

# A REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL FRENTE AOS INCENTIVOS FEDERAIS: A EXPERIÊNCIA FLUMINENSE

Reorganization of oral health care after federal incentives: Rio de Janeiro experience

Leila Senna Maia<sup>1</sup>, George Edward Machado Kornis<sup>2</sup>

## RESUMO

O artigo foca no processo de reorganização das ações e serviços de saúde bucal no estado do Rio de Janeiro. Este processo, em tese, deve ser orientado pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), as quais priorizam a atenção básica através da Estratégia Saúde da Família (ESF) e ampliam a atenção em saúde bucal na média complexidade. Neste contexto, o Ministério da Saúde (MS) lança mão de incentivos financeiros para induzir, sob condições específicas, a adesão às diretrizes formuladas pela PNSB e deste modo promover um processo de reorganização da atenção à saúde bucal nas esferas subnacionais. Foi analisado um amplo espectro de dados sobre os serviços e as ações de saúde bucal realizados nos 92 municípios do estado do Rio de Janeiro no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2007. As principais conclusões da pesquisa apontam para o caráter inconcluso do processo de reorganização da atenção em saúde bucal na grande maioria dos municípios estudados e para a necessidade de uma ação conjunta entre as autoridades sanitárias das três esferas de governo orientada para promover uma efetiva melhoria das condições de saúde da população tal como é a proposta da PNSB.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Pública. Saúde Bucal. Sistema Único de Saúde. Política de Saúde. Serviços de Saúde.

## INTRODUÇÃO

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) está intimamente ligado aos aspectos relativos à descentralização do sistema, à reorganização da atenção à

## ABSTRACT

This paper focuses the process of reorganization of the oral care services in Rio de Janeiro State, Brazil. This process is supposed to follow the so called Política Nacional de Saúde Bucal [Brazilian Oral Health National Politics], whose main proposals are to prioritize primary care as part of the Family Health Strategy and to improve secondary care in oral health services in all levels of complexity. The Health Ministry uses financial incentives to stimulate local governments to adopt, under specific conditions, the guidelines to re-organize oral care services. The present paper realizes a data based analyses referred to the re-organization of oral care services carried out by all the 92 local governments that belong to Rio de Janeiro State, from January 1998 to December 2007. The main conclusions are that the re-organization of oral care services following this politics' principles and guidelines is an endless process for most of the municipalities being studied. The research also presents, as secondary conclusion that federal health authorities must act together with all government levels health authorities to improve the population's oral health conditions, as proposed by the Brazilian Oral Health National Politics.

**KEY WORDS:** Public Health. Oral Health. Single Health System. Health Policy. Health Services.

saúde e às inovações levadas a termo nas formas de financiamento do setor, instituídas pelas normas operacionais e pelo conjunto de portarias que as complementam.

Neste sentido, a década de 1990 foi marcada pela priorização e reorientação da atenção primária, impulsionada

<sup>1</sup> Leila Senna Maia, cirurgiã-dentista. Especialista em Odontopediatria pela Policlínica Geral do Rio de Janeiro. Especialista em Programa de Saúde da Família pelo Consórcio MS/UERJ-“PSF- RJ” e Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social E-mail: senna.maia@click21.com.br

<sup>2</sup> George Edward Machado Kornis, economista. Mestre em Economia pelo Departamento de Economia e Planejamento Econômico da UNICAMP e Doutor em Economia pelo Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor Adjunto do Departamento de Política, Planejamento e Administração em Saúde (DPPAS) do Instituto de Medicina Social (IMS) - UERJ

pela implantação do Piso de Atenção Básica (PAB) o que representou uma mudança qualitativa na participação dos recursos federais no financiamento do SUS. Vale registrar que o MS define atenção primária ou básica enquanto o nível de atenção que oferece aos indivíduos o acesso ao sistema de saúde, determinando o processo de trabalho dos demais níveis de atenção, de forma a organizar e racionalizar o uso dos recursos, direcionando-os para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde.<sup>1</sup>

Nesta perspectiva, a opção do MS de eleger o Programa de Saúde da Família (PSF) enquanto estratégia preferencial de reorganização da lógica assistencial possibilitou um maior aporte de recursos transferidos para os níveis subnacionais sob a forma de incentivos financeiros - o Piso de Atenção Básica variável (PAB variável).

No âmbito da saúde bucal, o MS instituiu, em 2000, um incentivo financeiro para a reorganização da atenção básica através da inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESBs) no PSF. Desta forma, os municípios que incorporaram ESBs no referido programa passaram a contar com um adicional *per capita* ao valor do seu PAB fixo, além do recebimento de incentivos para implantação e custeio mensal destas equipes sob a forma de PAB variável.

A saúde bucal, em 2004, entra para a agenda de governo através da publicação do documento **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Este documento reafirma a importância da atenção básica e da Saúde da Família e amplia a atenção especializada em saúde bucal no âmbito do SUS. Portanto, além de possibilitar a ampliação da atenção básica, o documento inova ao estruturar o sistema de referência em atenção à saúde bucal, através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias (LRPDs).<sup>2</sup>

Os CEOs são estabelecimentos inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidades. Estes centros devem servir de referência à rede básica de saúde bucal já instalada, realizando procedimentos de média complexidade e atender obrigatoriamente as seguintes especialidades: diagnóstico bucal, com ênfase na detecção do câncer; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. Contudo, a atenção secundária no âmbito dos CEOs, dependendo do interesse e da capacidade de sustentação financeira dos gestores locais, poderá incorporar outras especialidades odontológicas além daquelas que o MS exige como obrigatórias.

Os LRPDs são estabelecimentos cadastrados no CNES como Unidades de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico

Terapêutico (SADT) para realizar, no mínimo, o serviço de prótese dentária total. Contudo, o MS não faz restrição quanto à natureza jurídica destes estabelecimentos que podem constituir serviços isolados e, portanto, sem necessidade de vinculação com os CEOs.

Neste contexto, no balanço da última década, a prestação pública de serviços em saúde bucal no Brasil avança de um panorama de oferta limitada de procedimentos de baixa complexidade com reduzida realização de procedimentos especializados, em direção à ampliação do acesso na atenção básica e na média complexidade, tanto no sentido da universalização do acesso quanto da integralidade das ações.<sup>3</sup> Este fato está diretamente relacionado com a maior importância política dada à atenção a saúde bucal pelo governo federal vis-à-vis o maior aporte de recursos financeiros que o MS vem destinando a esta área de atenção como veremos no desenvolver deste trabalho.

Assim, o presente artigo, que **deriva** da dissertação de mestrado intitulada **Política Nacional de Saúde Bucal: uma Análise da Reorganização da Atenção a Saúde Bucal no Estado do Rio de Janeiro frente aos incentivos federais**, tem por objetivo discutir de que modo a política de incentivos do MS aplicada a PNSB imprimiu características à reorganização do modelo de atenção à saúde bucal no estado do Rio de Janeiro.

Neste sentido, o artigo está estruturado em cinco segmentos que tratam respectivamente dos incentivos federais para atenção à saúde bucal, da rede de atenção à saúde bucal no estado do Rio de Janeiro, da metodologia da pesquisa realizada e dos resultados e discussão da pesquisa. Por último, tecemos algumas considerações à guisa de conclusão.

## Os incentivos federais para atenção à saúde bucal

A Organização Mundial de Saúde define saúde bucal (*oral health*) como a ausência de dor crônica na boca e na região facial; câncer oral ou de garganta; inflamações orais; deformações congênitas tais como fendas labiais e palatais; doenças periodontais; cáries e perdas dentárias e outras doenças ou desordens que afetam a boca ou a cavidade oral.<sup>4</sup> Desta forma, tomando por base o conceito acima, a atenção à saúde bucal pressupõe além do trabalho, interdisciplinar e intersetorial, o trabalho multiprofissional em saúde, já que a saúde bucal é referida também a estruturas anatômicas que estão fora do campo de ação da odontologia e, portanto, fora do leque de competências do cirurgião dentista.

Assim, numa perspectiva mais geral, a saúde bucal entendida como parte da saúde geral, vem sendo financiada

desde a criação do SUS. Entretanto, a assistência odontológica, como um braço da atenção à saúde bucal, foi enfatizada pelo MS somente a partir de 2000, com a Portaria GM/MS nº 1.4445 que estipulou incentivos financeiros para a entrada das ESBs no PSF. Ademais, em 2004, com o lançamento da PNSB, esta área específica de atenção passou a fazer parte da agenda do governo federal. Este fato se expressa pelo aumento significativo dos investimentos destinados para este setor da saúde que passaram de R\$ 58 milhões, em 2002, para R\$ 1,3 bilhão em 2006, com previsão de R\$ 2,7 bilhões a serem aplicados entre 2007 e 2010.<sup>6</sup> Essa expansão é, portanto, compatível com a maior expressão adquirida pela saúde bucal na esfera política brasileira.

A PNSB reafirma a importância das ESBs na atual Estratégia de Saúde da Família (ESF) no processo de reorganização da atenção básica do SUS. Esta política, além de enfatizar a ampliação, a qualificação e o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção, reconhece que a rede assistencial odontológica nestes níveis de atenção não acompanhou o crescimento da oferta de serviços de atenção básica. Assim sendo, o documento afirma serem necessários “investimentos que propiciem o acesso aos níveis secundário e terciário”.<sup>2</sup>

Embora a entrada da PNSB na agenda do governo se expresse pelo aumento significativo do volume de investimentos na área, o repasse destes recursos está condicionado à adesão dos gestores locais pela ESF e /ou aos LRPDs (laboratórios habilitados fora dos CEOs) no âmbito da atenção básica e aos CEOs e LRPDs para o atendimento da atenção secundária. Noutros termos, fora dos padrões preconizados pela PNSB não existe financiamento extra-orçamentário para a sustentação das ações de saúde bucal no SUS. Nesse sentido, veremos a seguir como está sendo processado o financiamento federal das ações englobadas pela PNSB.

A Portaria GM/MS nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000<sup>5</sup>, estabeleceu os incentivos financeiros para a inserção das equipes de saúde bucal (ESBs) no PSF, com vistas à reorganização da atenção à saúde bucal nos municípios. Entretanto somente em 2001, com a Portaria GM/MS nº 267<sup>7</sup> é que foram regulamentadas as normas e diretrizes para a inclusão das ESBs nas duas modalidades possíveis de habilitação: Modalidade I, composta por 1 Cirurgião Dentista (CD) e 1 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), e Modalidade II, composta por 1 CD, 1 ASB e 1 Técnico de Saúde Bucal (TSB).

Com a publicação da Portaria nº 673/GM de 2003<sup>8</sup> os incentivos financeiros de implantação para ambas as moda-

lidades passaram da ordem de R\$ 5.000,00 para R\$ 6.000,00. Já os valores anuais dos incentivos para o custeio passaram de R\$ 13.000,00 para R\$ 15.600,00 na Modalidade I e de R\$ 16.000,00 para R\$ 19.200,00 na Modalidade II. Ademais, a referida portaria permitiu uma redução da proporção de implantação, que era até então de 1 ESB para cada 2 ESFs para uma relação de 1:1, ou seja: 1 ESB para 1 ESF.

A Portaria nº 74GM/MS de 2004<sup>9</sup> estabeleceu novos reajustes aos incentivos de custeio mensais passando para R\$ 20.400,00 e R\$ 26.400,00 respectivamente para as Modalidades I e II. Ademais, como estabelecido por essa portaria, as ESBs habilitadas em ambas as modalidades passaram a receber R\$ 6.000,00 enquanto incentivo adicional para a aquisição de equipamentos e/ou instrumentos e as ESBs implantadas na Modalidade II ainda passaram a receber um equipo completo (cadeira; equipo de 3 pontas; unidade auxiliar; mocho e refletor) para a atuação do TSB.

Em março de 2006, com a publicação da Portaria Nº 648 GM/MS10, que aprova e regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica, fica estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do MS para reorganizar a atenção básica e assim o Programa de Saúde da Família passa a ser doravante denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Neste mesmo ano, em maio, a Portaria nº 650 GM/MS11 reajusta o incentivo adicional das ESBs (Modalidades I e II) de R\$ 6.000,00 para R\$ 7.000,00 entendendo-o como um recurso destinado a investimentos nas Unidades Básicas de Saúde e à realização do Curso Introdutório. Esta portaria estabelece ainda que os municípios que contarem com população assentada e/ou quilombola farão jus a um adicional de 50% sobre os valores transferidos referentes às ESBs implantadas de acordo com suas modalidades.

Para a implantação e custeio dos CEOs, o MS garante incentivos financeiros de acordo com os planos municipais e regionais de cada estado. Vale registrar que o repasse federal representa apenas uma parte dos recursos necessários ao custeio dos CEOs, cabendo aos estados e aos municípios a responsabilidade da complementação do custeio destes serviços. Neste sentido, existem três modalidades possíveis de habilitação, dependendo do número de cadeiras disponíveis nos serviços, como exposto no quadro abaixo.

**Quadro 1** - Incentivos federais por tipo de CEO

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

O MS condicionou o seu repasse financeiro de custeio a uma produção mensal mínima a ser verificada através de consultas aos Sistemas de Informação do SUS (SIA-SUS). Além dos incentivos de custeio, as ações realizadas nos CEOs e que não constam do rol obrigatório são faturadas pela tabela de procedimentos SIA/SUS de acordo com os tetos financeiros.

A produção mensal cobrada pelo MS está relacionada ao tipo de CEO e é específica para cada uma das especialidades obrigatórias conforme mostra o quadro a seguir.

**Quadro 2** - Número de procedimentos por tipo de CEO

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

Fonte: Maia (2008)

Vale ressaltar que apesar da obrigatoriedade de oferta de procedimentos especializados no âmbito dos CEOs não existe, por parte do MS, a exigência de que estes procedimentos sejam realizados por profissionais com curso de pós-graduação nestas áreas.

No tocante a reabilitação protética, o pagamento das próteses dentárias aos LRPDs, de acordo com a Portaria N° 1572 GM/MS de 29 de julho de 200412, se dá por produção. Entretanto, o MS estabeleceu um limite para cobrança dos procedimentos realizados nos LRPDs que corresponde a um total máximo de 242 próteses por mês. O quantitativo excedente, se ocorrer, deverá ser de inteira responsabilidade dos gestores locais. Os valores correspondem ao pagamento de próteses totais (dentaduras) e de próteses parciais removíveis, sendo respectivamente, de R\$ 30,00 e R\$ 40,00 por cada prótese confeccionada. Estes recursos relativos ao pagamento das próteses são repassados diretamente do governo federal para os municípios ou estados que possuem laboratórios credenciados. Dessa forma, os recursos de saúde já existentes não são comprometidos, dado que os seus valores deverão ser cobrados por Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade (APAC) e financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

Nesta perspectiva, ressaltamos que PNSB preconiza que a oferta das próteses dentárias deve ocorrer no âmbito da atenção básica, porém os recursos de custeio das mesmas estão a cargo das transferências federais para a Média e Alta Complexidades (MAC).

Através do documento intitulado “O Pacto pela Saúde 2006”, a forma sob a qual se dá o financiamento do SUS foi alterada. Nos moldes da referida mudança, os recursos para a sustentação da PNSB estão garantidos em três destes blocos: Atenção Básica, Gestão e Média e Alta Complexidades.<sup>13</sup>

Os recursos destinados à estratégia da atenção à saúde bucal na ESF estão incluídos no bloco da Atenção Básica, dentro do PAB variável. O bloco de Gestão custeia ações relacionadas à organização e à ampliação do acesso aos serviços de saúde, nas quais se inclui a implantação dos CEOs. E, finalmente, o bloco da Média e Alta Complexidades sustenta um incentivo permanente para a manutenção dos CEOs e o pagamento de próteses realizadas pelos Laboratórios de Próteses Dentárias.<sup>14</sup>

### A rede de atenção à saúde bucal no estado do Rio de Janeiro:

O Ministério da Saúde, através de sua política de incentivos, investiu, de 2003 a maio de 2006, R\$ 21.100 milhões na atenção à saúde bucal no estado do Rio de Janeiro. Deste montante, R\$ 14.600 milhões (69%) foram destinados à atenção básica através da implantação das ESBs na ESF. Na atenção secundária, de 2004 a maio de 2006, o MS destinou R\$ 6,5 milhões (31%) aos CEOs do estado.<sup>15</sup>

Nesta perspectiva, no estado do Rio de Janeiro, até dezembro de 2007, foram habilitadas 436 ESBs na Modalidade I e 45 ESBs na Modalidade II. Este total de ESBs está distribuído em 62 municípios dos 92 existentes no estado, correspondendo a um percentual de cobertura de 17,43% da população do estado, como mostra o quadro abaixo.

Portanto, de acordo com o quadro acima, até dezembro de 2007, no estado do Rio de Janeiro, 30 municípios não apresentavam cobertura de ESBs. Vale lembrar que, para efeitos deste trabalho, consideramos como equipes existentes aquelas que possuíam atuação assistencial com produção informada aos bancos de dados do MS até a data pesquisada. Ainda no tocante à atenção básica, ressaltamos que, das 9 regiões de saúde existentes no estado, apenas as regiões de Baía de Ilha Grande e Médio Paraíba dispunham de cobertura de ESBs em todos os seus municípios. No âmbito da atenção secundária, existiam no estado 46 CEOs distribuídos em 27 municípios e somente 12 LRPDs.

Do ponto de vista da análise regional, o quadro acima revela que somente a região Norte ainda não contava com CEOs e LRPDs àquela época.

**Quadro 3** - Situação da atenção à saúde bucal no estado do RJ em dezembro de 2007

Regiões de saúde do estado do RJ e seus percentuais populacionais	Municípios	ESBs	CEOs (tipo)	LRPDs
Baía da Ilha Grande 01%	Angra dos Reis; Mangaratiba e Parati	17 Mod I	01 Mangaratiba- (II)	-----
Baixada Litorânea 03 %	Saquarema; Araruama; Iguaba Grande; São Pedro da Aldeia; Arraial do Cabo; Cabo Frio; Armação de Búzios; Casimiro de Abreu e Rio das Ostras*	37 Mod I e 01 Mod II	04 Arraial do Cabo (II), Casimiro de Abreu (I); Saquarema (II), e São Pedro da Aldeia (II)	01 Saquarema
Centro Sul 02 %	Três Rios; Areal; Comendador Levy Gaspariam; Sapucaia; Paraíba do Sul; Vassouras; Miguel Pereira*; Paty do Alferes; Eng. Paulo de Frontin; Mendes e Paracambi*	72 Mod I	03 Areal (II); Paraíba do Sul (I) e Vassouras (II)	02 Paraíba do Sul e Vassouras
Médio Paraíba 05 %	Piraí; Pinheiral; Volta Redonda; Barra do Piraí; Valença; Rio das Flores; Rio Claro; Barra Mansa*; Quatis*; Porto Real; Resende e Itatiaia*	67 Mod I 10 Mod II	07 Barra do Piraí (II); Barra Mansa (III); Pinheiral (I), Piraí (I); Porto Real (II) ; Resende (II) e Valença (II)	04 Piraí; Porto Real; Resende e Valença
Metropolitana I 64 %	Rio de Janeiro, Itaguaí*, Seropédica, Duque de Caxias, Magé, Nova Iguaçu, Japeri*, Queimados*, Mesquita, São João de Meriti*, Belford Roxo e Nilópolis*.	123 Mod I e 30 Mod II	23 Rio de Janeiro 16 (II) e 02 (I); Belford Roxo (II); Duque de Caxias- 01 (I) e 01 (III) e Magé- 01 (II) e 01 (III)	02 Magé e Duque de Caxias
Metropolitana II 12 %	Niterói*, Maricá, São Gonçalo*, Itaboraí, Tanguá*, Silva Jardim e Rio Bonito	18 Mod I	01 Niterói (II)	-----
Noroeste 02 %	Bom Jesus de Itabapoana, Itaperuna*, Santo Antônio de Pádua, Natividade, Varre e Sai, Porciúncula, Laje do Muriaé, São José do Ubá, Italva*, Cardoso Moreira*, Aperibé, Itaocara*, Cambuci, e Miracema	39 Mod I e 03 Mod II	05 Bom Jesus de Itabapoana (II); Itaperuna (III); Natividade (II) Porciúncula (II) e Santo Antônio de Pádua (I)	02 Natividade e Porciúncula
Norte 05 %	São Francisco de Itabapoana, São João da Barra*, São Fidelis*, Quissamã*, Conceição de Macabu, Macacé, Campos dos Goytacazes e Carapebus*	21 Mod I	-----	-----
Serrana 06 %	Teresópolis*, Petrópolis, Guapimirim*, São José do Vale do Rio Preto, Sumidouro, Carmo*, Nova Friburgo*, Cachoeiras de Macacu, Bom Jardim, Duas Barras*, Cordeiro, Macuco*, Cantagalo, São Sebastião do Alto*, Trajano de Moraes* e Santa Maria Madalena.	42 Mod I e 01 Mod II	02 Petrópolis (II); e Cachoeira de Macacu (II)	01 São José do Vale do Rio Preto
TOTAL: 09 100%	92	436 Mod I e 45 Mod II	46	12

FONTE: Elaboração própria a partir de Maia (2008)3

\* Municípios que não contam com ESBs

## CAMINHO METODOLÓGICO PERCORRIDO

A pesquisa original, que serve de referência para este trabalho, construiu uma série histórica da produção ambulatorial em saúde bucal dos 92 municípios do estado do Rio de Janeiro no período entre janeiro de 1998 e dezembro de 2007. Estes dados foram cotejados com as informações relativas à implantação das ESBs, dos CEOs e dos LRPDs existentes no estado.

Na metodologia adotada pelo presente trabalho, foram consideradas as seguintes bases de dados: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE (dados populacionais); Ministério da Saúde /Departamento de Atenção Básica -MS /DAB ( dados relativos à implantação das ESBs, CEOs); Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro- SESDEC-RJ (dados relativos à implantação das ESBs, CEOs e LRPDs no estado) e do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Desta forma, vale ressaltar que essa metodologia é capaz de ser expandida para o conjunto das demais unidades da federação.

Do site do DATASUS, foram extraídos os seguintes dados: “Série Histórica da Produção Ambulatorial”, no período entre janeiro de 1998 a dezembro de 2007, referente ao estado do Rio de Janeiro e seus 92 municípios, o que configura uma década de pesquisa. Neste período, ocorreram vários fatos de grande relevância para o campo da saúde e, em especial, para a saúde bucal tais como: a implantação do Piso da Atenção Básica (PAB), a partir de janeiro de 1998; a implantação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2001; a inserção das ESBs na ESF em 2001; a implantação das NOASs (2001/02); o início da vigência da PNSB a partir de 2004 e a promulgação do Pacto pela Saúde 2006.

Para análise do período selecionado, os dados encontram-se dispostos em duas variáveis: “Procedimentos até 10/1999 e Procedimentos após 10/1999”. Os procedimentos estavam discriminados entre os que “fazem parte ou não do PAB” e essa categorização abrangia tanto a tabela em vigor até outubro/1999 como a tabela vigente a partir de novembro/1999, quando ocorreram mudanças nos códigos de alguns procedimentos. Entretanto, essas mudanças ocorreram somente na denominação do procedimento uma vez que o procedimento em si permaneceu inalterado, como pode ser visto na Portaria nº 1.230 GM/MS de outubro de 1999.<sup>16</sup>

Visando construir um conjunto de informações sobre a produção ambulatorial em saúde bucal nos municípios do estado do Rio de Janeiro no período referido, foram selecionados alguns procedimentos como descritos na seqüência.

Para análise dos anos de 1998 e 1999 foram selecionados em “Procedimentos até 10/ 1999” as seguintes categorias:

- consulta odontológica-1ª consulta
- remoção de cálculo e polimento dentário
- endodontia trirradicular
- exodontia de elemento permanente

A escolha de procedimentos específicos se justifica pelo fato de que esses se apresentam com maior sensibilidade para a avaliação/repercussão das ações da PNSB dentro de um curto período de tempo. Além do quantitativo dos procedimentos acima listados, foram vistos também, no conjunto, o total de procedimentos odontológicos “PAB” e “não PAB” realizados pelos municípios. Para estes dois conjuntos, foi considerada a ferramenta “quantidade aprovada”.

No período de janeiro de 2000 a dezembro de 2007, foram vistos: “Procedimentos após 1999”.

### Atenção Básica:

- 1ª consulta odontológica programática (“1ª consulta programática”)
- exodontia de elemento permanente (“exodontia elem. permanente”)
- curetagem subgengival e polimento dentário/hemiarcada (“curetagem sub/pol. dentário”)

### Atenção Especializada:

- curetagem subgengival por indivíduo (“Atenção espec. Periodontia curetagem sub/ indivíduo”)
- tratamento endodôntico permanente multirradicular (“endodontia trirradicular”)

No período 2000 a 2007, da mesma forma que para o período anterior, foi visto o global dos procedimentos definidos como “ações básicas” e “ações especializadas” através das ferramentas: “quantidade apresentada”; “quantidade aprovada”.

O conjunto de todos os procedimentos realizados pelos municípios nos permite uma visão global do desempenho da assistência odontológica ofertada tanto no âmbito da atenção básica como na especializada.

No tocante ao procedimento “consulta odontológica - 1ª consulta” (procedimentos até 10/1999), este é compatível com o procedimento “1ª consulta programática” (procedimento após 10/1999), e ambos expressam o acesso à atenção a saúde bucal, pois representam a primeira consulta do tratamento odontológico, não considerando aquelas de caráter emergencial. Vale registrar que, segundo a Portaria GM/MS nº 493 de 13 de março de 2006<sup>17</sup>, a 1ª consulta

odontológica programática deve representar a elaboração de um plano preventivo-terapêutico estabelecido a partir de um exame clínico odontológico, com vistas a atender as necessidades detectadas, estejam elas no nível básico de atenção ou necessitem englobar ações de média e alta complexidade.

A mesma compatibilidade ocorre para os procedimentos (até 10/1999): remoção de cálculo e polimento dentário; endodontia trirradicular e exodontia de elemento permanente em relação aos seguintes procedimentos (após 10/1999) respectivamente: curetagem subgingival e polimento dentário/hemiarçada; tratamento endodôntico; tratamento endodôntico permanente trirradicular e exodontia de elemento permanente.

Em relação à categoria “exodontia de elemento permanente”, procedimento este considerado na atenção básica, em tese, é sempre esperado e desejável que ocorra queda no seu volume. Neste sentido, nas localidades onde existem CEOs ou outra forma de atenção odontológica especializada, uma queda no número de exodontias pode ser associada ao encaminhamento/referência dos usuários para a clínica especializada (endodontia), aliás como idealizado pela PNSB. Por outro lado, consideramos que um aumento de volume de exodontias é admissível temporariamente, caso ocorra um aumento do acesso no período estudado.

A categoria “Curetagem/pol. dentário” (procedimento de atenção básica), além da assistência clínica, é interpretada, aqui, como uma oportunidade de acesso à informação em saúde bucal, permitindo aos usuários conhecer recursos para praticar o autocuidado. Ademais, este procedimento pode ser interpretado como a alta do tratamento clínico, marcando o intervalo entre consultas para revisão e /ou acompanhamento. Neste sentido, consideramos que este procedimento deve ser analisado de forma concomitante com o procedimento “1ª consulta programática”. Convém lembrar que este procedimento é contabilizado por hemiarçada, o que pode gerar um volume de produção de até quatro vezes por indivíduo.

No tocante aos procedimentos após 1999, no âmbito da “Atenção Especializada”, foi considerado o procedimento “curetagem subgingival por indivíduo”. A respeito deste procedimento, vale dizer que, ainda que seja compatível com o procedimento “Curetagem/pol. dentário”, ele é contabilizado por indivíduo (e não por hemiarçada) e, em tese, deve ser realizado naqueles usuários portadores de patologia periodontal, diagnosticada na atenção básica e referenciados para a clínica especializada. Desta forma, vale registrar, ainda, que este procedimento deve apresentar um volume de produção inferior ao procedimento “Curetagem/pol. dentário”, realizado na atenção básica.

Para o procedimento “Endodontia Trirradicular”, em tese, deve ser esperado um desempenho inversamente proporcional ao volume de “exodontias de elementos permanentes”, já que aquele se configura como um procedimento conservador que deve ser oferecido, sempre que possível, em lugar da exodontia (tratamento mutilador).

O aumento no volume de “ações básicas” é aqui interpretado como uma ampliação do acesso. Isso pode ocorrer tanto pela oferta de novos serviços como pelo incremento dos já existentes, sejam estes através da ESF ou não. Ademais, quando da implantação ou ampliação de ESBs, também consideramos que, em tese, ocorreu uma tentativa de reorganização do modelo de atenção à saúde bucal ofertado aos usuários tal como pretendido pela PNSB. Portanto, de acordo com os parâmetros adotados neste trabalho, a implantação de ESBs deve implicar no aumento do volume da produção das ações básicas dos municípios que as implantarem.

Nesta perspectiva, consideramos que nos locais onde a atenção básica é oferecida de forma adequada e contínua é esperado que ocorra, a médio e longo prazo, uma redução no volume das “ações especializadas”. Dito de outra forma, é coerente que um melhor desempenho em atenção básica na saúde bucal resulte em uma menor necessidade assistencial na clínica especializada.

## RESULTADOS DA PESQUISA E DISCUSSÃO:

É sabido que a coleta dos dados relativos às series históricas dos procedimentos selecionados está sujeita a erros de informação e/ou alimentação por parte dos gestores locais. Ademais, outras variáveis podem causar impacto nas informações selecionadas, como aquelas ocorridas nos municípios de pequeno porte, tais como: variações circunstanciais nos quadros de recursos humanos decorrentes de aposentadorias, licenças ou férias, ou ainda aquelas sazonais, qualquer que seja o porte do município. Consideramos ainda que eventuais mudanças de cargos importantes na gestão podem influenciar a qualidade da oferta assistencial em saúde bucal. Esses são apenas alguns fatos que, dentre outros, permitem justificar dados oscilantes e, muitas vezes, incoerentes como os encontrados em alguns municípios ao longo da pesquisa.

Contudo, algumas constatações foram possíveis de serem feitas a partir da observação do comportamento dos dados. Assim, a seguir, passamos a destacar os fatos que chamaram nossa atenção e que possibilitaram algumas interpretações a partir da análise das categorias de procedimentos pesquisadas.

Segundo a metodologia desta pesquisa, dos 62 municípios do estado que contavam com a atuação de ESBs, apenas 30 deles, ou seja, 48% diminuíram o acesso às ações de saúde bucal, identificado pela queda no volume de **1ªs consultas programáticas**. Esses municípios e seus respectivos percentuais de coberturas de ESBs estão listados a seguir: Saquarema (98,21%); Cabo Frio (20,78%); Três Rios (100%); Areal (100%); Comendador Levy Gasparian (100%); Paraíba do Sul (100%); Vassouras (100%); Paty do Alferes (100%); Engenheiro Paulo de Frontin (100%); Mendes (100%); Barra do Piraí (21,70%); Valença (29,35%); Rio Claro (100%); Resende (69,16%); Volta Redonda (93,55%); Rio de Janeiro (5,62%); Seropédica (44,90%); Nova Iguaçu (5,72%); Bom Jesus de Itabapoana (100%); Santo Antônio de Pádua (64,66%); Varre e Sai (100%); Porciúncula (100%); Aperibé (100%); Miracema (100%); Macaé (34,32%); Campos dos Goytacazes (14,41%); Petrópolis (22,24%); São José do Vale do Rio Preto (100%); Cordeiro (100%) e Cantagalo (100%). Ainda no tocante ao procedimento “1ª Consulta Programática”, lembramos que a Portaria nº 95 de fevereiro de 2006 recomenda que seja realizada uma consulta /ano por pessoa. Desta forma, ainda nos casos onde a cobertura das ESBs é baixa, consideramos que a diminuição do volume deste procedimento, como verificada nestes municípios, é incompatível e incoerente com a proposta de ampliação de acesso inerente à PNSB.

Ainda no tocante aos 62 municípios que contam com a atuação de ESBs, a análise para o **conjunto das ações de atenção básica** em saúde bucal revelou que 26 desses municípios, ou seja, 42%, apresentaram queda no volume dessas ações. São eles: Angra dos Reis; Saquarema; Iguaba Grande; Cabo Frio; Três Rios; Paraíba do Sul; Areal; Vassouras; Paty do Alferes; Valença; Rio Claro; Barra do Piraí; Nova Iguaçu; Silva Jardim; Bom Jesus de Itabapoana; Porciúncula; Aperibé; Santo Antônio de Pádua; Cambuci; Natividade; Varre e Sai; Campos dos Goytacazes; Cantagalo; Petrópolis; São José do Vale do Rio Preto e Cordeiro. Lembramos que o modelo de atenção à saúde tal como preconizado pela ESF inclui busca ativa através da visita domiciliar e, portanto, não assiste apenas à demanda espontânea. Assim, não nos parece admissível que, em localidades que contam com a presença de ESBs habilitadas, ocorra queda no volume da produção de ações de atenção básica.

A pesquisa mostrou que, em alguns municípios, a implantação inicial de ESBs ocorreu em quantidades maiores que os números atuais, fato sugestivo de que a manutenção desta oferta não foi sustentada pelo gestor local. Isso parece ter ocorrido em Natividade, Sapucaia, Cabo Frio e Armação

dos Búzios, municípios que diminuíram o número inicial de equipes e/ou alteraram a modalidade de habilitação, “retroagindo” da categoria II para I. Neste sentido, vale lembrar que no âmbito do estado, assim como no resto do país, há deficiência numérica no quadro de TSBs, profissional este de presença obrigatória na modalidade II de habilitação.

Quanto aos 46 CEOs implantados no estado, até dezembro de 2007, ressaltamos que apenas 27 municípios contavam com estes serviços. Interessante observar que 3 destes municípios (Itaperuna, Barra Mansa e Niterói), apesar de contarem com CEOs implantados, não oferecem atenção básica em saúde bucal aos seus munícipes através de ESBs.

Ainda no tocante à **atenção secundária**, do total de municípios que a oferecem através dos CEOs, 11 deles, isto é, 41% apresentaram queda na produção total de ações especializadas. Entretanto, vale registrar que, desse total, em 2 municípios, a natureza desta redução parece estar relacionada com o percentual de cobertura e desempenho das ESBs locais.

Lembramos que, de acordo com os critérios da pesquisa em pauta, era esperada uma tendência decrescente na necessidade de ações especializadas naquelas localidades nas quais a assistência na atenção básica vem sendo ofertada de forma suficiente e adequada. Isto é: em uma população onde as necessidades em saúde bucal são atendidas de forma resolutiva no nível básico de atenção, é esperado que ocorra uma redução progressiva da demanda por ações especializadas decorrentes de situações agravadas pela ausência de uma atenção básica oportuna.

Na situação acima exposta, enquadraram-se os municípios de Porto Real e Paraíba do Sul. Destacamos, a seguir, para cada um deles, o início da atuação das ESBs, suas respectivas coberturas, bem como o início de atuação dos CEOs: Porto Real (ESBs desde 2002 com 100% e CEO desde 01/06) e Paraíba do Sul (ESBs desde 2002 com 100% e CEO desde 10/2005).

Ainda em relação a estes dois municípios, podemos dizer que, em Porto Real, essa constatação parece decorrer do seu desempenho positivo para os procedimentos de 1ª consulta programática, periodontia básica e conjunto das ações básicas. Os dados referentes a esse município revelaram ainda estabilidade para os procedimentos de endodontia trirradicular e um decréscimo no volume de exodontias e de periodontia especializada. Já em consideração a Paraíba do Sul, a pesquisa revelou que, apesar desse município apresentar uma discreta redução tanto no número de 1ªs consultas programáticas como no volume das ações básicas, ocorreu também uma considerável redu-

ção no volume de exodontias. Ademais, os procedimentos de periodontia básica e especializada, assim como aqueles referentes à endodontia trirradicular, apresentaram curvas ascendentes.

Nessa perspectiva, não consideramos pertinente o estabelecimento, por parte do MS, de metas padronizadas para os procedimentos especializados realizados nos CEOs. No nosso entendimento, essas metas deveriam ser revistas e consideradas em conjunto com o desempenho do município nas ações de atenção básica em saúde bucal. Ressaltamos ainda que a não revisão destas metas implica no risco de indução de volume de procedimentos especializados com vistas ao cumprimento das mesmas. E acrescentamos que, nesses casos, a regra de suspensão de repasses financeiros para o custeio de CEOs que não venham a atingir tais metas pode ser considerada injusta para com os usuários, uma vez que esses podem ser paradoxalmente penalizados com a suspensão da oferta de serviços justamente por estarem melhorando suas condições básicas de saúde bucal.

Na sequência, os nove municípios constantes no quadro abaixo também apresentaram queda no volume das ações especializadas.

**Quadro 4** - Municípios com CEOs que apresentaram queda do volume de produção de ações especializadas.

Município Saquarema Porciúncula	Ano inicial de atuação ESBs / Percentual de cobertura até dez/2007	Mês e ano de implantação do CEO
Saquarema	2004 / 98,21%	02/2005
Porciúncula	2005 / 100%	08/2006
Bom Jesus de Itabapoana	2005 / 100%	10/06
Vassouras	2002 / 100%	11/2005
Valença	2006 / 29,35%	05/07
Resende	2004 / 69,16%	02/05
Petrópolis	2006 / 22,24%	05/07
Sto Antônio de Pádua	2004 / 64,66%	10/2004
Itaperuna	2005 / 29,62% *	04/ 2005

Fonte: Elaboração própria a partir de Maia (2008)<sup>3</sup>

\*até agosto/07

Vale registrar que, em relação ao município de Itaperuna, segundo dados do DAB/MS, a atuação das ESBs foi suspensa em agosto de 2007. Portanto, a queda no volume de ações especializadas, neste ano, além de outros fatores, pode também ser relacionada a um menor número de usuários referenciados para este nível de atenção.

Contudo, em todos esses casos, o desempenho descendente apresentado na produção do conjunto de ações especializadas, além de não ser justificável, é incoerente e incompatível com a proposta inserida na PNSB.

Do ponto de vista da análise regional, enfatizamos que a grande heterogeneidade existente tanto inter como intrarregiões não permite que sejam estabelecidos os parâmetros comparativos desejáveis e necessários para estudos dessa ordem. Assim sendo, e tendo em vista as diretrizes preconizadas pela PNSB, classificamos dois grupos de municípios de acordo com as suas características de atuação: municípios que apresentaram desenvolvimento amplamente satisfatório e municípios que apresentaram desempenho considerado ainda insatisfatório.

No primeiro grupo, enquadram-se Porto Real e Paraíba do Sul cujos desempenhos já foram descritos anteriormente. No segundo grupo, encontram-se todos os demais municípios do estado que estão sendo beneficiados pela política de incentivos do MS voltada para as ações da PNSB. Contudo, a despeito do baixo desempenho da maioria dos municípios que compõem este conjunto, chama-nos a atenção o Rio de Janeiro tanto no que diz respeito à baixa cobertura das ESBs quanto no que diz respeito à implantação dos seus 18 CEOs, todos habilitados em outubro de 2004.

Neste contexto, destacamos que o município capital do estado conta, desde janeiro de 2005, com uma cobertura de atuação das ESBs de apenas 5,62%. Entretanto, no tocante à atenção especializada, o município possui uma alta concentração de CEOs, contando com 39% desses centros habilitados no âmbito estadual.

Quanto ao desempenho da produção ambulatorial, os dados revelaram que ocorreu queda no montante de primeiras consultas programáticas, indicando que o acesso não foi ampliado como desejado pela PNSB. Ainda que se leve em conta a baixa cobertura das ESBs, entendemos que o volume do acesso às ações de saúde bucal deveria ser, no mínimo, mantido e jamais reduzido.

O volume da produção de exodontias foi aumentado, fato que, analisado frente à redução do acesso, indica persistência de um modelo assistencial mutilador.

Os procedimentos de periodontia básica apresentaram aumento no volume da produção, o que possivelmente está relacionado à atenção oferecida a escolares (profilaxia) através do programa municipal denominado “Dentescola”.<sup>18</sup>

No tocante ao conjunto de ações de atenção básica, a produção apresentou oscilações ao longo do período pesquisado. Entretanto, a partir de 2004, instala-se uma tendência descendente que, no último ano pesquisado, apresentou uma discreta recuperação sem, no entanto, atingir os valores de produção praticados em 2005. Esse desempenho é convergente com o encontrado para a categoria “1<sup>as</sup> consultas programáticas”, e ambos sugerem

uma desvalorização da atenção básica em saúde bucal neste município.

Os procedimentos especializados pesquisados, tanto de periodontia quanto de endodontia também apresentaram volumes ascendentes. No entanto, nesses casos específicos, podemos atribuir esse aumento a dois fatores que ocorreram de forma concomitante no município do Rio de Janeiro: um aumento substancial do quadro de profissionais<sup>18</sup> e a implantação de 18 CEOs habilitados pela mesma Portaria de nº 2192 GM/MS de 08/10/2004 (BRASIL, 2004 b).<sup>19</sup>

No que diz respeito à análise do conjunto das ações especializadas, foi verificado um desempenho oscilante com um pico em 2005, seguido de queda no ano seguinte e uma discreta recuperação em 2007. Entretanto, também em relação a ações especializadas, a tentativa de recuperação não alcançou os valores praticados em 2005. Portanto, consideramos que esse desempenho não mostra compatibilidade com o número significativo de CEOs em atuação neste município.

A queda no volume total de ações básicas num município de porte populacional, heterogeneidade social e complexidade sanitária, como é o Rio de Janeiro, seria aceitável apenas numa situação ideal, onde houvesse estabilidade ou regressão da demanda em ações em saúde bucal, fato este muito longe da realidade. Sendo assim, não nos parece que haja real integração entre os serviços de atenção básica e especializada neste município.

Por fim, ressaltamos que a análise do conjunto de todos os dados relativos ao município nos permite dizer que não há indícios de mudança no modelo de atenção no Rio de Janeiro, ao contrário, parece estar ocorrendo uma ênfase na atenção especializada em detrimento da atenção básica em saúde bucal. Esta hipótese é reforçada quando cotejamos a presteza do município em habilitar de uma só vez 18 CEOs em 2004, primeiro ano da vigência da PNSB, com a tardia incorporação das ESBs na ESF (2005) e seu baixo percentual de cobertura (5,62%).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste trabalho representou um esforço original de sistematização e análise das informações relativas ao processo de reorganização da atenção à saúde bucal nos 92 municípios que integram o estado do Rio de Janeiro. Este desenvolvimento permitiu concluir que, de acordo com a metodologia empregada nesta pesquisa, dos municípios que se beneficiaram, até dezembro de 2007, da política de incentivos do MS, dois destes, o que corresponde

a apenas 3% deste total, demonstraram estar convergentes com as diretrizes preconizadas pela PNSB na oferta da atenção à saúde bucal aos seus municípios.

A pesquisa também mostrou que, de uma forma geral, no estado do Rio de Janeiro, houve ampliação do acesso e da oferta de serviços, tanto quantitativa quanto qualitativamente.

No entanto, a interpretação dos dados sugere que esta ampliação ocorreu muito mais em função da existência dos incentivos federais do que pela existência de um planejamento ou programação que considerasse as necessidades da população. Observamos que, por um lado, a obtenção dos recursos para implantação e custeio representa atrativo para o gestor local, por outro, a demanda reprimida e a falta de planejamento trazem à tona as dificuldades de manutenção desta oferta. Vale ressaltar que o incentivo federal de custeio não é, e nem pretende ser, suficiente para manter os custos de material, de manutenção técnica dos equipamentos e de remuneração dos profissionais atuantes na produção destes serviços. Ademais, a oferta de atenção especializada se traduz num aumento do volume de procedimentos contabilizados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS), o que representa um desafio financeiro a ser enfrentado pelos gestores locais pelo menos até que esse custo possa ser incorporado aos tetos municipais e/ou estadual.

Neste sentido, enfatizamos que os incentivos federais voltados para a atenção à saúde bucal, ainda que considerados de importância capital, não podem prescindir das contrapartidas dos níveis subnacionais, pois a PNSB pressupõe uma adesão ao conjunto de diretrizes nas quais se inserem a descentralização e a responsabilização dos gestores locais na provisão e na sustentabilidade desta oferta.

Ressaltamos a importância dos sistemas de informação, não apenas do ponto de vista do financiamento, faturamento e da prestação de contas, mas, sobretudo como subsídio concreto para programação e planejamento da atenção à saúde. Nesta perspectiva, reforçamos tanto a necessidade de capacitação dos profissionais e gestores no tocante à operacionalização e análise dos bancos de dados disponíveis, quanto à insuficiência quantitativa de equipamentos de informática sabidamente existente nos municípios menores e com reduzida viabilidade de recursos financeiros.

Neste contexto, no tocante à atenção à saúde bucal, consideramos também a importância estratégica da ação do MS tendo em vista o aprimoramento necessário dos sistemas de informação orientando-os para um melhor acompanhamento e planejamento da atenção a saúde bucal.

Desta forma, o presente trabalho pretende contribuir para o início de um processo de investigação que deverá

estar orientado para apontar o grau de efetividade da PNSB e dos recursos federais a ela vinculados. Esse processo de investigação pode e deve ser desenvolvido simultaneamente nas Universidades e nas unidades responsáveis pela execução programática da PNSB. Assim, o presente texto espera ter encontrado um horizonte de pesquisa, reflexão e debate habilitado para o enfrentamento de uma dimensão tão importante da saúde como é a saúde bucal.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Cadernos de Atenção Básica n. 17. Série A. Normas e Manuais Técnicos.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Maia LS. Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal no estado do Rio de Janeiro frente aos incentivos federais [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2008.
4. World Health Organization-WHO. Oral Health. [Citado em 2007 jul. 20]. Disponível em: [http://www.who.int/topics/oral\\_health/en/](http://www.who.int/topics/oral_health/en/)
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 1.444 de 28 de dezembro de 2000. [Citado em 2008 ago. 15]. Disponível em: <http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=29>
6. Conselho Federal de Odontologia-CFO. Pacto pela Saúde Bucal. Jornal do CFO. 2008 mar./abr; 16(83). [Citado em 2008 ago. 12]. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/jornal/n83/cfo44anos03.asp>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N.º 267/GM, de 6 de março de 2001. [Citado em 2008 ago. 15]. Disponível em: [http://www.atencaoprimaria.to.gov.br/downloads/port267.01\\_diretrizes.pdf](http://www.atencaoprimaria.to.gov.br/downloads/port267.01_diretrizes.pdf)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N.º 673/GM, de 3 de junho de 2003. [Citado em 2008 ago. 15]. Disponível em: [http://www.atencaoprimaria.to.gov.br/downloads/port673.03\\_relacao.pdf](http://www.atencaoprimaria.to.gov.br/downloads/port673.03_relacao.pdf)
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N.º 74 de 06 de fevereiro de 2007. [Citado em 2008 ago. 15]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/PT-74.htm>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N.º 648, de 28 de março de 2006. [Citado em 2008 ago 15]. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-basica/Portaria\\_648.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-basica/Portaria_648.pdf)
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/N.º 650, de 15 de Setembro de 2006. [Citado em 2008 ago. 15]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/PT-650.htm>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1572/GM/MS, de 29 de julho de 2004 - Estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias - LRPD. [Citado em 2008 ago. 15]. Disponível em: [http://www.mpes.gov.br/conteudo/CentralApoio/conteudo6.asp?tipo=3&cod\\_centro=6&menu\\_p=4&menu\\_s=5](http://www.mpes.gov.br/conteudo/CentralApoio/conteudo6.asp?tipo=3&cod_centro=6&menu_p=4&menu_s=5)
13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. Secretaria Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Assessoria de Imprensa. Brasília, Portal Saúde; 2006. [Citado em 2008 jul. 14]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias\\_detalhe.cfm?co\\_seq\\_noticia=28034](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=28034).
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N.º 1.230, de 14 de outubro de 1999. [Citado em 2008 jul. 14]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1230.html>

17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 493/GM de 10 de março de 2006. [Citado em 2008 jul. 14]. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-basica/portaria\\_493.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-basica/portaria_493.pdf)

18. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura investe no atendimento á saúde bucal. Nota da assessoria de comunicação social em 27 de janeiro de 2003. [ Citado em 2008 mar. 10]. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/>

19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 2192 de 08 de outubro de 2004. Habilita Centros de Especialidades Odontológicas a receberem os incentivos financeiros destinados à implantação e ao custeio mensal das ações destes serviços. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

---

Submissão: março de 2009

Aprovação: agosto de 2009

---