ª. Edição.
- SMS-RJ, 1999. *Guia de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro*, 1999, 1ª. Edição.
- SILVA, F. A. R., MAHAR, D. 1974. *Saúde e Previdência Social: uma análise econômica*. Rio de Janeiro.
- SILVA, R. I., THEME FILHA, M. M., NORONHA, C. P., 1997. *Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos na Cidade do Rio de Janeiro 1993/1996*. Informe Epidemiológico do Sus, v.6, n.2: 33-48.
- TERRERI, A. L. M., 1999. A Contribuição dos Sistemas de Informação em Saúde na Reorganização do Modelo Municipal de Saúde Bucal. Dissertação de Mestrado. U.E.P./FO. Araçatuba, São Paulo.
- VIANNA, M. L. T. W., 2000. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: Estatísticas de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora Revan.
- WEYNE, S. C., 1999. ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal. In: *A Construção do Paradigma de Promoção de Saúde – Um desafio para as novas gerações.*, Editora Artes Médicas. 2ª ed: 3-26.
- ZANETTI, C. H. G., 1993. As Marcas do Mal Estar no Sistema Nacional de Saúde: O Caso das Políticas de Saúde Bucal no Brasil dos Anos 80. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ / MS, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. Rio de Janeiro.
- ZANETTI, C. H. G., LIMA, M. A. V., RAMOS, L., COSTA, M. A. B. T., 1996. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. CEDES Nº 13. Londrina-PR: jul.

ANEXOS

ANEXO I – Elenco de Procedimentos de Atenção Básica em saúde Bucal – NOB 96.

PROCEDIMENTOS SIA/SUS	
PORT. MIN. Nº 839, 30/06/99 D.O.UNIÃO 01/07/99	
01.000.00-4	GRUPO 01 - AÇÕES EXECUTADAS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NÍVEL DE MÉDIO
01.023.00-4	ATIVIDADES EM GRUPO
01.023.01-2	ATIVIDADE EDUCATIVA COM GRUPO NA COMUNIDADE - NÍVEL MÉDIO (POR GRUPO) ATIVIDADE EDUCATIVA SOBRE AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE, EM GRUPO, MÍNIMO DE 10 (DEZ) PARTICIPANTES E DURAÇÃO MÍNIMA DE 30 (TRINTA) MINUTOS, DESENVOLVIDA NA COMUNIDADE, FORA DA UNIDADE DA SAÚDE. Atividade Profissional: 64 68 75 80 90 91 Valor do Procedimento: 2,00
01.023.02-0	ATIVIDADES EXECUTADAS POR AGENTE COMUNITÁRIO SAÚDE (PACS) VISITA DOMICILIAR (ATIVIDADE EXTERNA SOLICITADA E SUPERVISIONADA POR PROFISSIONAL ENFERMEIRO SEGUNDO OBJETIVOS PRÉ-ESTABELECIDOS), JÁ INCLUIDAS AÇÕES EXECUTADAS, TAIS COMO: CADASTRAMENTO FAMILIAR, IDENTIFICAÇÃO, ENCAMINHAMENTO E ACOMPANHAMENTO DA POPULAÇÃO ALVO PARA ATENDIMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE; PARTICIPAÇÃO NAS ATIVIDADES EDUCATIVAS COM GRUPO NO MÍNIMO DE 10 (DEZ) PARTICIPANTES E COM DURAÇÃO MÍNIMA DE 60 (SESENTA) MINUTOS, DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE PÚBLICA À QUAL O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE ESTÁ VINCULADO.OBSERVAÇÃO: OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - CÓDIGO 77 (TABELA DE ATIVIDADE PROFISSIONAL) SOMENTE PODERÃO SER CADASTRADOS NAS UNIDADES PÚBLICAS ESTADUAIS/MUNICIPAIS, SUPERVISIONADOS PELO PROFISSIONAL ENFERMEIRO(A), DESENVOLVENDO ATIVIDADES DE ACORDO COM AS NORMAS E DIRETRIZES DO PACS/MS. Nível de Hierarquia: 1 2 5 Serviço/Classificação: 30/000 31/000 Atividade Profissional: 77 Tipo do Prestador: 04 05 14 15 Valor do Procedimento: 1,00
01.23.03-9	ATIVIDADE EDUCATIVA COM GRUPO NA UNIDADE - NÍVEL MÉDIO (POR GRUPO) ATIVIDADE EDUCATIVA SOBRE AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE, EM GRUPO, MÍNIMO DE 10 (DEZ) PARTICIPANTES E DURAÇÃO MÍNIMA DE 30 (TRINTA) MINUTOS, DESENVOLVIDA NAS DEPENDÊNCIAS DA UNIDADE DE SAÚDE. Atividade Profissional: 64 68 75 80 90 91 Valor do Procedimento: 1,00
01.023.04-7	VISITA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO VISITA DOMICILIAR SOLICITADA POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR, SEGUNDO ROTINAS DE SERVIÇOS PROGRAMADAS; JÁ INCLUIDOS CUIDADOS EXECUTADOS DURANTE A VISITA, TAIS COMO: CURATIVOS, RETIRADA DE PONTOS, E OUTROS; CONVOCAÇÃO DE FALTOSOS INCLUIDOS EM PROGRAMAS ESPECÍFICOS Atividade Profissional: 64 68 75 80 90 91 Valor do Procedimento: 2,00
02.000.00-8	GRUPO 02 - AÇÕES MÉDICAS BÁSICAS
02.010.00-3	SUBGRUPO 01 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS
02.011.03-4	CONSULTA/ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICAS BÁSICAS PROCEDIMENTO CARACTERIZADO COMO URGENTE, REALIZADO PELO MÉDICO OU ODONTÓLOGO EM ACIENTE NÃO AGENDADO Valor do Procedimento: 2,28
02.020.00-9	SUBGRUPO 02 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS
02.021.00-5	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS BÁSICOS
02.021.01-3	EXCISÃO/ SUTURA SIMPLES PEQ. LESÕES DE PELE/MUCOSA Valor do Procedimento: 9,02
02.021.02-1	FRENECTOMIA Valor do Procedimento: 9,02
02.021.03-0	INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO Valor do Procedimento: 9,02
03.000.00-1	GRUPO 03 - AÇÕES BÁSICAS EM ODONTOLOGIA
03.010.00-7	SUBGRUPO 01 - PROCEDIMENTOS COLETIVOS
03.011.00-3	PROCEDIMENTOS COLETIVOS
03.011.01-1	PROCEDIMENTOS COLETIVOS CONJUNTO DE PROCEDIMENTOS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL, DE BAIXA COMPLEXIDADE, DISPENSANDO EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS, DESENVOLVIDOS INTEGRALMENTE EM GRUPOS POPULACIONAIS PREVIAMENTE IDENTIFICADOS(ZERO À 6 ANOS, 7 A 14 ANOS, ADOLESCENTES, GESTANTES E ADULTOS).EXAME EPIDEMIOLÓGICO - COMPREENDEM ESTUDOS DE PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DAS DOENÇAS BUCAIS, REALIZADOS, NO INÍCIO DO PROGRAMA E, NO MÍNIMO, A CADA DOIS ANOS COM O OBJETIVO DE AVALIAR O IMPACTO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E ORIENTAR O PLANEJAMENTO

DAS AÇÕES PARA O GRUPO ATENDIDO E COMUNIDADE. EDUCAÇÃO EM SAÚDE - ATIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS, NO MÍNIMO TRIMESTRALMENTE, ENFATIZANDO OS CUIDADOS COM A SAÚDE BUCAL (CONTROLE DA PLACA BACTERIANA, USO DO FLÚOR ATRAVÉS DA ÁGUA DE ABASTECIMENTO E MÉTODOS TÓPICOS, DIETA, DESENVOLVIMENTO ORO-FACIAL, ALEITAMENTO MATERNO, RISCO SOCIAL ETC). ATIVIDADES COM FLÚOR - BOCHECHOS FLUORADOS REALIZADOS SEMANALMENTE, COM SOLUÇÃO DE SÓDIO A 0,2% AO LONGO DO ANO MÍNIMO DE 25 APLICAÇÕES. PODERÁ SER UTILIZADO OUTRO MÉTODO ALTERNATIVO, COMO FLÚOR-GEL NA ESCOVA, MOLDEIRA, PINCELAMENTO OU OUTRAS FORMAS DEPENDENDO DA FAIXA ETÁRIA A QUE SE DESTINA E A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO GRUPO. AS APLICAÇÕES DE FLÚOR-GEL FICARÃO COM PERIODICIDADE CONDICIONADAS SEGUNDO O RISCO DE CÁRIE. HIGIENE BUCAL SUPERVISIONADA - COMPREENDE EVIDENCIAÇÃO DA PLACA BACTERIANA E ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA COM PASTA FLUORETADA, REALIZADA, NO MÍNIMO, ACADA TRÊS MESES AO LONGO DO ANO, COM ENTREGA A CADA PARTICIPANTE, DE UMA ESCOVA DE DENTES E UM TUBO DE PASTA FLUORETADA DE 100 OU 90 GRAMAS, A CADA TRÊS MESES.

Atividade Profissional: 01 03 30 64 75 92 93

Valor do Procedimento: 1,18

03.020.00-2	SUBGRUPO 02 - PROCEDIMENTOS INDIVIDUAIS PREVENTIVOS
03.021.00-9	CONSULTA ODONTOLÓGICA
03.021.01-7	CONSULTA ODONTOLÓGICA (1ª CONSULTA)
	EXAME DO PACIENTE COM FINALIDADE DE DIAGNÓSTICO E/OU PLANO DE TRATAMENTO, E CONDICIONAMENTO DO PACIENTE. UMA CONSULTA ANO POR PACIENTE.
	Valor do Procedimento: 1,50
03.022.00-5	ODONTOLOGIA PREVENTIVA
03.022.01-3	APLICAÇÃO TERAPÊUTICA INTENSIVA COM FLUOR - POR SESSÃO
	AS APLICAÇÕES DE FLUOR GEL (FLUORETO DE SÓDIO A 1,23%, PARA MAIOR EFICÁCIA, DEVEM SER DESENVOLVIDAS EM DUAS ETAPAS: INICIAL - QUINZENALMENTE, DURANTE 06 (SEIS) SESSÕES; MANUTENÇÃO - BIMENSALMENTE. DEVE-SE PRIORIZAR AS PESSOAS COM MAIOR RISCO DE CÁRIE.
	Atividade Profissional: 30 75
	Grupo de Atendimento: 02 03 04 05 06 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 27 28 29 99
	Valor do Procedimento: 0,64
03.022.02-1	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO POR DENTE
	Atividade Profissional: 30 75
	Valor do Procedimento: 0,64
03.022.03-0	APLICAÇÃO DE SELANTE POR DENTE
	Atividade Profissional: 30 75
	Valor do Procedimento: 0,64
03.022.04-8	CONTROLE DA PLACA BACTERIANA
	CONSISTE NO CONTROLE DA PLACA BACTERIANA ATRAVÉS DE ORIENTAÇÃO PRÁTICA SOBRE AUTO-CUIDADO, EVIDENCIAÇÃO DA PLACA E ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA COM FORNECIMENTO DE 01 (UMA) ESCOVA DE DENTE E UM TUBO DE CREME DENTAL COM FLUOR DE 100 (CEM) OU 90 (NOVENTA) GRAMAS, A CADA SEIS MESES.
	Atividade Profissional: 30 75 85 86 87 95 96
	Valor do Procedimento: 0,59
03.022.05-6	ESCARIAÇÃO POR DENTE
	Valor do Procedimento: 0,59
03.022.06-4	RAP - RASPAGEM, ALISAMENTO E POLIMENTO POR HEMI-ARCADA
	Atividade Profissional: 30 75 85 86 87 95 96
	Valor do Procedimento: 1,24
03.022.07-2	CURETAGEM SUB-GENGIVAL E POLIMENTO DENTÁRIO POR HEMI-ARCADA
	Valor do Procedimento: 2,13
03.022.08-0	SELAMENTO DE CAVIDADES COM CIMENTO PROVISÓRIO - POR DENTE
	Valor do Procedimento: 0,59
03.030.00-8	SUBGRUPO 03 - DENTÍSTICA BÁSICA
03.031.00-4	DENTÍSTICA
03.031.01-2	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO EM DENTE PERMANENTE
	Valor do Procedimento: 1,74
03.031.02-0	PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO OU PERMANENTE E SELAMENTO PROVISÓRIO
	Valor do Procedimento: 1,74
03.031.03-9	RESTAURAÇÃO A PINO
	Valor do Procedimento: 2,05
03.031.04-7	RESTAURAÇÃO COM AMALGAMA DE DUAS OU MAIS FACES
	Valor do Procedimento: 2,05
03.031.05-5	RESTAURAÇÃO COM AMALGAMA DE UMA FACE
	Valor do Procedimento: 1,74
03.031.06-3	RESTAURAÇÃO COM COMPÓSITO DE DUAS OU MAIS FACES
	Valor do Procedimento: 2,05
03.031.07-1	RESTAURAÇÃO COM COMPÓSITO DE UMA FACE
	Valor do Procedimento: 1,74
03.031.08-0	RESTAURAÇÃO COM COMPÓSITO ENVOLVENDO ÂNGULO INCISAL
	Valor do Procedimento: 2,05
03.031.09-8	RESTAURAÇÃO COM SILICATO DE DUAS OU MAIS FACES
	Valor do Procedimento: 2,05
03.031.10-1	RESTAURAÇÃO COM SILICATO DE UMA FACE

03.031.11-0	Valor do Procedimento: 1,74 RESTAURAÇÃO FOTOPOLIMERIZÁVEL DE DUAS OU MAIS FACES Valor do Procedimento: 2,05
03.031.12-8	RESTAURAÇÃO FOTOPOLIMERIZÁVEL DE UMA FACE Valor do Procedimento: 1,74
03.040.00-3	SUBGRUPO 04 - ODONTOLOGIA CIRÚRGICA BÁSICA
03.041.00-0	ODONTOLOGIA CIRÚRGICA BÁSICA
03.041.01-8	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO Valor do Procedimento: 1,32
03.041.02-6	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE Valor do Procedimento: 1,32
03.041.03-4	REMOÇÃO DE RESTO RADICULAR Valor do Procedimento: 1,32
03.041.05-0	TRATAMENTO DE ALVEOLITE Valor do Procedimento: 1,32
03.041.06-9	TRATAMENTO DE HEMORRAGIA OU PEQUENOS PROCEDIMENTOS DE EMERGÊNCIA Valor do Procedimento: 1,32
03.041.07-7	ULOTOMIA Valor do Procedimento: 1,74
04.000.00-5	GRUPO 04 - AÇÕES EXEC. P/ OUTROS PROF. DE NÍVEL SUPERIOR
04.010.00-0	SUBGRUPO 01 - AÇÕES EXECUTADAS POR OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR
04.011.02-3	ATIVIDADE EDUCATIVA EM ATENÇÃO BÁSICA COM GRUPO NA COMUNIDADE - NÍVEL SUPERIOR (POR GRUPO) ATIVIDADE EDUCATIVA SOBRE AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE, COM CLIENTELA ORIUNDA DE CLÍNICAS BÁSICAS, EM GRUPO, MÍNIMO DE 10 (DEZ) PARTICIPANTES E DURAÇÃO MÍNIMA DE 30 (TRINTA) MINUTOS, DESENVOLVIDA NA COMUNIDADE, FORA DA UNIDADE DE SAÚDE. Grupo de Atendimento: 02 03 04 05 06 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 27 28 29 99 Valor do Procedimento: 2,24
04.011.03-1	ATIVIDADE EDUCATIVA EM ATENÇÃO BÁSICA COM GRUPO NA UNIDADE - NÍVEL SUPERIOR (POR GRUPO) ATIVIDADE EDUCATIVA SOBRE AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE, EM GRUPO, MÍNIMO DE 10 (DEZ) PARTICIPANTES E DURAÇÃO MÍNIMA DE 30 (TRINTA) MINUTOS, DESENVOLVIDA NAS DEPENDÊNCIAS DA UNIDADE DE SAÚDE. Grupo de Atendimento: 02 03 04 05 06 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 27 28 29 99 Valor do Procedimento: 2,00
10.000.00-3	GRUPO 10 - AÇÕES ESPECIALIZADAS EM ODONTOLOGIA
10.010.00-9	SUBGRUPO 01 - DENTÍSTICA
10.011.00-5	DENTÍSTICA
10.011.01-3	RESTAURAÇÃO COM IONÔMERO DE VIDRO DE DUAS OU MAIS FACES Valor do Procedimento: 2,05
10.011.02-1	RESTAURAÇÃO COM IONÔMERO DE VIDRO DE UMA FACE Valor do Procedimento: 1,74
10.020.00-4	SUBGRUPO 02 - PERIODONTIA
10.021.00-0	PERIODONTIA
10.021.01-9	CIRURGIA PERIODONTAL POR HEMI-ARCADA Valor do Procedimento: 2,13
10.021.02-7	ENXERTO GENGIVAL Valor do Procedimento: 2,13
10.021.03-5	GENGIVECTOMIA Valor do Procedimento: 10,82
10.021.05-1	GENGIVOPLASTIA POR HEMI-ARCADA Valor do Procedimento: 10,82
10.021.06-0	RASPAGEM CORONO-RADICULAR POR HEMI-ARCADA Valor do Procedimento: 1,24
10.021.07-3	TRATAMENTO PERIODONTAL EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA Valor do Procedimento: 1,24
10.021.08-6	CURETAGEM SUBGENGIVAL POR INDIVÍDUO Valor do Procedimento: 2,13
10.030.00-0	SUBGRUPO 03 - ORTODONTIA
10.031.00-6	ORTODONTIA
10.031.01-4	COLOCAÇÃO DE MANTENEDOR DE ESPAÇO Valor do Procedimento: 1,59
10.031.02-2	COLOCAÇÃO DE APARELHO FIXO BILATERAL PARA FECHAMENTO DE DIÁSTEMA (novo) Valor do Procedimento: 1,59
10.031.03-0	COLOCAÇÃO DE APARELHOS REMOVÍVEL Valor do Procedimento: 1,59
10.031.04-9	COLOCAÇÃO DE PLACA DE MORDIDA Valor do Procedimento: 1,59
10.031.05-7	COLOCAÇÃO DE PLANO INCLINADO Valor do Procedimento: 1,59
10.031.06-5	MANUTENÇÃO/CONSRTO DE APARELHOS ORTODÔNTICOS (novo) Valor do Procedimento: 1,59
10.040.00-5	SUBGRUPO 04 - ENDODONTIA

10.041.00-1	TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNI-RADICULAR
10.041.01-0	NECROPULPECTOMIA EM DENTE DECÍDUO OU PERMANENTE
	Valor do Procedimento: 2,18
10.041.02-8	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR
	Valor do Procedimento: 4,41
10.041.03-6	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO UNI-RADICULAR
	Valor do Procedimento: 4,41
10.041.04-4	RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE DECIDUO UNI-RADICULAR
	Valor do Procedimento: 4,41
10.041.05-2	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR
	Valor do Procedimento: 4,41
10.042.00-8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO BI-RADICULAR
10.042.01-6	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR
	Valor do Procedimento: 5,71
10.042.02-4	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR
	Valor do Procedimento: 5,71
10.043.00-4	TRATAMENTO ENDODÔNTICO TRI-RADICULAR
10.043.01-2	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE TRIRADICULAR
	Valor do Procedimento: 6,95
10.043.02-0	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR
	Valor do Procedimento: 2,56
10.043.03-9	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE TRI-RADICULAR
	Valor do Procedimento: 6,95
10.044.00-0	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTI-RADICULAR
10.044.01-9	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO MULTI-RADICULAR
	Valor do Procedimento: 6,95
10.044.02-7	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO MULTI-RADICULAR
	Valor do Procedimento: 6,95
10.080.00-7	SUBGRUPO 08 - PRÓTESES ODONTOLÓGICAS
10.081.00-3	PRÓTESES ODONTOLÓGICAS
10.081.01-1	COROA PROVISÓRIA
	Valor do Procedimento: 23,54
10.081.03-8	RECOLOCAÇÃO DE INCRUSTAÇÃO OU COROA
	Valor do Procedimento: 1,16
10.081.05-4	REMOÇÃO DE PRÓTESE FIXA
	Valor do Procedimento: 1,16
10.082.03-4	COROAS DE POLICARBOXILATO (DENTE DECÍDUO)
	Valor do Procedimento: 23,54
10.084.00-2	PRÓTESES INTRA-ORAI METÁLICAS, METALOPLÁSTICA OU METALOCERÂMICAS
10.084.01-0	COROA DE AÇO
	Valor do Procedimento: 23,54
10.100.00-8	SUBGRUPO 10 - ODONTORADIOLOGIA
10.101.00-4	ODONTORADIOLOGIA I
10.101.02-0	RADIOGRAFIA PERI-APICAL, INTERPROXIMAL (BITE-WING)
	Valor do Procedimento: 6,23

ANEXO II – Portaria 1.444 – Incentivo Financeiro para Implantação das Equipes de Saúde Bucal no PSF – 2000.

PORTARIA N.º 1.444, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2.000
Publicada no DOU de 29/12/00, seção 1, pg. 85

Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e, considerando

o Programa de Saúde da Família uma importante estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde;

a necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal;

a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos da saúde bucal da população;

a necessidade de incentivar a reorganização da saúde bucal na atenção básica, por meio da implantação de suas ações no Programa de Saúde da Família, resolve:

Art. 1º Criar o Incentivo de Saúde Bucal para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família.

Art. 2º Definir que o trabalho das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, estará voltado para a reorganização do modelo de atenção e para a ampliação do acesso às ações, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

Art. 3º Os municípios que se qualificarem às ações de saúde bucal receberão incentivo financeiro anual por equipe implantada, de acordo com a composição e com seguintes valores:

Modalidade I - Um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário - R\$ 13.000,00 (treze mil reais)

Modalidade II - Um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico de higiene dental - R\$ 16.000,00 (dezesesseis mil reais)

Parágrafo único. Os recursos financeiros mencionados serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos) dos respectivos valores.

Art. 4º Estabelecer a seguinte relação de equipes de saúde bucal por equipe de saúde da família:

I - Cada equipe de saúde bucal deverá atender em média 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes;

II - Para cada equipe de saúde bucal a ser implantada, deverão estar implantadas duas equipes de saúde da família;

III - Para os municípios com menos de 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, poderá ser implantada uma equipe de saúde bucal com uma ou duas equipes de saúde da família implantadas.

Parágrafo único. Os municípios estabelecerão as formas de inserção das equipes e das ações de saúde bucal junto ao Programa de Saúde da Família considerando a atual capacidade instalada de equipamentos de odontologia e as modalidades inovadoras de reorganização da atenção à saúde bucal.

Art. 5º Estabelecer o pagamento de um incentivo adicional no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) por equipe implantada para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos.

& 1º O incentivo adicional de que trata este Artigo será pago em parcela única, logo após a implantação da equipe de saúde bucal.

& 2º Caso a equipe implantada seja desativada num prazo inferior a 12 (doze) meses, contados a partir do recebimento do incentivo adicional, o valor recebido será descontado de futuros valores repassados ao Fundo Estadual ou Municipal de Saúde.

Art. 6º A qualificação dos municípios ao incentivo de saúde bucal deverá ser aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, que remeterá mensalmente, à Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, a Resolução contendo a relação dos municípios qualificados, com a discriminação da quantidade de equipes e sua composição.

Art. 7º O banco de dados do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB deverá ser alimentado mensalmente com as informações das ações desenvolvidas pela equipe de saúde bucal e fornecerá os dados necessários para o cálculo do incentivo de saúde bucal.

Art. 8º Os pagamentos decorrentes do disposto nesta Portaria serão autorizados em Portaria Conjunta da Secretaria Executiva e Secretaria de Políticas de Saúde.

Art. 9º Os recursos orçamentários de que trata a presente portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho - 10.301.0001.0589 - Incentivo Financeiro a Municípios habilitados à parte variável do Piso de Atenção Básica - PAB, para a Saúde da Família.

Art. 10º A Secretaria de Políticas de Saúde editará normas para a regulamentação da presente portaria.

Art. 11º Esta portaria entra em vigor a partir de 1º de janeiro de 2001.

JOSÉ SERRA

(Of. El. N.º 601/2000)

ANEXO III – Portaria 268 regulamenta a Portaria 1.444 e a inserção da Saúde Bucal no PSF – 2001.

PORTARIA N.º 267, DE 06 DE MARÇO DE 2.001

Publicada no Diário Oficial da União de 07 de Março de 2001, Seção 1, página 67

O **Ministro de Estado da Saúde**, no uso de suas atribuições, considerando a necessidade de:

- regulamentação da Portaria n.º 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000, que criou o incentivo de saúde bucal destinado ao financiamento de ações e da inserção de profissionais desta área no Programa de Saúde da Família (PSF);
- ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção e recuperação da saúde bucal, bem como de prevenção de doenças e agravos a ela relacionados;
- melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal da população;
- inclusão das ações de saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família, como forma de reorganização desta área no âmbito da atenção básica, **resolve:**

Art. 1º - Aprovar as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF).
Parágrafo único. As normas e diretrizes de que tratam este Artigo integram o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, constante do ANEXO 1, que integra esta Portaria.

Art. 2º - Explicitar, no ANEXO 2 desta Portaria, o elenco de procedimentos no âmbito da saúde bucal, compreendidos na atenção básica, estabelecidos por intermédio da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB/SUS 96 - e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).

Art. 3º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

ANEXO I

PLANO DE REORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

A) INTRODUÇÃO

A universalização do acesso, a integralidade da atenção, a equidade, a descentralização da gestão, a hierarquização dos serviços e o controle social são princípios e diretrizes constitucionais e legais de funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS - que, para o seu cumprimento, requerem a reordenação das práticas sanitárias e, por via de consequência, a transformação do modelo de atenção prevalente.

O Programa de Saúde da Família - PSF - do Ministério da Saúde envolve um conjunto de ações individuais e coletivas que tem se mostrado eficaz para a reorganização da atenção básica, o que possibilita, por conseguinte, o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde.

A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas - quer em termos de promoção, quer de proteção e recuperação - impulsionou a decisão de reorientar as práticas de intervenção neste contexto, valendo-se, para tanto, de sua inclusão na estratégia de saúde da família.

B) OBJETIVOS

O presente Plano tem por objetivos:

- melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira;
- orientar as práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo Programa Saúde da Família;
- assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal;
- capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal necessários ao PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS;
- avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF.

C) BASES PARA REORIENTAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL

A inclusão das ações de saúde bucal na estratégia de saúde da família deverá expressar os princípios e diretrizes do SUS e apresentar as seguintes características operacionais:

- I. caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas

- II. adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde;
- III. integralidade da assistência prestada à população adscrita;
- IV. articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do Sistema de Saúde;
- V. definição da família como núcleo central de abordagem;
- VI. humanização do atendimento;
- VII. abordagem multiprofissional;
- VIII. estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social;
- IX. educação permanente dos profissionais;
- X. acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.

D) ESTRATÉGIAS PARA INCORPORAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO PSF

- 1. A inclusão dos profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família dar-se-á por meio de duas modalidades:
 - 1.1. modalidade I, que compreende um cirurgião dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD); e
 - 1.2. modalidade II, que compreende um CD, um ACD e um técnico em higiene dental (THD).
- 2. A carga horária de trabalho desses profissionais deverá ser de 40 horas semanais.
- 3. A relação de equipe de saúde bucal - ESB - por equipe de saúde da família basear-se-á nos seguintes parâmetros:
 - 3.1. cada ESB deverá atender, em média, 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes;
 - 3.2. nos municípios com população inferior a 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, deverá ser implantada uma ESB para uma ou duas equipes de saúde da família implantadas ou em processo de implantação; e
 - 3.3. nos municípios com população superior a 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, deverá ser implantada uma ESB para cada duas equipes de saúde da família implantadas ou em processo de implantação.
- 4. a adequação de espaços para a estruturação dos serviços odontológicos levará em conta as instalações já existentes e as iniciativas locais de organização dos serviços, desde que atendam os critérios de referência territorial e a facilidade do acesso da população;
- 5. as equipes de saúde da família deverão executar integralmente, no âmbito da atenção básica, ações de saúde bucal em sua área adscrita e segundo os critérios de territorialização já estipulados;

6. as ações especializadas de saúde bucal deverão ser referenciadas no próprio território municipal ou no município sede, conforme o Plano Diretor de Regionalização - PDR - do SUS;
7. os profissionais de saúde bucal e demais membros das equipes de saúde da família deverão ter responsabilidade sanitária em relação à população adscrita, desenvolvendo ações de prevenção de doenças e agravos e de promoção e recuperação da saúde;
8. as ações de promoção e de prevenção no âmbito da saúde bucal serão planejadas e desenvolvidas de forma interdisciplinar;
9. o registro das atividades de saúde bucal deverá ser feito no Sistema de Informação da Atenção Básica - Siab -, para fins de planejamento, monitoramento e avaliação das equipes;
10. o processo de qualificação dos municípios ao incentivo financeiro para as ações de saúde bucal será objeto de regulamentação da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

E) ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL

ATRIBUIÇÕES COMUNS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL NO PSF

- I. Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família.
- II. Identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal.
- III. Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal.
- IV. Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência.
- V. Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal.
- VI. Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde.
- VII. Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas.
- VIII. Desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO CIRURGIÃO-DENTISTA (CD)

- I. Realizar exame clínico com a finalidade de conhecer a realidade epidemiológica de saúde bucal da comunidade.
- II. Realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB/SUS 96 - e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).

III. Assegurar a integralidade do tratamento no âmbito da atenção básica para a população adscrita.

IV. Encaminhar e orientar os usuários, que apresentarem problemas mais complexos, a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento.

V. Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências.

VI. Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais.

VII. Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados.

VIII. Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência.

IX. Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais.

X. Coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal.

XI. Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas.

XII. Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e o ACD.

XIII. Capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal.

XIV. Registrar na Ficha D - Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica - Siab - todos os procedimentos realizados.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL (THD)

I. Realizar, sob a supervisão do cirurgião dentista, procedimentos preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento.

II. Realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião dentista.

III. Auxiliar o cirurgião dentista (trabalho a quatro mãos).

IV. Realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados.

V. Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos.

VI. Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal.

VII. Registrar na Ficha D - Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica - Siab - todos os procedimentos de sua competência realizados.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ATENDENTE DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO (ACD)

- I. Proceder à desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados.
- II. Realizar procedimentos educativos e preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como evidênciação de placa bacteriana, orientações à escovação com o uso de fio dental sob acompanhamento do THD.
- III. Preparar o instrumental e materiais para uso (sugador, espelho, sonda e demais materiais necessários para o trabalho).
- IV. Instrumentalizar o cirurgião dentista ou THD durante a realização de procedimentos clínicos.
- V. Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos.
- VI. Agendar e orientar o paciente quanto ao retorno para manutenção do tratamento.
- VII. Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal.
- VIII. Realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidênciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados.
- IX. Registrar no Siab os procedimentos de sua competência realizados.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

- I. Desenvolver ações de promoção de saúde bucal e de prevenção das doenças neste âmbito mais prevalentes no seu território de atuação.
- II. Identificar espaços coletivos e grupos sociais para o desenvolvimento das ações educativas e preventivas em saúde bucal.
- III. Registrar no Siab os procedimentos de sua competência realizados.

F) RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

- I. Regulamentar e repassar os incentivos financeiros para os Fundos Municipais ou Estaduais de Saúde, segundo as modalidades de inclusão das ações de saúde bucal no PSF.
- II. Estabelecer normas e diretrizes para a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica por intermédio da estratégia de saúde da família.
- III. Prestar assessoria técnica aos estados e municípios relativa ao processo de implantação e de gerenciamento da saúde bucal no PSF.

IV. Estabelecer parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde com vistas ao incremento dos processos de capacitação da equipe e de formação de pessoal auxiliar em saúde bucal.

V. Elaborar e editar material didático para a capacitação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde.

VI. Tornar disponível o Siab como instrumento para monitorar as ações de saúde bucal desenvolvidas no PSF.

VII. Consolidar, analisar e divulgar os dados relacionados à saúde bucal de interesse nacional gerados pelo sistema de informação, divulgando resultados obtidos.

VIII. Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações de saúde bucal no PSF.

SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE (SES)

I. Garantir a inclusão das ações de saúde bucal no Plano Diretor de Regionalização - PDR - do SUS.

II. Contribuir para a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica por intermédio da estratégia de saúde da família.

III. Prestar assessoria técnica aos municípios em todo o processo de implantação, planejamento, monitoramento e gerenciamento das ações de saúde bucal no PSF.

IV. Viabilizar, em parceria com o Ministério da Saúde, a capacitação técnica e a educação permanente específica em saúde da família para os profissionais de saúde bucal, por intermédio dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente e ou de outras instituições de ensino, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

V. Viabilizar, em parceria com o Ministério da Saúde, a formação de pessoal auxiliar em saúde bucal - THD e ACD - para atuar nas equipes de saúde da família, por intermédio das Escolas Técnicas de Saúde do SUS ou Centros Formadores de Recursos Humanos e ou de outras instituições formadoras, em articulação com as SMS.

VI. Contribuir na produção e disponibilidade de material didático para capacitação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde.

VII. Assessorar os municípios na implantação do Siab.

VIII. Consolidar e analisar os dados relativos à saúde bucal de interesse estadual e alimentar o banco de dados nacional.

IX. Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações de saúde bucal do PSF no âmbito do estado.

X. Promover intercâmbio de informações relacionadas às experiências em saúde bucal no PSF entre os municípios.

SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (SMS)

- I. Definir a estratégia de inclusão das ações de saúde bucal nos territórios de abrangência das equipes de saúde da família.
- II. Garantir a infra-estrutura e os equipamentos necessários para a resolubilidade das ações de saúde bucal no PSF.
- III. Assegurar o vínculo dos profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família, em regime de 40 horas semanais, por intermédio de contratação específica e ou adequação dos profissionais já existentes na rede de serviços de saúde.
- IV. Considerar o diagnóstico epidemiológico de saúde bucal para a definição das prioridades de intervenção no âmbito da atenção básica e dos demais níveis de complexidade do sistema.
- V. Definir fluxo de referencia e contra-referência para serviços de maior complexidade ou de apoio diagnóstico, considerando o Plano Diretor de Regionalização do SUS.
- VI. Proporcionar, em parceria com a SES, a capacitação e a educação permanente dos profissionais de saúde bucal das equipes por intermédio dos Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente, das Escolas Técnicas de Saúde do SUS ou Centros Formadores de Recursos Humanos e ou de outras instituições de ensino.
- VII. Proporcionar, em parceria com a SES, a formação de pessoal auxiliar - THD e ACD -, por intermédio das Escolas Técnicas de Saúde do SUS ou Centros Formadores de Recursos Humanos e ou de outras instituições formadoras.
- VIII. Tornar disponíveis materiais didáticos para capacitação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde.
- IX. Alimentar a base de dados do Siab, de acordo com as Portarias que o regulamentam.
- X. Utilizar os dados do Siab para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde bucal no âmbito do PSF.

G) FINANCIAMENTO DA SAÚDE BUCAL NO PSF

A transferência de recursos federais aos estados e municípios, que compõem o financiamento tripartite das ações de saúde bucal na atenção básica, vem se efetivando por meio do Piso de Atenção Básica. A indução do processo de reorganização das ações de saúde bucal no âmbito da atenção básica - prestada por intermédio do PSF - estará baseada no incentivo financeiro específico criado para tal (Portaria n.º 1444, de 28 de dezembro de 2000).

Os municípios que se qualificarem a essas ações receberão incentivo financeiro anual, por equipe implantada, transferido do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de

Saúde, em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos), de acordo com a modalidade de inclusão.

Será transferido um incentivo adicional, em parcela única, para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos. Para fins de orientação dessa aquisição, é apresentada, a seguir, a relação mínima de equipamentos odontológicos e instrumentais. No caso da existência desses equipamentos no local destinado ao atendimento, o incentivo adicional poderá ser utilizado para complementá-los ou ainda para a aquisição de outros equipamentos e ou instrumentais de uso odontológico que se façam necessários na atenção básica.

Equipamentos Odontológicos

- Aparelho Fotopolimerizador
- Cadeira odontológica
- Compressor
- Equipo odontológico
- Estufa ou autoclave.
- Mocho
- Refletor
- Unidade auxiliar

Instrumentais Odontológicos

- Alveolótomo
- Aplicador para cimento (duplo)
- Bandeja de aço
- Brunidor
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caixa inox com tampa
- Condensador Hollembach
- Cureta alveolar
- Elevadores (alavancas) para raiz
- Esculpidor Hollembach
- Espátula
- Espelho odontológico
- Fórceps infantis e adultos
- Lima óssea
- Pinça Halstead (mosquito) curva e reta
- Pinça para algodão
- Porta agulha
- Porta amálgama
- Porta matriz
- Seringa Carpule
- Sindesmótomo
- Sonda exploradora

- Tesoura cirúrgica reta e curva
- Tesoura íris
- Tesoura standart

ANEXO II

ELENCO DE PROCEDIMENTOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Os procedimentos odontológicos, a seguir relacionados, referem-se àqueles constantes da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB/SUS 96 - e da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).

- Procedimentos Coletivos (PC)
- Consulta odontológica - 1º consulta;
- Aplicação Terapêutica Intensiva com Flúor - por sessão;
- Aplicação de carióstático (por dente);
- Aplicação de selante (por dente);
- Controle de placa bacteriana;
- Escariação (por dente);
- Raspagem, alisamento e polimento - RAP (por hemi-arcada);
- Curetagem supra-gengival e polimento dentário (por hemi-arcada);
- Selamento de cavidade com cimento provisório (por dente);
- Capeamento pulpar direto em dente permanente;
- Pulpotomia em dente decíduo ou permanente e selamento provisório;
- Restauração a pino;
- Restauração com amálgama de duas ou mais faces;
- Restauração com amálgama de uma face;
- Restauração com compósito de duas ou mais faces;
- Restauração com compósito de uma face;
- Restauração com compósito envolvendo ângulo incisal;
- Restauração com silicato de duas ou mais faces;
- Restauração com silicato de uma face;
- Restauração fotopolimerizável de duas ou mais faces;
- Restauração fotopolimerizável de uma face;
- Restauração com ionômero de vidro de uma face;
- Restauração com ionômero de vidro de duas ou mais faces;
- Exodontia de dente decíduo;
- Exodontia de dente permanente;
- Remoção de resto radicular;
- Tratamento de alveolite;
- Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de urgência;
- Ulotomia;
- Ulectomia;
- Glossorrafia;

**ANEXO IV – Atos do Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro –
Resolução SMS Nº 422 de 05 de Novembro de 1992**

RESOLUÇÃO SMS Nº 422 DE 05 DE NOVEMBRO DE 1992

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor,

RESOLVE

Art. 1º - Ficam aprovadas as Normas de Atendimento para Serviços, Seções e Setores de Odontologia das Unidades de Assistência à Saúde Bucal no Município do Rio de Janeiro, anexas à presente Resolução.

Art. 2º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário. (Referente ao Processo 09/039 031/92).

Rio de Janeiro, 04 de novembro de 1992

Ronaldo Luiz Gazolla

PMRJ – ANEXO DE QUE TRATA A RESOLUÇÃO SMS Nº 422 DE 05 DE NOVEMBRO DE 1992

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE SAÚDE COLETIVA
COORDENAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE BUCAL

NORMAS PARA OS SERVIÇOS, SEÇÕES E SETORES DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL

1 – FINALIDADES:

Adequar o funcionamento dos Serviços, Seções e Setores de Odontologia da Rede de Assistência à Saúde Bucal do Município do Rio de Janeiro.

Normatizar o atendimento à população, buscando oferecer assistência comunitária com ações individuais e coletivas eficazes quanto ao tratamento integral, restituindo a saúde e o equilíbrio da cavidade bucal.

2 – CONSEQÜÊNCIA:

Criar condições que reverterão o atual quadro epidemiológico de Saúde Bucal da nossa população, através da Odontologia Integral – integração em um só processo de ações educativas, preventivas e curativas.

3 – CONSEQÜÊNCIA ESPECÍFICA:

Integrar atividades promocionais, preventivas e curativas de saúde através da utilização de tecnologia apropriada e do trabalho integrado à equipe de saúde pela valorização da Promoção da Saúde; ênfase em ações coletivas e, fundamentalmente, adequação do profissional à realidade da população que recebe seus serviços.

UNIDADES DE SAÚDE DA REDE MUNICIPAL

- CMS

CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE

Atuar como autoridade sanitária da área, sendo o responsável pelo atendimento de nível primário de saúde. Compete ao CMS:

1 – Implantar, executar e supervisionar programas de Saúde Bucal, consoante ao estabelecido pela Coordenação de Programas da Secretaria Municipal de Saúde.

2 – Avaliar se estas atividades de sua área de assistência estão sendo convenientemente desempenhadas.

- PS

POSTO DE SAÚDE

1 – Implantar e executar as atividades de saúde bucal, consoante ao estabelecido pela Coordenação de Programas da Secretaria Municipal de Saúde.

2 – Promover a integração da Unidade com a comunidade.

3 – Produzir informações ao CMS, que contribuam para avaliar eventuais distorções do perfil de atendimento na área.

4 – Cooperar com as atividades de Atenção Integral à Criança, ao Adolescente e ao Adulto.

- UACPS

UNIDADE AUXILIAR DE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

1 – Modelo de Intervenção

Atuar nos locais próximos às moradias das populações de baixa renda.

2 – Cuidados Primários de Saúde Bucal

2.1 – ações comunitárias (educação em saúde bucal)

2.2 – discussão dos objetivos

2.3 – divulgação dos serviços

2.4 – busca da participação efetiva

2.5 – discussão dos aspectos de saúde bucal na comunidade.

3 – Orientação terapêutica.

4 – Vigilância Epidemiológica

4.1 – observar, em caráter permanente, os problemas emergentes da saúde bucal

4.2 – identificar as principais patologias

4.3 – divulgar medidas de controle.

- UMAMP

UNIDADE MUNICIPAL DE ATENDIMENTO MÉDICO PRIMÁRIO

1 - Unidade de atendimento básico, primário

1.1 – atividade básica de pronto-atendimento odontológico.

HOSPITAIS E INSTITUTOS – FINALIDADES DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

1 - Prestar atendimento ambulatorial ao usuário na área específica de sua competência.

2 - Promover a Odontologia Integral.

3 - Ser a Unidade de Referência da Rede Básica da Secretaria Municipal de Saúde

08 - Nível Hospitalar

3.1.1 - Assistência Odontológica, especializada ou não

3.1.2 - Atender através dos Setores de Emergência, Ambulatório e Internação nos Hospitais de Pronto-Socorro

3.1.3 - Nestes Hospitais, os profissionais de Odontologia dos Setores de Emergência, Rotina e de Ambulatório devem funcionar de tal forma entrosados que a eficiência dos serviços produzidos possa ser máxima em favor dos usuários:

- Hospital Municipal Souza Aguiar
- Hospital Municipal Miguel Couto
- Hospital Municipal Salgado Filho
- Hospital Municipal Paulino Werneck
- Hospital Municipal Lourenço Jorge

3.1.4 - SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

- HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE

- 1 - Unidade de Atendimento em Odontologia Integral e Ambulatório de pequena Cirurgia Oral.
- 2 - Obedecer normatização estabelecida para Atendimento Ambulatorial.

- HOSPITAL MUNICIPAL SALLES NETTO

- 1 - Atender Ambulatório em Odontologia Integral para Crianças até 12 (doze) anos de idade (Atendimentos Preventivo, Educativo e Curativo).
- 2 - Atender às Urgências e Pequena Cirurgia Oral em Odontopediatria.
- 3 - Obedecer normatização estabelecida para Atendimento Ambulatorial.

- HOSPITAL MUNICIPAL CARMELA DUTRA

- 1 - Atender às Urgências Odontológicas.
- 2 - Atender Ambulatório em Odontologia Integral para Adultos.
- 3 - Obedecer normatização estabelecida para Atendimento Ambulatorial.

- INSTITUTO MUNICIPAL DA MULHER
FERNANDO MAGALHÃES

- 1 - Atender à gestante em Odontologia Integral.
- 2 - Obedecer normatização estabelecida para Atendimento Ambulatorial.

- UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE
MANOEL ARTHUR VILLABOIM

- 1 - Atender Urgência Odontológica respeitando graus de complexidade e resolutividade, no período das 24 (vinte e quatro) horas diárias.
- 2 - Atender Ambulatório em Odontologia Integral.
- 3 - Obedecer normatização estabelecida par Atendimento Ambulatorial.

- HOSPITAL MUNICIPAL JESUS

- 1 - Atender Ambulatório em Odontologia Integral para Crianças até 12 (doze) de idade.

- 2 - Obedecer normatização estabelecida para Atendimento Ambulatorial.
- 3 - Promover tratamento endodôntico referenciado a pacientes até 12 (doze) anos, encaminhados pelo Programa de Saúde Bucal e mediante preenchimento dos formulários de referência.
- 4 - Deverá ser de 50 (cinquenta) minutos a hora clínica de atendimento endodôntico para a técnica de preparo e obturação de canais em uma única sessão. Serão necessários 10 (dez) minutos nos intervalos dos atendimentos para preparo do instrumental.
- 5 - Promover atendimento cirúrgico-restaurador no Centro Cirúrgico (CCE) para excepcional até 12 (doze) anos de idade.

- UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE ROCHA MAIA

- 1 - Atender Ambulatório em Odontologia Integral para adolescentes e adultos.
- 2 - Deverá seguir normatização estabelecida para Atendimento Ambulatorial.
- 3 - Promover tratamento endodôntico uni-radicular, preferenciado para pacientes acima de 13 (treze) anos encaminhados pelo Programa de Saúde Bucal e mediante preenchimento dos formulários de referência.
- 4 - Deverá ser de 50 (cinquenta) minutos a hora clínica de atendimento endodôntico para a técnica de preparo e obturação de canais em uma única sessão. Serão necessários 10 (dez) minutos nos intervalos dos atendimentos para preparo do instrumental.

- HOSPITAL MUNICIPAL BARATA RIBEIRO

- 1 - Atender Ambulatório em Odontologia Integral para adolescentes e adultos excepcionais (COE).
- 2 - Deverá seguir normatização estabelecida para Atendimento Ambulatorial.
- 3 - Deverá ser de 50 (cinquenta) minutos a hora clínica. Serão necessários 10 (dez) minutos nos intervalos dos atendimentos para o preparo do instrumental.
- 4 - Promover atendimento cirúrgico-restaurador no Centro Cirúrgico para pacientes a partir dos 13 (treze) anos de idade.

- HOSPITAL MUNICIPAL SENHORA DO LORETO

- 1 - Atender Ambulatório em Odontologia Integral a pacientes portadores de fissuras lábio-palatais.
- 2 - Deverá seguir normatização estabelecida para atendimento Ambulatorial.
- 3 - Promover atendimento específico no CEFIL.

- INSTITUTO MUNICIPAL DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO OSCAR CLARK

- 1 - Atender Ambulatório em Odontologia Integral aos pacientes deficientes físicos.

- 2 - Promover atendimento aos portadores de maloclusão, referenciados pelo Programa de Saúde Bucal, mediante preenchimento do formulário de referência.
- 3 - Deverá seguir normatização estabelecida para atendimento Ambulatorial.
- 4 - Promover atendimento específico para o CECOM de acordo com normatização em anexo.

- INSTITUTO MUNICIPAL DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA MIGUEL PEDRO.

- 1 - Atender Ambulatório em Odontologia Integral ao paciente idoso.
- 2 - Promover tratamento protético reabilitador (próteses parcial ou total), dando prioridade aos pacientes dos 18 (dezoito) aos 25 (vinte e cinco) anos de idade.
- 3 - Deverá seguir normatização estabelecida para atendimento Ambulatorial.

NORMATIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL

- 01 - O atendimento Ambulatorial do Setor Odontológico será prestado em 2 (dois) ou 3 (três) turnos e de acordo com o horário de funcionamento da respectiva Unidade.
- 02 - Cada paciente deverá ter confeccionada uma ficha odontológica a qual será anexada ao prontuário ou à matrícula central da Unidade.
- 03 - Nos casos em que a primeira consulta do paciente for na Odontologia, o odontólogo será o responsável pelo preenchimento do prontuário contendo a anamnese inicial e histórico familiar. Nos casos em que for detectada alguma anormalidade justificada, encaminhá-lo o mais imediatamente possível ao setor competente para parecer de avaliação e conduta.
- 04 - Os pacientes deverão ser inscritos nos Programas de Promoção de Saúde Bucal e de Odontologia Integral da Unidade.
- 05 - Todo paciente inscrito nos Programas deverá receber instruções sobre promoção de saúde Bucal, tanto de forma coletiva, através de palestras de orientação de Saúde Bucal, quanto à forma individual na relação profissional/paciente.
- 06 - Quando da inscrição nos Programas, será fornecido esclarecimento para responsáveis, crianças, adolescentes e gestantes; além da comunicação feita pelo profissional responsável aos pacientes quanto às normas administrativas do Setor.
 - 6.1 - Todo paciente que faltar à primeira consulta terá sua inscrição cancelada, salvo nos casos com justificativas, quando poderão ser colocados na primeira vaga existente nos Programas.
 - 6.2 - Todo paciente que tiver 2 (duas) faltas consecutivas sem a necessária justificativa terá seu tratamento cancelado.
 - 6.3 - Todo paciente deverá chegar para consulta com antecedência de 15 (quinze) minutos para realizar revelação de placa e escovação supervisionada.
- 07- Todo paciente inscrito no Programa de Odontologia Integral terá sua consulta agendada semanalmente, preferencialmente no mesmo dia e horário, até o término do tratamento, de acordo com o poder de resolatividade da Unidade.

- 08- Fica estabelecido que a duração da consulta odontológica individual dos pacientes em tratamento para realização de procedimento cirúrgico-restaurador, é de 30 (trinta) minutos.
- 09- Todo paciente, ao ter sua consulta marcada, receberá cartão de marcação, o que deverá acompanhá-lo a cada nova visita.
- 10- Com o sistema de agendamento, deverá ser entregue na documentação médica a listagem dos prontuários da semana, de forma a facilitar a separação das fichas e o encaminhamento antecipado ao Setor.
- 11- Após alta clínica, é indispensável ao paciente participar do Programa para manutenção e controle da Saúde Bucal.
- 12- O retorno do paciente para controle e após ter recebido alta clínica deverá ser marcado pelo profissional responsável, de acordo com a avaliação do risco individual de cárie que deverá ser anotado na ficha odontológica e na evolução do prontuário.
- 13- Todas as Unidades de Saúde deverão ter um local destinado a realizar o Programa de Promoção de Saúde Bucal, no qual deverão participar todos os pacientes em atendimento nos Programas da Unidade:
 - 13.1 - O Escovário – deverá:
 - 1 - Preferencialmente, ser instalado em local próximo ao Setor Odontológico, mas não dentro.
 - 2 - Ser acessível a todos os pacientes da Unidade, dando cobertura ao Programa de Promoção de Saúde Bucal e não interferindo na rotina do atendimento individual.
 - 3 - Sendo o escovário voltado para o procedimento coletivo, ter um mínimo de 3 (três) torneiras e um espelho com abrangência para esta área.
 - 4 - A instalação em local coberto, de forma a não impedir seu funcionamento.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL À GESTANTE

- 1 - As gestantes deverão ser encaminhadas ao Setor Odontológico no momento da sua primeira consulta no pré-natal.
- 2 - As gestantes terão seu agendamento imediato, desde que haja horário disponível. Caso contrário, a gestante será inscrita em livro próprio, onde constará número de prontuário, nome completo, endereço e o turno de preferência para a consulta, para posterior chamada.
- 3 - As gestantes, ao serem encaminhadas para o Setor Odontológico, deverão ser orientadas pelo Programa de Promoção à Saúde Bucal, mesmo não tendo vaga disponível no momento, reforçando a orientação prévia, da consulta no pré-natal, sobre educação em Saúde Bucal.

Deverão ser marcadas para comparecer durante quatro semanas ao Setor Odontológico, para realizarem revelação de placa, escovação supervisionada e fluoterapia com flúor gel na escova; independente do atendimento clínico.

Deverão ser anotadas no prontuário todas as consultas de promoção à Saúde Bucal e as faltas, caso ocorram, facilitando assim a orientação médica, quando do seu retorno à consulta no pré-natal.

- 4 - As gestantes têm direito ao término do tratamento odontológico até quatro meses após o nascimento do bebê.
- 5 - As gestantes receberão orientação à Saúde Bucal para o bebê, quanto à higienização da cavidade bucal, erupção dos dentes, controle da dieta, etc.

Mesmo tendo sua inscrição em separado, começado o tratamento no Programa de Odontologia Integral, a gestante deverá ser

comunicada do dia, hora e local da palestra sobre educação em Saúde Bucal.

1 - PESSOAL

1.1 - Os Serviços/Seções e Setores Odontológicos são constituídos por:

- 1 - 1 (um) chefe.
- 2 - 1 (um) substituto automático e eventual.
- 3 - Odontólogos (em número variado, segundo a Unidade).
- 4 - Enfermeira ou Auxiliares de Enfermagem, para acompanhar os plantões do Serviço Odontológico, que são parte integrante de uma Equipe Médica nos Hospitais de Pronto-Socorro; ou para auxiliar odontólogos no atendimento ambulatorial.
- 5 - THD – Técnica de Higiene Dental.
- 6 - ACD – Auxiliar de Consultório Dentário.
- 7 - Técnico de Prótese Dental.
- 8 - Técnico de Equipamento Odontológico.
- 9 - Acadêmico Bolsista (em um número variado, segundo a Unidade), selecionados através de Concurso Público Oficial e designados às Unidades por classificação.

1.2 - Das atribuições do Pessoal:

1.2.1 - Ao Chefe do Serviço compete:

- Indicar seu substituto automático;
- manter a ordem e a disciplina do serviço;
- planejar, organizar, supervisionar, coordenar e controlar todas as atividades do Serviço/Seção/Setor;
- comparecer diariamente ao Serviço/Seção/Setor;
- comparecer obrigatoriamente à Unidade a qualquer hora, quando convocado pela Direção da mesma;
- comparecer imediatamente ao Serviço, quando chamado pelo plantonista por motivos superiores;
- colocar-se imediatamente à disposição da Unidade, quando da ocorrência de calamidade pública;
- fiscalizar o fiel cumprimento dos horários de trabalho estabelecidos;
- distribuir o pessoal nos Setores, de acordo com a conveniência do Serviço;
- divulgar, cumprir Normas desta Coordenação de Programas, as determinações da Direção da Unidade, Seu Regimento Interno e as rotinas do Serviço;
- fiscalizar permanentemente, a escrituração dos prontuários, receitas e pareceres odontológicos, cuidando de forma clara, da legibilidade, da qualidade técnica e da eficiência das anotações, da assinatura e uso obrigatório do carimbo;
- inspecionar os diversos setores do Serviço, solicitando e acompanhando os reparos necessários;
- encaminhar estatística mensalmente;
- prever e requisitar com a devida antecedência todo o material necessário e indispensável ao normal funcionamento do Serviço;

- participar da elaboração, atualização, e do cumprimento da padronização de medicamentos, produtos químicos odontológicos, material de consumo e material permanente;
- elaborar os relatórios do Serviço/Seção/Setor;
- elaborar ou determinar a elaboração dos pareceres solicitados;
- convocar e presidir reuniões técnico-administrativas do Serviço;
- participar das reuniões desta Coordenação e do Conselho Técnico-Administrativo da Unidade;
- manter estreito relacionamento do Serviço com as demais Clínicas e Serviços da Unidade;
- zelar pelo constante aprimoramento técnico e atualização dos conhecimentos do Serviço;
- participar e indicar pessoal para intercâmbio científico-cultural através de Congresso, Jornadas, Conferências, Cursos, Ciclos de palestras e outras atividades científicas que julgar de interesse para o aprimoramento técnico;
- elaborar, promover e participar de programas de relação com a comunidade;
- cumprir, divulgar e fazer cumprir as presentes Normas no âmbito do Serviço.

1.2.2 - Ao Substituto Automático/eventual compete:

- Atender à convocação de seus Superiores, na ausência do Chefe;
- Substituir o Chefe, por total impedimento deste, em reuniões com seus Superiores;
- Assumir provisoriamente a Chefia do Serviço, quando do afastamento prolongado do chefe, com ciência prévia de seus Superiores e de acordo com os dispositivos estatutários;
- Nesta última hipótese, ficará o substituto isento dos plantões.

1.2.3 - Aos Odontólogos do Setor de Emergência dos Hospitais de Pronto-Socorro compete:

- Cumprir fielmente o horário da Equipe em que estiver lotado, com entrega do plantão ao substituto;
- atender prontamente a todos os casos que derem entrada no Serviço, inclusive aos de Ambulatório, quando encerrado o expediente deste Setor;
- não permitir a remoção do paciente (mesmo que a pedido deste) sem ministrar-lhe o primeiro socorro e prepará-lo convenientemente para tal;
- só permitir a remoção do paciente (a pedido deste) ou sua recusa a qualquer atendimento, com a assinatura do termo de recusa ou de responsabilidade do mesmo. Em caso de dificuldade ou impossibilidade de se satisfazer a esta exigência, providenciar a assinatura de um acompanhante ou testemunhas;
- só liberar o paciente após ministrar-lhe o primeiro atendimento;
- operar os casos odontológicos de emergência, sempre que possível, nos plantões;

- reduzir as fraturas e afundamentos dos ossos da face, de preferência e se possível, nos plantões;
- transferir para a Rotina somente os casos que não permitam intervenção imediata;
- acompanhar e/ou participar das intervenções cirúrgicas (como Odontólogo encarregado do primeiro atendimento na Emergência), nos casos programados pela Rotina e por cujos encaminhamentos foi responsável;
- acompanhar e dar assistência ao paciente (como Odontólogo encarregado do primeiro atendimento na Emergência), concomitantemente com a Rotina, desde a internação do mesmo até a sua alta;
- encaminhar a Serviços Especializados, paciente com sinais ou sintomas sugestivos de outras patologias; com ou sem manifestações na cavidade bucal;
- cooperar com o Serviço Médico na retirada de corpos estranhos;
- entregar ao paciente qualquer corpo estranho retirado e anotar o serviço executado em boletim que receberá a assinatura ou a impressão digital do mesmo;
- atender e solucionar, os casos de odontalgias, hiperemias, necroses pulpares; pericementites, abscessos, cistos, granulomas, etc.;
- atender e solucionar os casos de pericoronarites, alveolites, abscessos (drenagem), fleimões, hemorragias, rinorragias, feridas da face, cirurgias pré-protéticas, contusões, escoriações, fraturas dos ossos da face, afundamentos dos ossos da face, luxação da articulação temporo-mandibular, luxações dentárias, remoção de corpos estranhos, gengivites e estomatites, fraturas dentárias, intrusões dentárias, anquilose têmporo-mandibular, (diagnóstico, com encaminhamento à Rotina), odontalgias, nevralgias faciais, osteomielite dos ossos da face, rânulas, litíases dos ductos glandulares, que podem ser encaminhados à Rotina;
- encaminhar à enfermagem, para proceder à limpeza local, os pacientes portadores de miiase;
- executar radiografias intra-orais;
- requisitar radiografias extra-orais;
- requisitar exames laboratoriais;
- realizar e/ou requisitar biópsias;
- executar tamponamentos nasais (anteriores e posteriores);
- retirar os aparelhos de contenção de fraturas e luxações (as mesmas Equipes que os colocaram);
- participar das reuniões e sessões de estudo do Serviço;
- escriturar o “Livro de Ocorrências” e o “Livro de Estatística” dos plantões e, nos casos de internação, preencher as papeletas de internação com a descrição das lesões.

1.2.4 - Aos Odontólogos do Setor de Rotina dos Hospitais de Pronto-Socorro compete:

- Resolver através de cirurgias programadas os casos encaminhados de Emergência;
- inscrever os pacientes nos mapas para o ato cirúrgico;
- requisitar radiografias extra-orais;
- requisitar exames laboratoriais;
- realizar e/ou requisitar biópsias;
- preparar os pacientes para o ato cirúrgico;
- executar o ato cirúrgico programado;
- solicitar a presença e/ou participação (quando da cirurgia programada) do Odontólogo que, tendo prestado o primeiro atendimento ao paciente na Emergência, encaminhou-o para a Rotina;
- visitar, medicar os pacientes internados, preencher correta e completamente o prontuário;
- prescrever dietas;
- fazer curativos;
- atender ao paciente desde o início do tratamento ou da internação até alta;

1.2.5 - Aos Odontólogos do Setor de Ambulatórios dos Hospitais de Pronto-Socorro compete:

- Resolver os casos de odontalgias (hiperemias, pulpites, necroses pulpares. Pericementites, cistos, granulomas, etc.);
- realizar a exodontia de dentes inaproveitáveis e restos radiculares;
- resolver os demais casos pertinentes a este Setor, tais como: alveolites, hemorragias, pericoronarites, gengivites e estomatites;
- encaminhar à Emergência apenas os casos absolutamente insolúveis no Ambulatório, a fim de não congestioná-la em horário de funcionamento pleno dos dois setores;
- encaminhar a Serviços especializados pacientes com sinais ou sintomas sugestivos de outras patologias, com ou sem manifestações na cavidade bucal.

1.2.6 - Aos Serviços Especializados compete:

- Prestar atendimento ambulatorial ao usuário na área de sua competência, como Unidade de referência da Rede Básica de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde;
- seguir as Normas de Serviços de Atendimento Ambulatorial;
- efetuar atendimento odontológico integral no ambulatório e/ou Centro Cirúrgico;
- observar e manter a Saúde Bucal do indivíduo;
- abranger o tratamento especializado seguindo normas de especificidade do caso, de acordo com as prioridades traçadas para cada Serviço.

2 - DISPOSIÇÕES GERAIS:

- 2.1 - Não será permitido aos profissionais lotados no Serviço se ausentarem durante o expediente ou plantão, sem autorização do Chefe do Serviço.
- 2.2 - Os profissionais lotados nos diferentes setores não poderão se afastar dos mesmos sem permissão do Chefe.
- 2.3 - O plantonista da Emergência não poderá se retirar do Hospital (ao término do plantão) sem passar o Serviço ao plantonista que vai substituí-lo.
- 2.4 - O(s) Acadêmico(s) Bolsista(s) e/ou Estagiário(s) não pode(m), jamais, se responsabilizar:
 - 1) pela assinatura e saída dos boletins;
 - 2) pela internação dos pacientes que derem entrada nos Serviços;
 - 3) pelo atendimento clínico ao paciente. O Staff é o único responsável por tais providências, cabendo-lhe assinar e carimbar os boletins e papeletas de internação, além da assistência técnica integral e permanente que deve proporcionar.
- 2.5 - Durante o expediente ou plantão será exigido uniforme de trabalho completo em todas as dependências do Hospital.
- 2.6 - As presentes normas serão complementadas por rotinas que estabelecerão a sistemática de funcionamento do Serviço nos seus diversos setores.
- 2.7 - Tais normas deverão ser integral e obrigatoriamente divulgadas, colocadas à disposição e cumpridas por todos os profissionais lotados nos Serviços e pelos respectivos Chefes.

NORMAS DE FUNCIONAMENTO DO CENTRO DE CORREÇÃO DE MALOCLUSÕES – CECOM – DO INSTITUTO MUNICIPAL DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO OSCAR CLARK.

1 - Do Objetivo das Normas:

As presentes Normas têm por objetivo disciplinar o funcionamento do Centro de Maloclusões – CECOM – do Instituto Municipal de Medicina Física e Reabilitação Oscar Clark.

2 - Da Finalidade:

O CECOM tem por finalidade:

- 1.2 - Promover a reabilitação dos pacientes portadores de maloclusão através do trabalho completo de uma equipe pluridisciplinar, segundo padrões técnicos e científicos atualizados.
 - 2.1.1 - Serão atendidos:
 - 2.1.1.1 - Pacientes na faixa etária compreendida entre 7 (sete) e 13 (treze) anos de idade incompletos, à data da primeira consulta.
 - 2.1.1.2 - Os deficientes físicos matriculados na mesma faixa etária estabelecida no item anterior.
 - 2.1.2 - Prioridades:
 - 2.1.2.1 - Mordida cruzada anterior, mordida cruzada lateral (uni ou bilateral), mordida cruzada anterior total ou falsa Classe III.
 - 2.1.2.2 - Mordida aberta anterior.

- 2.1.2.3 - Mordida aberta lateral.
- 2.1.2.4 - Distoclusões ou Distorrelações – Classe II.
- 2.1.2.5 - Outros casos de comprometimento dento-facial após avaliação clínica da equipe do CECOM.
- 2.1.2.6 - Clientes de baixa condição sócio-econômica (avaliadas pelo Serviço Social).

- 2.2 - Estimular e promover o treinamento e o aperfeiçoamento da Equipe, através de pesquisas, cursos, seminários, palestras, conferências, publicações e estágios.
- 2.3 - Manter intercâmbio cultural e científico com Instituições e Serviços congêneres e afins, promovendo sua divulgação junto aos mesmos, às demais instituições de saúde e à comunidade.
- 2.4 - Orientar os pacientes e seus responsáveis sobre os cuidados relativos à sua problemática.
- 2.5 - Sensibilizar as autoridades constituídas para as questões atinentes à problemática e tratamento das disfunções do sistema estomatognático.

3 - Do Funcionamento:

- 3.1 - Serão atendidos no CECOM pacientes portadores de maloclusões referenciados pelo Programa de Saúde Bucal dos Centros Municipais de Saúde após tratamento odontológico completado.
- 3.2 - Os pacientes serão matriculados para tratamento, após avaliação, de acordo com os critérios estabelecidos nos itens 2.1.1 e 2.1.2.
- 3.3 - Caberá ao Serviço de Estomatologia do S/IOC prestar tratamento clínico aos pacientes portadores de deficiência física e àqueles em tratamento no CECOM, que eventualmente desenvolvam novas manifestações da doença cárie.
- 3.4 - Será fornecido aos responsáveis pelo paciente documento pelo qual se comprometerão a fazer cumprir as recomendações do CECOM, sob pena de sua eliminação do plano de tratamento.
- 3.5 - Serão eliminados os pacientes:
 - 3.5.1 - Que faltarem a 3 (três) consultas consecutivas ou 5 (cinco) consultas intercaladas.
 - 3.5.2 - Que se ausentarem por mais de 3 (três) meses sem justificativa.
 - 3.5.3 - Que não colaborarem para o êxito do tratamento.
 - 3.5.4 - Que não cumprirem os preceitos de higiene bucal.
 - 3.5.5 - Que não procederem à conservação dos dentes após o início do tratamento ortodôntico.
 - 3.5.6 - Que não usarem o aparelho corretamente.
 - 3.5.7 - Que não conservarem o aparelho convenientemente.
 - 3.5.8 - Cujos responsáveis não acatarem a orientação dada ao caso pelos profissionais.

4 - Dos Recursos:

- 4.1 - Área física
O CECOM disporá de área física adequada para prestação de tratamento a sua clientela e para guarda do acervo resultante do seu funcionamento, de acordo com as especificações no item 5.
- 4.2 - Equipamentos, instrumental e material de consumo. Caberá às chefias a responsabilidade de zelarem pelo bom funcionamento de seus equipamentos, do provimento de material e controle dos mesmos.
- 4.3 - Recursos Humanos

A equipe pluridisciplinar será constituída de profissionais das áreas a seguir relacionadas que, direta e sistematicamente, estejam envolvidos no tratamento dos pacientes portadores de maloclusão:

- Serviço Social
- Clínica Odontológica
- Enfermagem
- Farmácia
- Foniatria
- Fonoaudiologia
- Fotografia
- Ortodontia
- Otorrinolaringologia
- Pediatria
- Prótese
- Radiologia

4.3.1 - Os Recursos humanos e assistenciais não disponíveis no CECOM poderão ser obtidos dentro da Unidade ou através de intercâmbio técnico-científico com outras Instituições.

5 - Fluxo de Atendimento

O paciente será referenciado ao Instituto Oscar Clark pelo Programa de Saúde Bucal após tratamento odontológico completado e dirigir-se-á sucessivamente:

- Ao Serviço de Estomatologia, para avaliação odontológica;
- à Documentação Médica, para matrícula;
- ao Serviço Social, para atendimento específico;
- à Foniatria, à Pediatria, à Otorrinolaringologia e a Fonoaudiologia, para avaliação e/ou tratamento;
- à Neurologia, por encaminhamento de quaisquer dos Serviços acima, quando necessário;
- ao CECOM, para encaminhamento do trabalho indicado;
- à Unidade de origem após tratamento.

O paciente portador de maloclusão, deficiente físico, já matriculado no Instituto, seguirá o seguinte fluxo de atendimento:

- encaminhado pela Pediatria ao Serviço de Estomatologia, para avaliação, tratamento clínico odontológico e/ou ortodôntico;
- dirigir-se-á ao Serviço Social, para atendimento específico.

ANEXO V – Selo de Qualidade. 1998

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE SELO DE QUALIDADE PARA OS SERVIÇOS DE ODONTOLOGIA DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

OBJETIVOS

- a) reconhecimento e/ou o estímulo às gerências locais para o empenho na prestação da atenção em saúde bucal de acordo com padrões de excelência
- b) melhoria da imagem institucional frente a opinião pública e aumento da confiança da comunidade atendida.

JUSTIFICATIVA

É reconhecida a limitada capacidade de atendimento individual à população através das estruturas que prestam serviços de saúde. A universalidade e a equidade na Odontologia são utopia. A alta prevalência dos problemas orais determina a demanda reprimida e a expectativa não atendida da população.

Frente a essa situação, o que se propõe, é que para todos aqueles que têm acesso ao Serviço seja garantido um atendimento digno, de qualidade, resolutivo e que lhe permita conhecimentos que possam contribuir tanto para a saúde quanto para dispensá-los de necessidades futuras daquele Serviço. Possibilitando dessa forma, o atendimento a um maior número de pessoas e a implementação de estratégias que ampliem a atenção através de ações coletivas e individuais de Promoção de Saúde.

O papel desta Coordenação tem sido definir normas básicas, preparar os recursos humanos e estruturar mecanismos de acompanhamento e avaliação dos serviços a fim de dimensionar, tanto a qualidade da atenção prestada como o retorno dos investimentos no setor.

A construção do padrão de qualidade, ao longo dos últimos anos, tem baseado-se em:

- melhoria e manutenção da infra-estrutura
- atualização e capacitação de recursos humanos afinados à proposta de Odontologia Integral
- identificação de um modelo de atenção (procedimentos de acordo com o perfil do serviço, potencial de produção e equipe ideal)
- definição de indicadores de desempenho, produtividade e qualidade (estruturação do serviço: biossegurança e operacionalização do programa) – Ofício Circ. 42/98 de 9/12/98
- determinação de estratégias para melhorar o desempenho e análise dos resultados.

A observação dos Serviços através de indicadores, tem sua utilidade prática na busca da conscientização de todos os profissionais nas distintas etapas do desenvolvimento do trabalho na Unidade de Saúde, contribuindo para uma prática integrada com responsabilidade compartilhada.

A implantação de um **SELO DE QUALIDADE** para os Serviços de Odontologia, por propiciar a valorização dos esforços dispendidos a nível local e o fortalecimento da imagem do Serviço frente a comunidade atendida, será sinônimo de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade.

METODOLOGIA

1. PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO

Indicador Ambiental

Indicador de Processo

Baseado no documento "Acreditação de Serviços de Saúde" in: Os Estados na Construção do SUS: Coletânea das Oficinas de Trabalho do CONASS, 1998. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, MS: Brasília, nº 2, 1998.

2. Critérios utilizados para análise dos Indicadores Gerenciais e classificação das Unidades no Programa de Acreditação:

I- Total de pontos obtidos na visita de acompanhamento do Programa de Saúde Bucal em 2000. As Unidades serão classificadas conforme o total de pontos obtidos :

★★★★★ 23/ 24/25

★★★★★ 21/22

★★★ 19/20

★★ 17/18

★ 15/16

II- Os itens relacionados à biossegurança são considerados fundamentais na avaliação do serviço. A não pontuação dos itens 3, 6 e 8 (rotinas e normas de limpeza, acondicionamento para descarte e material perfuro-cortante) impede a obtenção de ★★★★★ ou ★★★★★. Quando a Unidade obtiver um total de 22 a 24 pontos e for desclassificada por não pontuar estes itens, esta será classificada como ★★★.

III- Para classificação de ★★★, ★★ e ★, proceder a contagem dos pontos, considerando os 24 itens.

IV- As Unidades com menos de 15 pontos não serão classificadas no Selo de Qualidade.

Obs.: Sugestão – identificados os itens “fora do padrão” e suas características, deverá ser feita avaliação junto à Equipe da Unidade para análise de cada item e as providências necessárias a nível local e encaminhamento à CAP que em reunião com as Direções das Unidades da área, terá a possibilidade de fazer um diagnóstico identificando os itens “ fora do padrão”, conhecendo as soluções implementadas nas diferentes Unidades, nominando os itens comuns, definindo as providências pertinentes, encaminhando à S/SS análise e proposta a serem avaliadas com a CSB, possibilitando o estabelecimento de padrões de qualidade para os serviços sob sua gerência.

3. OPERACIONALIZAÇÃO

A CSB encaminhará formulário próprio para registro das avaliações e a Unidade solicitará a inclusão no Plano de Avaliação para fins de obtenção do Selo de Qualidade.

As Unidades continuarão recebendo a Equipe da CSB para contribuir para o melhor desempenho dos serviços.

Os itens de avaliação constantes do formulário, acima especificados, deverão ser fornecidos pela Unidade por um período de 3 meses consecutivos.

A habilitação da Unidade para obtenção do SELO, poderá ser invalidada desde que:

- não ocorra conformidade dos dados apresentados no relatório com aqueles encontrados pela equipe de acompanhamento por ocasião das visitas
- haja descontinuidade do envio das avaliações
- houver manifestação da direção pela não continuidade
- se houver infrações ético-disciplinares comprovadas referentes às condições de funcionamento do Setor Odontológico

Expirado o período de três meses, uma equipe de avaliação fará uma visita final a Unidade. Dessa visita será elaborado um relatório com análise e parecer final, posteriormente encaminhado à Unidade.

Caso a Unidade não seja classificada em nenhuma categoria do SELO, a mesma poderá solicitar nova inclusão no Plano de Avaliação após três meses decorridos da última visita.

ANEXO VI – Planilhas de Cirurgião Dentista, Técnico de Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário 2003 por Área de Planejamento.

AP 1.0

	Unidade	Clínica	Outros	THD atual	ACD atual	CD atual	CD Lotar
1.0	HM Souza Aguiar	2		0	0	20	2 Buco maxilo
	HM Salles Neto	2		1	0	11	
	HM Barata Ribeiro	2	c. cirúrg.	1	0	9	
	IMM Fernando Magalhães	1		1	0	4	
	UIS Manoel Villaboin	1		0	0	8	
	CMS José Messias do Carmo	2		1	0	7	1 clínico
	PS Fernando Braga Lopes	2		1	0	5	1 clínico
	CMS Marcolino Candau	3	2 macris	3	0	11	1 clínico
	CMS Ernesto Zefferino Tibau	3		2	0	10	1 clínico
	CMS Ernani Agrícola	3		1	0	11	
	PAM Antônio Ribeiro Neto	8		0	0	5	3 endo 2 ortos 2 prótese 2 clínicos
	PAM Eswaldo Cruz	5	1 raio-x	2	0	14	2 endodontistas
	TOTAL	34		13	0	115	17

Fonte: SMS/RJ Coordenação de Programas de Saúde Bucal 2003.

AP 2.1

	Unidade	Clínica	Outros	THD atual	ACD atual	CD atual	CD Lotar
2.1	HM Miguel Couto	2 spa	1 emerg.	0	0	21	1 buco maxilo
	HM Lagoa	3		1	0	18	
	HM Ipanema	0		0	0	1	
	HM Rocha Maia	6	Macris+1	3	0	18	2 endodontistas
	CMS Manoel José Ferreira	3		1	0	11	
	CMS João Barros Barreto	2		2	0	10	4 clínicos
	CMS Píndaro de Carvalho	2		1	0	10	
	UACPS Albert Sabin	1		1	0	4	
	UACPS Rodolpho Perissé	1		1	0	4	
	PAM Dom Helder Câmara	2		1	0	10	
	TOTAL	22		11	0	107	7

Fonte: SMS/RJ Coordenação de Programas de Saúde Bucal 2003.

AP 2.2

	Unidade	Clínica	Outros	THD atual	ACD atual	CD atual	CD Lotar
2.2	HM Jesus	5	1 c.cirurg	2	0	18	
	HM Andaraí	4	1 emerg.	0	0	31	
	IGG Miguel Pedro	1		0	0	4	
	IOC	2	3 OFM	0	0	14	
	CMS Heitor Beltrão	3		1	0	11	
	CMS Maria Augusta Estrela	4		1	0	12	1 clínico
	PSF Magarino Torres	2		0	0	2	
	UACPS Formiga	1		0	0	0	
	UACPS Nicola Albano	1		1	0	4	
	PAM Hélio Pelegrino	3	1 raio-x	2	0	10	1 dentescola
	TOTAL	26		7	0	106	2

Fonte: SMS/RJ Coordenação de Programas de Saúde Bucal 2003.

AP 3.1

	Unidade	Clínica	Outros	THD atual	ACD atual	CD atual	CD Lotar
3.1	HM Paulino Werneck	2	1 emerg.	0	0	16	
	HMNS Loreto	4	1 c.cirurg	2	0	14	
	CMS Américo Veloso	3		1	0	10	
	CMS Necker Pinto	3		0	0	9	
	Policlínica José Paranhos	5	1 raio-x	2	0	17	
	PS Nagib Jorge Farah	3		1	0	8	
	PS Madre Teresa de Cacutá	3	1 NAIDI	2	0	10	
	PS Vila do João	3		0	0	2	
	UMAMP José Breves dos Santos	2		1	0	4	2 clínicos
	PAM Maria Cristina Paugarten	4	1 raio-x	3	0	14	
	PAM Newton Alves Cardoso	4	1 raio-x	3	0	18	
	CIEP Samora Mavhel	3		0	0		
	CIEP Elis Regina	3		0	0	1	
	CIEP Gustavo Capanema	3		0	0		
	CIEP Hélio Schmidt	3		0	0	1	
	CIEP 14 de julho	3		0	0		
	CIEP Oper. Vicente Mariano	3		0	0		
	TOTAL	54		15	0	124	2

Fonte: SMS/RJ Coordenação de Programas de Saúde Bucal 2003.

AP 3.2

	Unidade	Clínica	Outros	THD atual	ACD atual	CD atual	CD Lotar
3.2	HM Salgado Filho	4	1 emerg.	0	0	12	3 buco maxilo
	H. Mater Carmela Dutra	1	NAIDI	0	1	4	
	CMS Ariadne Lopes de Menezes	2		1	0	9	
	CMS Milton Fontes Magarão	3		2	0	10	
	PS Eduardo Araújo V. Leite	3		1	0	9	
	PS Renato Rocco	3		1	0	9	
	PS Carlos Gentile de Mello	1		2	0	5	
	PAM Cesar Pernetta	3	2	0	0	22	2
	PAM Rodolpho Rocco	10	Emerg. 1	1	0	41	
	Centro Psiqu. Pedro II	3		0	0	10	
	TOTAL	33		8	1	131	5

Fonte: SMS/RJ Coordenação de Programas de Saúde Bucal 2003.

AP 3.3

	Unidade	Clínica	Outros	THD atual	ACD atual	CD atual	CD Lotar
3.3	HM Carmela Dutra	2	1 emerg	1	0	12	
	H Mater Alexander Fleming	4		1	0	14	
	UIS Herculano Pinheiro	4		1	0	12	
	CMS Clementino Fraga	4		1	1	12	
	PS Mário Olinto de Oliveira	2		1	0	4	
	PS Nascimento Gurgel	3		1	1	8	
	PS Flávio Couto Vieira	2		1	0	7	
	Policlínica Augusto Amaral	3		2	0	14	
	UMAMP Silvío Brauner	2		1	0	5	1 dentescola
	UACPS Carlos Cruz Lima	1		0	1	3	1 dentescola
	HM Francisco da Silva Telles	8	2 emerg	5	7	41	1 cirurgia oral menor
	PAM Alberto Borguete	3	1 endo	1	0	13	
	PS Enfermeira Edma Valadão	1		1	0	5	
	TOTAL	39		17	10	150	3

Fonte: SMS/RJ Coordenação de Programas de Saúde Bucal 2003.

AP 4.0

	Unidade	Clínica	Outros	THD atual	ACD atual	CD atual	CD Lotar
4.0	HM Lourenço Jorge	2	1 emerg.	0	0	21	2 cirurgia oral menor
	HM Cardoso Fontes	2	1 c.cirurg	0	0	14	3 pacientes especiais
	HM Raphael de Paula e Souza	3		0	0	10	
	UIS Hamilton Land	2		1	0	11	
	PS Lindolfo Collor	2		0	0	0	
	CMS Jorge Saldanha B. de Melo	3		1	0	15	
	UACPS Cecília Donnangelo	1		1	0	5	
	H. Álvaro Ramos	1		0	0	1	
	PS Harwey	2		0	0	0	
	PAM Newton Bethlem	6		1	0	20	3 clínicos
	TOTAL	24		4	0	97	8

Fonte: SMS/RJ Coordenação de Programas de Saúde Bucal 2003.

AP 5.1

	Unidade	Clínica	Outros	THD atual	ACD atual	CD atual	CD Lotar
5.1	CMS Waldir Franco	4		1	1	15	
	PS Sir Alexander Fleming	1		2	0	3	
	PS Eithel de Oliveira	2		1	0	3	
	PS Henrique Monat	1		0	1	4	
	PS Magalhães Bastos	1		0	0	4	
	UACPS Padre Miguel	2		1	2	5	
	UMAMP Silvio Barbosa	2		0	0	2	
	PS Athaide da Fonseca	1		0	1	2	
	PAM Manoel Guilherme da Silveira	6	1 raio-x	4	0	27	
	PS Masao Gotto	1		1	0	8	
	TOTAL	21		10	5	73	0

Fonte: SMS/RJ Coordenação de Programas de Saúde Bucal 2003.

AP 5.2

	Unidade	Clínica	Outros	THD atual	ACD atual	CD atual	CD Lotar
5.2	CMS Belizário Penna	4		2	0	19	
	PS Manoel de Abreu	2		1	0	7	
	PS Mário Vitor Pacheco	1		0	0	4	
	PSF Adão Pereira Nunes	1		0	0		
	PS Oswaldo Vilela	1		1	0	6	
	PS Dr. Pedro Nava	3		1	0	11	
	PS Alvimar de Carvalho	2		2	0	4	
	UACPS Mário Rodrigues Cid	1		0	0	8	
	UACPS Magalhães Gomes	1		1	0	5	
	UACPS Woodrow Pantoja	1		0	0	5	
	UACPS Maia Bitencout	1		0	0	5	
	UACPS Mourão Filho	1		0	0	5	
	UACPS Raul Barroso	2		0	0	3	
	PAM Carlos Alberto Nascimento	4		1	0	14	
	TOTAL	25		9	0	96	0

Fonte: SMS/RJ Coordenação de Programas de Saúde Bucal 2003.

AP 5.3

	Unidade	Clínica	Outros	THD atual	ACD atual	CD atual	CD Lotar
5.3	CMS Lincoln Freitas Filho	4	1 raio-x	1	2	12	
	PS Enfermeira Florípedes Galdino	1		1	0	8	
	PSF Prof. Sávio Antunes	1		0	0	0	
	PS Maria Aparecida de Almeida	1		0	0	1	
	PS Dr. Catta Preta	1		1	0	6	
	PS Ernani Paiva Ferreira Braga	2		0	1	3	
	PS Waldemar Berardinelli	2		2	0	8	
	PS Aloísio Amâncio	2		1	0	8	
	PS Décio Amaral Filho	2		2	1	7	
	PS Cesário de Mello	2		1	1	2	
	UACPS João Batista Chagas	2		2	1	9	
	PS Ruy da Costa Leite	2		1	1	5	
	PS Emídio Cabral	2		0	0	3	
	PS Cyro de Mello	2		1	1	0	
	TOTAL	26		13	8	72	0

Fonte: SMS/RJ Coordenação de Programas de Saúde Bucal 2003.

ANEXO VII – FCO–Ficha Clínica Odontológica



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE SAÚDE COLETIVA
COORDENAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE BUCAL

UNIDADE _____ RA _____ AP _____

FICHA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

IDENTIFICAÇÃO:
 NOME DO PACIENTE _____ IDADE _____ SEXO _____ PRONTUÁRIO _____
 ENDEREÇO _____
 ESCOLA _____ INÍCIO DO TRATAMENTO ____/____/____

N° RA N° ESCOLA N° TURMA N° ALUNO

INFORMAÇÕES GERAIS:

ABASTECIMENTO DE ÁGUA ☐

0 = Não
1 = Irregular
2 = Sim

ESCOVA DENTAL ☐

0 = Não
1 = Sim/Pessoal
2 = Sim/Coletiva
3 = Só na Escola
4 = Irregular

TROCA DE ESCOVA ☐

0 = Não
1 = Trimestral
2 = Semestral
3 = + de 1 ano

USA CREME DENTAL ☐

0 = Não
1 = Irregular
2 = Sim

N° DE ESCOVAÇÕES DIÁRIAS ☐

LIMPEZA INTERDENTAL

0 = Não 1 = Sim

Palito ☐

Fio/Fita dental ☐

Linha 10/Ráfia ☐

N° DE REFEIÇÕES ☐

ENTRE AS REFEIÇÕES CONSUME:

0 = Não 1 = Sim

Refrigerante/Suco com açúcar ☐

Cafézinho com açúcar ☐

Salgadinho/Biscoito/Sanduíche ☐

Frutas ☐

Doce/Bala/Chocolata/Sorvete ☐

TIPO DE ALIMENTAÇÃO

Aleitamento materno

Mamadeira s/açúcar

Mamadeira c/açúcar

Pastosa

Sólida

ALTERAÇÃO DO ESMALTE

0 = Não 1 = Sim

Opacidade ☐

Hipoplasia ☐

Tetraciclina ☐

Erosão ☐

Atrição ☐

Outras ☐

LESÃO DA MUCOSA BUCAL

OU ÓSSEA ☐

0 = Não 1 = Sim

IDENTIFICADA ☐

0 = Não 1 = Sim

(C. I. D.)

ANOMALIA CONGÊNITA

0 = Não 1 = Sim

Fendas ☐

Outras ☐

A.T.M. ☐

0 = Normal

1 = Estalido

2 = Deslocamento

HÁBITOS VICIOSOS:

0 = Não 1 = Sim

Tabaco

Chupar dedo/Chupeta

Rocar unhas

Respirador Bucal

Outros

MÁ OCLUSÃO

0 = Não 1 = Sim

Mordida aberta ☐

Mordida cruzada ☐

Classe I ☐

Classe II ☐

Classe III ☐

Outras ☐

USO DE PRÓTESE

Superior ☐

Inferior ☐

0 = Nenhuma

1 = Parcial

2 = Total

3 = Outras

NECESSIDADE DE PRÓTESE

Superior ☐

Inferior ☐

0 = Não

1 = Parcial

2 = Total

3 = Outras

4 = Necessidade Reparo

REFERÊNCIA/TRATAMENTO

0 = Não 1 = Sim

Cirurgia Oral Menor

Endodôntico

Fotopolimerizável

Protético Reabilitador

Ortodôntico

Outros

0 = Normal
1 = Sangramento
2 = Cálculo Supragengival
3 = Cálculo Subgengival
4 = Destruição inicial
5 = Destruição avançada com mobilidade

ESTADO PERIODONTAL

DATA: _____			DATA: _____			DATA: _____			DATA: _____			DATA: _____		
17/16	11	26/27	17/16	11	26/27	17/16	11	26/27	17/16	11	26/27	17/16	11	26
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
47/46	31	36/37	47/46	31	36/37	47/46	31	36/37	47/46	31	36/37	47/46	31	36

OBSERVAÇÕES CLÍNICAS:

FLUOROTERAPIA:

Cirurgião Dentista _____ Matrícula _____

Verso

0 - Hígido
1 - Mancha branca inativa
2 - Mancha branca ativa
3 - Cárie (cavidade)
4 - Extração indicada
5 - Período p/cárie
6 - Período p/outras causas
7 - Restauração s/cárie
8 - Restauração c/cárie
9 - Não erupcionado
10 - Outros

O - Oclusal
D - Distal
M - Mesial
V - Vestibular
L - Lingual

VZ - Verniz
FP - Forramento pulpar
CP - Capeamento
PT - Pulpotomia
PC - Pulpectomia

QUADR.	DENTE	CPOD	CPO-S					DATA	DENTE	SUPERFÍCIE	POLPA	SERVIÇO	ASSINATURA
			O	D	M	V	L						
8													
7													
6													
5													
4													
3													
2													
1													
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
8													
7													
6													
5													
4													
3													
2													
1													
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													

ALTA / /

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
 1 = Baixo, 2 = Alto
☐

ATIVIDADE CARIOGÊNICA

DATA						
0 = Não 1 = Sim						

SERVIÇOS EXECUTADOS

B - Inspeção bucal RV - Revelação de placa HS - Higiene supervisionada LF - Aplicação de flúor PF - Profilaxia RP - Raspagem - alis. polimento RS - Raspagem subgingival RA - Restauração em amálgama RC - Rest. compósito RS - Rest. fotopolimerizável CS - Colocação de Seiente	RI - Rest. ionômero RX - Radiografia TE - Tratamento endodôntico AP - Aparelho ortodôntico CM - Consulta man. ort. ortoc. MO - Moldagem TP - Prot. protético CP - Consentimento EC - Exame complementar TP - Outros procedimentos	ED - Exodontia decidua EP - Exodontia permanente CI - Cirurgia TR - Traumatologia IN - Internação AU - Atendimento PC - Prescrição PA - Prevenção do acesso TP - Trat. alveolar FC - Fixação dentária
---	--	--

ANEXO VIII – FRO–Ficha de Registo Odontológico



Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro Secretaria Municipal de Saúde		FRO - FICHA DE REGISTRO ODONTOLÓGICO / SIGAB	
NOME DO PACIENTE		MUNICÍPIO DE MORADIA	
UPS QUE REFERENCIOU		GRUPO ATENDIMENTO	
REGISTRO	IDADE 1. DIAS 2. MESES 3. ANOS	IDADE	SEXO 1. MASCULINO 2. FEMININO
TIPO PACIENTE ☐ 1. PADRÃO ☐ 2. ESPECIAL		TIPO DE DEMANDA ☐ 1. ESPONTÂNEA ☐ 2. PROGRAMADA ☐ 3. REFERENCIADA	
TIPO DE TRATAMENTO ☐ 1. INICIADO ☐ 2. COMPLETADO ☐ 3. MANUTENÇÃO		DENTE / QUANTIDADE DE PESSOAS	
PROCEDIMENTOS EXECUTADOS			
CÓDIGO / COMPONENTE 	CÓDIGO / COMPONENTE 	CÓDIGO / COMPONENTE 	CÓDIGO / COMPONENTE
CÓDIGO / COMPONENTE 	CÓDIGO / COMPONENTE 	CÓDIGO / COMPONENTE 	CÓDIGO / COMPONENTE
CÓDIGO / COMPONENTE 	CÓDIGO / COMPONENTE 	CÓDIGO / COMPONENTE 	CÓDIGO / COMPONENTE
CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL:			

ANEXO IX – Mapa Estatístico Mensal

REFEITURA DO RIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PERINTENDÊNCIA DE SAÚDE COLETIVA
COORDENAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE BUCAL

CAP: _____
UNIDADE: _____
PERÍODO : _____ A _____ / _____

ANEXO 18



MAPA ESTATÍSTICO MENSAL

Fonte: RELATÓRIOS DO SIGAB

TOTALIZAÇÃO EM PI	030.5	062.0	TOTAL GERAL
ORNOS EM PI (5 HORAS)			
ORNOS EM PI (4 HORAS)			
ROC. CONCLUSIVOS			
CONSULTA ODONTOLÓGICA			
CONTROLE DE PLACA BACTERIANA			
PLICAÇÃO FLUOR - POR SESSÃO			

Fonte: RELATÓRIOS DO SIGAB E SUGESTIVO.

TOTALIZAÇÃO EM PS	030.9
CONSULTA ODONTOLÓGICA	
CONTROLE DE PLACA BACTERIANA	
PLICAÇÃO FLUOR - POR SESSÃO	
ALTAS	

Fonte: SUGESTIVO DE TOTALIZAÇÃO/TURNO/CD

	TOTAL
CONSULTAS AGENDADAS - PI	
ALTAS EM PI	
ALTAS EM PI	
ATENDIMENTO/TIPO DE PACIENTE:	
CRIANÇAS DE 2-42 MESES	
CRIANÇAS DE 3-14 ANOS	
ADULTOS	
GESTANTES DE PROGRAMA	
ADOLESCENTES DE PROGRAMA	
DIABÉTICOS DE PROGRAMA	
HIPERTENSOS DE PROGRAMA	
TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS	
ENTREGA DE ESCOVA DENTAL	
ENTREGA DE CREME DENTAL	

Fonte: REGISTROS DE PS

ATIVIDADE EDUCATIVA	TOTAL
NA UNIDADE - NÍVEL SUPERIOR	
NA UNIDADE - NÍVEL MÉDIO	

RECURSOS HUMANOS

PROFISSIONAL	Nº LOTADOS	CHEFIA ODONTO	CLÍNICA ODONTO
OD			
CD			
CD			

OBSERVAÇÕES* (nome prof./situação/data-período)

Outros cargos / processo aposent. / exoneração / abandono / licença com ou sem vencimento /
permuta / BIM há + 06 meses / readaptação ⇒ Nome CD / situação / data - período

ASSINATURA DA CHEFIA

ASSINATURA DA DIREÇÃO

Verso

INDICADORES DE SAÚDE BUCAL

PRODUTIVIDADE:

$$\frac{\text{Nº total de procedimentos conclusivos (em turno de PI)}}{(\text{Nº de turnos em PI X 4 horas X 2}) + (\text{Nº de turnos em PI X 5 horas X 2}) - \text{Nº faltas (*)}}$$

PI = procedimentos clínicos individuais
(*) máximo de 10 % do agendamento

DESEMPENHO:

$$\frac{\text{Controle de placa (PI)}}{(\text{Nº de turnos em PI X 4 horas X 2}) + (\text{Nº de turnos em PI X 5 horas X 2}) - \text{Nº faltas em PI}}$$

CAPTAÇÃO:

$$\frac{\text{Nº de atendimento individual (de acordo com a captação) na Odontologia}}{\text{Nº total de atendimento odontológico X 20 \%}}$$

- Rede básica 0-14 anos: captação de gestantes e crianças de 02 a 42 meses.
- Atendimento a ≥ 15 anos: captação de pacientes inscritos em outros Programas da Unidade

AMBIENTAL E DE PROCESSO:

ITEM	META	NÍVEL ATINGIDO
1. Conservação dos espaços de trabalho	1	
2. Climatização	1	
3. Serviço de limpeza e conservação	2	
4. Conservação do estofamento e pintura do equipamento	1	
5. Equipamentos e periféricos em funcionamento	1	
6. Descarte resíduos contaminados	1	
7. Descarte de resíduos especiais	1	
8. Descarte de perfuro-cortante	1	
9. Padronização do instrumental	1	
10. Equipamentos de proteção individual (EPI)	1	
11. Livro de ocorrência no setor	1	
12. Inscrição no Programa	1	
13. Ficha clínica	1	
14. Revisão	1	
15. Livros de registro	1	
16. Reunião mensal	1	
17. Mapa estatístico mensal	1	
18. Fluxo de esterilização	1	
19. Transporte de instrumental contaminado	1	
20. Área de expurgo	1	
21. Área de preparo de material	1	
22. Esterilização	1	
23. Armazenamento	1	
24. Ficha de prateleira	1	
TOTAL	25	

INDICADORES DE SAÚDE BUCAL - PONTUAÇÃO OBTIDA:

INDICADOR	NÍVEL ATINGIDO	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO OBTIDA
1 – DESEMPENHO	≥ 1	01	
2 – PRODUTIVIDADE	≤ 0,7	0	
	0,8 A 0,89	01	
	0,9 A 0,99	02	
3 – CAPTAÇÃO	≥ 1,0	03	
	≥ 1,0	2	
4 - ESTRUTURAÇÃO DO SERVIÇO	≤ 16	0	
	17-18	01	
	19-20	02	
	21-22	03	
	23-24	04	
	25	05	
TOTAL		11	