



Universidade de Brasília

Faculdade de Ceilândia

Bacharelado em Saúde Coletiva

CARLA RAYANE ALVES SANTOS

**COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

Brasília-DF

Dezembro, 2015.

CARLA RAYANE ALVES SANTOS

**COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília como exigência parcial para obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: José Antonio Iturri de La Mata

Brasília-DF

Dezembro, 2015.

CARLA RAYANE ALVES SANTOS

**COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva e aprovado em sua forma final pelo Curso de Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

Orientador: José Antonio Iturri de La Mata

_____, _____ de _____ de 20_____.
Local dia mês ano

BANCA EXAMINADORA:

Orientador: Prof. Dr. José Antonio Iturri de La Mata
(Faculdade de Ceilândia / Universidade de Brasília)

Membro: Prof.^a Dra. Flávia Reis de Andrade
(Faculdade de Ceilândia / Universidade de Brasília)

Membro: Prof.^a Dra. Olga Maria Ramalho de Albuquerque
(Faculdade de Ceilândia / Universidade de Brasília)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Deus por ter permitido que tantas realizações acontecessem em minha vida! Agradeço por todo o percurso que me permitiu trilhar e por tudo que ainda irá me proporcionar.

Agradeço aos meus amados pais, Maria Lúcia e José Carlos, e a minha querida irmã, Camila Santos, pelo amor e cuidado sempre, por serem meu porto seguro, por contribuírem enormemente para que eu me tornasse quem sou hoje, por toda dedicação que ao longo da minha vida me dispuseram. Gratidão!

Agradeço ao meu namorado, Erik Müller, por estar comigo sempre, me apoiando e contribuindo para que eu prossiga nessa jornada que se chama vida e por sempre afirmar que eu conseguiria.

Agradeço ao orientador, José Iturri, pelo apoio, principalmente na reta final. Obrigada pela paciência e confiança. Que Deus te acompanhe!

Agradeço as amizades que surgiram durante a graduação e que seguirão até o fim da vida: Ana Carolina, Gessika, Luana, Tâmara, Priscila, Michelle, Laísa, Lucas, Dábyla, Márcia, Elizabeth e tantos outros. Obrigada aos meus amigos por todo carinho e incentivo.

Agradeço à Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, por me receber como aluna nesta etapa tão importante de minha trajetória e por ter me oportunizado a construção do conhecimento.

Agradeço aos professores do colegiado de Saúde Coletiva pelas contribuições ao meu desenvolvimento acadêmico, por toda atenção, competência e responsabilidade com que conduzem o seu trabalho, apoiando e facilitando a vida acadêmica.

Agradeço ainda a Gerência de Odontologia da SES/DF pelo auxílio de pronto, por esclarecer minhas dúvidas e disponibilizar as informações.

“... desde a campanha de 1989 eu tive a primeira briga, enquanto candidato, por conta da saúde bucal no Brasil.[...] E por que a saúde bucal nunca foi tratada como uma questão de saúde? Porque a questão da saúde bucal é uma doença de pobre, não é uma doença de rico. Rico começa a tratar o dente ainda quando tem dente-de-leite. Pobre só começa a tratar o dente quando os dentes começam a cair ou a doer demais.”

Luiz Inácio “Lula” da Silva

“Não é sinal de saúde estar bem adaptado a uma sociedade doente.”

Jiddu Krishnamurti

RESUMO

O Brasil Sorridente atua no sentido de reorganizar o Sistema Único de Saúde (SUS) para oferecer cuidados adequados em saúde bucal nos diversos níveis de atenção, através da implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, e dos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, em todo o Brasil. O estudo tem como objetivo analisar a organização geral da Rede de Atenção à Saúde Bucal do SUS do Distrito Federal (DF) no ano de 2015. Foi realizado um estudo de caso de cunho descritivo. Os dados foram coletados nos bancos de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, na Gerência de Odontologia da Secretaria de Estado da Saúde do DF e no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conclui-se que a maioria dos Centros de Especialidades Odontológicas do DF se configura como órgão público do Poder Executivo estadual ou do Distrito Federal; mais da metade das unidades oferecem acesso ao atendimento através de mecanismos de regulação do Complexo Regulador Ambulatorial; grande parte dos CEOs estão aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e recebem incentivos financeiros para garantir atendimento especializado à essas pessoas. Conclui-se ainda que seja notória a diferença dos números de estabelecimentos de saúde da rede pública em comparação com os estabelecimentos privados, que apresentam 661 estabelecimentos de saúde a mais que os da rede pública de atenção à saúde bucal. Acerca dos indicadores de saúde bucal no Distrito Federal, conclui-se que a média da ação coletiva de escovação dental supervisionada e a cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica no Distrito Federal ficaram abaixo da meta. Em contrapartida, a proporção de exodontia em relação aos demais procedimentos apresenta-se positiva. Conclui-se que o fluxo assistencial do cuidado odontológico nos serviços do SUS no Distrito Federal é uma ferramenta simples, mas que pode auxiliar na orientação aos usuários.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Serviços de Saúde Bucal; Indicadores Básicos de Saúde.

ABSTRACT

The Smiling Brazil acts to organize the Unified Health System (SUS) to provide appropriate care in oral health in the various levels of care, through the implementation of oral health teams in the Family Health Strategy, and Specialized Dental Clinics and Regional Dental Prosthesis Laboratories in Brazil. The study aims to analyze the overall organization of the Care Network for Oral Health of SUS in Distrito Federal (DF) in 2015. We conducted a case study of descriptive nature. Data were collected on the banks of Ambulatory Care Information Systems (SIA/SUS), System of the National Health Establishments Register (SCNES), the Department of Primary Care of the Ministry of Health, in Management Dentistry of Distrito Federal and in the Brazilian Institute of Geography and Statistics. It concludes that most of the Specialized Dental Clinics in DF is configured as a public body of the state executive branch; more than half of the properties offer access to care through mechanisms of regulation of Complex Control Ambulatory; most of them are adhered to Care Network of Persons with Disabilities and receive financial incentives to ensure specialized care to these people. In conclusion although, it is evident the difference of health facilities numbers of public compared to private institutions, which have 661 health facilities more than the public network of oral health care. About the oral health indicators in Distrito Federal, it is concluded that the average collective action of supervised toothbrushing and population coverage estimated by the Oral Health Teams of Primary Care in Distrito Federal were below target. In contrast, the proportion of extraction compared to other procedures presents positive. We conclude that the assistance flow of dental care in services in Distrito Federal is a simple tool, but it can help guiding users.

Keywords: Oral Health; Dental Health Services; Health Status Indicators.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AE – Atenção Especializada

CACON – Centros de Assistência Especializada em Oncologia

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CF/88 – Constituição Federal de 1988

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COAP – Contrato Administrativo de Ação Pública

DAB/MS – Departamento de Atenção Básica/ Ministério da Saúde

DF – Distrito Federal

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FNS – Fundo Nacional de Saúde

LRPD – Laboratório Regional de Próteses Dentárias

PDR – Plano Diretor de Regionalização

RAS – rede de Atenção à Saúde

RCPD – Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

SADT – Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SUS – Sistema Único de Saúde

UNACON – Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo da pirâmide: hierarquização e regionalização do SUS.....	3
Figura 2: Principais ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente.....	5
Figura 3: A estrutura operacional das RAS proposta por Mendes (2011).....	13
Figura 4: Fluxo assistencial da Rede de Cuidado à Saúde Bucal, Distrito Federal, 2015.....	33

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Comparativo entre os serviços odontológicos da rede pública e da iniciativa privada no Distrito Federal, 2015.....24

Gráfico 2: Representação gráfica da Cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família Média no Distrito Federal nos anos 2012, 2013 e 2014, em comparação com a META BRASIL (Portaria nº 3.840/2010)..27

Gráfico 3: Representação gráfica da Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada no Distrito Federal nos anos 2012, 2013 e 2014, em comparação com a META BRASIL (Portaria nº 3.840/2010).29

Gráfico 4: Representação gráfica da Proporção de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos no Distrito Federal nos anos 2012, 2013 e 2014.31

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Subtipo do estabelecimento classificado como CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE, Brasil, 2012.	11
Quadro 2: Informações necessárias para implantar um CEO ou credenciar uma unidade de saúde. Brasil, 2015.	12
Quadro 3: Unidades de saúde habilitadas como Centros de Especialidades Odontológicas no Distrito Federal, 2015.	16
Quadro 4: Unidades de saúde com Centros de Especialidades Odontológicas do Distrito Federal quanto ao tipo de estabelecimento de saúde e quanto a natureza jurídica, 2015.....	19
Quadro 5: Números de profissionais dispostos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Distrito Federal, 2015.....	20
Quadro 6: Horas totais dos profissionais de todos os CEOs, do Distrito Federal, 2015.....	20
Quadro 7: Unidades com CEOs que utilizam mecanismos de regulação do acesso ao atendimento no Distrito Federal, 2015.....	21
Quadro 8: Procedimentos adicionais realizados em determinados CEOs do Distrito Federal, 2015.....	21
Quadro 9: Custeio mensal dos CEOs por tipo, unidades aderidas à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) e respectivo adicional mensal. Distrito Federal, 2015.....	23
Quadro 10: Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015.....	26
Quadro 11: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família Média no Distrito Federal nos anos 2012, 2013 e 2014.....	27
Quadro 12: Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada no Distrito Federal nos anos 2012, 2013 e 2014.....	28
Quadro 13: Proporção de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos no Distrito Federal nos anos 2012, 2013 e 2014.....	31

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. REFERENCIAL TEÓRICO	3
2.1.Organização do Sistema Único de Saúde	
2.2.Política Nacional de Saúde Bucal	
2.3.Atenção Básica	
2.4.Atenção Especializada	
2.5.Redes de Atenção à Saúde	
3. OBJETIVOS.....	15
3.1.Objetivo Geral	
3.2.Objetivos Específicos	
4. METODOLOGIA	16
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
5.1.Organização geral dos Centros de Especialidades Odontológicas do Distrito Federal	
5.2. Potencial dos serviços da rede pública de atenção à saúde bucal, frente à iniciativa privada, no Distrito Federal, no ano de 2015.	
5.3. Indicadores acerca da saúde bucal no Distrito Federal previstos no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015	
5.4. Fluxo assistencial do cuidado odontológico nos serviços do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal	
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

1. INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e posterior Lei Federal nº 8.080/1990, a saúde foi definida como direito de todos e dever do Estado, garantida através do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tem como princípios, entre outros:

I. universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II. integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; (BRASIL, 1990; Art. 7º).

Dessa forma, foi garantido à população brasileira um sistema público, universal e integral de saúde, organizado em níveis de atenção. A Atenção Básica se caracteriza como eixo coordenador e orientador do sistema, mesmo frente a constante atenção dada aos procedimentos que envolvem densidade tecnológica mais complexa, principalmente a nível hospitalar (BRASIL, 2011; 2012).

Atualmente, contudo, o SUS enfrenta o desafio de implantar Redes de Atenção à Saúde (RASs) que deem conta das demandas de atendimento, “quesito em que o SUS ainda não obteve sucesso, persistindo desigualdades de acesso significativas entre as diferentes regiões do país” (CONASS, 2011; p. 10). Nesse contexto, se inserem as políticas e redes específicas de cuidado e atenção e uma dessas é tema central deste estudo: a rede de cuidado à saúde bucal.

Durante um grande período de tempo, o acesso dos brasileiros à saúde bucal foi extremamente difícil, resultando na procura pelo atendimento, por parte dos usuários, somente em caso de dor. Aliado aos poucos serviços oferecidos, esse fator acabava limitando o tratamento oferecido à extração dentária (BRASIL, 2013a).

Visando mudar esse cenário, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Programa Brasil Sorridente, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O Brasil Sorridente foi pensado com o objetivo de realizar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros. Tem como meta principal reorganizar a prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos (BRASIL, 2004; 2013a; RENDEIRO, 2011).

O conjunto de ações prioritárias do Brasil Sorridente incluem a reorganização da Atenção Básica com foco na saúde bucal, principalmente com a implantação das

equipes de Saúde Bucal (eSB) na Estratégia Saúde da Família, tendo a família como núcleo central e prezando pela atenção humanizada e abordagem multiprofissional; a ampliação e qualificação da oferta da Atenção Especializada, realizada através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e a viabilização da fluoretação das águas de abastecimento público, como forma de promoção à saúde bucal. (BRASIL, 2004; 2013a; RENDEIRO, 2011).

A ampliação do componente da Atenção Especializada no Brasil Sorridente, um dos focos do presente estudo, se traduz na implantação dos CEOs, unidades de referência para a atenção básica em Periodontia, Endodontia, Diagnóstico Bucal e Cirurgia Oral Menor, “antes praticamente inexistente no setor público, representando cerca de 3,3 % dos procedimentos odontológicos” (RENDEIRO, 2011: p. 19). Dessa forma, objetivou-se apresentar um estudo acerca da Rede de Atenção à Saúde Bucal do Distrito Federal no ano de 2015.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

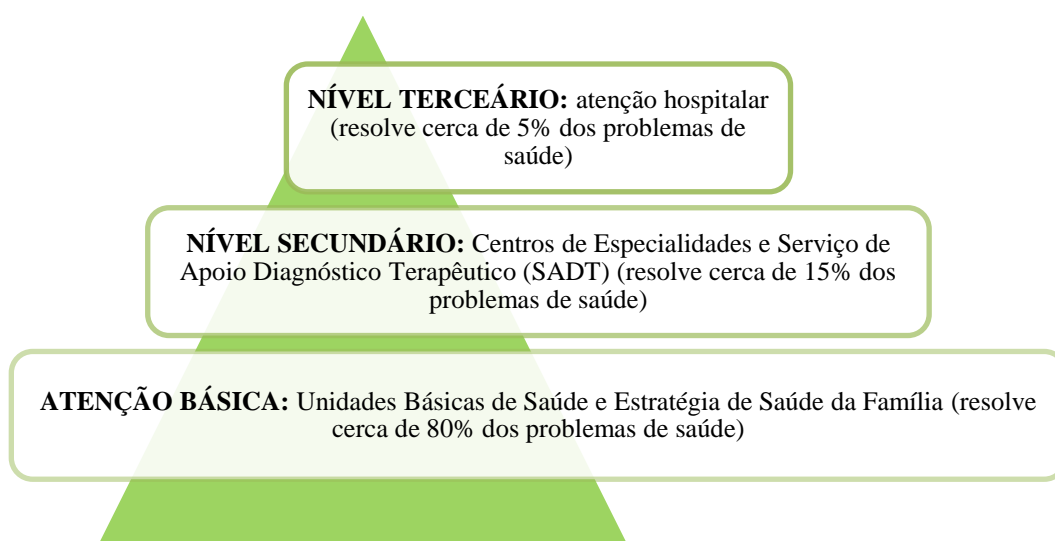
2.1. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:

Segundo o Art. 7º da Lei nº 8.080/90, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS devem obedecer alguns princípios, dentre eles a “descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo”, que se dá através da ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 1990).

O SUS apresenta a lógica organizacional de uma rede de serviços, aparelhada de maneira hierarquizada e regionalizada, e organizada como um “sistema hierárquico de tipo piramidal, formatado segundo as densidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média e alta complexidades” (MENDES, 2015: p. 20).

Tal organização permite um maior conhecimento das demandas de saúde da população adstrita de cada área. Tais fatores favorecem a realização de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, controle de vetores, educação e comunicação em saúde, bem como acesso ao conjunto de ações e serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, conforme descrito na Figura 1 (SOLLA, CHIORO, 2009; BRASIL, 1990).

Figura 1: Modelo da pirâmide: hierarquização e regionalização do SUS.



Fonte: SOLLA, J.J.S.P.; CHIORO, A.A. Atenção ambulatorial especializada. In GIOVANELLA, L. [org.]. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2009.

Nessa lógica de organização, o acesso da população a esta rede deve se dar através dos serviços disponíveis na Atenção Básica (ou nível primário de atenção), que deve estar qualificada e preparada para atender as principais demandas de saúde dos usuários. As demandas que não puderem ser resolvidas nesse nível de atenção deverão ser referenciadas para os níveis acima, ou seja, serão encaminhadas aos serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares (SOLLA, CHIORO, 2009).

2.2. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL:

Em janeiro de 2004, foram lançadas pelo Ministério da Saúde, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, instituindo o Brasil Sorridente. Tal Política buscava a reorganização das ações e serviços acerca da Saúde Bucal, em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde e prezava pelo conceito do “cuidado” como foco de tal reorganização, através da “promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, [...] incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais” (BRASIL, 2004: p. 03; AQUILANTE; ACIOLE, 2015).

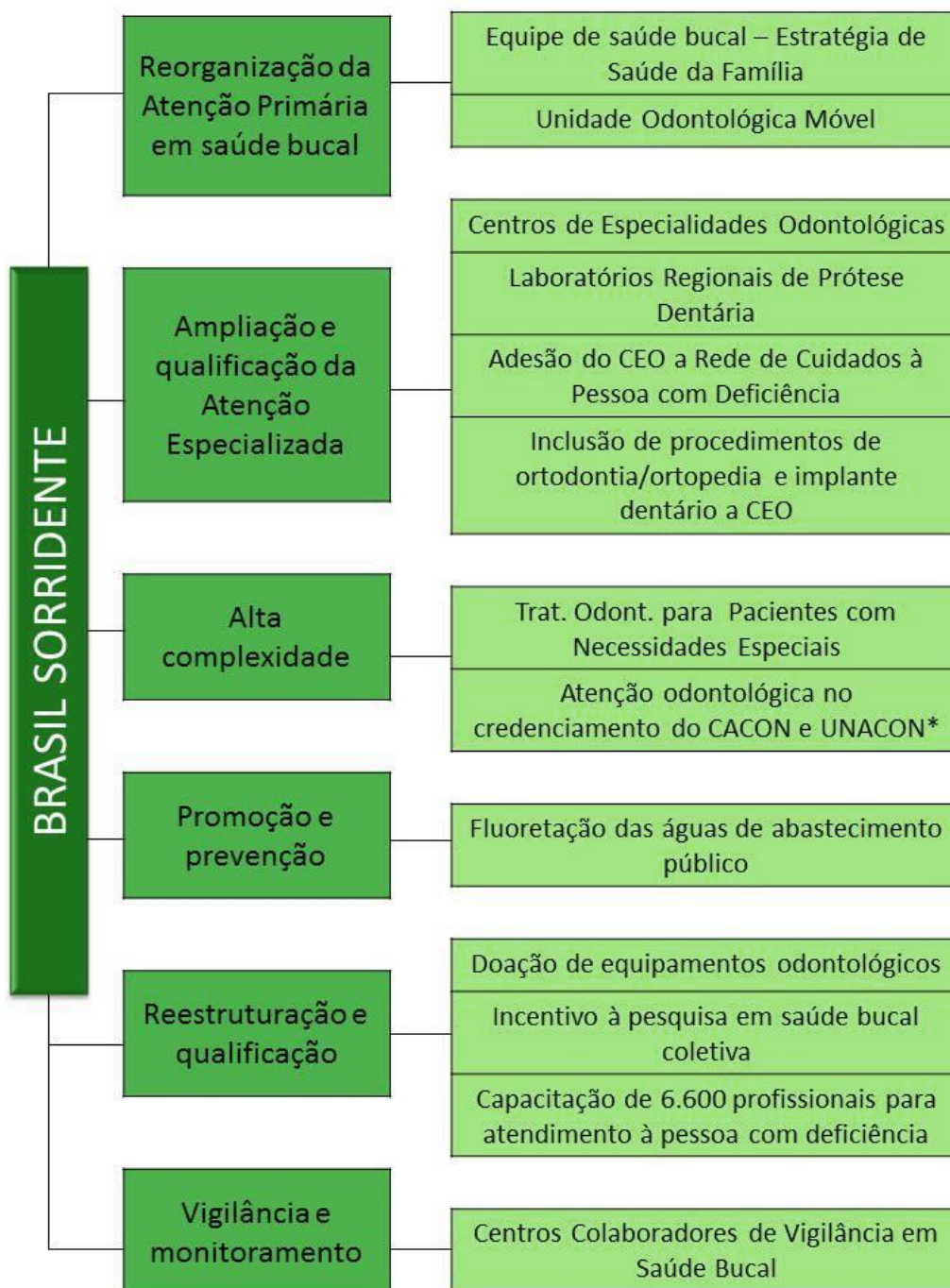
As linhas de cuidado implicam a criação de fluxos assistenciais, com objetivo de garantir atendimento de qualidade aos usuários, através de ações efetivas das equipes de saúde, centradas sempre no bom acolhimento, informação e encaminhamento. Além dos expressos no texto constitucional e na Lei nº 8.080/1990, o desenvolvimento das ações do cuidado em saúde bucal tem alguns princípios, como: gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional (BRASIL, 2004; KORNIS; MAIA; FORTUNA, 2011).

A reorganização dos serviços em saúde bucal envolvem a implantação da Equipe de Saúde Bucal (eSB), equipe que deve ser parte da equipe multiprofissional das unidades de saúde. Sua atuação requer integralidade da atenção, oferecendo ao usuário ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação; intersetorialidade, fazendo com que as ações de promoção de saúde atuem sobre os determinantes de saúde (BRASIL, 2004; 2013a; OLIVEIRA *et al*, 2014; RENDEIRO, 2011).

A Figura 2 apresenta as principais ações da Política Nacional de Saúde Bucal: Ações de Promoção e Proteção de Saúde, através da fluoretação das águas, educação em saúde, Higiene Bucal Supervisionada, e Aplicação Tópica de Flúor; Ações de

Recuperação, o que envolve diagnóstico e tratamento de doenças; e Ações de Reabilitação, que consistem na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional (BRASIL, 2013a; RENDEIRO, 2011).

Figura 2: Principais ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente.



FONTE: Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde: PASSO A PASSO DAS AÇÕES DO BRASIL SORRIDENTE, 2013a.

2.2. ATENÇÃO BÁSICA:

A construção do Sistema Único de Saúde vem avançando de forma representativa nos últimos anos, principalmente no que tange a Atenção Básica (AB), evidenciando a importância da mesma. Os esforços de diferentes atores nesse processo apoiam a ideia da Atenção Básica como ordenadora do sistema de saúde, fato que resulta no bom desempenho deste. (CONASS, 2011). Starfield (2000) elenca alguns atributos da AB, dentre eles a coordenação da atenção, considerando o histórico de atenção ao usuário e as necessidades atuais, com o compromisso de prestar atenção continuada.

Sousa (2014; p. 41) afirma que a AB surge como “estratégia para reorientar a organização do sistema de saúde tendo como pressuposto responder as necessidades da população, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais para promover a saúde como direito social”. A Atenção Básica é definida pela Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, como:

conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011).

Ainda de acordo com a Portaria supracitada, a AB deve estar mais próxima das pessoas e, por esse motivo, desenvolve-se com “o mais alto grau de descentralização e capilaridade” (BRASIL, 2012; p. 16). Deve ser o principal contato dos usuários e a porta preferencial de entrada no SUS, além de se configurar como centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Para tanto, deve orientar-se pela universalidade, integralidade, equidade, acessibilidade, humanização, continuidade do cuidado, responsabilização e participação social (BORGES; BAPTISTA, 2010).

A estratégia prioritária da AB para a sua organização a partir dos preceitos do SUS é a Estratégia de Saúde da Família, a qual, segundo Sousa (2014, p. 49) apresenta uma “proposta consecutiva de transformação da realidade, com base no planejamento

territorial, na ampliação dos mecanismos de participação social, na gestão com o desenvolvimento da oferta das ações e serviços, inclusão e integração das populações vulneráveis [...]” (BRASIL, 2012; CONASS, 2011).

Em relação à Política Nacional de Saúde Bucal, existem duas macro ações a serem ampliadas e qualificadas na AB: a primeira macro ação compreende as ações de promoção, proteção e prevenção à saúde, como a higiene bucal supervisionada, a fluoretação das águas, a educação em saúde, a aplicação tópica de flúor e a prevenção e controle de câncer bucal. Já a segunda macro ação envolve as ações de recuperação, diagnóstico e tratamento das doenças e reabilitação, as quais preveem outras ações, como a previsão de procedimentos mais complexos na atenção básica; o tratamento periodontal que não requeira procedimento cirúrgico; a inclusão da reabilitação protética também na atenção básica; e a ampliação do acesso, entre outros (BRASIL, 2004; 2012; CONASS, 2011; HOLLAND, 1999; CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013).

Ainda acerca da Política, através da Portaria GM/MS nº 74/2004, o Ministério da Saúde reajustou os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito da Estratégia de Saúde as Família, principalmente em relação à inclusão das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica, e indicou a necessidade de suporte por uma rede especializada de serviços odontológicos especializados, tema do próximo tópico.

2.3. ATENÇÃO ESPECIALIZADA:

Historicamente, a Atenção Básica manteve os padrões tecnoassistenciais do modelo médico-sanitário, assumiu a responsabilidade pelas triagens dos usuários – já que se configura como porta de entrada do sistema –, e ordenou a demanda por serviços de assistência especializada ambulatorial e hospitalar, e para procedimentos de diagnose e terapia. Assim, criou-se um comportamento assistencial característico, “assimilando péssimo padrão de assistência médica, empobrecedor da clínica e reafirmador da abordagem meramente voltada para a doença, caracterizada por um tipo de atenção ‘queixa/conduita’” (SOLLA, CHIORO, 2009: p. 3; GONÇALVES, 1994).

Por esse motivo, faz-se necessário estudar a Atenção Especializada, entendida por Solla & Chioro (2009) como um território onde é desenvolvido um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais que têm como principal característica a incorporação de processos de trabalho que englobam maior densidade

tecnológica ou tecnologias especializadas. A Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde discorre de sua composição:

é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2015).

Na atenção básica, as ações e os procedimentos a serem realizados são destinados à maioria dos usuários durante quase todo o tempo, atuando de forma mais extensa. Já na atenção especializada, isso muda, pois a população-alvo a cada momento é uma parcela da população total, um subconjunto que naquele instante apresenta uma necessidade de cuidados diferenciados e muitas vezes mais intensos.

Lumena Almeida, psicóloga, sanitária, ex secretária municipal de saúde em São Bernardo do Campo e Mauá, mestre em Saúde Pública e doutoranda na área de gestão, em entrevista a Revista Consensus, afirmou que o SUS vem apresentando avanço considerável de forma geral, mas que a Atenção Especializada é um ponto que tem apresentado alguns desafios, dentre eles está a fragmentação do cuidado nessa área, aliada a insuficiência da oferta. A entrevistada afirmou ainda que atualmente “temos uma forma de organização do cuidado especializado que ainda é por procedimentos, ou seja, a consulta é especializada, o exame é especializado. Não é um processo integral de cuidado” (CONSENSUS, 2015: p. 08). Segundo ela, o problema consiste na fragmentação da atual forma de organização dos pontos de atenção na Atenção Especializada. Lumena Almeida versou também sobre a insuficiência da oferta nesse nível de atenção, o que resulta num acesso precário.

Tendo em vista os problemas que envolvem a Atenção Especializada, Lumena Almeida afirmou que o Ministério da Saúde tem construído algumas diretrizes para orientar o cuidado especializado e também uma futura Política Nacional de Atenção Especializada, dentre elas: “buscar a oferta de módulos integrais de cuidado que acabem com a fragmentação e no qual possamos de fato garantir acesso às necessidades que aquele cidadão tem naquele momento” (CONSENSUS, 2015: p. 09). Para a concretização de tal diretriz, faz-se necessário “pensar formas de financiamento e formas de modelagem de organização de serviços”, como expresso pela entrevistada. É preciso ainda investir no processo de regulação e de informação e educação permanente. Lumena Almeida afirmou também que tem convicção de que o caminho de pactuação e

construção da rede de cuidado necessária a Atenção Especializada será através das Regiões de Saúde, com foco na gestão compartilhada.

Em entrevista para a mesma revista, o especialista em Planejamento de Sistemas de Saúde, Eugênio Vilaça Mendes afirmou que:

Não é o ‘vazio assistencial’ o principal problema da Atenção Especializada no Brasil, mas o vazio cognitivo, ou seja, o desconhecimento de práticas que comprovam a possibilidade de um atendimento diferenciado aos que necessitam do especialista (CONSENSUS, 2015: p. 16).

Explicou ainda que mesmo com carência na oferta de algumas especialidades, os “vazios” podem ser resolvidos com novas formas de organização da relação entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada, sem aumentar, necessariamente, a oferta de serviços. “Com a devida organização, a APS faz a estratificação de risco do paciente e, se necessário, ele será encaminhado para um Centro de Especialidades onde não terá apenas uma consulta médica, mas uma avaliação interdisciplinar”, explica Eugênio Vilaça. Esse modelo é muito diferente do atendimento especializado prevalente nos dias de hoje, “em que o cidadão procura o médico para se consultar e fazer exames”.

Cabe ressaltar que atualmente não existe uma política acional de Atenção Especializada e, por esse motivo, alguns estados brasileiros vêm se mostrando verdadeiros pioneiros no que cerne a elaboração de políticas estaduais sobre a atenção especializada. Os estados de Minas Gerais e Rio Grande do Sul elaboraram normas específicas ordenadoras do cuidado especializado. As Resoluções nº 411 e 412/13 – CIB / RS instituem a Política Estadual para a Atenção Ambulatorial Secundária e Terciária no âmbito do SUS e institui ainda os Serviços Integrados de Atenção Especializada Ambulatorial (SIAEA). Os SIAEA são componentes da política estadual e são serviços de caráter eletivo, implantados em unidades dentro e fora do ambiente hospitalar, classificados em diferentes níveis de resolutividade e especificidade, e que visam promover a garantia do acesso com qualidade, a integralidade e a continuidade do cuidado, fortalecendo a atenção secundária e terciária ambulatorial. Já em Minas Gerais, existem as Resoluções SES/MG Nº 4.971 e 4.972/2015, as quais regulamentam os Centros Estaduais de Atenção Especializada e seus processos de supervisão e avaliação, e preveem uma forma de financiamento. Mais um ponto em comum nas duas legislações é o foco no matriciamento, nas Redes de Atenção à Saúde e nas Regiões de Saúde.

A atenção odontológica da rede pública no Brasil se restringia, há alguns anos atrás, em grande parte aos serviços da Atenção Básica e ainda assim com grande

demanda reprimida. Os processos de referência e contra referência em saúde bucal ficavam comprometidos por causa da ausência de oferta de serviços de atenção ambulatorial especializada e hospitalar (CONASS, 2007). Para solucionar o problema de acesso aos serviços odontológicos especializados da rede de cuidados de saúde bucal no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu em 2004, através da Portaria GM/MS nº 1570/2004, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Em 2006, tal portaria foi revogada, tornando a Portaria GM/MS n. 599/2006 a vigente.

A Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006 define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Segundo a Portaria, os CEOs são estabelecimentos de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como Tipo Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade, com serviço especializado de Odontologia para realizar, no mínimo, atividades quais sejam: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a pessoas com necessidades especiais.

Contudo, conforme a Portaria GM/MS nº 706/2012, “fica alterada na Tabela de Tipo de Estabelecimentos do SCNES, a descrição do tipo 36 - CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO para CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE” (BRASIL, 2012: Art. 1º). Tal Portaria define os subtipos para o tipo de estabelecimento, como se observa no Quadro 1.

Ainda conforme a Portaria GM/MS nº. 599/2006, o LRPD é o estabelecimento cadastrado no CNES como Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) para realizar, no mínimo, um desses tipos de próteses dentárias: Prótese Total Mandibular, Prótese Total Maxilar, Prótese Parcial Mandibular Removível, Prótese Parcial Maxilar Removível, e Próteses Coronárias/Intrarradiculares, Fixas ou Adesivas (por elemento).

Somente as Unidades de Saúde que disponham das condições estabelecidas nesta Portaria poderão credenciar-se e para isso devem atender às seguintes condições: ser referência para o próprio município, região ou microrregião de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR); ser Unidade de Saúde cadastrada no CNES; e

dispor dos equipamentos e dos recursos mínimos que estejam exclusivamente a serviço do SUS e dos serviços mínimos exigidos nesta Portaria.

Quadro 1: Subtipo do estabelecimento classificado como CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE, Brasil, 2012.

CÓD.	TIPO DE ESTABELECIMENTO	CÓD.	SUBTIPO	DESCRIÇÃO
36	CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	36.06	CEO-I	O Centro de Especialidades Odontológicas Tipo I é um estabelecimento de atenção ambulatorial especializada em Odontologia. O CEO I deve ter 3 cadeiras odontológicas.
		36.07	CEO-II	O Centro de Especialidades Odontológicas Tipo II é um estabelecimento de atenção ambulatorial especializada em Odontologia. O CEO II deve ter 4 a 6 cadeiras odontológicas.
		36.08	CEO-III	- O Centro de Especialidades Odontológicas Tipo III é um estabelecimento de atenção ambulatorial especializada em Odontologia. O CEO III deve ter acima de 7 cadeiras odontológicas

FONTE: Portaria GM/MS nº 706, de 20 de julho de 2012.

O gestor municipal e o estadual interessado em implantar CEO ou LPDR ou em credenciar alguma unidade de saúde já existente, deve apresentar sua proposta à Comissão Intergetores Bipartite (CIB) do respectivo estado, indicando se o pleito é para CEO Tipo 1, CEO Tipo 2, CEO Tipo 3 ou LRPD. Então, o CIB deve informar ao Departamento de Atenção Básica - Área de Saúde Bucal, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS). É responsabilidade do Ministério da Saúde a formalização em portaria específica. A proposta advinda dos gestores interessados deve conter um documento com as informações descritas no Quadro 2. Tais informações constam no Anexo 1 da Portaria GM/MS n. 599/2006.

Quadro 2: Informações necessárias para implantar um CEO ou credenciar uma unidade de saúde. Brasil, 2015.

Dispõe de:	CEO I	CEO II	CEO III
Atividades	Diagnóstico bucal, com ênfase ao câncer; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; atendimento a portadores de necessidades especiais.		
Equipamentos e materiais	Aparelho de raios-X dentário; equipo odontológico; canetas de alta e baixa rotação; amalgamador; fotopolimerizador, compressor compatível com os serviços; instrumentais compatíveis com os serviços.		
	Além de 3 consultórios odontológicos completos (cadeira, unidade auxiliar, equipe de refletor)	Além de 4 a 6 consultórios odontológicos completos (cadeira, unidade auxiliar, equipe de refletor)	Além de 7 ou mais consultórios odontológicos completos (cadeira, unidade auxiliar, equipe de refletor)
Outros equipamentos	Mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados.		
Recursos humanos	3 ou mais cirurgiões dentistas e 1 auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico.	4 ou mais cirurgiões dentistas e 1 auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico.	7 ou mais cirurgiões dentistas e 1 auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico.
	Obs: cada um dos consultórios odontológicos deve ser utilizado para a realização de procedimentos clínicos por, no mínimo, 40 horas semanais, independente do número de Recursos humanos cirurgiões dentistas que nele atuem. No mínimo de pessoal de apoio administrativo – recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo.		

FONTE: Portaria GM/MS nº 706, de 20 de julho de 2012.

2.4. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:

O problema fundamental do SUS é definido por Mendes (2015) como a “incoerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde, praticado hegemonicamente” (MENDES, 2015: p. 19), ou seja, de forma hierarquizada, através do sistema piramidal. A superação desse problema envolve a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

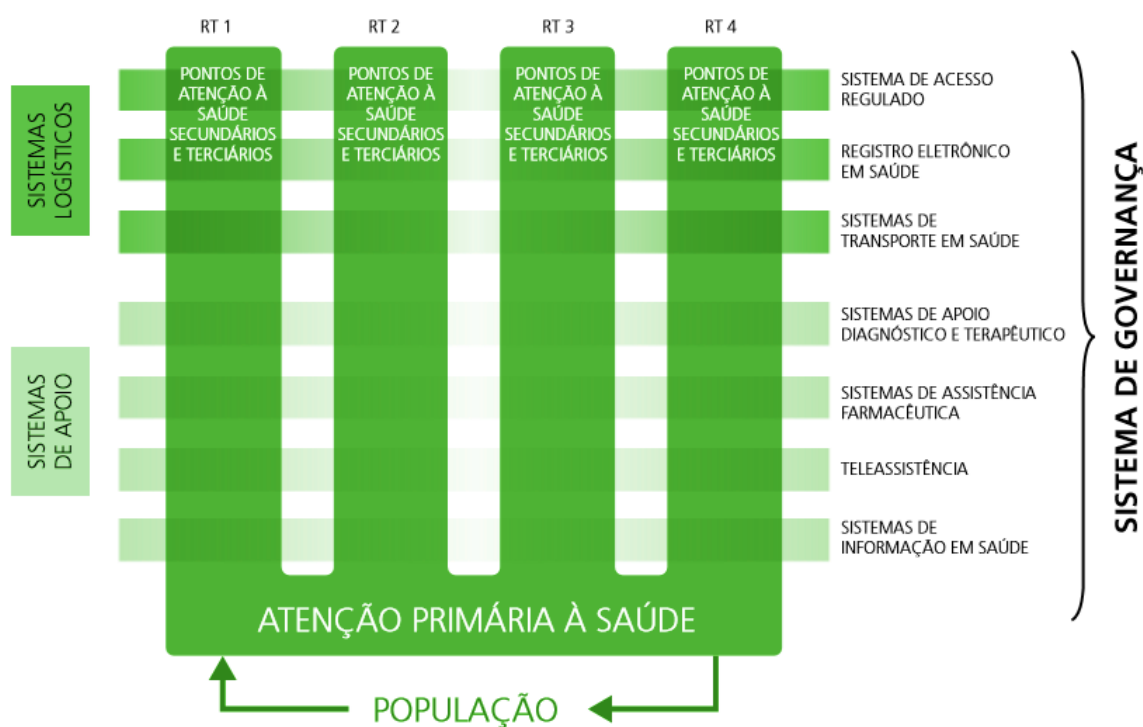
A Portaria nº 4.279/2010 estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS e define as RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do

cuidado” (BRASIL, 2010: p. 4). Tem por objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde, através de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, além de melhorar o desempenho do sistema de saúde, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária e eficiência econômica.

Segundo Mendes (2015: p. 19; 2011), as RAS são:

“organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si, por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população”.

Figura 3: A estrutura operacional das RAS proposta por Mendes (2011).



Fonte: MENDES, E. V. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.

As RAS apresentam três elementos constitutivos: a população, a estrutura organizacional e os modelos de atenção à saúde. A população é um dos elementos constitutivos, pois basicamente a RAS foi criada para melhor atendê-la. O

conhecimento em relação à população usuária de um sistema é o elemento básico para instituir a gestão com base nas necessidades de saúde da população ou gestão de base populacional – habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica. Já o segundo elemento, a estrutura organizacional, constitui-se pela Atenção Básica, centro de comunicação do sistema; pontos de atenção de média e alta complexidade; sistemas de apoio; sistemas logísticos; e sistema de governança na RAS. E o terceiro elemento é o modelo de atenção – sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, organizando a relação entre as intervenções sanitárias e os componentes da rede (CONASS, 2015). O encontro de todos esses elementos forma a estrutura operacional das RAS, como pode ser observado na Figura 3.

3. OBJETIVOS:

3.1. Geral:

Analisar a organização geral da Rede de Atenção à Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal no ano de 2015.

3.2. Específicos:

Descrever a organização dos Centros de Especialidades Odontológicas do Distrito Federal;

Descrever o potencial dos serviços da rede de atenção à saúde bucal, frente a iniciativa privada, no Distrito Federal;

Desenvolver os indicadores acerca da saúde bucal no Distrito Federal previstos no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015, do Contrato Organizativo da Ação Pública;

Traçar um fluxo assistencial do cuidado odontológico nos serviços do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal.

4. METODOLOGIA:

O presente estudo se configura como estudo de caso. Esse tipo de estudo tem uma abordagem metodológica de investigação correta para compreensão, exploração e descrição de contextos específicos. Segundo ARAÚJO, *et al* (2008), o estudo de caso é uma:

investigação com características peculiares, pois incide intencionalmente sobre uma situação específica que se presume ser única ou especial, procurando descobrir o que há nela de mais fundamental e específico, compreendendo assim globalmente um determinado fenômeno ao qual o investigador atribui importância. Sendo o seu objectivo geral: explorar, descrever, explicar, avaliar e/ou transformar, assim sendo quase tudo pode ser um estudo de caso (ARAÚJO, *et al*, 2008).

A amostra do presente trabalho são os serviços da rede de atenção à saúde bucal, principalmente os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) do Distrito Federal. O Quadro 3 contém as informações das unidades investigadas no estudo.

Quadro 3: Unidades de saúde habilitadas como Centros de Especialidades Odontológicas no Distrito Federal, 2015.

Quantidade	Unidade	Tipo de CEO	CNES
1	CENTRO DE SAÚDE Nº 11 DE CEILÂNDIA	3	11061
2	HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE	2	10464
3	HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA	2	10499
4	HOSPITAL REGIONAL DE PLANALTINA	2	10529
5	POLICLÍNICA DE TAGUATINGA	2	10588
6	HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO	2	10502
7	HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASILIA	2	10537
8	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS CEO 712 912 SUL	2	10766
9	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA	2	10510
10	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA	1	5717515
11	HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA	1	10480
12	CENTRO DE SAÚDE Nº 08 DO GAMA	1	10898

FONTE: Gerência de Odontologia da SES/DF [Adaptado].

O estudo de caso utiliza “múltiplas fontes de evidência ou dados”, fator que permite assegurar diferentes perspectivas no estudo (ARAÚJO, *et al*, 2008). Por esse fato, os dados utilizados no estudo foram coletados através do e-mail gerencia.odonto.df@gmail.com, da Gerência de Odontologia da SES/DF, disponível na página virtual da SES/DF; além dos bancos de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), disponibilizados no DATASUS; os dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde; e os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. As informações coletadas foram organizadas em planilhas do programa Microsoft Office Excel.

O estudo não contou com financiamento externo, sendo que todos os custos de realização foram arcados pela estudante. Para a elaboração do presente estudo não houve a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), segundo a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, por se tratar de um estudo que tem como base dados públicos e sem caráter nominal.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO:

5.1. Organização geral dos Centros de Especialidades Odontológicas do Distrito Federal:

Conforme os objetivos anteriormente citados foram levantadas as informações acerca da organização geral dos Centros de Especialidades Odontológicas do Distrito Federal, no ano de 2015.

No levantamento das Unidades de Saúde do Distrito Federal habilitadas a receberem um CEO, foi observada uma divergência de informações entre o site da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e o site do Ministério da Saúde - Departamento de Atenção Básica. O Hospital Universitário de Brasília (HUB) era a unidade de saúde que divergia. Contudo, a Portaria nº 986/GM, de 27 de junho de 2005, habilita alguns CEOs a receberem os incentivos financeiros destinados à implantação e ao custeio dos serviços especializados de saúde bucal. No anexo de tal portaria estão relacionadas às unidades de saúde habilitadas à época e dentre eles está o HUB, com incentivo de implantação no valor de R\$ 50.000,00 e custeio mensal de R\$8.800,00, conforme as Portarias nº 1.570/GM, nº 1.571/GM e nº 1.572/GM, de 29 de julho de 2004. Ainda segundo o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), o “Centro de Especialidades Odontológicas II” se encontra no rol de habilitações do Hospital Universitário de Brasília, com lançamento datado de 19/09/2005.

Diante disso, a Gerência de Odontologia da SES/DF foi contatada, para sanar quaisquer dúvidas referentes ao tema. Tal contato foi obtido através do e-mail gerencia.odonto.df@gmail.com, disponível na página virtual da SES/DF. As unidades consideradas nesse estudo seguem os registros da Gerência de Odontologia e totalizam 12, como observado no Quadro 3, na Metodologia.

Quanto ao tipo de estabelecimento de saúde, os CEOs do Distrito Federal estão localizados em uma policlínica, uma clínica/centro de especialidade, dois centros de saúde/unidade básica e em oito hospitais gerais, como é observado no Quadro 4.

A mesma tabela traz a informação da natureza jurídica das unidades, sendo que a maioria são órgãos públicos do Poder Executivo estadual ou do Distrito Federal, com exceção do Hospital Universitário de Brasília, registrado como fundação federal – fato

que altera um pouco a lógica de organização da unidade – e do Hospital Regional de Sobradinho, que se configura como fundação estadual ou do Distrito Federal. Para esse último, não foi encontrado o motivo para a natureza jurídica diferente dos demais.

Quanto ao tipo de gestão, segundo os dados disponibilizados pela Gerência de Odontologia da SES/DF e os dados disponíveis no site do CNES, somente o Hospital Universitário de Brasília possui gestão federal, justamente por causa de sua natureza jurídica (Quadro 4). Todas as demais unidades possuem gestão distrital.

Quadro 4: Unidades de saúde com Centros de Especialidades Odontológicas do Distrito Federal quanto ao tipo de estabelecimento de saúde e quanto a natureza jurídica, 2015.

TIPO DE ESTABELECIMENTO	UNIDADE DE SAÚDE	NATUREZA JURÍDICA
POLICLÍNICA	POLICLÍNICA DE TAGUATINGA	ÓRGÃO PÚBLICO DO PODER EXECUTIVO ESTADUAL OU DO DISTRITO FEDERAL
CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS CEO 712 912 SUL	
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA	CENTRO DE SAÚDE Nº 11 DE CEILÂNDIA	
	CENTRO DE SAÚDE Nº 08 DO GAMA	
HOSPITAL GERAL	HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE	
	HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA	
	HOSPITAL REGIONAL DE PLANALTINA	
	HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA	
	HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA	
	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA	
	HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO	FUNDAÇÃO ESTADUAL OU DO DISTRITO FEDERAL
	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA	FUNDAÇÃO FEDERAL

FONTE: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Quanto ao quadro de recursos humanos, os CEOs dispõem de 195 profissionais, entre cirurgiões-dentistas, técnicos de higiene dental e técnicos de enfermagem. Tais números, contudo, excluem o Hospital Universitário de Brasília, já que se organiza numa lógica diferente, anteriormente citada. O Quadro 5 traz a informação dos números de profissionais nos CEOs, obtida através da Gerência de Odontologia da SES/DF. Destaca-se a nomenclatura apresentada pela Gerência (Técnico de Higiene Dental), quando a nomenclatura correta é Auxiliar em Saúde Bucal. Em relação aos Técnicos de Enfermagem, não foi encontrada na literatura explanação acerca de sua atuação nas ações e serviços de saúde bucal. Optou-se, contudo, por utilizar as informações exatas apresentadas pela Gerência de Odontologia para que as informações do estudo não divergissem do original, evitando assim problemas futuros.

Quadro 5: Números de profissionais dispostos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Distrito Federal, 2015.*

PROFISSIONAIS	QUANTIDADE
Cirurgiões-dentistas	100
Técnicos de Higiene Dental	66
Técnicos de Enfermagem	29
TOTAL	195

FONTE: Gerência de Odontologia da SES/DF. * Exceto os dados do HUB.

Quadro 6: Horas totais dos profissionais de todos os CEOs, do Distrito Federal, 2015.

HORAS TOTAIS	
Horas totais de cirurgiões-dentistas nos CEOs	3.238
Horas totais de técnicos de higiene dental nos CEOs	3.249

FONTE: Elaboração própria. Dados da Gerência de Odontologia da SES/DF.

Acerca das horas totais dos profissionais que trabalham nos CEOs, são 3.238 horas totais de cirurgiões-dentistas nos CEOs e 3.249 horas totais de técnicos de higiene dental nos CEOs, conforme o Quadro 6. Em relação à regulação em saúde, somente sete unidades de saúde habilitadas como CEOs realizam a regulação, ou seja, o acesso ao atendimento nessas unidades se dá a partir de mecanismos de regulação do Complexo Regulador Ambulatorial da SES/DF, conforme a Portaria nº 145/2011, da SES/DF. Tais dados podem ser conferidos no Quadro 7.

Quadro 7: Unidades com CEOs que utilizam mecanismos de regulação do acesso ao atendimento no Distrito Federal, 2015.

NÚMERO DE UNIDADES	UNIDADES COM REGULAÇÃO
1	CENTRO DE SAÚDE Nº 11 DE CEILÂNDIA
2	HOSPITAL REGIONAL DE PLANALTINA
3	HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA
4	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
5	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA
6	HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA
7	CENTRO DE SAÚDE Nº 08 DO GAMA

FONTE: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Quadro 8: Procedimentos adicionais realizados em determinados CEOs do Distrito Federal, 2015.

PROCEDIMENTOS	UNIDADES
DIAGNÓSTICO DE CÂNCER BUCAL	HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE
PRÓTESE DENTÁRIA	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS CEO 712 912 SUL
	CENTRO DE SAÚDE Nº 11 DE CEILÂNDIA
	HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO
TRATAMENTO A DISFUNÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS CEO 712 912 SUL

FONTE: Gerência de Odontologia SES/DF.

Sobre o serviço oferecido nas unidades de saúde com CEOs, algumas especialidades odontológicas são de realização obrigatória nos CEOs, quais sejam, periodontia, tratamento que visa a cura de processos inflamatórios e infecciosos da gengiva; endodontia, especialidade odontológica que trata as lesões e doenças da polpa (nervo) e da raiz do dente, popularmente conhecida como “tratamento de canal”; e cirurgia buco-maxilo-facial, que trata doenças e tumores da boca e corrige anomalias faciais, como maxilar ou mandíbula muito grande, pequena ou desviada para os lados (assimetrias). O Quadro 8 acima apresenta os serviços adicionais oferecidos em algumas unidades. Já o chamado “Fluxo de clientela” mostra que somente uma unidade promove

o atendimento apenas da demanda referenciada, sendo ela a Policlínica de Taguatinga, contudo, não foi encontrada nenhuma explicação desse fato na literatura. Observa-se ainda que os Centros de Saúde nº 08 do Gama e 11 de Ceilândia prestam atendimento de demanda espontânea e referenciada, mesmo sendo parte da Atenção Básica, fator que só comprova o nível de atenção prestado: atenção especializada.

Quanto à forma de custeio, os CEOs recebem custeio mensal conforme a Portaria nº 1.341/2012, que define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dá outras providências. Segundo a Portaria supracitada, em seu Artigo 2º, o valor do incentivo financeiro de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas é R\$ 8.250,00 (oito mil duzentos e cinquenta reais) para cada CEO Tipo I; R\$ 11.000,00 (onze mil reais) para cada CEO Tipo II; e R\$ 19.250,00 (dezenove mil duzentos e cinquenta reais) para cada CEO Tipo III. O custeio fica a cargo do Ministério da Saúde, o qual o realiza através de repasse mensal do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo de Saúde do Distrito Federal.

Como é possível observar no Quadro 9, 09 dos 12 CEOs foram aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) e, por isso, recebem um adicional mensal, que varia de acordo com o tipo de CEO: os CEOs de tipo I recebem R\$ 1.650,00, os de tipo II recebem R\$ 2.200,00, e os de tipo III, R\$ 3.850,00. Tal adicional é previsto na Portaria MS/GM nº 2.496/2012, a qual concede aos Centros de Especialidades Odontológicas adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e define os valores adicionais dos incentivos financeiros destinados ao custeio mensal. O Art. 2º da Portaria supracitada traz que o Fundo Nacional de Saúde (FNS) adotará as medidas para a transferência, de forma regular e automática, dos valores adicionais dos incentivos financeiros destinados ao custeio mensal para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde. O recurso orçamentário correrá por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.8730 – Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituída em 2008, traz que:

A atenção integral à saúde das pessoas portadoras de deficiência inclui a saúde bucal e a assistência odontológica, acompanhada de procedimentos anestésicos e outros, em casos específicos. Esse atendimento deverá ser em regime ambulatorial especial ou em regime de internação, quando a natureza da seqüela assim o exigir (BRASIL, 2008; pg. 34).

Quadro 9: Custeio mensal dos CEOs por tipo, unidades aderidas à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) e respectivo adicional mensal. Distrito Federal, 2015.

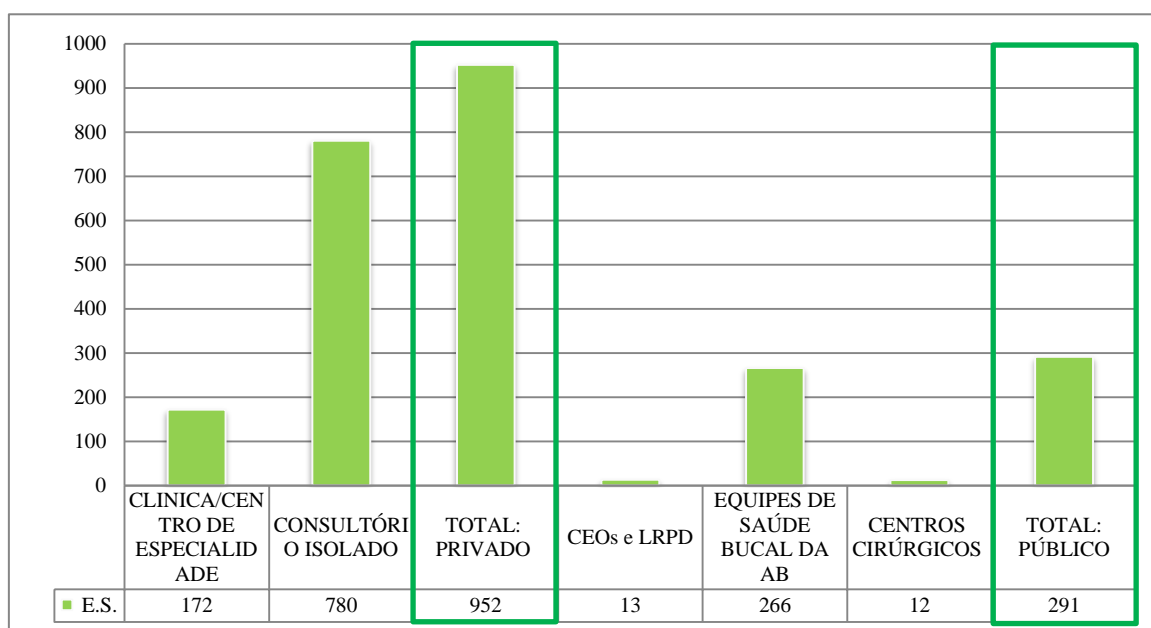
TIPO DE CEO	UNIDADES	CUSTEIO MENSAL	ADICIONAL CEO ADERIDO A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD)	PORTARIA CEO RCPD
3	CENTRO DE SAÚDE Nº 11 DE CEILÂNDIA	R\$ 19.250,00	R\$ 3.850,00	2.496 GM 01/11/12
2	HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE	R\$ 11.000,00	R\$ 2.200,00	2.496 GM 01/11/12
	HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA	R\$ 11.000,00	R\$ 2.200,00	2.496 GM 01/11/12
	HOSPITAL REGIONAL DE PLANALTINA	R\$ 11.000,00	-	-
	POLICLÍNICA DE TAGUATINGA	R\$ 11.000,00	R\$ 2.200,00	2.496 GM 01/11/12; 1.510 GM 18/07/14
	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS CEO 712 912 SUL	R\$ 11.000,00	R\$ 2.200,00	2.496 GM 01/11/12
	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA	R\$ 11.000,00	-	-
	HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO	R\$ 11.000,00	R\$ 2.200,00	2.496 GM 01/11/12
	HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA	R\$ 11.000,00	R\$ 1.650,00	2.496 GM 01/11/12
1	HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA	R\$ 8.250,00	R\$ 1.650,00	2.496 GM 01/11/12
	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA	R\$ 8.250,00	-	-
	CENTRO DE SAÚDE Nº 08 DO GAMA	R\$ 8.250,00	R\$ 1.650,00	2.496 GM 01/11/12

FONTE: Departamento de Atenção Básica – Ministério da Saúde.

5.2. Potencial dos serviços da rede pública de atenção à saúde bucal, frente à iniciativa privada, no Distrito Federal, no ano de 2015.

Ainda seguindo os objetivos citados anteriormente, o estudo busca descrever o potencial dos serviços da rede pública de atenção à saúde bucal, frente à iniciativa privada, no Distrito Federal, no ano de 2015. Foram selecionadas as Clínicas/Centros de Especialidades e os Consultórios Isolados, especializados em odontologia no âmbito da iniciativa privada no Distrito Federal, registrados no CNES. Também foram selecionados os serviços públicos da rede de atenção à saúde bucal do Distrito Federal, também registrados no CNES, quais sejam: Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratório Regional de Prótese Dentária, Equipes de Saúde Bucal (de modalidade I e II, credenciadas pelo Ministério da Saúde até 2014 e novas implantadas em 2015) e os Centros Cirúrgicos dos hospitais públicos.

Gráfico 1: Comparativo entre os serviços odontológicos dos estabelecimentos de saúde da rede pública e da iniciativa privada no Distrito Federal, 2015.



Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde – Ministério da Saúde e CNES.

Como é possível observar no Gráfico 1, o número total de serviços odontológicos da rede pública é 291, considerando todos os serviços da rede de saúde bucal do Distrito Federal. Em contrapartida, o número de estabelecimentos privados

registrados como clínica/centro de especialidade e consultório isolado com foco na odontologia representa 952 unidades, espalhados pelo Distrito Federal. Esse número poderia aumentar consideravelmente se fossem incluídos todos os hospitais privados que oferecem cuidados odontológicos. A atenção à saúde bucal no âmbito hospitalar não foi incluída no estudo pela dificuldade encontrada de elencar todos os hospitais, públicos e privados, que atendem as demandas em saúde bucal.

Nota-se que não é possível afirmar que a iniciativa privada realiza mais atendimentos no DF que a rede pública, até porque tais números não são públicos. Contudo, é notória a diferença dos números de estabelecimentos de saúde da rede pública em comparação com os estabelecimentos privados, que apresentam 661 estabelecimentos de saúde a mais que os da rede pública de atenção à saúde bucal. A apresentação desse atual cenário provavelmente se deu devido à demanda reprimida por parte dos usuários, em relação às ações e serviços públicos de cuidado odontológicos, fato que se dá desde os primórdios do SUS. Outro provável motivo para os números tão díspares é a falta de gestão da lista de espera, muitas vezes quilométrica.

5.3. Indicadores acerca da saúde bucal no Distrito Federal previstos no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015.

Ainda de acordo com os objetivos supracitados, o presente estudo busca desenvolver os indicadores acerca da saúde bucal no Distrito Federal previstos no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015, do Contrato Organizativo da Ação Pública, com base na inclusão da saúde bucal no monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, de acordo com a Portaria nº 3.840, de 7 de dezembro de 2010.

Os indicadores devem ser construídos com base nos anos 2013 a 2015, todavia, no DATASUS só havia as informações até o mês de setembro de 2015, último mês que a base de dados foi alimentada, e, portanto os indicadores realizados no presente estudo são referentes ao triênio 2012, 2013 e 2014. O Quadro 10 demonstra a diretriz, o objetivo, as metas e os indicadores acerca do acesso à rede de atenção à saúde bucal na Atenção Básica.

Quadro 10: Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015.

Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da Atenção Especializada.			
Objetivo 1.1 – Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Básica.			
Número	Tipo	Meta	Indicador
4	Universal	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal.	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal.
5	Universal	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.
6	Específico	Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos.	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.

FONTE: BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015. Ministério da Saúde, 2013.

O indicador número 4 representa a “Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal” e tem como meta aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família. É resultado da fórmula:

$$\frac{\text{Número de Equipes de Saúde Bucal da ESF implantadas}^* \times 3.450 \text{ pessoas}^{**} \times 100}{\text{População no mesmo local e período}}$$

* ESB modalidade I e II ** Limitada à população total

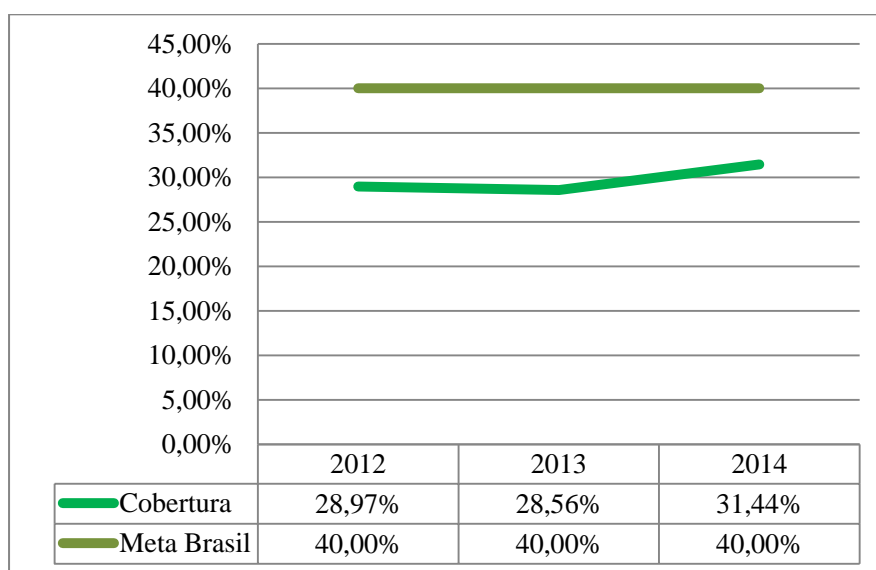
De acordo com as informações do DAB/SAS/MS, existem três tipos de ESB: Modalidade I, com um cirurgião-dentista e um auxiliar em saúde bucal ou um técnico em saúde bucal; Modalidade II, a) com um cirurgião-dentista, um auxiliar em saúde bucal e um técnico em saúde bucal, ou b) com um cirurgião-dentista e dois técnicos em saúde bucal; e Modalidade III, com uma Unidade Odontológica Móvel (BRASIL, 2015). Contudo, para o indicador, somente as ESBs I e II são consideradas.

Quadro 11: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família Média no Distrito Federal nos anos 2012, 2013 e 2014.

Ano	Número de Equipes de Saúde Bucal	População no mesmo local e período	Cobertura
2012	229	2.727.098	28,97%
2013	231	2.789.767	28,56%
2014	260	2.852.372	31,44%

FONTE: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS e Base demográfica do IBGE.

Gráfico 2: Representação gráfica da Cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família Média no Distrito Federal nos anos 2012, 2013 e 2014, em comparação com a META BRASIL (Portaria nº 3.840/2010).



FONTE: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS e Base demográfica do IBGE.

Como pode ser observado no Quadro 11 e no Gráfico 2, a cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal da ESF apresentou crescimento acentuado nos últimos três anos, contudo o Distrito Federal ainda apresenta uma cobertura abaixo do parâmetro – ou META BRASIL –, que estipula cobertura de no mínimo 40% da população, pelas Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da

Família, como descrito no Anexo II da Portaria GM/MS nº 3.840, de 07 de dezembro de 2010. Os valores apresentados no estudo levam em consideração as informações presentes no SAI/SUS e no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde; contudo, nessas bases de dados existe somente a informação acerca do número de equipes de saúde bucal no âmbito da Atenção Básica, não dispondo da informação do número de profissionais em cada equipe. Como o indicador leva em consideração as eSBs de Modalidade I e Modalidade II, o número de profissionais variam em cada modalidade, portanto, os valores do indicadores podem aumentar ou diminuir de acordo com o número exato de profissionais em cada equipe.

O indicador número 5 nomeado “Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada” tem como meta aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada e objetiva aumentar a prevenção das principais doenças bucais: a cárie dentária e a doença periodontal. A média é obtida seguindo-se a fórmula descrita abaixo:

$$\frac{\text{Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local em 12 meses}}{\text{População no mesmo local e período}} \div 12 \times 100$$

O documento orientador (BRASIL, 2013) traz que o resultado do indicador deve apresentar-se em valor percentual (%) com duas casas decimais, forma de Registro no SISPACTO. Traz ainda que as fontes do numerador deve ser o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e do denominador, a base demográfica do IBGE. Dessa forma, para o presente estudo, foi escolhido o triênio 2012-2014.

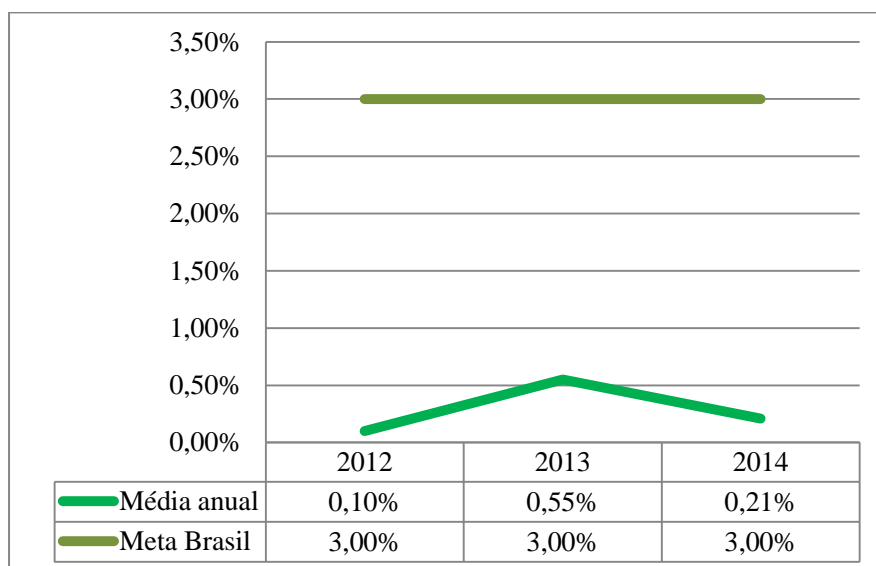
Quadro 12: Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada no Distrito Federal nos anos 2012, 2013 e 2014.

Ano	Número de registros	População no mesmo local e período	MÉDIA
2012	34.930	2.727.098	0,10%
2013	185.001	2.789.767	0,55%
2014	74.643	2.852.372	0,21%

FONTE: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS e Base demográfica do IBGE.

Como é possível verificar no Quadro 12 e no Gráfico 3, as médias da ação coletiva de escovação dental supervisionada, no Distrito Federal, nos anos de 2012 a 2014 foram 0,10%, 0,55% e 0,21%, respectivamente. Tais valores são extremamente baixos, se considerado o alto volume da população do DF em todos os anos e a chamada META BRASIL, que estipula que a meta de média de 3% de ação coletiva de escovação dental supervisionada para o Brasil, como descrito no Anexo II da Portaria GM/MS nº 3.840, de 07 de dezembro de 2010.

Gráfico 3: Representação gráfica da Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada no Distrito Federal nos anos 2012, 2013 e 2014, em comparação com a META BRASIL (Portaria nº 3.840/2010).



FONTE: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS e Base demográfica do IBGE.

NETO (2012: p. 15) afirma que “baixas coberturas não implicam ausência de acesso a ações preventivas de doenças bucais e de promoção da saúde”, mas como a escovação dental supervisionada configura-se como “uma ação coletiva fundamental e de importante significado quanto à capacidade do sistema de saúde de desenvolver ações coletivas, os resultados permitem avaliar o perfil da atenção em saúde bucal”.

O indicador número 6 do documento orientador versa sobre a “Proporção de exodontia em relação aos procedimentos”. Segundo FISCHER, *et al.* (2010: p. 128),

“este indicador revela a proporção de exodontias na dentição permanente em relação ao total de procedimentos odontológicos individuais, mostrando o grau de mutilação da assistência odontológica individual no âmbito municipal”, ou, no caso do estudo, distrital. Tem como meta reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos e é obtido seguindo a fórmula abaixo:

$$\frac{\text{Número total de extrações dentárias em determinado local e período}}{\text{Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período}} \times 100$$

Ainda segundo o documento orientador, as informações para o numerador devem ser encontradas no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), utilizando-se a Quantidade Apresentada para Exodontia de Dente Permanente e Exodontia Múltipla com Alveoloplastia (por sextante) em determinado local e período. Já as informações do denominador envolvem os procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos, quais sejam: Aplicação de Cariostático (por dente); Aplicação de Selante (por dente); Aplicação tópica de flúor (individual por sessão); Selamento provisório de cavidade dentária; Capeamento pulpar; Restauração de dente permanente anterior; Restauração de dente permanente posterior; Acesso à polpa dentária e medicação (por dente); Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico; Obturação de dente decíduo; Obturação em dente permanente birradicular; Obturação em dente permanente c/ três ou mais raízes; Obturação em dente permanente unirradicular; Pulpotomia dentária; Retratamento endodôntico em dente permanente birradicular; Retratamento endodôntico em dente permanente c/ 3 ou mais raízes; Retratamento endodôntico em dente permanente unirradicular; Selamento de perfuraçãoo radicular; Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante); Raspagem alisamento subgengivais (por sextante); Raspagem coronorradicular (por sextante); Apicectomia com ou sem obturação retrógrada; Curetagem periapical; Exodontia de dente permanente; Exodontia Múltipla com alveoloplastia por sextante; Gengivectomia (por sextante); Gengivoplastia (por sextante); Odontosseção/ Radilectomia/ Tunelização; Reimplante e transplante dental (por elemento); Tratamento cirúrgico para tracionamento dental; e Tratamento cirúrgico periodontal (por sextante).

O Quadro 13 e o Gráfico 4 trazem a proporção de exodontia realizada no Distrito Federal nos anos 2012, 2013 e 2014 em relação aos demais procedimentos

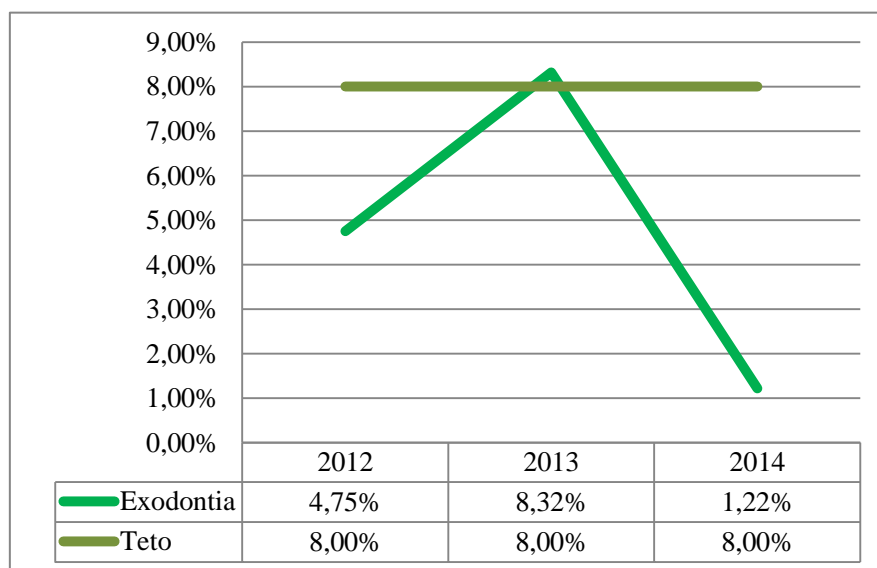
preventivos e curativos no. O parâmetro é 8% de exodontia, conforme as Fichas de Qualificação dos Indicadores de Saúde Bucal, disponível no site da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina. Portanto, os anos de 2012 e 2014 tiveram saldos positivos, ficando abaixo do parâmetro, fator que se explica pelo seguinte trecho do documento orientador (BRASIL, 2013: p. 42): “Quanto menor o percentual de exodontia, maior a qualidade do tratamento ofertado pela Odontologia do município. Demonstrando que o leque de ações abrange maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária”.

Quadro 13: Proporção de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos no Distrito Federal nos anos 2012, 2013 e 2014.

Ano	Registros de exodontia	Procedimentos preventivos e curativos	Proporção
2012	26.080	548.080	4,75%
2013	32.185	386.732	8,32%
2014	22.417	1.825.447	1,22%

FONTE: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS e Base demográfica do IBGE.

Gráfico 4: Representação gráfica da Proporção de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos no Distrito Federal nos anos 2012, 2013 e 2014.



FONTE: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS e Base demográfica do IBGE.

5.4. Fluxo assistencial do cuidado odontológico nos serviços do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal.

Ainda de acordo com os objetivos supracitados, faz-se necessário traçar um fluxo assistencial do cuidado odontológico nos serviços do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal. Para a boa organização do Brasil Sorridente as “linhas de cuidado” devem ser pensadas, independente da faixa etária da população atendida. Tais linhas de cuidado criam fluxos que implicam ações resolutivas por parte das equipes de atenção, em qualquer nível de atenção, as quais devem acolher, atender, informar e encaminhar. Dessa forma, o usuário passa a conhecer a estrutura do serviço a partir de sua vivência, tornando-se sujeito ativo no processo de cuidado.

A linha de cuidado pressupõe a concretização da integralidade e, “por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas” (BRASIL, 2004: p: 3-4). A linha de cuidado à saúde bucal pressupõe um fluxo assistencial, que pode ser representado na Figura 4.

Como descrito pela Gerência de Odontologia da SES/DF, o caminho a ser seguido pelo usuário dentro do sistema começa na Atenção Básica, porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde, onde passa por um atendimento inicial nos Centros de Saúde ou Unidades Básicas da Estratégia de Saúde da Família. Em seguida, se necessário, é referenciado, através da Guia 6600, para os Centros de Especialidades Odontológicas, que realizam um trabalho conjunto com o Laboratório Regional de Prótese Dentária e oferecem, juntos, um atendimento especializado. Só então, se ainda for necessário, o usuário é referenciado para a atenção hospitalar, que acontece nos centros cirúrgicos dos hospitais públicos. Vale destacar que na atenção ambulatorial e hospitalar, acontece também um atendimento específico para as pessoas com deficiências, com serviços adaptados para receber essa população. Ainda no nível hospitalar, a Nota Técnica nº 01/2014 do Ministério da Saúde, afirma que todos os procedimentos odontológicos realizados em Ambiente Hospitalar poderão ser registrados e informados através do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), independente do motivo da internação. Ao fim do tratamento, tanto na atenção especializada, quanto na atenção hospitalar, o usuário é contra referenciado a Unidade

Básica de origem, também através da Guia 6600, com o objetivo de continuidade do cuidado, pressuposto básico da linha de cuidado.

Figura 4: Fluxo assistencial da Rede de Cuidado à Saúde Bucal, Distrito Federal, 2015.



FONTE: Elaboração própria. Dados da Gerência de Odontologia da SES/DF, Secretaria de Atenção à Saúde – Ministério da Saúde e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que acerca da organização dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) do Distrito Federal no ano de 2015, a maioria se configura como órgão público do Poder Executivo estadual ou do Distrito Federal, e por isso, estão sob administração direta. A maior parte dos CEOs se localiza dentro de hospitais gerais públicos do Distrito Federal, mas há de se dar foco também aos dois Centros de Saúde que abrigam os CEOs, mesclando Atenção Básica com Atenção Especializada. Os Centros de Especialidades Odontológicas do DF estão, em sua maioria, sob gestão distrital. Os recursos humanos compreendem cirurgiões-dentistas, técnicos de higiene dental e técnicos de enfermagem, com volume maior dos primeiros. Aproximadamente 58% das unidades oferecem acesso ao atendimento através de mecanismos de regulação do Complexo Regulador Ambulatorial da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; contudo tais números ainda são baixos, diante da importância da regulação em saúde para a gestão do sistema de saúde. O fluxo de clientela nos Centros de Especialidades Odontológicas acontece prevalentemente através de demanda espontânea e referenciada. Também grande parte dos CEOs estão aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e, portanto, recebem incentivos financeiros, que variam de acordo com o tipo de CEO, para garantir atendimento especializado à essas pessoas.

Versando sobre o potencial dos serviços da rede pública de atenção à saúde bucal, frente à iniciativa privada, é notória a diferença dos números de estabelecimentos de saúde da rede pública em comparação com os estabelecimentos privados, que apresentam 661 estabelecimentos de saúde a mais que os da rede pública de atenção à saúde bucal. Esse cenário talvez aconteça devido a demanda reprimida e a falta de gestão da lista de espera. Sugere-se, portanto, que se altere a forma atual de gestão da lista de espera, para que se organize a partir da estratificação de risco, onde os casos mais graves tenham atendimento mais rápido, mas que os casos mais brandos não sejam esquecidos; deve seguir ainda a integração de agendas dos profissionais e os protocolos de acesso ao sistema.

Os indicadores acerca da saúde bucal no Distrito Federal, previstos no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015 do COAP mostram que a média da ação coletiva de escovação dental supervisionada no Distrito Federal apresenta valores extremamente baixos. O indicador ainda é mais preocupante se for

considerado seu caráter de promoção à saúde bucal, já que com valores tão baixos, é alta a probabilidade de aumentar o volume de cáries dentárias e doenças periodontais ao decorrer dos anos. Sugere-se que a doação de kits de escova e creme dental para a população assistida, através da visita dos Agentes Comunitários de Saúde e da atuação das Equipes de Saúde Bucal nas unidades básicas, ensinando a forma adequada de escovação, tanto para crianças, como para todas as faixas etárias. Acerca da proporção de exodontia, os anos de 2012 e 2014 apresentaram saldos positivos, representados pela diminuição de registros de exodontia e aumento dos demais procedimentos preventivos e curativos. Já no ano de 2013, aconteceu o caminho inverso: houve um aumento nos registros de exodontia e diminuição dos demais procedimentos, fator que resultou numa proporção acima do parâmetro nacional. O indicador de cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica mostra que a cobertura ainda está abaixo da META BRASIL, sendo de quase 30%, mas que apresentou crescimento acentuado nos últimos três anos.

A Atenção Especializada configura-se como uma área de grande resolutividade, justamente por se tratar de um atendimento especializado, mas com pouco acesso, cobrindo apenas uma parcela pequena da população. Sugere-se a instituição de uma política nacional de Atenção Especializada, coordenada pela Atenção Básica e organizada em Rede de Atenção à Saúde, utilizando como referencial o Modelo de Atenção às Condições Crônicas já existente e as Resoluções de Minas Gerais e do Rio Grande do Sul; promover a utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências, para orientar as intervenções na Atenção Especializada; instituir processos regulatórios, a partir da Atenção Básica, através da estratificação de risco; sugere-se ainda que o financiamento da Atenção Especializada aconteça por meio do financiamento global, e não por procedimento, como ocorre atualmente; e por fim, faz-se necessário estimular pesquisas acadêmicas e em serviços relativas à Atenção Especializada, já que se configura como uma área quase desprovida de estudos.

Os mecanismos de regulação em saúde devem ser implantados no âmbito de todas as unidades de saúde do país, já que garantem uma forma de organização do sistema diferente e mais resolutiva. No entanto, o modelo de regulação assistencial com base na gestão da oferta não é suficiente, pois a gestão da oferta acontece até seu esgotamento, após disso a população fica desassistida. O modelo ideal de regulação em saúde deve acontecer com base na saúde da população, isso significa uma regulação

programada por parâmetros de necessidades da sociedade, levando-se em consideração riscos sociais e sanitários, e que utilize soluções regulatórias que busquem equilibrar a racionalização da demanda, a racionalização e/ou incremento da oferta e a racionalização dos sistemas lógicos e de apoio.

Em relação ao fluxo assistencial do cuidado odontológico nos serviços do SUS no Distrito Federal, trata-se de uma ferramenta simples, mas que pode auxiliar na orientação aos usuários, que passarão a conhecer como e onde se dá o cuidado à saúde bucal e onde poderão recorrer frente a uma necessidade.

É imprescindível salientar que, para melhorar o nível de saúde bucal da população do Distrito Federal há que se ampliar o investimento na promoção de saúde. As ações educativas de higiene oral e nutrição, fluoretação das águas públicas, ampliação da qualidade da cobertura das Equipes de Saúde Bucal na ESF, com incorporação de cirurgiões-dentistas e técnicos odontólogos e consecução de parcerias intersetoriais sobressaem-se como algumas das estratégias com capacidade de reduzir os tratamentos odontológicos mutiladores e, conseqüentemente, os problemas sociais, econômicos e psicológicos deles advindos.

As limitações do estudo envolveram os dados faltosos ou corrompidos do DATASUS, – e que também não estão disponíveis em outras fontes abertas aos cidadãos –, informações básicas, como lista de espera e quantidade e valores referentes ao atendimento nos estabelecimentos – atualmente o DATASUS dispõe apenas dessa informação por procedimento, sem levar em consideração, por exemplo, que um mesmo procedimento pode ser executado nos diversos níveis de atenção – não estão disponíveis para livre consulta da população. Sugere-se que haja monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelos entes federativos na base nacional de dados. Vale ressaltar que a disponibilidade dos dados corretos acerca de determinado ponto é o pontapé inicial para o planejamento, operacionalização e avaliação de mudanças na organização do Sistema Único de Saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal - "Brasil Sorridente": um estudo de caso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 239-248, Jan. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100239&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Nov. 2015.

_____; _____. Building a "Smiling Brazil"? Implementation of the Brazilian National Oral Health Policy in a health region in the State of São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 82-96, Jan. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000100082&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Nov. 2015.

ARAÚJO, C.; PINTO, E. M. F.; LOPES, J.; NOGUEIRA, L.; PINTO, R. **Estudo de Caso**. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. Mestrado em Educação. Área de Especialização em Tecnologia Educativa. Janeiro, 2008.

BEST, J. W. **Como investigar em educación**. 2. Ed. Madri: Morata, 1972.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Trab. educ. saúde** [online]. 2010, vol.8, n.1, pp. 27-53. ISSN 1981-7746.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1 - 20/9/1990, p. 18055.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 58, 24 mar. 2006, p. 51.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 822/GM, de 17 de abril de 2006. Altera critérios para definição de modalidades das eSF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção I, 18 abr. 2006, p. 98.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.373/GM, de 7 de outubro de 2009. Altera a redação da Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção I, 9 out. 2009, p. 112.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24 de junho de 2011. Altera o anexo da portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2003, que institui o financiamento dos Centros de Especialidade Odontológica (CEO). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 1 jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção I, 24 out. 2011, p. 48.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 793/GM, de 24/4/2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, Seção 1, n. 80, 2 abr. 2012, p. 94.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.341/GM, de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. 2012a. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 126, 2 jul. 2012, p. 74.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015**. Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a Passo das Ações do Brasil Sorridente**. 2013a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_a_passo_ceo.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/811-sas-raiz/daet-raiz/media-e-alta-complexidade/11-media-e-alta-complexidade/12335-apresentacao-ma-complexidade>>. Acesso em: 13 nov. 2015

CIB/MG. Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais. Secretaria da Saúde. **Resolução n° 4.972, de 21 de outubro de 2015**. Define a forma de financiamento dos Centros Estaduais de Atenção Especializada, a partir da competência de 2016. Disponível em: <<http://saude.mg.gov.br/sobre/institucional/resolucoes>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

CIB/MG. Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais. Secretaria da Saúde. **Resolução n° 4.971, de 21 de outubro de 2015**. Regulamenta os Centros Estaduais de Atenção Especializada e seus processos de supervisão e avaliação. Disponível em: <<http://saude.mg.gov.br/sobre/institucional/resolucoes>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

CIB/RS. Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. **Resolução n° 411/2013**. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1378480353_cibr411_13.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2015.

CIB/RS. Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. **Resolução n° 412/2013**. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1378748093_cibr412_13.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2015.

CHAGAS, H. M. A.; VASCONCELLOS, M. P. C. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saúde soc.** [online]. 2013, vol.22, n.2, pp. 377-388. ISSN 0104-1290.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília: CONASS, 2007. 248 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 9).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4)

CONSENSUS. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Inovação na Atenção Especializada no Brasil**. Ano V, Número 16, Julho, Agosto e Setembro de 2015.

FISCHER, T. K. et al. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 13, n. 1, p. 126-138, Mar. 2010.

GONÇALVES, F. G.; CARVALHO, B. G.; TRELHA, C. S. O ensino da Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Londrina: da análise documental à percepção dos estudantes. **Trab. educ. saúde** [online]. 2012, vol.10, n.2, pp. 301-314. ISSN 1981-7746.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde:** características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, Abrasco; 1994.

HOLLAND, R; SOUZA, V; MURATA, S. S. Técnica de Pulpotomia com troca do hidróxido de cálcio. **Revista da Faculdade de Ciências Odontológicas:** Marília/SP, ano 2, n°2, 1999 ISSN 1516-5639.

HYMAN, H. **Planejamento e análise da pesquisa:** princípios, casos e processos. Rio de Janeiro: Lidador: 1971.

IBGE. Estatísticas da Saúde: assistência médico-sanitária, 2005. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

IDB. Indicadores e Dados Básicos - 2015. Disponível em: <www.datasus.gov.br>.

KORNIS, G. E. M.; MAIA, L. S.; FORTUNA, R. F. P. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Physis** [online]. 2011, vol.21, n.1, pp. 197-215. ISSN 0103-7331.

MACIEL, S. M.; KORNIS, G. E. M. A ortodontia nas políticas públicas de saúde bucal: um exemplo de equidade na Universidade Federal de Juiz de Fora. **Physis** [online]. 2006, vol.16, n.1, pp. 59-81. ISSN 1809-4481.

MATTOS, G. C. M. *et al.* Profile of dentists in oral health team of a microregion of Minas Gerais, Brazil. **RGO, Rev. Gaúch. Odontol.** [online]. 2014, vol.62, n.1, pp. 31-36. ISSN 1981-8637

MENDES, E. V. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.

_____. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MOYSÉS, J. S. Políticas de Atenção à Saúde Bucal: o cenário internacional e o Brasil. *In:* GIOVANELLA, L. (org). **Políticas e sistemas de saúde no brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

NETO, C. R. M. I Seminário dos Coordenadores Regionais de Saúde Bucal de Goiás. **Indicadores de Saúde Bucal**. 2012. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_358_INDICADORES.SB.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2015.

OLIVEIRA, P. M. C. *et al.* Oral health indicators in primary health care: the understanding and the information recorded by dentist-surgeons. **RGO, Rev. Gaúch. Odontol.** [online]. 2014, vol.62, n.1, pp. 37-45. ISSN 1981-8637.

OLIVEIRA, R. S. *et al.* Use of dental services in areas covered by the Family Health Strategy in Olinda, Brazil. **Cad. saúde colet.** [online]. 2014a, vol.22, n.1, pp. 40-45. ISSN 2358-291X.

RENDEIRO, M. M. P. **O ciclo da Política de Saúde Bucal no Sistema Público Brasileiro**: atores, idéias e instituições. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

RONCALLI, Angelo Giuseppe; CORTES, Maria Ilma de Souza; PERES, Karen Glazer. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, supl. p. s58-s68, jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 nov. 2015.

SOLLA, J.J.S.P.; CHIORO, A.A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. (org). **Políticas e sistemas de saúde no brasil**. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2008.

SOUZA, M. F. A reconstrução da Saúde da Família no Brasil: diversidade e incompletude. In: SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Org.) **Saúde da família nos municípios brasileiros**: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

VOLPATO, L. E. R.; SCATENA, J. H. Análise da política de saúde bucal do Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, a partir do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 2, jun. 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 nov. 2015

Yin, R. K. (1994). **Pesquisa Estudo de Caso - Desenho e Métodos** (2 ed.). Porto Alegre: Bookman.